

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**NIVELES DE COMPETENCIA CULTURAL EN ESTUDIANTES DE
PREGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR COMO INSUMO PARA
EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN
COMPETENCIAS CULTURALES**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTOR: ROBIN ISRAELVILLEGAS SILVA

DIRECTOR: DR. MILTON GROSS ALBORNOZ

Quito –Ecuador

2014

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la inmensa bondad de Dios, quien ha revitalizado mi espíritu, aclarado mi mente y me ha permitido recorrer el camino de la vida rodeado de personas y experiencias que me han colmado de felicidad.

A Fernando y Patricia, mis padres, quienes me dieron la vida, y siempre depositaron en mí amor y comprensión. Agradezco su apoyo incondicional.

A mis maestros por infundir valiosos conocimientos en mí, los mismos que constituirán mi instrumento para ayudar a los demás. Especial mención merecen los doctores Milton Gross y Antonio Crespo-Burgos quienes me han contagiado de su vitalidad, pasión y entrega por lo que hacen, agradezco por cada una de sus palabras, las mismas que las llevaré conmigo a futuro.

A mis hermanos Gaby, Carlos Fernando, Andrés, Carlos David y Dany; quienes con me brindan su sincero cariño y felicidad, y provocan en mí el deseo de forjar un camino de bien para todos.

A Sofy, mi dulce compañera, por afrontar conmigo los matices de buenos y malos momentos que la vida nos ha traído. Gracias por tu sonrisa que ilumina mis días.

A demás amigos y familiares cercanos, que me han brindado su apoyo para llegar a cumplir este objetivo.

Amor, felicidad y bendiciones para todos ustedes

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	6
LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR Y SU ABORDAJE DE LA CONSIDERACIÓN DE LA CULTURA EN LOS PROCESOS FORMATIVOS.....	6
<i>Proyecto de investigación: “REPENSANDO LA FORMACIÓN DEL MÉDICO GENERALISTA DEL NIVEL BÁSICO DE ATENCIÓN EN SALUD. ENFOQUE DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS CULTURALES. FACULTAD DE MEDICINA PUCE”</i>	8
Encuesta de Opinión	9
Encuesta en Línea.....	10
Discusión y Recomendaciones.....	11
<i>Plan de Estudios de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador</i>	12
MODELOS DE COMPETENCIA CULTURAL.....	14
<i>Teoría de los “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y Universalidad”</i>	15
<i>Competencia Cultural como un continuo</i>	16
Cultural Competence Continuum.....	16
Modelo de Desarrollo Cultural (Cultural Development Model).....	18
Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Intercultural (Developmental Model of Intercultural Sensitivity).....	19
<i>Modelos de competencia cultural basados en dominios</i>	25
Modelo: “El Proceso de Competencia Cultural en la Prestación de Servicios de Salud” (The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services)	25
CAPÍTULO III. MÉTODOS.....	27
TIPO DE ESTUDIO.....	27
INSTRUMENTO.....	27
MUESTRA	28
RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	29
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	29
CAPITULO IV. RESULTADOS	32
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	32
UBICACIÓN DENTRO DE LAS ETAPAS DEL MODELO DE SENSIBILIDAD CULTURAL	34

ANÁLISIS DE POSICIONAMIENTO EN LAS ETAPAS DEL MODELO DE DESARROLLO DE SENSIBILIDAD CULTURAL POR NIVELES DE CARRERA.	37
<i>Primer nivel</i>	37
<i>Segundo nivel</i>	39
<i>Tercer Nivel</i>	41
<i>Cuarto nivel</i>	43
<i>Quinto nivel</i>	45
<i>Sexto nivel</i>	48
<i>Séptimo nivel</i>	50
<i>Octavo Nivel</i>	52
<i>Noveno nivel</i>	54
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	56
CAPITULO VI. RECOMENDACIONES	65
SOBRE LOS OBJETIVOS DE LA CARRERA.....	68
SOBRE EL PLAN DE ESTUDIOS	69
<i>Ciencias básicas</i>	71
<i>Ciencias clínicas</i>	85
SOBRE LOS PROFESORES	85
SOBRE FUTURAS INVESTIGACIONES	86
BIBLIOGRAFÍA	88

LISTA DE FIGURAS

figura 1.- Modelo “Cultural Competence Continuum”	16
Figura 2.- Número de Ítems del Instrumento Correspondiente a las Etapas del MDSC.....	28
Figura 3.- Ejemplo de diagrama de caja y bigotes	30
Figura 4.- Participantes estratificados por nivel de carrera	32
Figura 5.- Participantes estratificados por categoría de Pensión Diferenciada	32
Figura 6.- Participantes Estratificados por etnia con la que se identifican.....	33
Figura 7.- Manejo de idiomas distintos al español por parte de los participantes	33
Figura 8.- Tendencia de presentación de las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural (MDSC)por niveles de carrera	35
Figura 9.- Posicionamiento del Primer nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo De Sensibilidad Cultural.....	38
Figura 10.- Posicionamiento del Segundo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo De Sensibilidad Cultural	40
Figura 11.- Posicionamiento del Tercer nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo De Sensibilidad Cultural	42
Figura 12.- Posicionamiento del Cuarto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo De Sensibilidad Cultural	44
Figura 13.- Posicionamiento del Quinto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo De Sensibilidad Cultural	46
Figura 14.- Posicionamiento del Sexto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo De Sensibilidad Cultural	49
Figura 15.- Posicionamiento del Séptimo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo De Sensibilidad Cultural	51
Figura 16.- Posicionamiento del Octavo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo De Sensibilidad Cultural	53
Figura 17.- Posicionamiento del Noveno nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo De Sensibilidad Cultural	55

LISTA DE TABLAS

Tabla1.- Ejemplo de la obtención del porcentaje de las etapas del MDSC	30
tabla 2.- Ubicación en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural por niveles de carrera	34
Tabla 3.- Porcentajes máximos y mínimos por etapas del MDSC y diferencias entre estos valores por niveles de carrera	36
Tabla 4.- Posicionamiento del Primer nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural	37
Tabla 6.- Posicionamiento del Tercer nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural	41
Tabla 7.- Posicionamiento del Cuarto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural	43
Tabla 8.- Posicionamiento del Quinto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural	45
Tabla 9.- Posicionamiento del Sexto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural	48
Tabla 10.- Posicionamiento del Séptimo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural.....	50
Tabla 11.- Posicionamiento del Octavo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural.....	52
Tabla 12.- Posicionamiento del Noveno nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural.....	54
Tabla 13.- Programa microcurricular del área de Interculturalidad en Salud....	73
Tabla 14.- Recomendaciones a las áreas del eje “ <i>Psicosocial-Intercultural</i> ” ...	75

RESUMEN

La diversidad cultural de la población en el Ecuador ha influido en el desarrollo de dificultades en el acceso a los servicios de salud, derivadas de la interacción desigual o asimétrica en términos de poder efectivo y de las diferencias culturales entre el personal de salud y los pacientes que demandan una atención integral. Se ha reconocido la necesidad de orientar la atención de salud con un enfoque que trascienda el modelo biologista-curativo, incluyendo una visión intercultural que priorice una perspectiva centrada en el entorno sociocultural del paciente sobre el enfoque economicista, concentrador y excluyente. Este panorama hace evidente el protagonismo de la Academia, responsable de los procesos formativos que garanticen el desempeño eficiente y efectivo de sus egresados, en el Sistema de Nacional de Salud; sin embargo, la consideración de la cultura del paciente en la atención de salud dentro de los procesos formativos, ha constituido un aspecto teórico que no se ha materializado adecuadamente en la práctica.

Para el abordaje de estas contradicciones teórico-prácticas, la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador ha apoyado iniciativas investigativas que inicialmente revelaron deficiencias en sus estudiantes, bajo un marco conceptual de competencias culturales. La presente tesis formula una propuesta coherente de un programa de formación en competencias culturales acorde con el estado de los estudiantes dentro de un marco conceptual de Desarrollo de Competencias Culturales, cuya implementación se adapte a la malla curricular de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Para lograr este objetivo se desarrolló un estudio descriptivo, transversal, exploratorio e interpretativo en estudiantes de los niveles I al IX cursantes del II semestre académico 2013-2014. Se administró una encuesta cuyos ítems tipo escala de Likert, fueron estructurados con reactivos de producción propia, seleccionados, modificados y validados de diferentes instrumentos con altos niveles de consistencia. El Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural de Milton Bennett constituyó el marco conceptual de referencia.

En términos generales los distintos niveles de carrera se ubicaron en posiciones etnorelativas; sin embargo, existe una heterogeneidad de las posturas, ubicando a determinados estudiantes en posiciones nocivas para el desempeño efectivo en

situaciones transculturales. El estado de la Sensibilidad Cultural se muestra estático en el transcurso de los niveles de carrera, con una limitada influencia del plan de estudios para promover su desarrollo.

Las recomendaciones expresadas se basan en el diagnóstico de los estudiantes y adaptan estrategias/recomendaciones que han demostrado promover un estado de Competencia Cultural adecuado para el desarrollo de una atención en salud culturalmente adecuada.

CAPÍTULO I. Introducción

La estructura de servicios de salud en Ecuador se ha caracterizado por estar fragmentada, centralizada y desarticulada; donde los proveedores de salud han sostenido una orientación biologista – curativa, centrada en la enfermedad y en la atención hospitalaria con una escasa consideración de los aspectos socioculturales de las personas a quienes se destina dicho servicio (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Esta orientación ha afectado principalmente a determinados grupos étnicos y de género. Las características inherentes a los integrantes de estos grupos, han influido en el desarrollo de dificultades para acceder a los servicios de salud y a mejores condiciones de vida¹. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013) (Mercer & Watt, 2007) Como consecuencia de esta exclusión incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, sufrir un mayor deterioro de su salud, presentar complicaciones en el desarrollo infantil y presentar muerte prematura (Bout, y otros, 2014) (Hirokazu, Aber, & Beardslee, 2012) (Luby, y otros, 2013) (Peters, Garg, Bloom, Walker, Brieger, & Rahman, 2008) (Chen, Tang, Krewski, & Dales, 2001) (Heather, Lemyre, & Kelly, 2007).

Dentro de las dificultades se reconoce la interacción desigual o asimétrica en términos de poder efectivo y de las diferencias culturales entre el personal de salud y pacientes que demandan atención (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013) (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Centro de Investigaciones Sociales del Milenio, 2007) (Ministerio Coordinador de Patrimonio del Ecuador, 2010).

De acuerdo con esta perspectiva, serían las características contextuales y organizacionales de los propios servicios de salud (ausencia o escasa sensibilidad hacia la diversidad humana) los referentes de primera línea para explicar los problemas de accesibilidad y calidad de la atención recibida por estos grupos poblacionales (Martínez, Martínez, & Calzado, 2006) (Echeverry, 1997).

¹ El nivel de pobreza entre quienes se autodefinen como indígenas y afro ecuatorianos está por encima de la media nacional y es del 68% y 43% respectivamente. Los restantes grupos étnicos tienen niveles de pobreza inferiores a la media nacional. De igual forma, los habitantes del campo tienen un nivel de pobreza muy por encima de la media nacional: 62%. (Secretaría Técnica de Frente Social, Sistema de Indicadores del Pueblo Afroecuatoriano, 2005)

Ante la poca consideración de los aspectos socioculturales el Estado Ecuatoriano ha reconocido la importancia de la diversidad cultural de su población², y, se ha comprometido con la prestación de servicios de salud libre de discriminación³(Asamblea Constituyente de la Republica del Ecuador, 2008).

Desde la oficialidad se convoca a un modelo de atención de salud que incluya una visión intercultural, que priorice una perspectiva centrada en el entorno sociocultural del paciente sobre el enfoque economicista, concentrador y excluyente(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)(Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013).

Bajo este panorama se hace evidente el protagonismo de la Academia (Escuelas/Facultades/Academias de Ciencias de la Salud), responsable del desarrollo de procesos formativos adecuados que permitan el desempeño eficiente de los profesionales egresados en los escenarios que se presentan en el Sistema Nacional de Salud.

En el caso particular de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (FM-PUCE)ha existido una respuesta y formuló un perfil de egreso del estudiante donde se incluye un enfoque que trasciende el modelo biologista-curativo y busca un plasmar en sus egresados la ejecución de acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado paliativo al individuo, la familia y la comunidad, desde su diversidad cultural.(Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2013) Sin embargo la materialización y ejecución de esta iniciativa se ha constituido como un aspecto teórico que no se ha concretado adecuadamente en la práctica(Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Fondo de Población de Naciones Unidas en Ecuador, 2010)(Gross, Crespo, & Villegas, 2014).

² “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico”

³ “Son deberes primordiales del Estado: Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular... la salud... para sus habitantes”, “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.”

Para el abordaje de estas contradicciones teórico-prácticas, la FM-PUCE ha apoyado el desarrollo de algunas iniciativas de investigación bajo el marco cooperativo con la Justus-Liebig-Universität Giessen (JLU), Alemania y la Universidad Mayor de San Marcos, con el respaldo de la Dirección de Investigación y Postgrados de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; desarrollando dos proyectos de investigación secuenciales, y otras actividades académicas. Estos proyectos han revelado información sobre el estado actual que atraviesa la FM-PUCE con respecto a la consideración de la cultura en los procesos formativos, corroborando la poca consideración del tema.

Se ha manifestado la importancia de incluir un proceso formativo basado en un marco conceptual de competencias culturales (CC) dirigido al estudiante de la FM-PUCE, fundamentado en un diagnóstico de la situación actual del alumnado que revele las deficiencias existentes.(Gross, Crespo, & Villegas, 2014)(National Center for Cultural Competence, 2006)

La presente tesis pretende realizar una propuesta de currículo con consideración de la cultura del paciente en la atención de salud que permita al estudiante obtener un nivel de competencia cultural adecuado para desempeñarse de forma efectiva y eficiente en situaciones transculturales, basándose en un diagnóstico del estado de los estudiantes de pregrado de la FM-PUCE. Dicho diagnóstico se realizó conjuntamente con el proyecto de investigación “EL CAMINO HACIA LA COMPETENCIA CULTURAL EN EL PREGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PUCE. ESTADO DE LA CUESTIÓN.2013”, al cual se adscribe la presente investigación.

CAPÍTULO II. Revisión Bibliográfica

La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su abordaje de la consideración de la cultura en los procesos formativos.

La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, fue fundada en 1993. En su estatuto de fundación manifiesta alinearse con los principios generados en la “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) de Alma Ata” realizada en 1978, que en su declaración reconoce a la salud como “*derecho humano fundamental*”, donde se logre un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Dicho propósito fue dirigido a todos los integrantes de los pueblos sin exclusión alguna por sus características. Posteriormente, en el año 2008, la FM-PUCE se remite al “Informe Mundial de la Salud: Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca”, y se ratifica el “Enfoque de la Renovación de la APS” mismo que pretende dar respuesta a las condiciones de exclusión que todavía prevalecen. (Gross, Crespo, & Villegas, 2014)(Organización Panamericana de Salud, 2013)

En concordancia con lo expuesto la FM-PUCE incluye este instrumento útil en su visión y misión, y, formula el siguiente perfil de egreso: “*El médico general egresado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) es un profesional integral con formación científica, ética, humanística y con responsabilidad social. Posee habilidades básicas en una segunda lengua y gestiona su formación continua. Entiende el proceso salud-enfermedad desde los determinantes de salud y ejecuta acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado paliativo al individuo, la familia y la comunidad, desde su diversidad cultural, en los niveles y ámbitos de atención nacionales e internacionales; en concordancia con el perfil epidemiológico y la evidencia científica disponible. Trabaja en equipo y participa efectivamente en el sistema de salud, acorde con el marco legal vigente, a través de la comunicación con el paciente, su familia, el equipo de salud y la sociedad en búsqueda de la calidad en la atención*” (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2013). Para cumplir sus objetivos la FM-PUCE cuenta con un modelo educativo de calidad basado en un currículo de desarrollo de competencias centrado en el “Aprendizaje Basado en Problemas” (ABP), y con una formación previa en el “Área de Ciencias Básicas”. Esta estrategia la ha posicionado como un referente nacional de la

formación médica e incluso forma parte de las siete mejores Facultades de Medicina en Latinoamérica al recibir en el 2009 la acreditación internacional CIRES en reconocimiento a su excelencia académica. Sin embargo, no ha existido la suficiente reflexión institucional y la puesta en práctica de un proceso formativo transversal sustentado en la consideración de la relación entre cultura y salud, conforme a los principios, valores y componentes incluyentes de la APS y el llamado teórico-político existente en el país (Gross, Crespo, & Villegas, 2014).

La importancia de la inclusión de un proceso formativo en los estudiantes de medicina que incluya la consideración de la cultura en la atención de salud se debe a que Ecuador plantea un contexto multicultural dentro del cual coexiste una diversidad de poblaciones culturalmente distintas, étnicamente diferenciadas y otros grupos culturales subordinados.

El profesional egresado de la FM-PUCE al prestar sus servicios a esta población culturalmente diversa, se enfrentará a situaciones transculturales en donde la percepción de la enfermedad está influenciada por una cosmovisión distinta a la que el Sistema Médico Hegemónico (SMH) proporciona, históricamente determinada; consecuentemente la calidad de atención y resolución de los problemas dependerán de las competencias que el profesional de la salud posea para proporcionar un manejo adecuado. Esto conlleva a formalizar un enfoque complementario, pero apropiadamente establecido, de desarrollo de competencias de visión intercultural o “competencias culturales” que permita entender y atender a un paciente cultural distinto.

Las iniciativas para el abordaje de esta situación han incluido el desarrollo de los proyectos de investigación "REPENSANDO LA FORMACIÓN DEL MÉDICO GENERALISTA DEL NIVEL BÁSICO DE ATENCIÓN EN SALUD. ENFOQUE DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS CULTURALES". FACULTAD DE MEDICINA PUCE” y su continuación “EL CAMINO HACIA LA COMPETENCIA CULTURAL EN EL PREGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PUCE. ESTADO DE LA CUESTIÓN.2013” conjuntamente con otras actividades académicas como:

- “METODOLOGÍA CUALITATIVA. LOS APORTES DEL MÉTODO ETNOGRÁFICO PARA LA INVESTIGACIÓN SOCIO-SANITARIA” que activó la reflexión y el pensamiento sobre cómo son construidos los datos que sustentan las investigaciones dirigidas a la transformación de la realidad.

- EVENTO INTERNACIONAL “FORMACIÓN MÉDICA Y CULTURA” donde se reflexionó sobre la manera cómo los modelos formativos vigentes en las escuelas de ciencias de la salud (con particular énfasis en las escuelas de medicina) contribuyen y resuelven la persistencia de esquemas de exclusión e injusticia social de los grupos minoritarios y culturas subordinadas.

Proyecto de investigación: “REPENSANDO LA FORMACIÓN DEL MÉDICO GENERALISTA DEL NIVEL BÁSICO DE ATENCIÓN EN SALUD. ENFOQUE DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS CULTURALES. FACULTAD DE MEDICINA PUCE”

El proyecto de investigación I-13138 realizó un abordaje con un estudio mixto observacional descriptivo transversal de aproximación cuali-cuantitativa para desarrollar la hipótesis de que *“Una perspectiva de mayor beneficio y sostenibilidad para la atención de las poblaciones vulnerables plantea la responsabilidad social tanto del Estado como de la Academia para modelar estrategias específicas orientadas al desarrollo de competencias culturales (CC) tanto en las instituciones de salud así como en las instituciones formadoras de los futuros médicos con lo que se aportaría a la lucha contra las desigualdades e inequidades en salud de las minorías y culturas subordinadas en el Ecuador”* (Gross, Crespo, & Villegas, 2014).

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, administrados a estudiantes de distintos niveles de la FM – PUCE. La primera de ellas fue una encuesta de opinión que profundizó en la comprensión de lo que se ha llamado “Salud Intercultural” proponiendo como referencia concreta la atención de la salud materna con énfasis en el cuidado prenatal, parto y puerperio, y los cuidados del recién nacido. La segunda fue una encuesta cuyos ítems utilizaron una escala de Likert para valorar la percepción ante las preguntas que fueron desarrollados en base a instrumentos autoadministrados con altos valores de confiabilidad y validez, fundamentalmente el *“Multicultural Awareness, Knowledge and Skills Survey (MAKSS)”* desarrollado por Michael D’Andrea y colaboradores (D’Andrea, Daniels, & Heck, 2013). Los dominios explorados por esta encuesta fueron Conciencia Cultural, Conocimiento Cultural y Destrezas Culturales, basados en las definiciones del modelo de competencia cultural

de Campinha Bacote⁴(Campinha-Bacote J. , A model and instrument for addressing cultural competence in health care, 1999).

Encuesta de Opinión

Los resultados de la encuesta de opinión develaron que los estudiantes consideran la inclusión de elementos que trascienden la visión biologista del SMH como una opción para brindar una calidad en la atención de salud y la obtención consecuente de resultados favorables. Estos elementos estarían constituidos por un conjunto de “valores” que los prestadores de servicios en salud deben desarrollar dentro de un ambiente en donde se excluya la visión paternalista del SMH en relación a los sistemas médicos tradicionales o a aquellos que se desarrollan en grupos culturalmente distintos. La integración de elementos provenientes de los diversos sistemas de atención de salud es apreciada como una alternativa eficiente para el abordaje de situaciones transculturales, lo que conlleva al desarrollo de requerimientos mínimos por parte de los prestadores de servicios de salud.

Estas concepciones conformaron la idealización de “Salud Intercultural” por parte de los estudiantes, quienes la consideraron como un elemento innovador de la atención, que trata de conjugar distintas percepciones del proceso enfermedad-salud por parte del médico, paciente y sistema de servicios en salud; confluyendo en un propósito de beneficio para paciente. Si bien se expresó una actitud a favor de la consideración de la cultura en la atención de salud, responden al discurso idealizado como “políticamente correcto” que es aceptado favorablemente de manera acrítica, sin una suficiente reflexión sobre las implicaciones que trascienden al simple reconocimiento de la existencia de sistemas diversos para el abordaje de la enfermedad. Se sugirió que el enfoque debe superar este paradigma y provocar la reflexión en el tema partiendo con la forma en que la poca consideración de la cultura en la atención de salud ha influido en el desarrollo problemas de discriminación, marginación y desigualdades que afectan a la prestación de salud integral por parte del SMH.

Las alternativas propuestas para la integración y confluencia de los paradigmas sobre el proceso de salud – enfermedad – atención, en un encuentro médico – paciente transcultural, incluyen varias opiniones que resaltaron una visión funcionalista en

⁴ Una ampliación del modelo se describe en la sección: Modelo “El proceso de Competencia Cultural en la Prestación de Servicios de Salud”.

busca de resultados efectivos, sin tomar en cuenta la complejidad e integralidad del proceso. Por otra parte existen quienes creyeron innecesaria la puesta en marcha de procesos que consideren la influencia de la cultura en la atención de salud.

En referencia a las áreas analizadas por la encuesta de opinión se expresó un pobre abordaje de la perspectiva de “Salud intercultural”, incluso de elementos oficiales como el “Manual de Normas Técnicas para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado”.

Encuesta en Línea

La encuesta en línea reveló los aspectos que influyen negativamente en un encuentro transcultural.

En el dominio “Conciencia Cultural” se resaltó la incapacidad de definir y comprender la cultura propia, lo que dificulta el entendimiento del rol que juegan los componentes de la misma en la interacción con el culturalmente diverso. Si bien en el discurso, los estudiantes tendieron a rechazar los estereotipos, al momento enfrentarlos a ítems que asignaron características irreales asociadas a grupos étnicos como “Los indígenas” o “Los negros”, mostraron aceptación de estos constructos, contradiciendo la postura explícita del rechazo estereotipar. Se reconoció las dificultades en acceder a la atención de salud, que tienen los grupos étnicos y culturales subordinados (GECS); ante lo cual presentaron una actitud positiva para que se generen procesos formativos en el personal de salud que busquen mejorar la calidad de la atención a través de una prestación de servicios en salud con un enfoque de competencias culturales.

En cuanto al dominio “Conocimiento Cultural” los estudiantes reconocieron como deficientes los temas: “Cultura y salud”, “Etnicidad”, “Prejuicios”, “Salud intercultural”, “Etnocentrismo”, “Medicina Alternativa”, “Medicina tradicional”, “Medicina complementaria”. También se aceptó el poco conocimiento sobre características culturales asociadas de los GECS, y la incapacidad de la interpretación básica de lenguas aborígenes. Se asumió que es consecuencia de las limitadas inclusiones en los procesos formativos que profundicen estos temas.

Dentro de las “Destrezas Culturales”, los estudiantes generalmente consideraron como deficiente su capacidad para identificar objetivamente las necesidades de salud de

grupos sociales con un componente cultural distinto al suyo. Se admitió como una fortaleza la capacidad para buscar información sobre temas relacionados con la consideración de la cultura en la atención de salud, pero se manifestó dificultad de acceso a los recursos.

Discusión y Recomendaciones

Se enfatizó la importancia de trascender las posturas teóricas que engloban la consideración de la cultura en la atención de salud y se propuso *“evolucionar desde estos marcos legales y normativos a la implementación efectiva de un modelo de atención coherente con las demandas de poblaciones diversas”*. La formación de personal, que a futuro preste servicios en salud, podría constituir una alternativa válida para influir en los futuros profesionales generando una estrategia dirigida a disminuir la exclusión, inequidad y dificultad de acceso de determinados GECS. Esta alternativa cobra un papel protagónico ante la limitación de la oficialidad de intervenir en el colectivo de profesionales que ha pasado por el correspondiente proceso formativo universitario sin un enfoque de desarrollo de competencias culturales básicas.

Un proceso formativo con enfoque en competencias culturales se alinearía con los múltiples documentos generados por el MSP y la FM – PUCE en los que se ratifica la necesidad de responder ante la diversidad cultural ecuatoriana y proporciona al Médico egresado atender y entender a los usuarios que buscan atención en la red de servicios de salud con escenarios multiculturales.

La participación protagónica de la FM – PUCE en esta línea, implicaría la incorporación de *“Un programa transversal troncal no optativo de Antropología de la Salud-Enfermedad-Atención, que se articule sincrónica y diacrónicamente con las dimensiones biológica, psicosocial y de salud pública de los Programas de Salud Integral Madre, Niño y Adulto”*.

Plan de Estudios de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

El primer plan de estudios fue aprobado en febrero de 1995, el mismo que estaba destinado a la formación de un Médico General en un periodo de 6 años de estudio dividido en doce semestres, teniendo como eje integrador la APS, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. En los dos se mantiene, de manera sistemática y continua la integración de docencia, investigación y servicio, con un proceso educativo centrado en el alumno y en el Aprendizaje Basado en Problemas (Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2008).

El plan de estudios tuvo dos revisiones posteriores, la primera en los años 2001–2002, y la segunda en el 2007 que mantiene su estructura hasta la actualidad.

El plan de estudios está constituido por la estructura organizativa constituida por áreas, unidades y actividades de aprendizaje y sus objetivos y contenidos. Se divide en cuatro grandes etapas constituidas por dos o más niveles de carrera:

- Ciencias básicas.- Son las áreas que constituyen el sustento académico inicial de diversas carreras que se desarrollan en la universidad y más específicamente en carreras relacionadas a la salud. Dentro de la presente estructura académico administrativa corresponden a los niveles de carrera comprendidos entre el Primer y el Cuarto niveles.
 - Ciencias pre-médicas.- Son aquellas áreas de conocimientos generales que sirven como base a diversas carreras universitarias. En la presente estructura, constituyen una macro-área de integración para la evaluación.
 - Ciencias Morfofuncionales.- Son las áreas básicas relacionadas con la Medicina que se refieren a Anatomía, Embriología, Fisiología e Histología del cuerpo humano. Son la base para entender la enfermedad.
 - Salud integral y comunitaria.- Es la macro-área conformada por las áreas que facilitan la adquisición de conocimientos (persona, comunidad, ambiente), actitudes y destrezas que permiten la integración de los aspectos Médico-Biológico, Administrativo-Sanitario y Psicosocial.

- Desarrollo Humano.- Es la macro-área que reúne áreas que estimulan el desarrollo del ser humano como persona en todos sus aspectos psicológicos, valóricos, éticos y culturales.
- Ciencias clínicas.- Son aquellas áreas y unidades relacionadas con la enfermedad del cuerpo humano que se desarrollan a través de un caso problema en el que se integran los tres ejes pragmáticos. En la estructura curricular corresponden a los niveles comprendidos entre el Quinto al Octavo.
- Externado.- Es aquella parte del Plan de Estudios cuyas actividades las realiza el estudiante casi en su totalidad en un centro hospitalario, diferenciándose del internado rotativo en la cantidad de turnos y responsabilidades. El externado se realiza entre los niveles Noveno y Décimo de la carrera.
- Internado Rotativo.- Forma parte del Plan de Estudios cuyas actividades las realiza el estudiante durante un año dentro de un centro hospitalario, con turnos cada 3-4 día y mayores responsabilidades en los diferentes servicios hospitalarios. Se realiza entre los niveles Décimo primero y Décimo segundo de la carrera.

Modelos de Competencia Cultural

La “Competencia Cultural” constituye un término relativamente moderno dentro de las ciencias académicas, cuya mención aparece en los años 80 con un consiguiente incremento sustancial de literatura en el tema, no obstante es a finales de esta década cuando se realizan postulados relevantes desde el paradigma de la enfermería que enfatizan la importancia de la influencia de la cultura en el cuidado/atención de salud (Zuwang, 2004).

El desarrollo de esta temática fue promovido principalmente por autores estadounidenses en respuesta a los fenómenos demográficos ocasionados principalmente por la migración, que acercaron a personas culturalmente diversas a los servicios de salud. El contraste cultural existente entre el personal de salud y los usuarios, desencadenó dificultades en atención y acceso a la salud, provocadas por las distintas apreciaciones del fenómeno Salud-Enfermedad (Zuwang, 2004) (Tervalon, 2003).

Se hizo evidente la necesidad de considerar la cultura del paciente como un componente elemental en la atención y cuidado en salud debido a las limitaciones generadas a partir de la atención de personas culturalmente diversas. Estas limitaciones se convirtieron rápidamente en un problema a resolver, y, las acciones y reacciones posteriores se enfocaron a disminuir las inequidades en la prestación de servicios de salud.

Varias teorías y modelos se originaron en busca de entender el rol de la cultura en la atención de salud e implementar una competencia en los profesionales que les permitiese responder efectivamente ante las necesidades de pacientes culturalmente diversos. Estos marcos conceptuales y teóricos se consideran como “Modelos de Competencia Cultural”. En este sentido, fue Cross y sus colaboradores quienes cristalizaron el término “Competencia Cultural” definido como “*Un conjunto de conocimientos, actitudes, conductas, políticas y programas, que confluyen en una persona, organismo o sistema y que le capacitan para desempeñarse con eficacia en contextos transculturales*” (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989). De esta forma se dio paso al estudio del desarrollo e implementación de esta competencia en los profesionales de salud en busca del desempeño eficiente y efectivo con los grupos étnicos y sociales minoritarios.

A continuación se exponen algunos modelos y teorías trascendentes que protagonizan el contexto del desarrollo de Competencias Culturales.

Teoría de los “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y Universalidad”

Madeleine Leininger, a partir de los postulados desarrollados a mediados del siglo XIX sobre “Enfermería transcultural”, expone su teoría “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y Universalidad”, con la que replanteó el cuidado/atención de salud bajo la óptica de las Ciencias de la Salud, la Antropología y la Sociología (Aguilar, Carrasco, Gracia, Saldivar, & Ostiguin, 2007).

Realizó un estudio a profundidad de la relación existente entre el “Cuidado/atención de salud” y la “cultura”. Considera al “Cuidado cultural” como un proceso cognitivamente aprendido y profesionalmente entregado, que comprende todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se adecuan a los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, grupos o instituciones. El objetivo de brindar un cuidado culturalmente congruente es proveer un estado de bienestar en el paciente proporcionando cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios (Zuwang, 2004) (Castillo, 2008). Al comprender la forma de brindar el cuidado y atención de salud desde el contexto cultural del paciente, se puede entender y profesar distintas formas de prevenir y enfrentar a la enfermedad, y, abordarla con formas terapéuticas apropiadas. El proporcionar un cuidado culturalmente congruente trasciende el enfoque biologista – curativo centrado en la enfermedad y brinda una integralidad en la atención entendiendo la enfermedad y el padecimiento del paciente⁵ (Castillo, 2008) (Leininger, 1991).

El “Cuidado Cultural” obliga al profesional de la salud a entender sus bases conceptuales y propósitos para actualizarlos en base a los distintos contextos culturales en que se desenvuelva tomando en cuenta las diferencias y similitudes culturales existentes con el diverso (Leininger, 2006).

⁵ Se entiende por padecer la forma individual y personal como cada uno enfrenta su problema de salud, sea o no sea enfermedad. La enfermedad es una construcción intelectual, en la que se reúnen: las causas, los procesos a través de los cuales se manifiesta en el cuerpo, los signos y síntomas que produce, y las lesiones del organismo o de la vida que pueden existir como su sustento.

Competencia Cultural como un continuo

El desarrollo de Competencia Cultural es considerado como un proceso continuo de aprendizaje, influenciado por las experiencias académicas y cotidianas, que, acercan al profesional al entendimiento de la influencia de la cultura en el diario vivir de las personas. En el caso de la salud, en cómo los individuos alcanzan un estado de bienestar físico, mental y social desde su apreciación cultural del fenómeno salud-enfermedad.

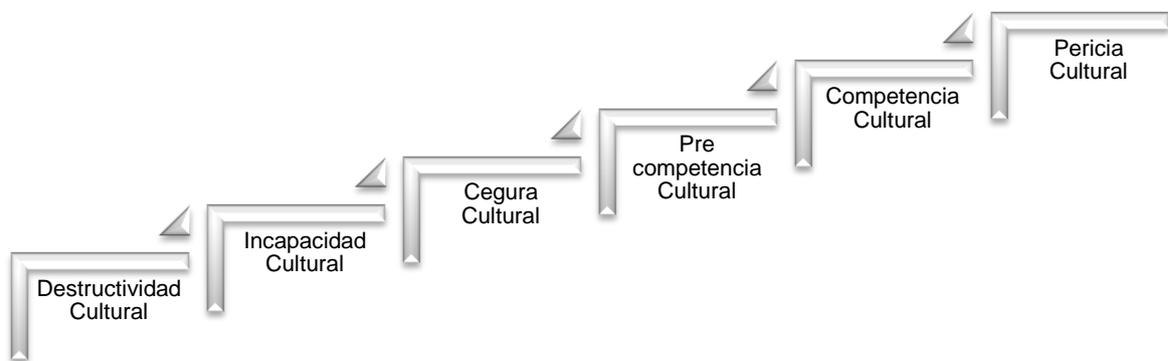
Dicho proceso es considerado como un Modelo de Desarrollo de Competencias Culturales (MDCC), diferenciado en fases y etapas que un profesional o institución de salud muestra durante el desarrollo hacia la CC adecuada (Multicultural Work Group, 2001)(Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989).

En esta lógica se han desarrollado varios modelos de los cuales los más representativos se exponen a continuación.

Cultural Competence Continuum

El modelo “Cultural Competence Continuum” establece seis etapas dentro del proceso (Figura1). En este proceso un profesional u organización puede volverse culturalmente competente en función de la experiencia y formación obtenida.

Figura 1.- Modelo “Cultural Competence Continuum”



La definición de las características de etapas de CC, permiten ubicar al profesional u organización dentro del proceso y plantear objetivos para lograr un estado aceptable (Tawadara & National Center for Cultural Competence, 2004)(Cross T. , 2001). Las características de las distintas etapas son:

- **Destructividad Cultural.**-Representado por actitudes, prácticas y políticas que atentan/perjudican a otras culturas y consecuentemente contra sus integrantes.
- **Incapacidad cultural.**- Las personas u organizaciones en esta etapa no atentan intencionalmente contra otras culturas, pero presentan deficiencias para ayudar a los GECS. Se ratifica una posición hegemónica sobre otros grupos asumiendo una posición paternalista caracterizada por la prestación no igualitaria de servicios, bajo la concepción de que los grupos subordinados “conocen su lugar”. Las características en esta etapa comprenden: la creación de estereotipos, prácticas discriminatorias, mensajes sutiles de desvalorización y expectativas menores.
- **Ceguera Cultural.**- En esta etapa se expresa una filosofía de ser imparcial en donde se brinda atención bajo el juicio de que “todos somos iguales”. Esta representación expresa que el SMH es universalmente aplicable y que las diferencias culturales no influyen en la efectividad del servicio. Como consecuencia se expresa una actitud etnocéntrica. El profesional o la organización ignora las fortalezas que brinda la cultura, promueve la asimilación de una atención desde el sistema hegemónico y tiende a culpar a las víctimas por sus problemas. Los procesos interculturales con las minorías se los lleva a cabo con el paradigma de “rescatarlos” de un problema y generalmente sin la guía de un comité representante de a quienes está dirigido.
- **Pre Competencia Cultural.**- Esta etapa está caracterizada por la aceptación y respeto de la diferencia cultural. Esto conlleva a realizar una retroalimentación continua del contexto cultural en el que se desenvuelve, prestar atención a la dinámica en la que se desarrolla el encuentro transcultural, expandir el conocimiento sobre los componentes culturales del entorno y recursos para el trabajo efectivo, y adaptar los modelos de prestación de servicios para proporcionar una mejor atención de salud a los grupos minoritarios.
- **Competencia Cultural.**- Se demuestra una aceptación y respeto por las diferencias culturales y presentan la misión de articular los principios,

pensamientos, fundamentos y valores en todos los aspectos concernientes a la atención de salud. Se puede identificar una actitud positiva a adoptar herramientas que basados en la evidencia, han demostrado mejorar los resultados en encuentros transculturales y permiten incluir las posturas y opiniones de los pacientes en la planificación, entrega y evaluación del servicio de salud.

- Pericia cultural.- Los profesionales y organizaciones tienen en cuenta la influencia de la cultura en la atención de salud como un factor fundamental para guiar todos los procesos que tengan que desempeñar. El interés en el tema lleva a investigar y producir conocimientos sobre la influencia de la cultura en la prestación de servicios de salud en el manejo de pacientes, intervenciones, educación y políticas. El nivel de competencia permite tener la capacidad de transmitir los conocimientos y destrezas a los demás, convirtiéndose en soporte y mentor de otros profesionales y organizaciones.

Modelo de Desarrollo Cultural (Cultural Development Model)

Wells propone su modelo “Cultural Development Model” dividido en seis etapas, desde el grado más bajo, al más elevado de competencia cultural. A diferencia del “Cultural Competence Continuum” este modelo divide a sus etapas en dos fases, las tres primeras conforman la fase Cognitiva y las tres siguientes la fase Afectiva (Ohlinger, 2005)(Wells, 2000).

La fase cognitiva ubica el énfasis en el aprendizaje y conocimiento de la cultura y sus manifestaciones sobre el proceso de salud – enfermedad (Charles Sturt University, 2012). Consta de tres etapas: Incompetencia intercultural, Conocimiento cultural y Conciencia cultural.

- Incompetencia cultural.- Falta de conocimiento de las implicaciones de la cultura en la conducta sanitaria.
- Conocimiento cultural.- Aprendizaje de los elementos de la cultura y su rol en la conformación y definición de una cultura sanitaria.

- Conciencia cultural.-Reconocimiento y comprensión de las implicaciones culturales que influyen en la conducta.

La fase afectiva tiene como meta lograr un cambio actitudinal y conductual a través de la aplicación del conocimiento adquirido durante la fase cognitiva. El desarrollo a través de las etapas de la fase cognitiva requiere una experiencia real de trabajo con miembros de culturas diferentes. La fase afectiva consiste en tres etapas: Sensibilidad cultural, Competencia cultural y Maestría/Pericia cultural.

- Sensibilidad cultural.-Corresponde a la integración del conocimiento y conciencia culturales en una conducta individual o institucional.
- Competencia cultural.- Corresponde a la aplicación sistemática de intervenciones y prácticas culturalmente adecuadas.
- Maestría/pericia cultural.- Corresponde a la integración de la competencia cultural en el repertorio de práctica, enseñanza e investigación. Correspondería en suma a la maestría en el logro de las fases cognitiva y afectiva del desarrollo cultural.

Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Intercultural (Developmental Model of Intercultural Sensitivity)

Milton Bennett desarrolla este modelo tras el estudio de personas que se han encontrado en circunstancias transculturales y su paradigma se basa en la interdisciplinariedad entre la psicología, antropología y sociología en el desarrollo de la comunicación con el culturalmente diverso. Define a la competencia cultural como la habilidad para comunicarse efectivamente con personas culturalmente diversas, la misma que debe ser empleada correctamente en una variedad de contextos culturales.

Este modelo se fundamenta en la teoría de los “Constructos Personales” de George Kelly y su extensión el “Constructivismo Radical”. En concordancia con esta teoría se asume que si una persona no tiene las competencias necesarias para construir cognitivamente un evento y apreciarlo, él no lo experimentará en su integralidad. La existencia y apreciación de un fenómeno radica en la complejidad de la construcción mental y en la capacidad para discriminar los detalles de dicho fenómeno. Por lo que

el presente modelo describe las características cognitivas, organizadas en etapas hacia lo que para el autor es el grado más alto de competencia cultural. El modelo considera que mientras la experiencia y vivencia de la diferencia cultural es más sofisticada, el desarrollo de la competencia cultural incrementa.

El modelo consta de seis etapas, las primeras tres (Negación, Defensa y Minimización) corresponden a una fase “etnocentrista”, en donde la propia cultura es apreciada como el eje central para la construcción de la realidad. Las siguientes tres etapas (Aceptación, Adaptación e Integración) corresponden a una fase “etnorelativista” donde la cultura propia es experimentada y articulada en el contexto de culturas diversas. Cada etapa de este modelo se refiere a una cosmovisión del profesional en un encuentro transcultural, en donde se presentan actitudes y comportamientos característicos (Bennett M. , Developing intercultural sensitivity, 2004)(Bennett M. , Becoming Interculturally Competent, 2004)(Bennett M. , 1986).

A continuación se describen cada una de las etapas:

- Negación.- Las culturas diversas son discriminadas en su totalidad o son interpretadas de maneras bastante vagas. Como resultado, la diferencia cultural no se experimenta, o la experiencia se basa en una apreciación indiferenciada del culturalmente distinto y se lo cataloga como como el “forastero” o “inmigrante”. Las personas que ven el mundo desde la fase de negación son propensas a evitar el tema de la diversidad cultural o pueden nombrar a “los otros” usando nombres de grupos específicos como “los indígenas”, “negros”, etc.

Otra particularidad de esta etapa incluye el uso implícito del “Darwinismo Social” para justificar la existencia de la superioridad de determinadas personas que han nacido o han logrado un espacio en un grupo hegemónico. Esto a su vez es compatible con una actitud de “negligencia benigna” hacia las personas más bajas en la jerarquía social que según ellos “no se puede evitar”.

El poder es más probable que sea ejercido como una explotación desvergonzada, con el argumento de que “ellos no valoran la vida como lo hacemos”. Estas suposiciones y actitudes son inconscientes, por lo que el intento de enfrentar una diversidad cultural se convierte en un gran esfuerzo en donde se manifiesta desconcierto, desagrado y eventualmente la hostilidad.

- Defensa.- Las culturas distintas suelen ser discriminadas en formas más complejas, pero esas apreciaciones culturales de “los otros” no suelen ser tan integrales como la apreciación de la cultura propia. Por ejemplo, las personas pueden oponerse a generalizaciones/estereotipos dirigidas a su propio grupo cultural, sin embargo estereotipan a otros grupos.

La cosmovisión de esta etapa está polarizada por la distinción “nosotros-ellos”, por lo que la actitud que prevalece es la de permanecer en un estado de asedio. Las personas de la cultura dominante con una actitud de asedio generalmente expresan enunciados como “Ellos están ocupando nuestros trabajos”. El poder es ejercido con el intento de excluir a aquellos que pertenezcan a un grupo cultural distinto. En una perspectiva exteriorizada, los miembros de una cultura dominante defienden su “privilegio cultural”, pero esto no es apreciado por los integrantes del grupo.

Para grupos subordinados la actitud es similar siendo el rol del “atacador” el que cambia. Es más probable que estas personas defiendan su identidad cultural de la presión del grupo dominante por intentar incluirlos en su sistema. En casos extremos, los miembros de los grupos no dominantes pueden estereotipar a cualquier cultura dominante, basándose en una opresión creada intencionalmente.

- Minimización.- Representa una perspectiva más compleja para evadir la diferencia cultural. En esta etapa las diferencias culturales superficiales y otras costumbres son reconocidas pero bajo la suposición de que “todos en el fondo somos lo mismo”. Esta suposición de una similitud común y básica, contrarresta la simplificación expuesta en la fase de defensa, porque los otros son percibidos como “iguales”, con una perspectiva de complejidad similar con la que se aprecia el individuo a sí mismo.

La similitud puede expresarse en términos de igualdad física, o puede tomar otros aspectos como la espiritualidad u otra similitud filosófica, la cual se asume como válida para todas las personas y se expresan frases como: “Todos somos hijos de Dios, sea que lo sepamos o no”. La atribución de necesidades, deseos, y valores similares a los propios hacia otras personas conlleva a un proceso de simplificación de un grupo cultural, con un grado más

alto de abstracción en relación a las etapas anteriores. Las personas que pertenecen a esta categoría pueden no simplificar la complejidad cultural del “otro”, pero la diferencia cultural es apreciada bajo la comprensión que tiene el individuo de su propia forma de ver el mundo.

Las personas en esta categoría tienden a ser “muy buenos” con los demás, viven en un mundo reducido donde las personas naturalmente interactúan por el principio básico de humanidad y respeto.

El poder en esta etapa puede ser ejercido como un privilegio institucional. El grupo dominante que disfruta de un privilegio institucional es inconsciente de lo que hacen, ya que ellos piensan que todas las personas deben tener iguales oportunidades bajo el argumento de similitud. A menos de que ellos perciban por sí mismos que tienen una diferencia cultural en relación a los “otros”, ellos no podrán ver que su cultura dominante es utilizada como un modelo de “éxito” en la organización (salud).

- Aceptación.- El ingreso a esta fase representa un cambio inicial en la forma de ver el mundo bajo varios contextos culturales (esencia de etnorelativismo). Los valores, creencias y comportamientos están organizados bajo categorías contextuales en relación a la cultura del otro que difieren de la apreciación propia. Lo que se empieza a aceptar en esta fase es la igualdad de complejidad cultural de los otros con una organización distinta a la propia. El individuo puede tener una perspectiva inicial de etnorelativismo, pero a la vez tener desagrado por determinado grupo cultural o desacuerdo con algún aspecto que lo conforma. Es por estas diferencias en que bajo un contexto cultural el individuo puede pensar que no todas las personas de otra cultura pueden compartir su forma de ver el mundo como él quisiera.

La relatividad cultural (entre la cultura propia y la del diverso) de las personas en esta etapa es el cambio principal de esta etapa y provoca cuestionamientos como ¿Cómo proveer un servicio bajo la perspectiva propia sin imponerse ante las igualmente válidas opiniones del culturalmente diverso? Una respuesta que tienen las personas en esta etapa es proveer dicho servicio con una actitud sin fundamento en un juicio/valor del encuentro transcultural, es decir una actitud de desinterés caracterizado por expresiones como: “lo que sea”.

William Perry se refiere a esta situación como *multiplicidad*⁶ dentro de su trabajo "*Formas de desarrollo ético e intelectual*", y sugiere que es una etapa normal dentro del desarrollo del profesional fuera de una posición dualista⁷. La secuencia de su trabajo muestra similitud en esta etapa (Rapaport, 2013).

En las fases de negación y de defensa el ejercicio del poder tiene sus raíces en "verdades incuestionables" de quienes pertenecen a estas fases, las mismas que están organizadas dentro de categorías "nosotros-ellos", "bueno-malo", etc. de acuerdo con el dualismo. En la minimización el dualismo se convierte en universalismo. En la etapa de aceptación, la apreciación del encuentro transcultural bajo la óptica de la cultura del paciente se convierte en una posibilidad considerable.

El relativismo característico de esta etapa convierte a todas las posiciones generadas en la situación transcultural como válidas, por ende la elección de una posición se basará en la antigua creencia dualista. En el contexto de Perry, las personas necesitan desarrollar un "relativismo contextual". Esto significa que ellos necesitan adquirir la habilidad de tomar decisiones éticas que no estén basadas en el dualismo pero si en su juicio sobre las apreciaciones adecuadas según el contexto.

- Adaptación.- El cambio a la adaptación ocurre cuando aparece la necesidad de pensar o actuar fuera del contexto cultural propio. Este cambio ocurre cuando existe un encuentro más íntimo con personas de otra cultura como en una inmersión con culturas diversas o cuando se trabaja con un grupo multicultural. En este punto el simple reconocimiento de los contextos culturales son insuficientes para guiar el comportamiento.

La adaptación requiere de un "cambio en el marco cognitivo" (cognitive frame shifting), donde uno intenta tomar la perspectiva de otra cultura. La vivencia del encuentro transcultural es apreciada bajo los constructos que de la persona culturalmente diversa y esto a su vez condiciona el comportamiento del profesional de la salud. Esto genera una empatía cultural en donde el

⁶ Considera los diferentes puntos de vista que puede haber en torno a un asunto, sobre todo cuando la respuesta correcta no se conoce aún, es decir, el sujeto considera que "todas las opiniones pueden ser igualmente valiosas"

⁷ Se caracteriza por un pensamiento dicotómico que posiciona a la persona, categóricamente, en una de dos posiciones: bueno o malo.

comportamiento del profesional esta guiado por la construcción de la realidad bajo la mirada del otro y no por la creencia de lo que sería políticamente correcto.

El mayor problema para el profesional en esta etapa es la *autenticidad* ya que puede surgir la duda de ¿Cómo se puede ser uno mismo y a la vez comportarse de otra forma? En la respuesta que siempre debe prevalecer la definición de uno mismo, pero con la adaptación a contextos culturalmente diversos.

- Integración.- Esta etapa gira entorno a un cambio en la “identidad cultural”. Identidad cultural es crear un nivel mental, que provea al profesional una sensación de coherencia ante la vivencia de un fenómeno transcultural. En esta etapa, la identidad cultural se libera de una vinculación estricta con determinada cultura, y se restablece libre y adecuadamente en función del contexto cultural del encuentro, experimentando la vivencia en su amplia complejidad. Entonces al hacer esto, la identidad se deslinda de cualquier marco cultural preconcebido.

Una forma de este cambio de la identidad es la “Marginalidad Encapsulada”. En esta condición, la percepción de sí mismo entre distintos contextos culturales es disfuncional. Las personas con esta cosmovisión pueden retornar a un estado de “*multiplicidad*”, caracterizado por la incapacidad para adecuarse apropiadamente al contexto cultural que se vive. Esta actitud puede provocar un fallo en la capacidad de reconocer un comportamiento perjudicial en el encuentro transcultural.

Otra respuesta al cambio de identidad es la “Marginalidad Constructiva” en donde la identidad está definida por los constructos mentales de las culturas que interactúan en el encuentro transcultural, pero existe la habilidad de moverse fácilmente y adecuadamente según el contexto del encuentro. Las personas en esta condición pueden apreciar lo que ocurre implícitamente en el encuentro, lo que probablemente demuestra que mantienen un nivel de construcción cognitiva basado en un criterio propio. Esta actitud demuestra que no son desarraigados completamente de la cultura propia, pero si demuestra una flexibilidad intencional por apreciar el fenómeno integralmente bajo el contexto cultural del diverso.

Modelos de competencia cultural basados en dominios

Estos modelos incluyen conceptos y definen parámetros que proponen un marco organizado para guiar el desarrollo de la CC y han servido para incorporar la influencia de la cultura en la atención de salud mediante programas de formación para profesionales relacionados con el área. A diferencia de los modelos anteriormente expuestos, estos incluyen categorías consideradas como dimensiones o dominios sobre los cuales se debe aplicar métodos pedagógicos adecuados para su desarrollo.

Modelo: “El Proceso de Competencia Cultural en la Prestación de Servicios de Salud” (The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services)

Es un modelo creado por Josepha Campinha Bacote en el que se considera la competencia cultural como *“Un proceso en que el profesional de la salud se esfuerza continuamente por lograr la capacidad y vocación de trabajar efectivamente, bajo el contexto cultural del usuario; sea este un individuo, una familia o una comunidad”*. Este modelo se compone por cinco dominios que son: Conciencia Cultural, Conocimiento Cultural, Destrezas Culturales, Encuentros Culturales y Deseo Cultural (Campinha-Bacote J. , The Process of Cultural Competence, 2014)(Campinha-Bacote J. , The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care, 2002)(Campinha-Bacote J. , 2003)(Campinha-Bacote J. , A model and instrument for addressing cultural competence in health care, 1999).

A continuación se detallan los dominios de este modelo:

- **Conciencia cultural.**- Es una auto examinación a profundidad sobre el contexto cultural propio. Este proceso involucra el reconocimiento de los sesgos, prejuicios y suposiciones acerca de los individuos que son culturalmente diversos. Si no se es consciente de la influencia de la cultura propia, el proveedor de salud puede tomar una actitud hegemónica y opresiva ante los pacientes. La “Imposición Cultural” se caracteriza por la tendencia de imponer sus creencias, valores, y patrones de comportamiento a otra persona culturalmente diversa. Además la consciencia cultural involucra un proceso deliberado y cognitivo en el que los proveedores de salud se vuelven sensibles

y aprecian los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias para resolver problemas de los clientes.

- **Conocimiento cultural.**- Es el proceso de ver y obtener una sólida base educativa concerniente a las distintas “formas de ver el mundo” que tienen las culturas con las que se interactúa. La “forma de ver el mundo” o cosmovisión puede ser considerada como un paradigma o como la observancia del mundo y los fenómenos que ocurren en él. La cosmovisión es el modo individual o grupal de apreciar el universo para formar valoraciones acerca de sus vidas y de lo que les rodea. El objetivo del conocimiento cultural es entender la cosmovisión del paciente. Otro aspecto que constituye el conocimiento cultural es el tener bases consistentes acerca de variaciones físicas, biológicas y psicológicas de las culturas, definido por Purnell como “Ecología biocultural”.
- **Destrezas culturales.**- Es la habilidad del profesional para conllevar una valoración cultural del paciente recolectando información relevante, con el fin de plantear el problema/necesidad en salud de la mejor forma posible y direccionar una atención que incluya los aspectos culturales.
- **Encuentros culturales.**- Es el proceso en el que el profesional se relaciona directamente con usuarios culturalmente diversos. El objetivo de estos encuentros es expandir los conceptos, conocimientos y apreciaciones sobre determinado grupo cultural ante el cual se expone, y, prevenir el desarrollo de estereotipos.
- **Deseo cultural.**- Es la motivación que tiene el profesional para “querer involucrarse” en el proceso de ser culturalmente competente, es decir desarrollar los dominios anteriormente expuestos. El desarrollo de un nivel de competencia cultural adecuado gira entorno a la cantidad y calidad de encuentros transculturales. El profesional debe estar consciente que la interacción con escasos miembros de determinada cultura no determinará la complejidad cultural de todo el grupo y por ende no lo convierte en un experto en el manejo de los símiles con quienes se interactúan.

El desarrollo de este modelo ha tenido una trayectoria de 19 años en donde la conclusión más reciente de la autora recalca a los encuentros culturales como el eje principal en el desarrollo de la competencia cultural.

CAPÍTULO III. Métodos

Siendo el objetivo de la presente disertación, el *“formular una propuesta coherente de un programa de formación en competencia culturales acorde con el estado de los niveles del Modelo de Desarrollo de Competencias Culturales, cuya implementación se adapte a la malla curricular de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador”*, para el desarrollo del mismo el estudio se ha acotado conceptualmente al Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural de Milton Bennett

Tipo de estudio

Se desarrolló un estudio descriptivo, transversal, exploratorio, interpretativo, en una muestra representativa, probabilística, estratificada por niveles de carrera y proporcional a los estratos de estudiantes de los niveles I al IX cursantes del II semestre académico 2013-2014.

Instrumento

Se administró una encuesta en línea estructurada con reactivos de producción propia, seleccionados, modificados y validados de diferentes instrumentos que por sus niveles altos de consistencia interna (coeficiente Cronbach'salpha) permitieran una aproximación de alta validez a las dimensiones del MDSC.

Se seleccionaron reactivos para su validación de los siguientes instrumentos, todos ellos utilizados para la evaluación de etapas de Competencia Cultural (Price, y otros, 2005):

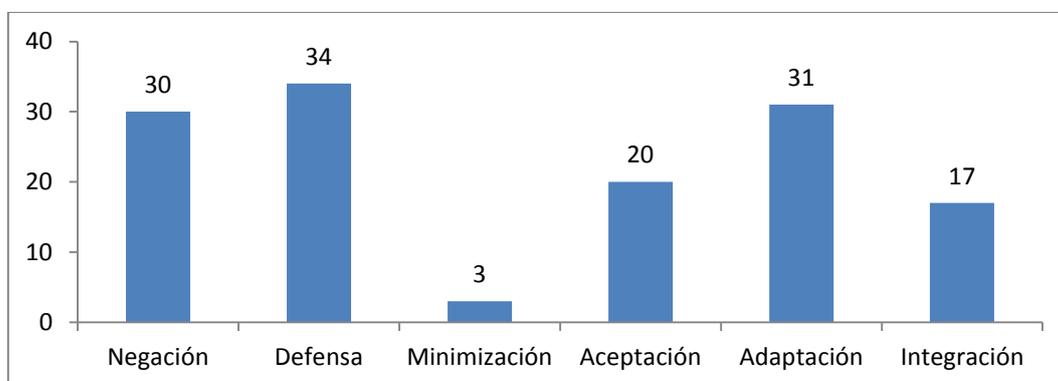
- Cultural Self-EfficacyScale
- Trans Cultural Self-EfficacyTool (TSET)
- Modified Cultural Competence Self-AssessmentQuestionnaire (M-CCSAQ)
- Cultural AssessmentSurve
- Multicultural AssessmentQuestionnaire (MAQ)
- Sociocultural Attitudes in Medicine Inventory (SAMI)

Tras la selección de los ítems se realizaron pruebas piloto en donde se revisó la pertinencia del lenguaje utilizado y los problemas que tenían los estudiantes al llenar el

instrumento, constituyendo un instrumento final de 139 ítems, de los cuales 135 estuvieron direccionados para explorar las seis etapas del MDSC y cuatro reactivos para analizar la percepción de los estudiantes sobre la importancia de los procesos formativos de la FM-PUCE enfocados en el desarrollo de CC.

Las 135 preguntas correspondientes a los niveles de competencia cultural fueron distribuidas en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural de la siguiente forma (Figura 2):

Figura 2.- Número de ítems del instrumento correspondiente a las etapas del MDSC



Cada ítem corresponde a una frase o juicio de valor que se presentó al entrevistado requiriendo su posición/opinión en una escala de Likert de 4 opciones:

Desacuerdo total Desacuerdo parcial Acuerdo parcial Acuerdo total

Muestra

El universo lo constituyeron estudiantes del pregrado de la FM – PUCE que cursaron el segundo semestre académico 2013 - 2014 y que se encontraban entre el primer y noveno nivel de carrera. La muestra fue probabilística, estratificada (niveles de carrera). Con un promedio de 100 estudiantes del primero al cuarto nivel y un promedio de 80 estudiantes del quinto al noveno nivel se presumía contar con un universo de 800 estudiantes, por lo que el cálculo con un 50% de probabilidad, con un margen de error del 5% y un intervalo de confianza de 95% determinó la realización de 260 encuestas.

Recolección de los datos

La versión final de la encuesta se la subió a la red por medio de la aplicación *Drive* de Google Docs para su administración en línea. Se envió una notificación a los correos electrónicos de los estudiantes de la FMPUCE que seleccionados aleatoriamente conformaron la muestra, en la que se hacía constar las instrucciones para llenar el cuestionario, adjuntando el enlace del mismo.

Se instruyó a la población de estudio (unidades de observación) que respondieran todas las preguntas basando sus respuestas en lo que pensaban en ese momento tratando de contestar de la manera más honesta, antes que contestar de la manera que pensaban debería ser deseable.

Análisis de los datos

Se descargó la base de datos del programa “Google Drive” en formato Excel 2010, para posteriormente ingresarlos al programa EpiInfo 7.

En función de su aceptación/concordancia/acuerdo o desacuerdo con el reactivo, se asignó un puntaje entre 1 (desacuerdo total) y 4 (acuerdo total), posteriormente se sumó los puntajes de todos los ítems correspondientes a cada una de las etapas del MDSC. La sumatoria de cada ítem se consideró “Puntaje total de etapa X del MDSC”.

Como el número de reactivo aplicados para la exploración de cada una de las etapas del MDSC no fue equinúmerica, se realizó una ponderación para intentar un análisis comparativo. Para ello el “Puntaje total de etapa X del MDSC” se lo estimó porcentualmente (ponderación) obteniendo una medida que se definió como “Porcentaje de la etapa X del MDSC”.

De esta forma el “Porcentaje de la etapa X del MDSC” representa una medida estandarizada y comparable para cada una de las etapas del MDSC, en donde el 25% representa el valor mínimo y 100% el valor máximo.

A manera de ejemplo se presenta a continuación el proceso de obtención del Porcentaje de las etapas del MDSC a partir de un hipotético puntaje obtenido

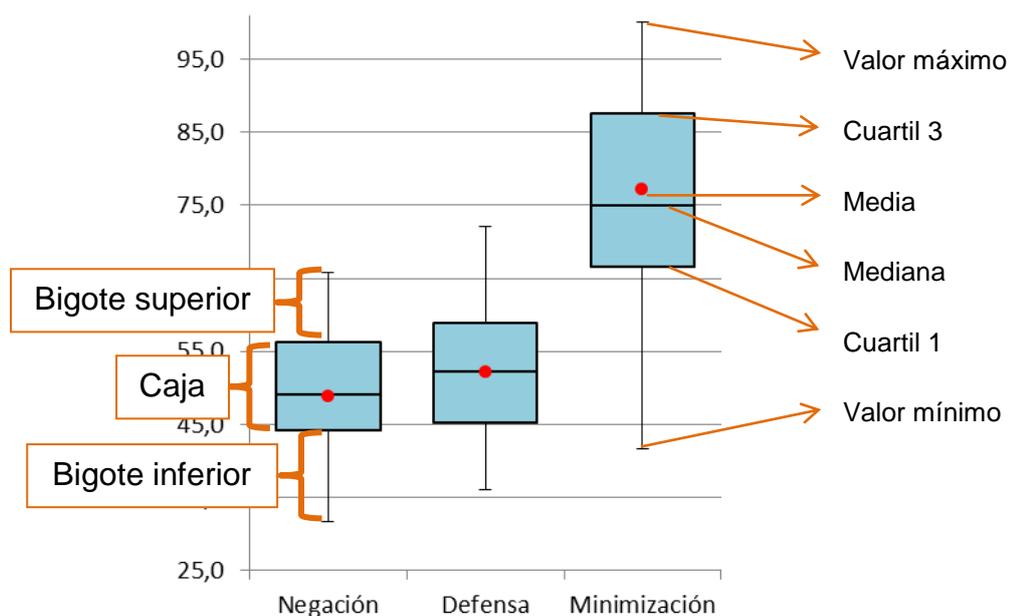
Tabla1.- Ejemplo de la obtención del Porcentaje de las etapas del MDSC

	Negación	Defensa	Minimización	Aceptación	Adaptación	Integración
Puntaje máximo	120	136	12	80	124	68
Puntaje obtenido	100	80	11	66	60	40
Porcentaje de la etapa del MDSC	83,3	58,8	91,7	82,5	48,4	58,8

Las preguntas de acuerdo a su formulación tuvieron un direccionamiento hacia una de las fases y etapas del MDSC. La tabulación inicial de las respuestas generó una distribución de frecuencias para cada uno de los niveles, ubicando la fase y etapa del MDSC en que los diversos niveles de carrera se posicionarían, por lo tanto el análisis de este instrumento es de posicionamiento de los encuestados respecto de las fases y etapas del modelo teórico referencial.

Complementariamente se utilizó el “Diagrama de caja y bigotes” que mediante una representación gráfica de medidas de posición⁸ permitió describir sus propiedades de ubicación promedio, dispersión y simetría de los datos.

Figura 3.- Ejemplo de diagrama de caja y bigotes



⁸ Media, mediana, cuartiles 1 y 3, y el valor mínimo y valor máximo.

El rango intercuartílico, comprendido entre el cuartil 1 y el cuartil 3, es representado por las “Cajas” y visualmente permiten apreciar el posicionamiento de las etapas. Mientras la caja se ubique en valores más altos, el posicionamiento de los niveles de carrera en esta etapa será mayor. Esta caja está dividida por un segmento horizontal que indica donde se posiciona la mediana (misma que correspondería al segundo cuartil o con el punto que divide el 50% de las opiniones sobre y bajo de esta referencia) permitiendo identificar su relación con los cuartiles primero, tercero, valor mínimo y valor máximo de la serie que se analiza. Si las dos mitades tienen similar tamaño, la distribución es simétrica. Si la mediana se acerca más al primer cuartil, existe asimetría positiva. Si la mediana se acerca más al tercer cuartil, existe asimetría negativa.

La media está representada por un punto rojo. Otro indicativo de asimetría es la falta de concordancia de esta y la mediana. La distribución asimétrica indica una distribución no gaussiana. Gráficamente se despliega la relación de la media con la mediana para el análisis de posición, simetría y dispersión de la distribución, cuando existe similitud entre estas dos medidas se hablará de un patrón concordante, caso contrario de un patrón discordante. Las líneas que sobresalen de la caja se llaman bigotes, las mismas que tienen un límite de prolongación e indican la dispersión de los resultados. (Rial & Varela , 2008)(Feinstein, 2001)

Cabe recalcar que en las etapas de la fase etnocéntrica, los valores elevados de “Porcentaje de etapa” representan un menor nivel de CC. Al contrario sucede en las etapas de la fase etnorelativista en donde obtener un mayor “Porcentaje de etapa” representa un mayor nivel de CC.

CAPÍTULO IV. Resultados

Descripción de la muestra

Existieron un total de 297 participantes de los cuales 56,23% fueron de género femenino y 43,77% masculino. La distribución por: nivel de carrera, pensión diferenciada, etnia con la que se identifican y manejo de otros idiomas fue la siguiente:

Figura 4.- Participantes estratificados por nivel de carrera

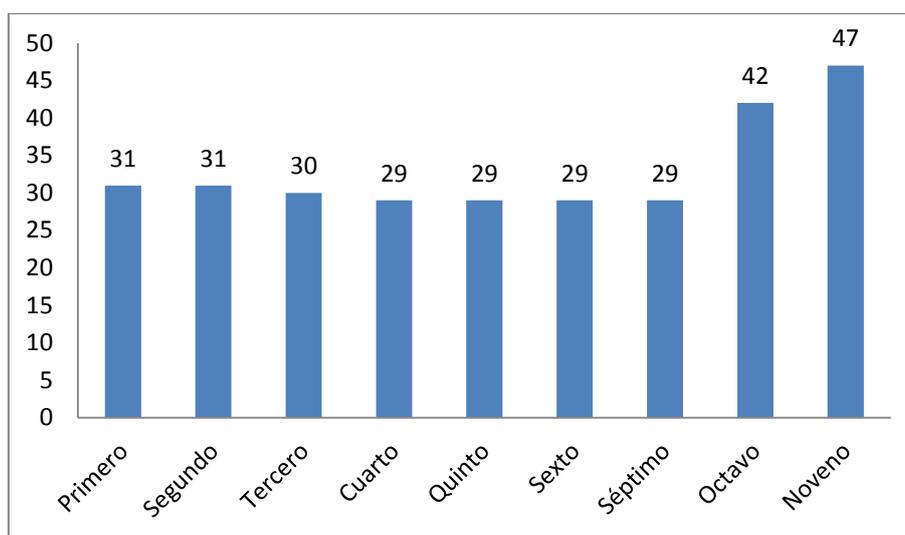


Figura 5.- Participantes estratificados por categoría de pensión diferenciada

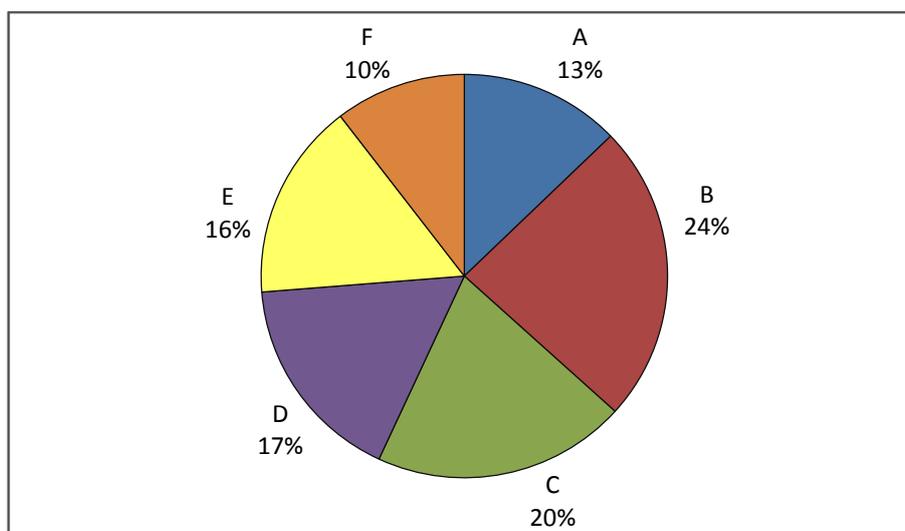


Figura 6.- Participantes estratificados por etnia con la que se identifican

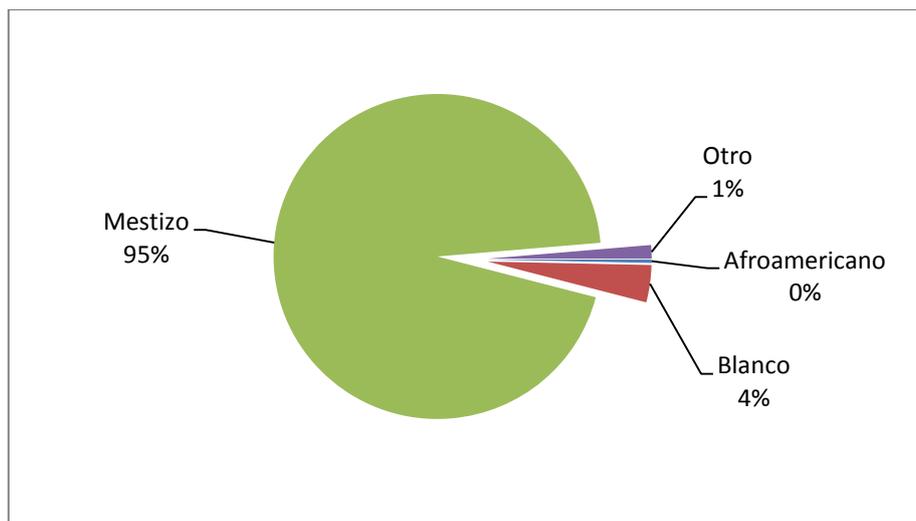
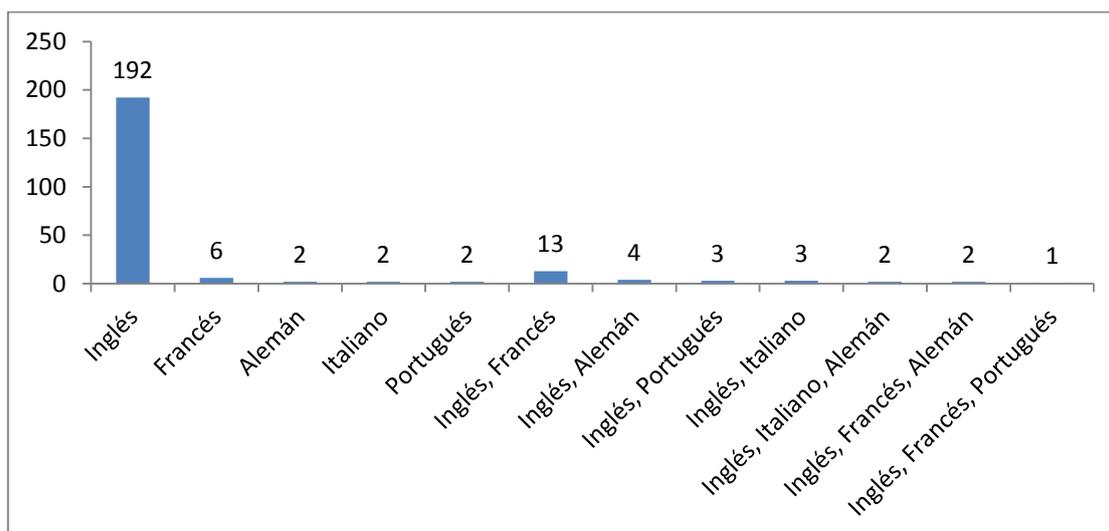


Figura 7.- Manejo de idiomas distintos al español por parte de los participantes



En el manejo/desempeño razonable de otras lenguas a más del español se reportó en 232 participantes (78,11%), de los cuales únicamente 2 refirieron a una lengua aborigen (Quichua).

Ubicación dentro de las etapas del Modelo de Sensibilidad Cultural

La ubicación en una etapa del MDSC depende del promedio de los “Porcentajes de etapa”, obtenido por los estudiantes de un determinado nivel de carrera. Consecuentemente aquel valor de “Promedio del porcentaje de etapa” que predomine sobre los demás será el que determine la etapa de competencia cultural.

Tabla 2.- Ubicación en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural por niveles de carrera

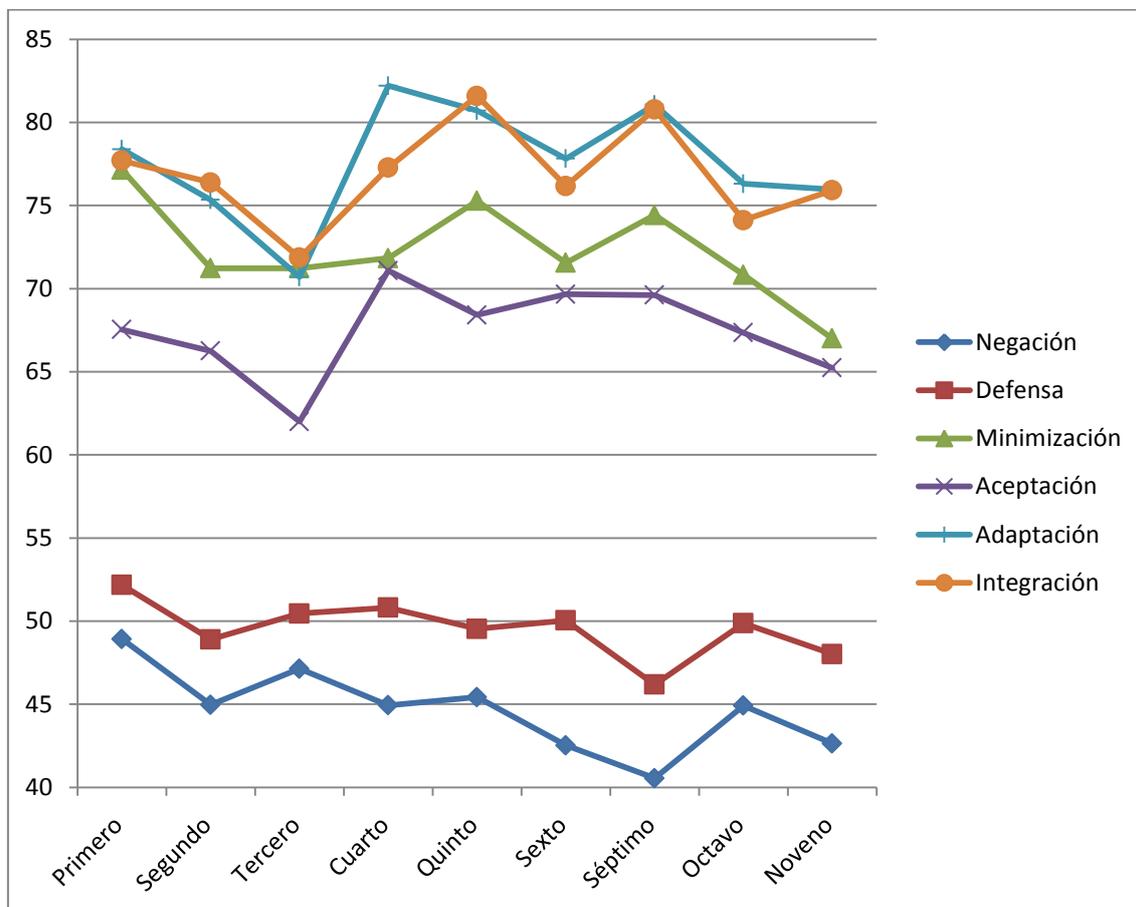
Nivel de carrera	Etapas de la fase Etnocéntrica			Etapas de la fase Etnorelativa		
	Negación	Defensa	Minimización	Aceptación	Adaptación	Integración
Primero	48,92	52,18	77,15	67,54	78,38	77,70
Segundo	44,97	48,90	71,23	66,25	75,34	76,38
Tercero	47,14	50,46	71,23	62,00	70,70	71,86
Cuarto	44,94	50,81	71,83	71,08	82,20	77,28
Quinto	45,43	49,54	75,28	68,41	80,70	81,59
Sexto	42,53	50,05	71,55	69,66	77,81	76,17
Séptimo	40,55	46,19	74,42	69,61	81,06	80,78
Octavo	44,92	49,87	70,83	67,35	76,31	74,12
Noveno	42,64	48,02	67,00	65,24	75,96	75,91

En términos generales los estudiantes de la FMPUCE se ubican en una postura etnorelativista, reflejada por los “Promedios de porcentajes de etapa” obtenidos en las etapas de Adaptación e Integración principalmente, y su contraste con los valores bajos de las etapas iniciales del MDSC.

El análisis de posición muestra a los niveles de carrera: Primero, Cuarto, Sexto, Séptimo, Octavo y Noveno ubicados en la etapa de Adaptación, y a los niveles: Segundo, Tercero y Quinto en la etapa de Integración.

A pesar de un posicionamiento global relativo de la Facultad en una fase de etnorelativismo, los porcentajes promedios de los diferentes niveles de carrera muestran niveles altos (en relación con lo esperado) en las etapas de Negación y Defensa, etapas más radicales y negativas del MDSC.

Figura 8.- Tendencia de presentación de las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural (MDSC) por niveles de carrera



La tendencia de rechazo ante las etapas etnocéntricas de Negación y Defensa se sostiene a lo largo de todos los niveles de carrera. Los puntajes más altos corresponden al Primer nivel, descienden en el Segundo, ascienden en el Tercero y desde este nivel hasta el Séptimo hay un patrón de declinamiento, lo que indicaría posiciones mayormente etnorelativistas. Posterior al Séptimo nivel vuelve a incrementar la afinidad con estas etapas.

En cuanto a la fase de etnorelativismo se produce un doble decremento en el apego a esta postura durante el proceso formativo. El primero sucede desde que ingresan a la FMPUCE hasta llegar al Tercer nivel de carrera, y el segundo desde el Sexto nivel en adelante. El menor porcentaje registrado corresponde al Tercer nivel, sin embargo, en los niveles inmediatos se revierte esta postura y muestra los “Promedio del porcentaje de las etapas etnorelativistas” más elevados en el Cuarto y Quinto nivel.

A pesar de que los estudiantes en términos generales se identifican con las etapas de la fase etnorelativista, la tendencia de los “Promedios de los porcentajes de etapa” es estática y no refleja un incremento lineal hacia valores altos en niveles de carrera superiores.

El Primer nivel tiene una mayor aceptación en todas las etapas de la fase Etnocéntrica y el Tercer nivel tiene el menor apego con las etapas de la fase Etnorelativista, esto denota una mayor nocividad ante la aceptación de la diferencia cultural para ambos niveles.

Como se mencionó anteriormente, en general la ubicación de los niveles de carrera en el MDSC tiende a ser dentro de la fase etnorelativista con predominio de la etapa Adaptación, pero es precisamente en esta etapa en donde existe mayor contraste entre el nivel con mayor promedio del porcentaje (Cuarto nivel) y el nivel con menor promedio del porcentaje (Tercer nivel). El mayor apego a la fase etnorelativista se da a mediados de la carrera, específicamente entre el Cuarto y Quinto nivel (Tabla 3)

Tabla 3.- Porcentajes máximos y mínimos por etapas del MDSC y diferencias entre estos valores por niveles de carrera

Etapa de CC	ETNOCENTRISMO			ETNORELATIVISMO		
	Negación	Defensa	Minimización	Aceptación	Adaptación	Integración
Diferencia entre el mayor y menor porcentaje de eficiencia	8,38	5,99	10,15	9,08	11,50	9,73
Nivel con mayor porcentaje de eficiencia *	Primero (48,92)	Primero (52,18)	Primero (77,15)	Cuarto (71,08)	Cuarto (82,2)	Quinto (81,59)
Nivel con menor porcentaje de eficiencia	Séptimo (40,55)	Séptimo (46,19)	Noveno (67,00)	Tercero (62,00)	Tercero (70,7)	Tercero (71,86)

*En las etapas de la fase etnocéntrica, el obtener un mayor porcentaje de eficiencia representa un menor nivel de competencia cultural. Al contrario sucede en las etapas de la fase etnorelativista en donde obtener un mayor porcentaje de eficiencia representa el tener un mayor nivel de competencia cultural.

Análisis de posicionamiento en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural por niveles de carrera.

Primer nivel

Tabla 4.- Posicionamiento del Primer nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural

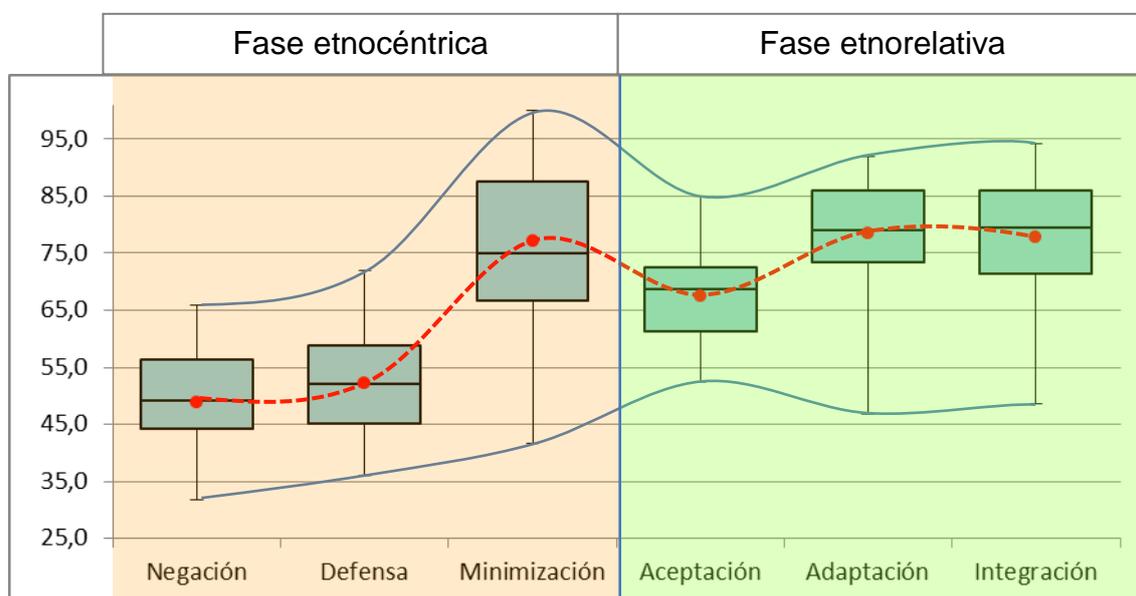
	Valor Mínimo	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Valor Máximo
Negación	31,7	44,2	49,2	56,3	65,8
Defensa	36,0	45,2	52,2	58,8	72,1
Minimización	41,7	66,7	75,0	87,5	100,0
Aceptación	52,5	61,3	68,8	72,5	85,0
Adaptación	46,8	73,4	79,0	85,9	91,9
Integración	48,5	71,3	79,4	86,0	94,1

Los valores de las etapas de Negación y Defensa ante las diferencias culturales, pertenecientes a la fase etnocéntrica, se ubican por debajo de los valores obtenidos para las etapas restantes.

La etapa de Minimización presenta la dispersión más amplia de todas las etapas, la diferencia existente entre el valor mínimo y el valor máximo es de 58,3. Las etapas que seguidamente presentan mayores dispersiones son Integración (45,2) y Adaptación (45,6).

Se puede apreciar que el 50% de los participantes se ubican entre los valores 49,2 – 65,8 para el nivel Negación y 52,2 – 72,1 para el nivel Defensa. Los límites superiores de estos rangos son elevados, y muestran una flexibilidad en la aceptación de las posturas etnocentristas, sin embargo están por debajo de la media de las etapas de Adaptación e Integración.

Figura 9.- Posicionamiento del Primer nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural



Las etapas de Negación y Defensa pertenecientes a la fase de etnocentrismo y Adaptación perteneciente a la fase de etnorelativismo, tienen un patrón concordante entre la media y la mediana. Estas etapas presentan una relativa equidistancia hacia el primer y tercer cuartil por lo que su distribución es simétrica.

En el caso de la etapa de Minimización existe una asimetría positiva, traducida en opiniones mayoritariamente contrarias a esta etapa. Las etapas Aceptación e Integración presentan una mínima asimetría negativa y corresponden igualmente a posturas mayormente etnorelativas.

La etapa del MDSC en donde se ubicó este nivel fue Adaptación, si bien su distribución podría considerarse como simétrica, la dispersión de la misma es amplia y especialmente hacia el segmento negativo en donde las opiniones corresponden a juicios de valor mayormente etnocéntricos.

Segundo nivel

Tabla 5.- Posicionamiento del Segundo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural

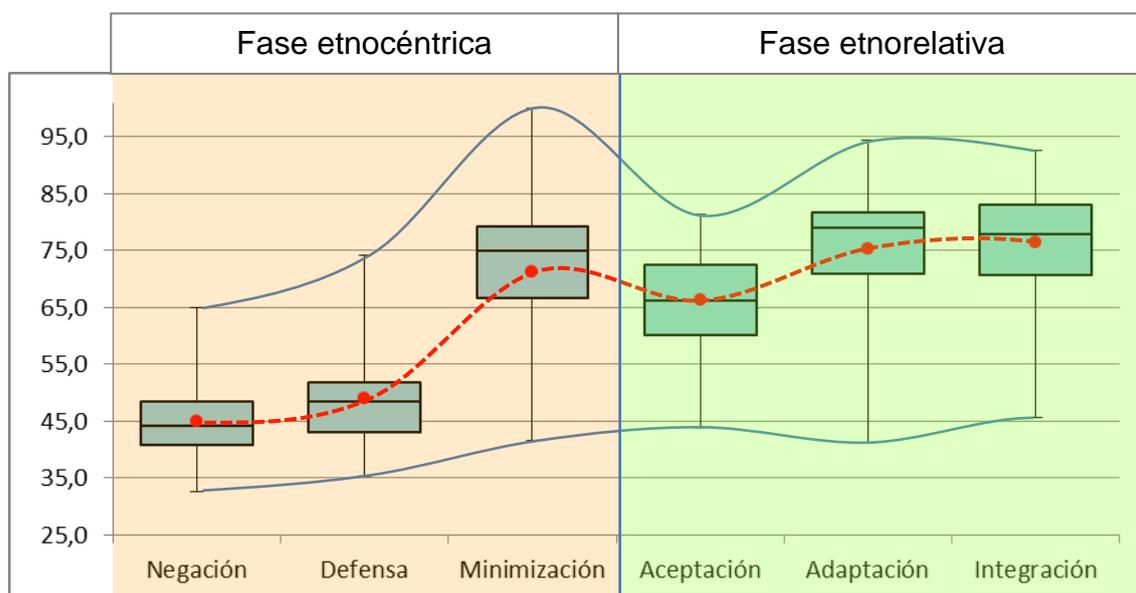
	Valor Mínimo	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Valor Máximo
Negación	32,5	40,8	44,2	48,3	65,0
Defensa	35,3	43,0	48,5	51,8	74,3
Minimización	41,7	66,7	75,0	79,2	100,0
Aceptación	43,8	60,0	66,3	72,5	81,3
Adaptación	41,1	71,0	79,0	81,7	94,4
Integración	45,6	70,6	77,9	83,1	92,6

Las etapas de competencia cultural que mayormente identifican este nivel son Adaptación e Integración. Si bien la mediana de la etapa de Adaptación es mayor que las del resto de etapas, su dispersión es la segunda más amplia después de Minimización.

Los valores mínimos y máximos de las etapas de Negación y Defensa ante las diferencias culturales pertenecientes a la fase etnocéntrica se ubican por debajo de los valores mínimos y máximos de las etapas restantes del MDSC. Este patrón de posicionamiento es similar al que se observa para el Primer nivel de carrera.

En la fase de Negación se obtuvo una media de 44,2%, y un rango de dispersión entre 32,5 – 65. Los valores de posición correspondientes a esta fase son los más bajos de todas las etapas del MDSC, denotando un una posición de desapego ante los constructos etnocéntricos que la definen, además la dispersión desde la mediana hacia el valor máximo es de 20,8, mientras que hacia el valor mínimo es de 11,7.

Figura 10.- Posicionamiento del Segundo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural



Existe un patrón de mayor consistencia en los valores de la fase etnocéntrica a juzgar por los niveles de concordancia entre la media y la mediana, de esta fase únicamente la etapa de Minimización presenta valores discordantes con una asimetría negativa. De las etapas de la fase etnorelativa, la etapa de Aceptación de la diferencia cultural presenta valores concordantes entre la media y la mediana. La distribución de las respuestas en estas etapas se las puede catalogar como simétricas.

Los valores de la mediana para la etapa de Minimización configuran un patrón discordante ubicándose en el segmento negativo de esta etapa, lo que traduciría una mayor proporción de opiniones que se muestran a favor en relación a la media. Siendo Minimización una etapa de la fase etnocéntrica, la mayor proporción de posiciones a favor indica una subestimación en relación a la media del posicionamiento etnocentrista que implica. Similar fenómeno se observa en la etapa de Adaptación e Integración; sin embargo, al pertenecer a la fase etnorelativa, la mayor proporción de posiciones a favor muestra una postura deseable en los estudiantes.

La etapa de competencia cultural en la que se ubicó este nivel de carrera es Integración de la diferencia cultural, esta etapa tiene una distribución asimétrica negativa, permisiva con posturas menos etnorelativistas.

Tercer Nivel

Tabla 6.- Posicionamiento del Tercer nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural

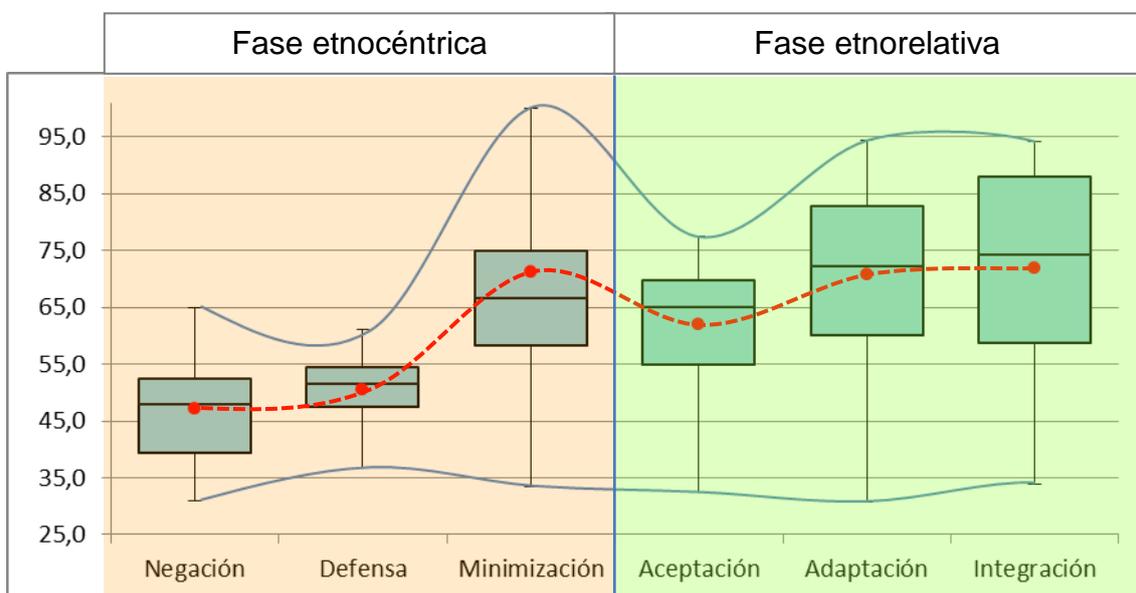
	Valor Mínimo	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Valor Máximo
Negación	30,8	39,4	47,9	52,5	65,0
Defensa	36,8	47,4	51,5	54,4	61,0
Minimización	33,3	58,3	66,7	75,0	100,0
Aceptación	32,5	55,0	65,0	69,7	77,5
Adaptación	30,6	60,1	72,2	82,9	94,4
Integración	33,8	58,8	74,3	87,9	94,1

En términos generales existe una mayor aceptación de la fase etnorelativa en relación a la fase etnocéntrica.

La etapa que presenta la mayor dispersión de sus datos es Minimización (66,7) correspondiente a la fase etnocéntrica, seguido muy de cerca por las etapas etnorelativas de Adaptación (63,8) e Integración (60,3).

Los valores máximos para las etapas de Negación y Defensa ante las diferencias culturales, pertenecientes a la fase etnocéntrica, se ubican notablemente por debajo de los valores obtenidos en las etapas restantes del MDSC. Este patrón no es similar para los valores mínimos, en donde no se aprecia mayor diferencia con el resto de etapas, esto es perjudicial en las etapas etnorelativistas. El rango en el que se ubican las posturas de los alumnos con respecto a la etapa Defensa indica una cohesión de las mismas.

Figura 11.- Posicionamiento del Tercer nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural



Existe un patrón de consistencia en los valores de las etapas de Negación y defensa debido a los valores de concordancia entre la media y la mediana. La etapa de Adaptación tiene un grado de discordancia leve.

Los valores de la mediana para la etapa de Minimización configuran un importante patrón discordante, ubicándose en el segmento positivo de esta etapa, lo que traduciría una mayor proporción de opiniones que se muestran contrarias respecto a la media. Siendo Minimización una etapa de la fase etnocéntrica, la mayor proporción de posiciones en contra indica una sobrestimación del posicionamiento etnocentrista que implica esta etapa en relación a la media. Existe una discordancia entre la media y la mediana en todas las etapas de la fase etnorelativista, especialmente en las etapas de Aceptación e Integración que a pesar de posicionar al grupo de estudio en una tendencia deseable de desarrollo de CC, no es menos cierto que se subestima un sesgo hacia la zona positiva de la fase en su globalidad.

La etapa de competencia cultural en la que se ubicó este nivel de carrera es Integración, si bien tiene una distribución asimétrica negativa que concentran una mayor parte de las posturas en valores superiores a la media, el rango intercuartílico y su dispersión son amplios denotando un grado permisivo con posturas menos etnorelativas y la falta de consenso del grupo.

Cuarto nivel

Tabla 7.- Posicionamiento del Cuarto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural

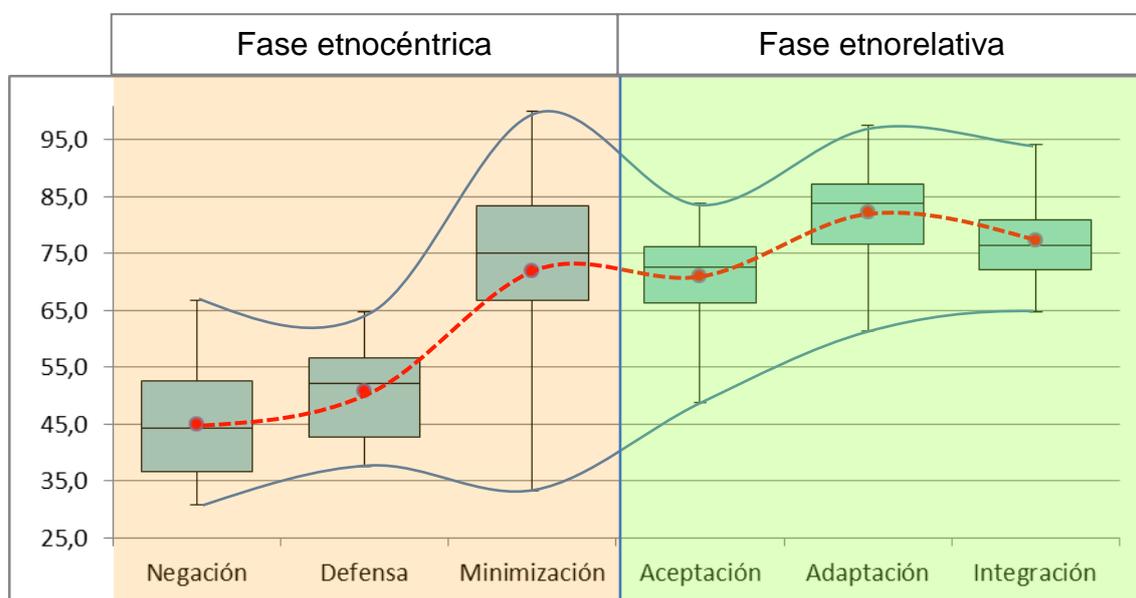
	Valor Mínimo	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Valor Máximo
Negación	30,8	36,7	44,2	52,5	66,7
Defensa	37,5	42,6	52,2	56,6	64,7
Minimización	33,3	66,7	75,0	83,3	100,0
Aceptación	48,8	66,3	72,5	76,3	83,8
Adaptación	61,3	76,6	83,9	87,1	97,6
Integración	64,7	72,1	76,5	80,9	94,1

Al igual que en etapas anteriores, los valores de las etapas de Negación y Defensa ante las diferencias culturales se ubican por debajo de los valores obtenidos en las demás etapas.

La etapa de Minimización cuenta con la mayor dispersión de todas las etapas con un valor de 66,7. Las etapas que seguidamente presentan mayor dispersión son Adaptación (36,3) y Negación (35,8) denotando una mayor cohesión de las posturas.

Contrario a lo esperado de un proceso de desarrollo de "Sensibilidad Cultural", en general se puede apreciar la falta de continuidad de la fase etnorelativista, en donde existe un desapego ante los constructos que definen la etapa de Integración (Etapa máxima del MDSC). El presente nivel de carrera se relaciona de mejor manera con el reconocimiento de ciertos aspectos culturales de la población diversa (Etapa de Adaptación) en relación con la incorporación de los mismos como herramienta para el mejor desempeño en situaciones transculturales.

Figura 12.- Posicionamiento del Cuarto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural



El valor la media para la etapa de Minimización configura un patrón discordante en relación a la mediana, ubicándose en el segmento negativo de esta etapa, lo que traduciría una mayor proporción de opiniones que se muestran a favor en relación a la media. Siendo la Minimización una etapa de la fase etnocéntrica, la mayor proporción de posiciones a favor reflejan una subestimación de la aceptación de esta etapa.

Los valores de la media para el resto de las etapas del MDSC presentan un patrón discordante mínimo, lo que traduciría opiniones de la población equilibradas en más o en menos.

La etapa del MDSC en la que se ubica este nivel de carrera es Adaptación, el valor de la media de esta etapa sobresale notoriamente sobre las del resto de etapas a diferencia del resto de niveles de carrera donde la diferencia entre la etapa con mayor porcentaje y la siguiente difícilmente supera los 2 puntos. A más de ello presenta una asimetría negativa que concentra las posturas de los estudiantes en perspectivas mayoritariamente etnorelativistas de esta etapa.

Quinto nivel

Tabla 8.- Posicionamiento del Quinto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural

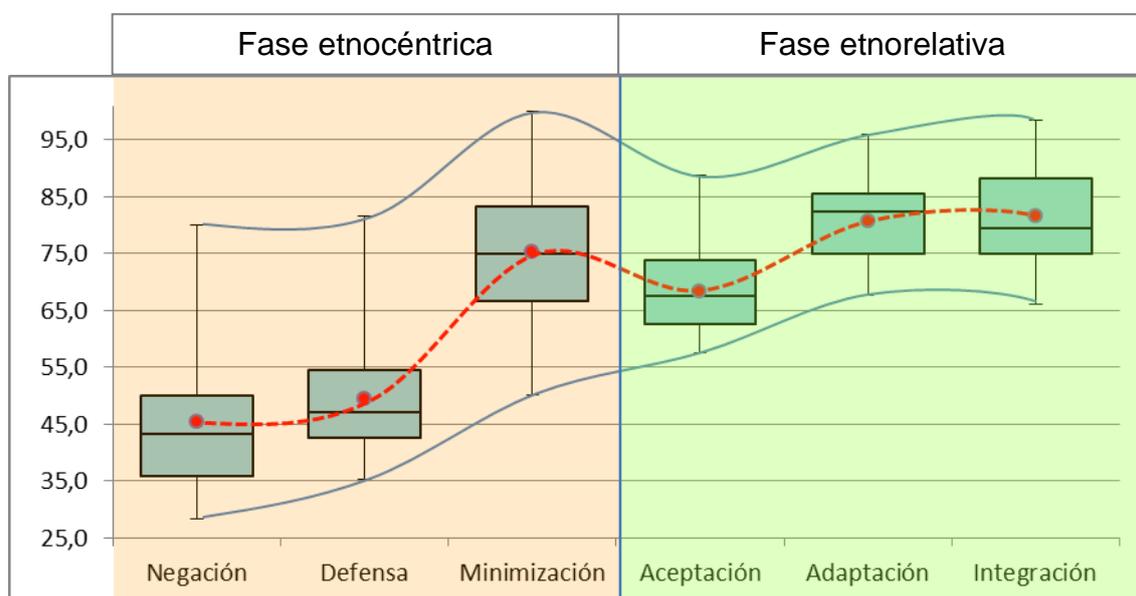
	Valor Mínimo	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Valor Máximo
Negación	28,3	35,8	43,3	50,0	80,0
Defensa	35,3	42,6	47,1	54,4	81,6
Minimización	50,0	66,7	75,0	83,3	100,0
Aceptación	57,5	62,5	67,5	73,8	88,8
Adaptación	67,7	75,0	82,3	85,5	96,0
Integración	66,2	75,0	79,4	88,2	98,5

Los valores de las etapas de Negación y Defensa ante las diferencias culturales pertenecientes a la fase etnocéntrica se ubican por debajo de los valores obtenidos en las etapas restantes, sin embargo los valores máximos de estas etapas no presentan mayor diferencia.

La aceptación de estas posturas representaría en este nivel de carrera el rechazo ante la diversidad cultural constituyendo la principal barrera para el entendimiento integral del componente cultural del paciente y la influencia que tiene en la percepción del proceso de sanación y del padecimiento de la enfermedad.

La etapa de Negación es la que presenta la mayor dispersión de sus datos con una diferencia de 51,7 entre el valor mínimo y el valor máximo. Las etapas que seguidamente presentan mayores dispersiones son Minimización (50,0) y Defensa (46,3). La falta de consenso por parte del este nivel de carrera en relación a estas etapas abogaría por la flexibilidad de criterio en relación a los constructos etnocéntricos implícitos y una diversidad de posturas en la que coexisten la aceptación y el rechazo de esta etapa.

Figura 13.- Posicionamiento del Quinto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural



Los valores de la media para la etapa de Negación y Defensa configuran un patrón discordancia ubicándose en el segmento positivo de esta etapa, lo que traduciría una mayor proporción de opiniones que se muestran en contra en relación a la media. La mayor proporción de posiciones en contra en relación a la media expresan una sobrestimación del estado etnocentrista de esta etapa.

En la fase etnorelativista también existe un patrón de discordancia donde la media se ubica en el segmento negativo de la etapa de Adaptación y en el segmento positivo de la etapa de Integración. En el caso de la etapa Adaptación existe mayor cantidad posturas que se familiarizan con esta etapa que la representada por el valor de la media, lo contrario sucede con la etapa de Integración. La identificación de estos aspectos hablaría de que el presente nivel de carrera se ubicaría en la etapa de Adaptación tanto por los siguientes aspectos:

- Una mayor cohesión de las posturas reflejada por una menor dispersión (Val mínimo – Val máximo).
- La subestimación de las posturas que se familiarizan con esta etapa reflejada por la distribución asimétrica negativa y el patrón discordante entre la media y la mediana.

Los valores mínimos de las etapas del MDSC presentan una tendencia lineal ascendente, dicha evolución configuran un proceso deseado en donde hay mayor desapego a las etapas etnocentristas y mayor aceptación de las etapas etnorelativistas. Los valores de la media y valores máximos no presentan esta tendencia ya que ascienden hasta la etapa de Minimización y decaen a la siguiente etapa. Este periodo corresponde a la transición de la fase etnocéntrica a la fase etnorelativista y potencialmente representaría una dificultad en este periodo y por ende en la evolución hacia un estado de Sensibilidad Cultural deseado.

Sexto nivel

Tabla 9.- Posicionamiento del Sexto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural

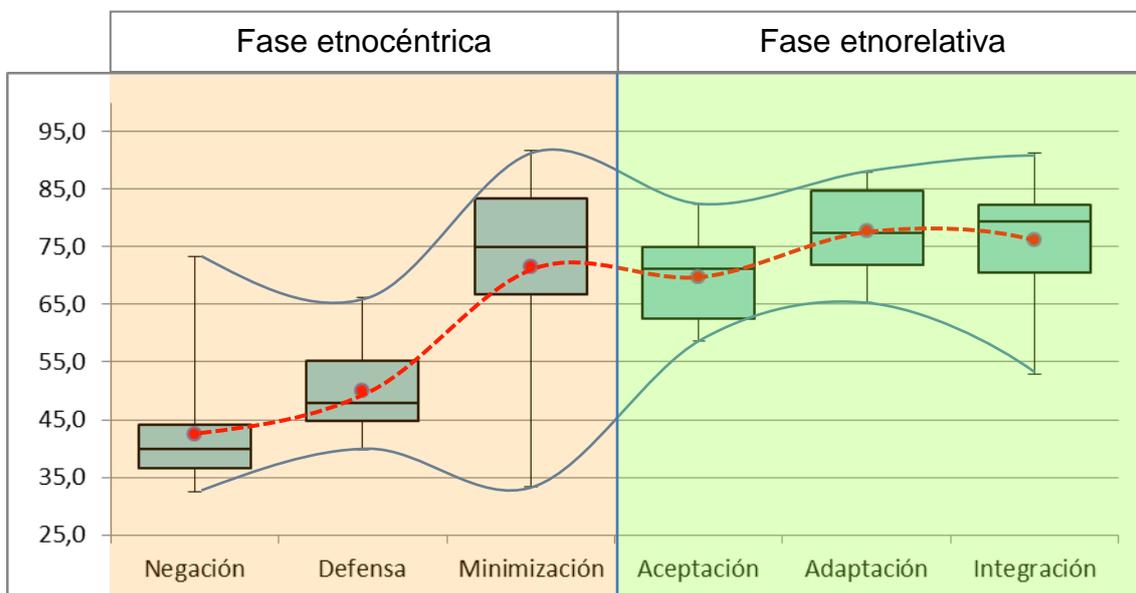
	Valor Mínimo	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Valor Máximo
Negación	32,5	36,7	40,0	44,2	73,3
Defensa	39,7	44,9	47,8	55,1	66,2
Minimización	33,3	66,7	75,0	83,3	91,7
Aceptación	58,8	62,5	71,3	75,0	82,5
Adaptación	65,3	71,8	77,4	84,7	87,9
Integración	52,9	70,6	79,4	82,4	91,2

Los valores mínimos y máximos de las etapas de Negación y Defensa ante las diferencias culturales, pertenecientes a la fase etnocéntrica, se ubican por debajo de los valores correspondientes a las etapas de la fase etnorelativista del MDSC. Lo que en términos generales indica la familiarización del grupo con posturas que aceptan la diversidad cultural.

La etapa de Minimización presenta la dispersión más amplia de todas las etapas; la diferencia existente entre el valor mínimo y el valor máximo es de 58,4. Las etapas que seguidamente presentan mayores dispersiones son Negación (40,8) e Integración (38,3). Esto refleja una falta de consenso por parte del nivel tanto en la transición del etnocentrismo al etnorelativismo, como en las etapas más extremas de las fases etnocéntrica y etnorelativista del MDSC.

A más de ello el valor máximo de la etapa de Negación, al ubicarse en 73,3, da cabida a cierto grado de aceptación del etnocentrismo que esta etapa representa y manifiesta un estado contraproducente de los estudiantes en la comprensión de la importancia del aspecto cultural dentro de la atención de salud al culturalmente diverso.

Figura 14.- Posicionamiento del Sexto nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural



Existe un patrón de mayor consistencia en los valores de la media de la fase etnorelativa debido a la concordancia existente entre la media y la mediana, de esta fase únicamente la etapa de Integración presenta valores discordantes ubicando a la media en el segmento negativo subestimando a una mayor cantidad de posturas que mostraron un mayor apego con esta etapa.

En la fase etnocéntrica se evidencia un patrón discordante en todas sus etapas. La media para las etapas de Negación y Defensa se ubica en el segmento positivo, lo que traduciría una mayor proporción de opiniones que se muestran contrarias al argumento etnocentrista de estas etapas en relación a la media. Al contrario en la Etapa de Minimización se observa la ubicación de la media en el segmento negativo, concentrando una mayor proporción de posiciones a favor los constructos de esta etapa.

La etapa de competencia cultural en la que se ubicó este nivel de carrera es Adaptación, esta etapa muestra un grado aceptable de consistencia expresado por la cohesión de la postura del grupo expresada por rango de dispersión corto (Val. Máximo – Val. Mínimo) y el patrón de concordancia del valor de la media con la mediana.

Séptimo nivel

Tabla 10.- Posicionamiento del Séptimo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural

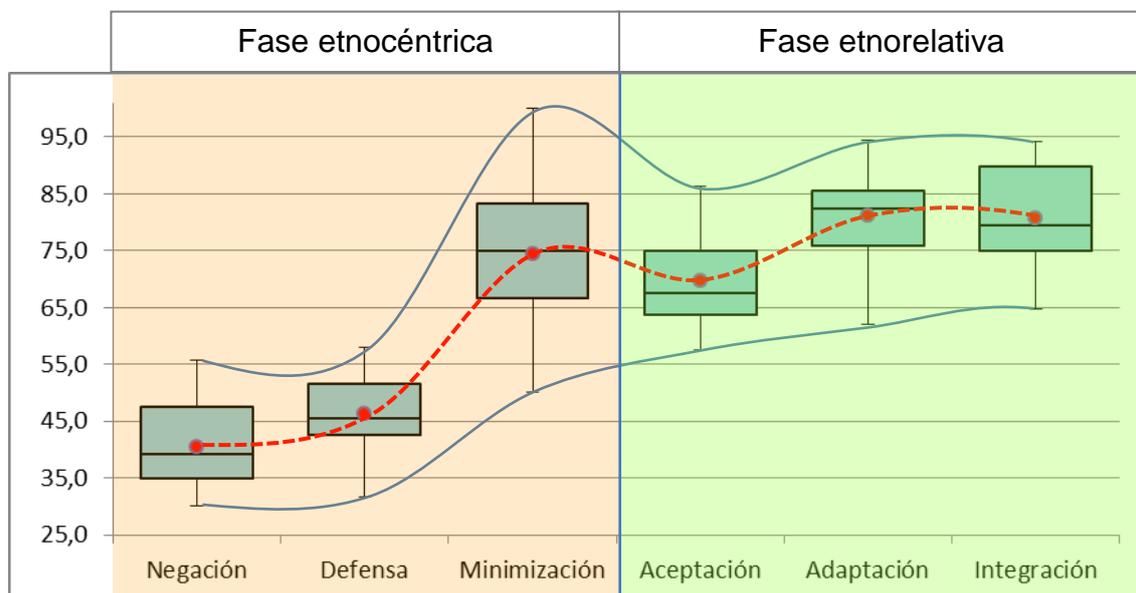
	Valor Mínimo	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Valor Máximo
Negación	30,0	35,0	39,2	47,5	55,8
Defensa	31,6	42,6	45,6	51,5	58,1
Minimización	50,0	66,7	75,0	83,3	100,0
Aceptación	57,5	63,8	67,5	75,0	86,3
Adaptación	62,1	75,8	82,3	85,5	94,4
Integración	64,7	75,0	79,4	89,7	94,1

Los valores de posición de las etapas de Negación y Defensa, pertenecientes a la fase etnocéntrica, se diferencian notablemente de las demás etapas ubicando sus valores por debajo de las demás etapas del MDSC. Los valores bajos en estas etapas expresan un rechazo ante posturas etnocentristas, que pueden ser nocivas en el reconocimiento de la diferencia cultural y constituye un aspecto positivo en el proceso del desarrollo de la Sensibilidad Cultural.

El rechazo de posturas etnocentristas no garantiza el desempeño con el culturalmente diverso. La evolución desde estas posturas hasta la aceptación de las diferencias culturales y a la incorporación de los aspectos que derivan de un encuentro transcultural son aspectos característicos de etapas avanzadas de MDSC. Es por eso que la diversidad de posturas presentadas en la etapa de Minimización (Transición desde la fase etnocéntrica a la fase etnorelativista) constituye una brecha a tomar en cuenta en el desarrollo de un grado aceptable de Sensibilidad Cultural.

La dispersión de los valores de la etapa de Minimización de las demás etapas ubicando la diferencia entre el Valor Máximo y el Valor Mínimo en 50. Las etapas que seguidamente presente mayor dispersión son Adaptación e Integración, sin embargo estas etapas no presentan mayor diferencia del resto de etapas del MDSC. Esto define al presente nivel de carrera como un grupo cohesionado en cuanto a las posturas con respecto de las distintas etapas del MDSC.

Figura 15.- Posicionamiento del Séptimo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural



En general se puede apreciar un patrón ascendente caracterizado por un mayor apego a las etapas de la fase etnocéntrica. En la transición Minimización – Aceptación se hace notorio un declive de los valores de posición con excepción de Valor Mínimo, lo que se puede relacionar con la dificultad que presenta el nivel en la transición de la fase etnocéntrica a la fase etnorelativista.

Los valores de la media para las etapas de la fase etnocéntrica (Negación, Defensa y Minimización) configuran un patrón de concordancia en relación de la media. En las etapas de Aceptación e Integración pertenecientes a la fase etnorelativista se puede apreciar un patrón de discordancia entre la media y la mediana, ubicando la media en el segmento positivo, lo que traduciría una mayor proporción de opiniones que se muestran contrarias al argumento etnorelativista de estas etapas.

El presente nivel se ubicó en la etapa de Adaptación, en donde existe patrón discordante mínimo que no representa una mayor concentración de posturas en más o en menos en relación a la media

Octavo Nivel

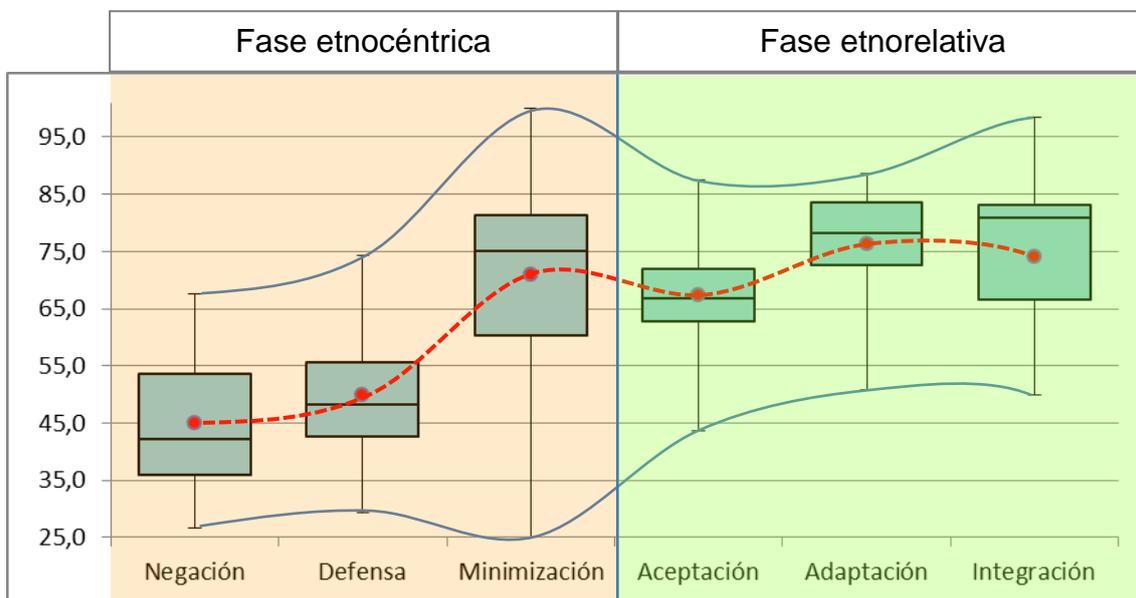
Tabla 11.- Posicionamiento del Octavo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural

	Valor Mínimo	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Valor Máximo
Negación	26,7	35,8	42,1	53,5	67,5
Defensa	29,4	42,6	48,2	55,7	74,3
Minimización	25,0	60,4	75,0	81,3	100,0
Aceptación	43,8	62,8	66,9	71,9	87,5
Adaptación	50,8	72,6	78,2	83,7	88,7
Integración	50,0	66,5	80,9	83,1	98,5

Las etapas iniciales (Negación y Defensa) de la fase etnocéntrica en general presentan valores de posición menores que el resto de las etapas del MDSC, similar a lo ocurrido en niveles de carrera inferiores, sin embargo, la etapa de Minimización presenta un rango de dispersión (Val. Máximo – Val. Mínimo) notorio y lo suficientemente heterogéneo como para abarcar respuestas totalmente a favor y totalmente en contra.

La dispersión de la etapa de Minimización de se destaca de los valores presentados en niveles de carrera anteriores, ubicando la diferencia entre el Valor Máximo y el Valor Mínimo en 75. Aquellos que se identifican con esta etapa, incorporan elementos de la propia cultura para obtener un juicio de valor del entorno y sus fenómenos y experimentan el encuentro transcultural como una relación con normas universales de respeto y atención, trivializando las diferencias culturales. En caso de detectar alguna diferencia puede ser subestimada por un “romanticismo” o a su vez pueden llegar a ser insistentes sobre la corrección de la conducta de otros para satisfacer sus expectativas. Aquellos que se encuentran en el segmento negativo, podrían estar mejor relacionados con etapas de mayor Sensibilidad Cultural. Las etapas que seguidamente presentan la mayor dispersión son Integración y Negación, etapas extremas del MDSC.

Figura 16.- Posicionamiento del Octavo nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural



Los valores de la media para las etapas de la fase etnocéntrica configuran un patrón discordancia en relación de la media. En el caso de las etapas de Negación y Defensa la media se ubica en el segmento positivo, lo que traduciría una mayor proporción de opiniones que se muestran contrarias, subestimando el argumento etnocéntrica correspondiente a estas etapas. La etapa de Minimización, al contrario, ubica la media en el segmento negativo denotando una asimetría negativa marcada, en donde la mayor proporción de estudiantes estarían a favor de los constructos de esta etapa.

En la fase etnorelativista únicamente la fase de Aceptación presenta una consistencia de los datos generados por la media, ya que tiene un patrón de concordancia en relación con la media. Tanto la etapa de Adaptación como Integración ubican a la media en el segmento negativo constituyendo una asimetría negativa que es más notoria en la etapa de Integración. La interpretación de dicha asimetría abogaría por un mayor número de posturas a favor de estas etapas en relación a la media.

Noveno nivel

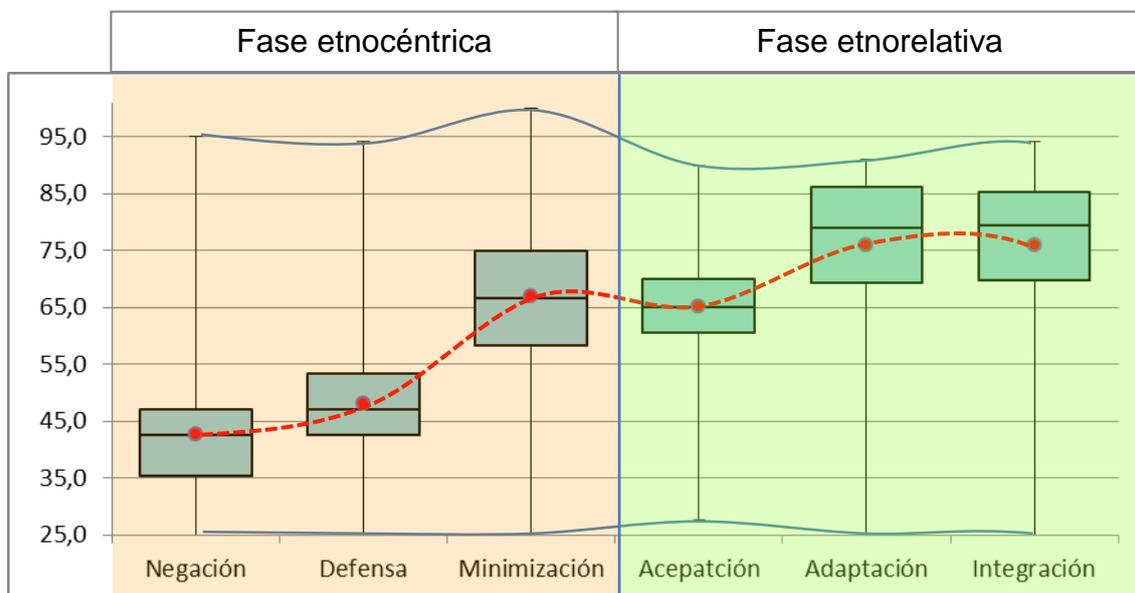
Tabla 12.- Posicionamiento del Noveno nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural

	Valor Mínimo	Cuartil 1	Mediana	Cuartil 3	Valor Máximo
Negación	25,0	35,4	42,5	47,1	95,0
Defensa	25,0	42,6	47,1	53,3	94,1
Minimización	25,0	58,3	66,7	75,0	100,0
Aceptación	27,5	60,6	65,0	70,0	90,0
Adaptación	25,0	69,4	79,0	86,3	91,1
Integración	25,0	69,9	79,4	85,3	94,1

Si bien el rango intercuartílico de las etapas de Negación y Defensa se ubican por debajo de las demás etapas, no es menos cierto que la dispersión (Val. Máximo – Val. Mínimo) no presenta mayores diferencias, traduciéndose en posiciones extremas que muestran posiciones a favor de las etapas etnocéntricas y en contra de las etapas etnorelativas. Esta expresión constituye un grado de nocividad elevado que se presenta en el presente nivel mientras se cursa el Externado. La distribución en las distintas etapas habla de una heterogeneidad de las posturas a pesar de que la media haya representado un mayor apego con la fase etnorelativa.

Independientemente de los factores que hayan llevado al estado que presentan los estudiantes en este nivel, las amplias dispersiones convocan la necesidad de una intervención oportuna que permita a los estudiantes cohesionar su postura de rechazo a las etapas nocivas del MDSC y reflejando una mayor aceptación del etnorelativismo.

Figura 17.- Posicionamiento del Noveno nivel de carrera en las etapas del Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural



Los valores de la media para las etapas de Adaptación e Integración presentan un patrón discordante, ubicándose en el segmento negativo de esta etapa, lo que traduciría una mayor proporción de opiniones que se muestran a favor. Siendo estas etapas parte de la fase etnocéntrica, la mayor proporción de posiciones a favor reflejan una subestimación del estado etnorelativista que representa el valor de la media.

Los valores de la media para el resto de las etapas del MDSC presentan un patrón discordante mínimo entre la media y la mediana, lo que traduciría posiciones equilibradas en más o en menos en relación a esta medida de posición.

CAPÍTULO V. Discusión y Conclusiones

En Ecuador, se ha reconocido las barreras de acceso a la salud derivadas de la interacción entre el profesional de la salud y la población culturalmente diversa. Como reacción se ha generado una serie de enunciados, decisiones y acciones; que buscan dar respuestas integrales ante las necesidades de sectores históricamente marginados por características derivadas de su cultura.

A pesar de ello no se ha prestado atención suficiente al papel de la Academia, responsable de los procesos formativos de pregrado impartidos a futuros profesionales que deberán responder a la realidad en la que se desenvuelve el Sistema Nacional de Salud. Además no se ha reflexionado a profundidad sobre el beneficio que proveería un proceso de formación adecuado, impartido durante el valioso tiempo que permanecen los estudiantes en las Facultades de Medicina, para contribuir con la disminución de las barreras culturales en la atención de salud.

La FM-PUCE, desde sus orígenes que versan en la “PROPUESTA DE DISEÑO DE LA CREACIÓN DE LA FACULTAD EXPERIMENTAL DE MEDICINA”, manifiesta su interés por responder a la realidad nacional con la formación de profesionales que trasciendan la orientación centrada en la enfermedad (enfoque biologista) e impartiendo en ellos una visión integral de la multicausalidad del proceso salud-enfermedad. Se reconoció, relevó e integró *“la cultura del paciente”* en los procesos formativos dentro de los objetivos generales de sus tres ejes pragmáticos:

- Médico-Biológico.- *“Entender el proceso salud enfermedad como un fenómeno multicausal, social, cultural e históricamente determinado, dinámico y que afecta directamente al ciclo vital del ser humano”*
- Administrativo-Sanitario.- *“Manejar el método epidemiológico e interpretar sus resultados relacionando el perfil con los factores político, socioeconómico, cultural e histórico”*
- Psico-Social.- *“Analizar las bases científicas de cómo se estructura y funciona la personalidad, la conducta humana y los procesos mentales. Su relación con los factores sociales, culturales, y ambientales”.*

Consciente de los cambios dinámicos que naturalmente ocurren en las sociedades, la FM-PUCE se proclamó como *“flexible”* ante los fenómenos del entorno que reconfiguran la realidad nacional; con el fin de *“actualizar los planes de estudio y*

programas en función de las expectativas de la redistribución demográfica urbano-rural, considerada globalmente y, también en cuánto a sus características etarias, de sexo, étnicas, socioeconómicas y culturales”(Consejo Directivo del Comité Patrocinador, 1994).

Esto ha dado apertura a una evolución del Plan de Estudios, que pretende proporcionar las características necesarias a los profesionales egresados para *“Trabajar en equipo y participar efectivamente en el sistema de salud, acorde con el marco legal vigente”* (Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2008).

La FM-PUCE, comprometida con la noción de la prestación de servicios a una sociedad multicultural, ha realizado esfuerzos para materializar la inclusión de la cultura del paciente en sus procesos formativos. Dichos esfuerzos lo constituyen iniciativas investigativas que inicialmente relevaron deficiencias de los estudiantes bajo un marco teórico de Competencias Culturales. Se reconoció las deficiencias en el reconocimiento de la interacción de la cultura propia con la de los demás; el conocimiento de las características culturales de grupos étnicos y de género a nivel local; y, las destrezas dirigidas a establecer una eficiencia en la atención a personas culturalmente diversas (Gross, Crespo, & Villegas, 2014).

Por ello, la presente disertación establece un diagnóstico de los estudiantes de pregrado de la FMPUCE del Primero al Noveno nivel de carrera, que cursaron el II semestre académico 2013-2014; como punto de partida para la formulación de un proceso formativo que le permita al estudiante evolucionar desde una posición de CC deficiente hacia el reconocimiento, entendimiento y comprensión de las diferencias culturales. Esto permitiría un mejor desempeño del egresado en la atención de salud, y por ende, mejores resultados en el proceso de sanación de los pacientes.

Para llegar a ello es imprescindible que el estudiante tenga la capacidad de identificar los constructos mentales ligados a la cultura del paciente, y, posea la habilidad de adaptarse fácil y adecuadamente al contexto del encuentro médico-paciente.

Los programas formativos que toman en cuenta la inclusión de la influencia de la cultura en la salud, a través del desarrollo de CC, aportan a los sistemas que se desarrollan en un entorno multicultural al mejorar la comprensión/entendimiento de las necesidades de los pacientes, incrementar la satisfacción de los usuarios, reducir las

inequidades raciales, étnicas y de género, y, disminuir las diferencias en la calidad de prestación de servicios. (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, & Normand, 2003) Esta perspectiva beneficia directamente a la población que acude a un profesional capacitado para conllevar efectivamente un proceso de sanación culturalmente adecuado; además, disminuye las barreras de acceso a los servicios de salud, que en Ecuador han sido reconocidos como espacios inseguros en los que no se garantizan los derechos de los pacientes, representando en muchos casos violencia, falta de entendimiento y deficiente diálogo cultural (Shapiro, Lie, Gutierrez, & Zhuang, 2006) (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013).

Las demandas de un mundo que ha tenido importantes transformaciones demográficas y la consecuente conformación de sociedades multiculturales, han convocado en otros países a relevar la importancia de la consideración de la cultura de los pacientes en los procesos formativos, por medio de instituciones encargadas de la acreditación y regulación de las Facultades de Ciencias de la Salud. Como ejemplo se tiene al "*Liaison Committee on Medical Education*"⁹ que proclama: "*La facultad y los estudiantes deben demostrar una comprensión de la manera en que las personas de diversas culturas y sistemas de creencias perciben la salud y la enfermedad; consecuentemente, responder a diversos síntomas, enfermedades y tratamientos. Los estudiantes de medicina deben aprender a reconocer y conllevar adecuadamente los prejuicios culturales en la prestación de servicios de salud, teniendo como objetivo primordial el completo bienestar del paciente*". (Liaison Committee on Medical Education, 2010) (Koskinen, y otros, 2012)

Si bien en otros países¹⁰ el llamado a una formación médica con enfoque de CC se sustenta en la diversidad cultural de la población, generada principalmente por fenómenos migratorios; en el panorama local, la aplicabilidad y justificación se sustenta en una sociedad multicultural que está dada principalmente por la coexistencia de múltiples poblaciones aborígenes, y, la diversidad étnica y de género.

El llamado a las Facultades/Escuelas/Academias de Medicina a responder y contribuir en la lucha contra las inequidades en salud y las barreras de acceso de tipo cultural, presentes en el entorno en el que se desenvuelven sus egresados, ha dado lugar a

⁹Entidad reconocida por el Departamento de Educación de los Estados Unidos como una autoridad confiable para la acreditación de los programas de educación médica que conducen al título Médico.

¹⁰Se hace referencia a países norteamericanos y europeos principalmente.

una gran cantidad de programas educativos, guías y modelos conceptuales disponibles. Estas ofertas van desde pequeños programas de entrenamiento a currículos integrados a gran escala de varios años de duración (Engebretson, Mahoney, & Carlson, 2008); inicialmente elaboradas desde el paradigma de enfermería y que han ido ganando terreno en las demás áreas de la salud, entre ellas la medicina (Association of American Medical Colleges - Association of Schools of Public Health, 2012) (Horvat, Horey, Romios, & Kis-Rigo, 2011). Estas publicaciones proporcionan pautas para la creación de un programa de entrenamiento, generalmente centrándose en tres elementos: Conciencia cultural, Conocimientos culturales y Destrezas culturales (Thom, Tirado, Woon, & McBride, 2006).

Dentro de los modelos de CC existentes se consideró al “Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Cultural” de Milton Bennett por establecer características que definen etapas en el proceso de evolución, desde una posición caracterizada por la falta del reconocimiento de la diversidad cultural y sus implicaciones en la atención en salud, hacia una postura en donde el reconocimiento de los constructos culturales del diverso influyen en el manejo del proceso salud-enfermedad, con el fin de conllevar una atención de salud integral y adecuada al paciente/familia/comunidad.

El periodo en el cual se realizó la recolección de los datos corresponde a la semana previa a los exámenes finales del segundo semestre académico 2013-2014, por lo que los resultados representan la influencia del plan de estudios asignado a los niveles de carrera.

La muestra representó una heterogeneidad aceptable del estado socioeconómico de los participantes determinado por el “Sistema de Pensión Diferenciada”. En la identificación con una etnia por parte de los estudiantes, el 95% se autodenominaron “Mestizo”, esto determina el paradigma desde el cual se aprecia la diversidad cultural, cuyos juicios de valor ligados a características de esta etnia determinarán la interacción con los aspectos culturales de los pacientes.

El inglés se ubica como la segunda lengua en la que se tiene una competencia razonable después del español, esto puede responder a la necesidad de interpretar la literatura médica que se publica en este idioma. Otra razón a la cual se puede deber esta preferencia, es el requerimiento de este idioma para actividades laborales y académicas que son ofertadas al egresado, posteriormente a la obtención del título de Médico General. El 9,4% de los estudiantes refirieron tener una competencia

razonable en otras lenguas a más del inglés y español, estas lenguas corresponden a países ubicados en el continente europeo y pueden responder a los intereses antes mencionados. De todos los estudiantes únicamente 2 (0,6%) mencionaron estar familiarizado con una lengua aborígen, ellos corresponden a estudiantes de las categorías C y B del Sistema de Pensión Diferenciada, y, que provienen de ciudades distintas a la capital (Loja, Cayambe).

El desinterés por familiarizarse con una lengua aborígen puede corresponder al desconocimiento de su utilidad en la atención a pueblos aborígenes; o, a una orientación de desarrollo profesional y académico posterior al egreso de la facultad, en la cual no se considera la prestación de sus servicios profesionales a grupos culturales minoritarios. En cualquiera de los casos se manifiesta la desatención de los estudiantes por conocer una lengua de estos grupos culturales, y de este modo utilizarlo como herramienta comunicativa.

La ubicación de los estudiantes dentro del MDSC determina un apego con las etapas que corresponden a niveles altos de CC, lo que puede potencialmente representar que los estudiantes vivan la experiencia de un encuentro transcultural en función del contexto y cultura de la otra persona. Los estudiantes se identificaron con las etapas de Adaptación¹¹ e Integración¹²; en el primer caso la vivencia del fenómeno transcultural se lo realiza tomando en cuenta los factores determinantes de la otra cultura y se construye un juicio de valor en función del otro; en el segundo caso el estudiante podría deslindarse de un constructo cultural propio para apreciar el fenómeno transcultural desde la perspectiva del “otro”.

En el caso de los estudiantes que se encuentran en la etapa de Integración, el hecho de que se deslindaran de sus constructos culturales podría representar cierto grado de nocividad, si es que no se lleva a cabo conscientemente y con criterio. Esto se debe a que dicha flexibilidad puede distorsionar el comportamiento del profesional y crear inestabilidad al momento de experimentar un encuentro con una persona culturalmente diversa. Los niveles susceptibles a este fenómeno son Segundo y Tercero; en los que ,la reflexión de conocimientos teóricos no poseen un refuerzo sincrónico y planificado en espacios de contacto con la comunidad (Área APS-IDIS); consecuentemente, se dificulta la comprensión de la influencia de la cultura en el

¹¹Niveles de Carrera: Primero, Cuarto, Sexto, Séptimo, Octavo y Noveno.

¹²Niveles de Carrera: Segundo, Tercero y Quinto.

encuentro médico-paciente y desarrollo de la Sensibilidad Cultural(Estevez, Módulo: Área APS-IDIS I, 2013)(Sola, Módulo: Área Socioantropología, 2013).

La tendencia del “Promedio del porcentaje de etapa”, en el transcurso de los niveles de carrera (Figura 8), evidencia un declive en el Tercer nivel de carrera. Este declive puede deberse a la discontinuidad del proceso formativo dentro del Eje Psicosocial; lo que dificulta orientar y coordinar verticalmente los conocimientos previamente impartidos en el Área de Socioantropología. Desde la perspectiva del eje Administrativo-Sanitario, el Área de APS-IDIS promueve el desarrollo de *“Una visión crítica y consciente de las causas generadoras del proceso salud-enfermedad a través de comprender el entorno socioeconómico y cultural de la comunidad a la que asisten”*, este objetivo de aprendizaje no es suficiente para evitar el declive de los resultados presentados en este nivel(Estevez, Módulo: Área APS-IDIS II, 2013).

La elevación del “Promedio del porcentaje” de las etapas de la fase etnorelativa (especialmente Adaptación y Aceptación) en el Cuarto nivel de carrera podría deberse al Área de Antropología Médica que utiliza como prerrequisito los conocimientos impartidos en el Segundo nivel y los contrasta con la realidad en la que se desenvuelve la medicina a nivel local (Sola, Módulo: Área Antropología Médica, 2013).

La tendencia durante los niveles de carrera consiguientes se muestra estática con una predisposición a la disminución del apego con las etapas de la fase etnorelativa. El Séptimo nivel constituye una excepción debido a la existencia de un ligero aumento del apego a las etapas etnorelativas y al rechazo de etapas etnocéntricas.

Debido al plan de estudios basado en el “Aprendizaje Basado en Problemas”, en el desarrollo de las denominadas *Ciencias Clínicas* desde el Quinto al Octavo nivel de carrera, la consideración de la cultura en la atención en salud se presenta como una “ligera” revisión dentro de la Unidad Caso Problema, contextualizando los escenarios que se presentan en la atención de salud en Ecuador. Durante este periodo se emite aportes desde las unidades Administrativo-Sanitario y Psicosocial con el fin de reflexionar la multicausalidad del proceso salud-enfermedad. A pesar de ello no se logra obtener mejores resultados en el desarrollo de la Sensibilidad Cultural y de hecho existe una tendencia a disminuir en el trascurso del plan de estudios.

El análisis complementario con la representación gráfica a través de diagramas de cajas y bigotes se hace necesario al entender que la media es una buena medida

estadística para representar todos los valores obtenidos en una determinada etapa, sin embargo obvia la dispersión de los datos que configuran dicha medida.

En términos generales la dispersión de los datos que determinaron el “Promedio del porcentaje de etapa” tiende a ser amplia, lo que traduce una heterogeneidad en el criterio de los estudiantes acerca de las etapas de MDSC. En varios casos se relacionan con posiciones altamente etnocéntricas; además, presentan rechazo a posiciones etnorelativas. Este fenómeno se presenta principalmente en el Noveno nivel de carrera, correspondiente al inicio de la práctica hospitalaria (Externado I); en donde, los estudiantes deberían haber adquirido una Sensibilidad Cultural adecuada que les permita ser culturalmente competentes. La formación hospitalaria prioriza sus enseñanzas con una fuerte orientación biológica, desatendiendo el enfoque de la influencia de la cultura del paciente en el padecimiento de la enfermedad y en el objetivo de alcanzar una salud¹³ adecuada.

De todas las etapas del MDSC, la etapa de Minimización (transición de la fase etnocéntrica a la fase etnorelativa) tiene la mayor heterogeneidad de posturas en casi todos los niveles de carrera. Esta falta de consenso manifiesta una dificultad en la interpretación de la Sensibilidad Cultural necesaria para el desempeño efectivo en un encuentro transcultural. Aquellos que han expresado posturas a favor pueden desarrollar la idea de que un trato universal amable y con respeto, puede satisfacer las necesidades del culturalmente diverso, obviando una comprensión integral del paciente. Otro factor que pudo influir puede ser la falta de igualdad de ítems asignados a cada etapa del MDSC, en el caso de la etapa de Minimización fueron 3 tres reactivos.

La distribución de las etapas de la fase etnorelativista muestra una dispersión hacia valores negativos del Primer al Tercer nivel de carrera, esta dispersión se traduce como posiciones contrarias al reconocimiento de las diferencias culturales y su beneficio en la atención en salud. En el Cuarto nivel de carrera esta dispersión se acorta y las respuestas se cohesionan, apoyando de mejor manera lo expresado por el valor de la media. Este fenómeno puede corresponderse a la impartición del Módulo del Área de Antropología Médica en el que se reflexiona las implicaciones de la cultura en la salud.

¹³La salud entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

La ubicación de los distintos niveles de carrera dentro de las etapas más avanzadas del MDSC puede estar influenciada por abstracciones personales que no reflexionan a profundidad las implicaciones de estas etapas. Esto se debe a que si bien la recolección de los datos a través de instrumento basado en una escala tipo Likert recopila la posición/criterio/juicio del encuestado ante el constructo de la pregunta formulada; no se garantiza que dicho juicio de valor tenga la suficiente meditación por parte de quien responde. Este fenómeno se ha determinado en una evaluación previa de tipo cualitativa en donde *“la noción de salud intercultural en los estudiantes encuestados, en términos generales, replican los elementos estructurales ratificados en el discurso oficial a la hora de definir el concepto. Esta posición es parte del discurso idealizado “políticamente correcto” sin una reflexión suficiente sobre la integralidad del concepto y que se expresa en una visión acrítica y más bien funcional de su concepción sobre lo que implica una atención intercultural de la salud y que se transmite con inercia a los estudiantes”*(Gross, Crespo, & Villegas, 2014).

El panorama estático de la situación de los estudiantes respecto al desarrollo de CC, con tendencia a deteriorar el estado de Sensibilidad Cultural en niveles superiores; y, las dificultades que ha presentado la FMPUCE en materializar sus fundamentos teóricos comprometidos con los fundamentos de la APS Renovada y las necesidades de la sociedad ecuatoriana; pueden derivar de la distorsión del término “Cultura”. Esta distorsión en muchos casos puede delimitarse a factores como: “Etnia”, “Nivel de Instrucción”, “Representaciones Artísticas”, “Características inherentes al género”, “Estado socioeconómico”, “Religión” etc., sin una abstracción integral del término y de la influencia que tiene para alcanzar los “Desafíos de la educación en ciencias de la salud en las Américas¹⁴”(Organización Panamericana de la Salud, 2011).

A pesar que se estableció una metodología que pretende controlar los posibles sesgos, se resalta los siguientes limitantes del estudio:

- Un eventual sesgo de deseabilidad en los estudiantes, presentando respuestas bajo una perspectiva de lo “políticamente correcto”.
- La escala de Likert si bien abstrae un juicio de valor ante un reactivo/ítem, no garantiza que dicha postura en la realidad sea certera. Dicha aproximación sería más efectiva al incluir metodología cualitativa

¹⁴En el caso de la Medicina convoca a la lucha contra *“La pérdida de ideales y valores; la falta de conocimiento de lo que debe ser la medicina y la ausencia de compromiso con el ser humano”* teniendo como fundamento la Atención Primaria de Salud.

- La construcción del cuestionario, si bien se utilizó elementos para dar consistencia y validez a la herramienta, la falta de equinumeridad de los ítems asignados a cada etapa del MDSC pudo influir en la comparación de los resultados.

CAPITULO VI. Recomendaciones

El estado estacionario reflejado en los resultados y el escaso impacto de los procesos formativos en el desarrollo de la sensibilidad cultural, invita a repensar la forma en la que el plan de estudios provoca la comprensión/entendimiento del aspecto cultural, como determinante del proceso salud-enfermedad a un nivel individual y comunitario. La reflexión partir bajo en la premisa que el padecimiento de una enfermedad tiene una connotación multicausal, que conlleva a experimentar esta vivencia según las características inherentes al paciente y al entorno en el que se encuentra.

Al incorporar una posición coherente de desarrollo de Competencias Culturales se lograría contribuir con el objetivo de la FM-PUCE en formar profesionales bajo el marco de la APS, y los postulados teóricos institucionales y del estado; demostrando coherencia con los principios de “Universalidad” y “Equidad” en la atención de salud. Este beneficiaría principalmente a ciertos grupos étnicos, de género y otras minorías; que han sido reconocidos como “marginados” del Sistema Nacional de Salud por barreras culturales.

Se debe reconocer que la inclusión de este paradigma no constituye un problema para el desarrollo de la medicina, sino una fuente de riqueza y nuevos recursos para una atención más humana y digna; dando paso al desarrollo efectivo de un diálogo de saberes entre los sistemas médicos que coexisten en el país, con una perspectiva libre de exclusión o imposición.

Para hacer efectiva una propuesta de currículo con enfoque de competencias culturales, es fundamental la concienciación e interés por parte de las autoridades a cargo de la gestión de los procesos formativos; lo que permitiría incorporar una organización estructural en la FM-PUCE. Es por ello que para la viabilidad de las recomendaciones es necesario:

- El apoyo institucional de la dirección, profesores y estudiantes a las reformas planteadas.
- La existencia de recursos bibliográficos, pedagógicos, económicos y organizacionales en la institución, la comunidad y otros escenarios en los que se desarrolle el plan de estudios.

- La participación activa de las comunidades y de sus líderes en el mejoramiento del currículo, y, en la retroalimentación y recolección de información relevante.
- El compromiso institucional para brindar intervenciones educativas integrales acorde al estado de los estudiantes.
- Establecer claramente un proceso de evaluación de los módulos incorporados (Por ejemplo la evidencia de un proceso de planificación para asegurar la inclusión de material a lo largo del plan de estudios, los detalles sobre el proceso del plan de estudios, el contenido, duración, experiencias educativas y consideración de la evaluación de resultados). (Association of American Medical Colleges, 2005)

La presente disertación establece un diagnóstico de la situación actual de la FM-PUCE, sobre el cual se puede entablar un debate académico entre las autoridades, profesores y estudiantes para mejorar el impacto de los procesos formativos vigentes, en busca del desarrollo de CC.

Para direccionar los objetivos y evitar distorsiones, es necesario acordar en la definición de "Competencia Cultural". Existen varias definiciones del término, pero una de las más aceptadas es: *"Competencia Cultural son un conjunto de conductas, conocimientos, actitudes y políticas que confluyen en un sistema, organización o profesionales, y permiten un trabajo eficaz en situaciones interculturales"*. La "Cultura" se refiere a patrones integrados de la conducta humana en los que se incluye el lenguaje; pensamientos; acciones; costumbres; creencias; y, la abstracción social de la población en grupos organizados por características étnicas, sociales, económicas o religiosas. El término "Competencia" implica tener la capacidad de desempeñar eficazmente las funciones asignadas, a un nivel individual y organizacional; siendo coherente con el contexto que naturalmente es influenciado por la interacción los componentes culturales de los actores y las necesidades del paciente/familia/comunidad. La competencia cultural en la atención en salud combina los componentes del cuidado del individuo y su familia con la comprensión de las influencias sociales y culturales que afectan a la calidad de los servicios médicos y manejo de los problemas de salud. (Association of American Medical Colleges, 2005)

La reflexión integral del término "Cultura" no puede ser reduccionista. Esta debe incluir una perspectiva multidisciplinaria en su análisis, que trascienda la visión biológica de

“Factor de riesgo”, para ser entendida como un “Factor determinante” del proceso salud-enfermedad.

La definición debe ser distinguida en dos dimensiones que son: *Cultura Objetiva* y *Cultura subjetiva*. La *Cultura Objetiva* se refiere a los aspectos que constituyen la cultura, como los sistemas político, económico, social; que derivan en sus manifestaciones tangibles como son el arte, música, cocina, rituales, etc. La idea de la *Cultura Objetiva* es buena para entender características manifiestas de otros grupos culturales, pero no es completamente útil en el entendimiento de la “Interculturalidad”, por lo que el conocimiento de estos aspectos no representa una Competencia Intercultural. La *Cultura Subjetiva* la constituyen las representaciones sociales con las que se aprecia la realidad, en otras palabras se refiere a los determinantes de la cosmovisión de las personas. La incorporación reflexiva de estas dos dimensiones de la cultura permite tener una mejor apreciación de su influencia en el proceso salud-enfermedad; además, permite una interacción más efectiva con el paciente, al reconocer integralmente sus necesidades, es decir, evolucionar de una postura etnocéntrica a una postura etnorelativa. (Bennett & Bennett, 2001)

La reflexión de la identidad cultural bajo el marco histórico es trascendental, debido a que las diferencias existentes entre el SMH y la Medicina “Tradicional/Ancestral”; radican en los acontecimientos que ocurrieron en el pasado y que determinan las “raíces”, principios y fundamentos de sus prácticas y conocimientos. El análisis histórico debe evolucionar desde la impartición teórica de prácticas relacionadas a determinadas sociedades, hacia una reflexión y comprensión de la influencia de la cultura en los procesos de sanación a través del tiempo.

Bajo el llamado a la FMPUCE como entidad reguladora de sus procesos formativos a colaborar en: la organización estructural, en la provisión de recursos, en la capacitación de sus docentes, en la aceptación del enfoque de Competencias Culturales, en el compromiso de evaluación y readecuación de los procesos formativos en función de los cambios dinámicos en los que se desarrolla la Medicina; y, con una definición integral de “Cultura”, que reconozca su influencia en el fenómeno salud-enfermedad; a continuación se despliegan recomendaciones fundamentadas en el presente trabajo investigativo promover una Competencia Cultural adecuada.

La organización actual del plan de estudios permitiría la inclusión de fundamentos para alcanzar el desarrollo CC, en niveles inferiores correspondientes a la etapa de

Ciencias Básicas. Estos fundamentos progresivamente deberán tener una construcción más compleja, integral y con análisis a profundidad, conforme transcurra el plan de estudios. De esta forma se espera que los estudiantes evolucionen progresivamente desde posiciones deficientes (Etnocéntricas) hacia posiciones más sofisticadas en el entendimiento de la dinámica de las diferencias culturales.

Se debe tomar en cuenta que si bien el comportamiento está condicionado por la cognición/abstracción de los eventos¹⁵, es necesaria la organización sistemática de Conocimientos, Destrezas y Actitudes dentro del Plan de Estudios para el desarrollo de una “Competencia Cultural”. (The California Endowment, 2002)

Sobre los Objetivos de la carrera

El primer objetivo invita a: *“Manejar adecuadamente las entidades nosológicas prevalentes en el medio de acuerdo con el ciclo vital individual y familiar, con responsabilidad ética, a la luz de la mejor evidencia y enfoque intercultural”*. El abordaje de las enfermedades y su padecimiento al ser consideradas como *“entidades nosológicas”*, limitan la comprensión del fenómeno salud-enfermedad desde su definición conceptual. Esto se debe a que la nosología pretende identificar de las enfermedades mediante la agrupación de ciertos síntomas (unidades nosológicas) que conforman una entidad nosológica concreta (Ej: Esquizofrenia). (Fernandez, 2012) En términos estadísticos esta definición establece prioridades y por ende es útil para orientar los contenidos en el desarrollo del Eje Médico –Biológico y el Área Salud Integral, pero, en términos pedagógicos podría ser contextualizado de mejor manera como “Problema de Salud” ya que esto daría cabida a un análisis reflexivo su multicausalidad.

El enfoque intercultural puede ser aplicado de mejor manera en los “Problemas de salud” experimentados por pacientes culturalmente diversos, bajo un marco de respeto, horizontalidad y simetría en la interrelación con el profesional de salud. Una postura que no incluye la cultura del paciente en la atención de salud, habla más de un proceso “Multicultural” donde se entiende la enfermedad como una “Entidad nosológica” (Definida bajo una el paradigma biologista), pero el reconocimiento de la

¹⁵Para el interés de la presente disertación lo representa la “Sensibilidad Cultural” como modelo conceptual

existencia de otras cosmovisiones se establece como relaciones de respeto y se limita el intercambio o enriquecimiento mutuo.

Es conveniente reflexionar las limitaciones que confiere el objetivo: *“Prescribir los tratamientos necesarios, con adecuado dominio científico, de acuerdo con el ciclo vital individual, en correspondencia a la naturaleza de la enfermedad, optimizar la utilización de fármacos y evitar la medicalización de la práctica médica”*. Bajo una óptica de interculturalidad se debería hacer referencia a la aceptación crítica, pertinente y oportuna de las formas que tienen los diversos grupos culturales para afrontar las enfermedades. Este ideario debe trascender la noción de *“Incluir la medicina indígena, medicina aborígen, medicina ancestral, etc.”*, que, al ser categorizarlas en estos términos generalmente se las excluye, subestima e incluso se las interpreta con cierto *“romanticismo”* generado a partir de una acción de *“retribución”* ante la marginación de determinados grupos y que conlleva a obviar los paradigmas/argumentos que fundamentan dichas prácticas.

El incluir una perspectiva de aceptación respetuosa de las otras formas terapéuticas para afrontar la enfermedad establecería nuevas líneas de investigación para relevar, adecuar y mejorar en el transcurso del tiempo los conocimientos generados por culturas diversas y puestos en conocimiento del Profesional de la Salud posterior a un Diálogo de Saberes. El Diálogo de Saberes podrá ser efectivos cuando el profesional de la salud tenga una orientación etnorelativista, que le permita ser culturalmente competente.

Sobre el Plan de Estudios

La última revisión del Plan de Estudios en el 2007, realza la importancia de los Ejes pragmáticos (Administrativo-Sanitario, Psicosocial y Médico Biológico) con el propósito de la coordinación vertical de los procesos formativos. Si bien se considera el aspecto cultural como un factor influyente dentro de los tres ejes, los objetivos planteados no permiten establecer una estructura vertical con enfoque de desarrollo de Competencias Culturales. Por lo que se recomienda modificar o incluir elementos que apoyen la organización vertical, promuevan el desarrollo de módulos orientados a responder la realidad intercultural en la que se desenvuelve la Medicina, faciliten la coordinación transversal de los procesos formativos y permitan la evaluación de los objetivos de aprendizaje planteados.

Para lograr este cometido se debe replantear el enfoque del Eje Psicosocial e incluir el aspecto “Cultural y Humanístico” como componente estructural, desde su organización para la orientación efectiva a lo largo de la carrera. Para ello se propone reformular su denominación y se sugiere incluir un término que guíe este propósito, sustituyendo el nombre “*Psicosocial*” por “*Psicosocial – Intercultural*”.

Bajo esta óptica se enfocaría adecuadamente los objetivos generales planteados para este eje pragmático. Con el fin de encaminar de mejor manera el desarrollo de Competencias Culturales, a continuación se proponen modificaciones a determinados objetivos, resaltados en letra cursiva:

2.- Entender los diversos factores capaces de alterar el equilibrio del ser humano, con las condiciones propias y particulares del sexo, determinadas etapas del ciclo vital y *factores culturales propios del paciente y de su entorno*.

4.- Realizar entrevistas, con técnicas adecuadas para cada situación, considerando las peculiaridades propias de *la cultura del paciente y del entorno su entorno social (familia, comunidad, etc.)*, sexo, y las diferentes etapas del ciclo vital.

6.- Explicar las características y manifestaciones del comportamiento moral, profesional, social y *cultural* del médico.

13.- Analizar el estado de salud y enfermedad en función de las condiciones de vida del individuo y *de su cultura a nivel individual, familiar y comunitario*.

14.- Explicar las características de la práctica médica y la atención a la salud, en relación a la *cultura del paciente y su contextualización con la de los demás, bajo representaciones sociales como estatus socioeconómico, demográfico, étnico y de género*.

Con la conformación del Eje Pragmático *“Psicosocial – Intercultural”* se recomienda las siguientes modificaciones en las diversas etapas del Plan de Estudios:

Ciencias básicas

El actual eje “Psicosocial” se desarrolla en torno a una Macro-Área denominada “Desarrollo Humano”, cuyo fin es *“estimular el desarrollo del ser humano como persona en todos sus aspectos psicológicos, valóricos, éticos y culturales”*. Este concepto no permite la incorporación de los componentes de la cultura del paciente en el proceso de atención de salud. Por esta razón se propone crear una nueva Macro-Área bajo el mismo eje pragmático que permita llegar a este cometido y agrupar en ella las áreas pertinentes para guiar el desarrollo de competencias culturales durante los cuatro primeros niveles de carrera. La Macro-Área se denominaría “Enfoque Cultural” y su objetivo sería: *Desarrollar en el estudiante un conjunto de conductas, conocimientos, actitudes y destrezas que dirijan su desempeño profesional hacia un trabajo eficaz en situaciones transculturales”*

Una vez conformado el Eje *“Psicosocial – Intercultural”*, con sus dos Macro-Áreas *“Desarrollo Humano”* y *“Enfoque Cultural”*, para dirigir el proceso formativo con enfoque de desarrollo de Competencias Culturales, se organizarían de la siguiente manera:

- Primer nivel.- Inclusión del Área de Historia de la Medicina en la Macro-Área *“Enfoque Cultural”*. Inclusión del Área de Interculturalidad en Salud en la Macro-Área *“Enfoque Cultural”* con una carga de dos créditos. El Área de Desarrollo del Pensamiento permanece en la Macro-Área *“Desarrollo Humano”*. Se elimina el Área de Autoestima y Valores de este nivel de carrera. Total de Créditos en el nivel: 34,5.
- Segundo nivel.- Inclusión del Área de Autoestima y Valores bajo la Macro-Área *“Desarrollo Humano”*. Inclusión del Socio - Antropología bajo la Macro-Área *“Enfoque Cultural”*. Se elimina el Área de Comunicación de este nivel de carrera. Total de Créditos en el nivel: 35.
- Tercer nivel.- Se mantienen las Áreas Psicosocial I y Jesucristo y la Persona de Hoy en la Macro-Área *“Desarrollo Humano”*. Se incluye el Área

Comunicación en la Macro-Área “*Desarrollo Humano*”. Se incluye el Área Antropología Médica I en la Macro-Área “*Enfoque Cultural*”. Total de Créditos en el nivel: 34.

- Cuarto nivel.- Se mantiene el Área Psicosocial II en la Macro-Área “*Desarrollo Humano*”. Se incluye el Área Antropología Médica II en la Macro-Área “*Enfoque Cultural*”. Total de Créditos en el nivel: 34,5

La inclusión del Área Interculturalidad en Salud (Tabla13), permitiría plantear fundamentos para la posterior comprensión, análisis y síntesis de los temas relacionados con el Desarrollo de CC. El paso del Área de Comunicación desde el Segundo nivel al Tercer nivel se debe a que se espera orientar destrezas de comunicación en contextos con diversidad cultural, en un estudiante ha alcanzado un estado de “Sensibilidad Cultural” que le permita entender la necesidad del uso de estas herramientas. Se incluye el Área de Antropología Médica en el tercer nivel para establecer un proceso vertical continuo en respuesta a la desatención de la Cultura en los procesos formativos de este nivel. Otras recomendaciones a las Áreas del eje “*Psicosocial-Intercultural*” se resumen en la Tabla 14.

Las recomendaciones propuestas a continuación se sustentan en una revisión bibliográfica de recomendaciones de paneles de expertos, guías de entidades reguladoras y de acreditación, revisiones sistemáticas, currículos de universidades que contemplan en enfoque de la cultura en sus procesos formativos y otras evidencias. (Association of American Medical Colleges, 2005)(Bennett M. , Developing intercultural sensitivity, 2004)(Campinha-Bacote J. , 2003)(Gallagher, 2012)(Jeffreys, 2010)(National Center for Cultural Competence, 2006)(The California Endowment, 2002)(Thom, Tirado, Woon, & McBride, 2006)(U.S. Department of Health and Human Services , 2012)(Seibert, Stridh-ligo, & Zimmerman, 2002)(Negi, Bender, Furman, Fowler, & Prickett, 2010)(Stit-Williams & Haynes, 2007)(Association of American Medical Colleges - Association of Schools of Public Health, 2012)(Bennett M. , Intercultural Development Research, 2011)(Fondo de Población de las Naciones Unidas sede Perú, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, 2014)(Acosta , Tsegai, Gardner, & Racansky, 2011)(Boutin-Foster, Foster, & Konopasek , 2008)(Kiviharju & Koivumäki, 2012)(Kumas-Tan, Beagan, Loppie, MacLeod, & Frank, 2007)(Kripalani, Bussey-Jones, Katz, & Genao, 2006)(Office of Minority Health - U.S. Department of Health and Human Services, 2002)(The University of New Mexico, 2013)(Harvard Medical School, 2006).

Tabla 13.- Programa Microcurricular del Área de Interculturalidad en Salud

Asignatura/Módulo	Interculturalidad en Salud		
Objetivo General	Identificar elementos derivados de las interacciones de las personas y por ende de sus componentes culturales para desarrollar el abordaje de problemas en salud e investigación con pertinencia cultural.		
Resultados de aprendizaje de la asignatura	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminar otras formas de interpretar el mundo, ligadas a la identidad cultural en una sociedad multicultural y explicar su influencia en el fenómeno salud-enfermedad • Analizar la dinámica existente en el encuentro médico-paciente desarrollados en escenarios donde existe diversidad cultural • Reconocer la importancia de utilizar un enfoque intercultural en el desempeño como profesional de la salud • Explicar la influencia de la cultura en la atención en salud, diseño de políticas y en la investigación. 		
Contenidos	Estrategias de Enseñanza - Aprendizaje	Resultados de Aprendizaje	Evaluación
Unidad 1: VISIÓN INTERCULTURAL E IDENTIDAD CULTURAL <ul style="list-style-type: none"> • Cultura y Cosmovisión • Identidad Cultural • Diversidad Cultural • Interculturalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión sobre textos seleccionados en relación a los contenidos. • Construcción individual de los elementos que rigen la cosmovisión personal. • Juego de roles para la recreación de encuentros transculturales. • Clase magistral guiada: Interculturalidad, planteamiento de problemas cuya resolución requiera reflexiones incluyentes de la noción de la cultura. 	Discriminar otras formas de interpretar el mundo ligadas a la identidad cultural en una sociedad multicultural y explicar su influencia en el fenómeno salud-enfermedad.	Elaboración de mapas conceptuales y mentales para representar conceptos. Elaboración de un marco conceptual sobre el que se fundamenta el juego de roles. Ensayo descriptivo y crítico sobre las propuestas ante problemas planteados.
Unidad 2: RELACIONES INTERCULTURALES ENTRE PROVEEDORES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión sobre textos seleccionados en relación a los contenidos. • Visita a Museos locales para el acercamiento a Medicina y Prácticas 	Analizar la dinámica existente en escenarios donde existe diversidad	Elaboración de mapas conceptuales y mentales sobre los textos entregados.

<ul style="list-style-type: none"> • Integrando Enfoques: Pluriculturalidad, Multiculturalidad e Interculturalidad • Introducción a la Medicina y Prácticas Tradicionales • Servicios de Salud con pertinencia cultural 	<p>Tradicional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación informal, pero estructurada, sobre procesos de sanación tradicionales en el entorno social del estudiante. • Reflexión sobre textos oficiales que ponen en práctica la noción de interculturalidad. 	<p>cultural. Reconocer la importancia de utilizar un enfoque intercultural en el desempeño como profesional de la salud.</p>	<p>Bitácora vivencial sobre la experiencia en el museo. Presentación de la investigación.</p>
<p>UNIDAD 3: LA CULTURA DE LAS PERSONAS COMO DETERMINANTE EN LA TOMA DE DECISIONES A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y NACIONAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación Médico-Paciente, un enfoque intercultural • Concepción social de la Enfermedad • Inclusión de la cultura en la construcción de políticas en salud Ecuador, • Influencia de la cultura en la Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión del documental “Salud Materna Intercultural para Mujeres Indígenas”. • Simulación en clase sobre atención la atención del embarazo en un servicio culturalmente adecuado. • Exposiciones de los estudiantes sobre la evolución histórica para que el estado incluya la perspectiva intercultural en sus políticas. • Lectura reflexiva de textos que cuestionan la falta de la consideración de la cultura en la investigación. 	<p>Explicar la influencia de la cultura en la atención en salud, diseño de políticas y en la investigación.</p>	<p>Debate grupal sobre situaciones en las que se debería incluir el enfoque intercultural, trascendiendo partiendo de ejemplo el “parto culturalmente adecuado”.</p> <p>Elaboración de mapas conceptuales y mentales sobre los textos entregados.</p> <p>Exposiciones.</p> <p>Ensayo argumentativo sobre recomendaciones a una investigación en la cual hubiera sido pertinente la consideración de cultura de la población en estudio.</p>

Tabla 14.- Recomendaciones a las Áreas del eje “Psicosocial-Intercultural”

Nivel de Carrera	Fase del MDSC a tratar	Objetivos de Aprendizaje basados en el MDSC	Otros objetivos de Aprendizaje	Contenidos	Estrategias de Enseñanza - Aprendizaje / Recomendaciones sobre enfoque de los contenidos	Evaluación	Área de estudio pertinente
Primero	Fundamentos de Interculturalidad	Discriminar otras formas de interpretar el mundo ligadas a la identidad cultural en una sociedad multicultural y explicar su influencia en el fenómeno salud-enfermedad	Identificar como los estereotipos y prejuicios de los profesionales de la salud puede afectar la interacción con los pacientes, familias, comunidades y con compañeros de trabajo	Favor revisar el Módulo de Interculturalidad en Salud (Tabla 12)	Favor revisar el Módulo de Interculturalidad en Salud (Tabla 12)	Favor revisar el Módulo de Interculturalidad en Salud (Tabla 12)	Interculturalidad en Salud
			Definir en términos contemporáneos y relacionados al contexto nacional: cultura y sus implicaciones en la atención en salud				
		Analizar la dinámica existente en encuentros donde existe diversidad cultural					
		Reconocer la importancia de utilizar un enfoque intercultural en el desempeño como profesional de la salud					

		<p>Explicar la influencia de la cultura en la atención en salud, diseño de políticas y en la investigación.</p>	<p>Reconocer la importancia de los sesgos culturales y estereotipos en la toma de decisiones en la atención en salud</p> <p>Reconocer los potenciales prejuicios y estereotipos de los profesionales de la salud en un encuentro transcultural</p>				
			<p>Describir modelos históricos de creencias y prácticas relacionados con la salud en otras culturas, que influyen en el contexto actual.</p>	<p>Influencia de la cultura como paradigma en el desarrollo de métodos de sanación y en la forma de percibir el fenómeno salud -enfermedad, contextualizados a las Sociedades Analizadas en las Unidades.</p>	<p>Utilizar el método de Indagación para recrear una representación de un problema de salud contextualizado en las Sociedades analizadas, en donde los estudiantes jueguen un rol.</p>	<p>Informe grupal de la Indagación.</p> <p>Entrega de un video de a recreación del problema de salud contextualizado en una sociedad revisada en clase.</p>	<p>Historia de la Medicina</p>
			<p>Describir otros factores, distintos a los biomédicos, como histórico, político, ambiental e institucional y su impacto en la disparidad en salud</p>	<p>Fundamento histórico sobre el enfoque Familiar, Comunitario e intercultural en el Modelo de Atención de Salud.</p> <p>Revisión histórica de la exclusión de grupos étnicos y de género, y su lucha por la inclusión equitativa en los servicios de protección social que brinda el Estado</p>			

Segundo	Negación / Defensa	Analizar las influencia de la cultura en las disparidades de salud desde una perspectiva ampliada (epidemiológica)	Identificar patrones y datos sobre disparidades en salud la calidad de la atención en salud a nivel nacional y local	Análisis de los textos: Plan Plurinacional para Eliminar la Discriminación Racial y la Exclusión Étnica y Cultural. 2012	Selección de textos pertinentes. Exposición por parte de los estudiantes. Foro de discusión sobre la influencia de la cultura en el desarrollo de la Epidemiología	Ensayo sobre los factores culturales de la población que han influido en el enfoque epidemiológico en el Ecuador. Exposición de los estudiantes.	Epidemiología
			Analizar documentos oficiales para sustentar desde la óptica epidemiológica las disparidades en salud	Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. (2013). Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.			
			Identificar y analizar informes epidemiológicos locales que contribuyan a la comprensión de las disparidades en salud derivadas de barreras culturales.	Racismo y Discriminación Racial en Ecuador 2004			

			<p>Determinar la importancia sobre el interés, la empatía y el respeto del profesional de la salud en la atención y cuidado del culturalmente diverso.</p>				
		<p>Identificar la existencia de las diferencias culturales en la interacción con el paciente.</p>	<p>Describir la relación de poderes que se dan en el encuentro médico – paciente, y como afecta la inequidad de poder en la atención en salud</p>	<p>Visión Positiva de la interacción intercultural</p> <p>Enfoque Intercultural en la APS</p> <p>Introducción a los modelos de valoración del Enfoque Intercultural en la Atención de Salud</p>	<p>Facilitar un contacto estructurado con otras pacientes enfocándose en la apreciación de la cultura a nivel individual, familiar y comunitario, basados en modelos de competencia cultural (Modelo de Purnell).</p> <p>Proveer información de las similitudes de culturales.</p> <p>Establecer espacios de debate y reflexión de inquietudes sobre diferencias culturales inicialmente apreciadas.</p> <p>Promover actividades cooperativas y de investigación.</p>	<p>Trabajo de investigación o cooperación en un problema de salud en la comunidad que incluya el enfoque intercultural.</p> <p>Entrevista semiestructurada con enfoque de "Reconocimiento de las diferencias culturales "a informantes seleccionados.</p>	<p>APS IDIS I</p>

			<p>Demostrar confort al interactuar con pacientes/colegas culturalmente diversos</p> <p>Describir los factores que influyen en la variabilidad de la salud de la población</p>				
		<p>Analizar la “forma de ver el mundo” (Cosmovisión) del paciente con un criterio cultural equitativo</p>	<p>Reconocer las tradiciones y creencias de los pacientes y comunidades sobre el fenómeno salud-enfermedad existentes en el panorama nacional</p>	<p>La cosmovisión como determinante en la apreciación de los fenómenos (Causa-efecto), incluyendo el fenómeno Salud-Enfermedad.</p> <p>Cultura objetiva: arte, literatura, teatro, danza, costumbres.</p> <p>Cultura Subjetiva: Valores, creencias y comportamientos.</p>	<p>Lectura reflexiva de textos sobre la cosmovisión Andina, enfocados "Los Mundos Precolombinos: Inframundo, Medio mundo, Supramundo".</p> <p>Debate comparativo de los aspectos de la Cosmovisión Andina previamente analizados, con componentes de la Cosmovisión de los estudiantes.</p> <p>Visita guiada por “El Museo de Arte Precolombino: Casa del Alabado”.</p>	<p>Ensayo sobre la Cosmovisión Andina y su relación con la sociedad actual.</p> <p>Exposición sobre “Las diferencias culturales percibidas en el Museo de Arte Precolombino y la apreciación personal de cómo pueden influir en la vivencia del fenómeno Salud-Enfermedad”.</p>	<p>Socio Antropología</p>
		<p>Reconocer la existencia de diferencias culturales</p>		<p>Aspectos sociales relacionados a la cultura: Política, historia, economía, sociología y antropología.</p>			

		Distinguir las necesidades en salud en la población, mitigando la polarización (yo -ellos) e incorporando una visión intercultural		<i>Objetivo ya abordado</i>			
			Analizar la susceptibilidad de las personas para desarrollar prejuicios y estereotipos.	Universalidad y etnocentrismo como factores generadores de prejuicios, estereotipos y minimización de necesidades.	Clase magistral, fundamentada en textos seleccionados y entregados al estudiante para el análisis personal.	Investigación de un evento, caso, noticia o política en donde se evidencie una postura etnocéntrica y reflexión personal como influye en el fenómeno salud-enfermedad	
Tercero	Minimización – Defensa	Evaluar y analizar los componentes culturales propios	Describir los componentes culturales propios y los prejuicios	Etnia, estereotipos, generalizaciones y prejuicios. Cultura, Percepción y Cosmovisión como determinantes del comportamiento.	Evitar la tensión excesiva en los Contrastes Culturales, guía del profesor para evitar el "Shock Cultural". Expandir la curiosidad acerca de su propia cultura y la de los demás.	Diagramas explicativos Ensayo descriptivo sobre actividad "Raíces étnicas" Debate sobre prejuicios Reporte sobre construcción de la cosmovisión propia	Antropología Médica
			Aplicar el uso de herramientas para la examinación, reflexión y concienciación de la cultura propia	Categorías y marcos referenciales para entender la cultura propia.	Investigación en el entorno familiar del estudiante basado en la dinámica "Raíces étnicas" (EthnicRootsAssignment).		
			Identificar los estereotipos y sesgos culturales propios y su potencial para afectar un encuentro transcultural	"Cultural Self Awareness" Influencia de la cosmovisión propia el comportamiento.	Reflexión y construcción de la cosmovisión propia bajo marcos referenciales		
			Reconocer como los sesgos culturales de los profesionales que prestan sus servicios, tienen impacto en la calidad atención de salud	Aspectos propios de la cosmovisión propia que pueden afectar la prestación			

			Identificar los estereotipos y sesgos culturales propios y su potencial para afectar un encuentro transcultural	de servicios de la salud El privilegio de los grupos dominantes fundamentados en su cultura	(Purnell, Campinha-Bacote, Jeffrey, etc.) (Purnell, 2002) Debate y lluvia de ideas: Actividad "Atendiendo a quien menos quisiera", Reflexiones guiadas sobre situaciones conflictivas conflicto.		
		Argumentar los contrastes culturales en sociedades culturalmente diversas como factores influyentes y determinantes del fenómeno salud - enfermedad	Identificar un enfoque de equidad, unidad y diversidad en los problemas de salud de los pacientes, familias y comunidades	<i>Objetivo ya abordado</i>			
	Identificar cómo los factores concernientes a la cultura afectan la calidad y el costo y de la atención en salud, y analizar sus consecuencias		<i>Objetivo ya abordado</i>				
	Describir los factores sociales cognitivos y el impacto de la cultura sobre la toma de decisiones en el ámbito de la salud		<i>Objetivo ya abordado</i>				
	Analizar las creencias y prácticas de pacientes culturalmente diversos		<i>Objetivo ya abordado</i>				

			Generar una reflexión crítica de los contrastes culturales en sociedades culturalmente diversas y su influencia en el fenómeno salud - enfermedad	<i>Objetivo ya abordado</i>			
	Poseer una visión crítica y consciente de las causas generadoras del proceso de salud enfermedad a través de la comprensión del entorno socioeconómico y cultural del paciente y de la comunidad a la que pertenecen			Enfoque Intercultural en la apreciación de las necesidades de la población (Individuo, familia y comunidad)	Reflexión crítica del Documento: "Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí"	Exposición sobre elementos seleccionados del texto: Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí"	APS IDIS II
			Disparidades en salud: Sesgos culturales en los profesionales de la salud	Interacciones guiadas por el Tutor sobre el enfoque intercultural	Reporte del trabajo investigativo (Ensayo, Monografía)		
			Influencia de la cultura en el encuentro médico-paciente, incluyendo la comunicación, toma de decisiones y preferencias del paciente	Investigación sobre terapias de sanación alternativas al sistema biomédico en la comunidad			
	Expresarse de manera verbal, no verbal y escrita, en forma clara y comprensible en diferentes escenarios, adecuándose a la diversidad cultural de las	Formular preguntas y entender a pacientes culturalmente diversos y analizar sus creencias y tradiciones en relación a la salud bajo una óptica libre de prejuicios	Comunicación intercultural	Entrega de textos previamente seleccionados para generar debate sobre Comunicación Intercultural	Prueba escrita sobre Comunicación Intercultural	Informe sobre recolección de información Basado	Comunicación

		personas.(Objetivo extraído del Módulo Actual)	<p>Establecer un marco referencial para evaluar a las comunidades de acuerdo a su situación en salud, representaciones sociales, creencias, tradiciones y necesidades.</p> <p>Obtener información adicional acerca de las condiciones etno-médicas y sistemas de sanación.</p> <p>Realizar preguntas para relevar las preferencias del paciente y responder apropiadamente de acuerdo a sus características culturales.</p> <p>Identificar la importancia del vínculo existente entre una comunicación efectiva y la calidad de la atención.</p> <p>Relación entre aspectos cognitivos de la cultura que influyen en la comunicación.</p>	<p>enfoque Intercultural. Modelo de Purnell.</p> <p>Difusión de información al culturalmente diverso</p> <p>Interlocutores: Una herramienta para la comunicación</p> <p>Trabajo con interlocutores</p>	<p>Realización del Modelo de Purnell a un paciente.</p> <p>Elaboración de una exposición dirigida a un "Prototipo" de personas culturalmente diversas.</p> <p>Exposición por parte de los estudiantes sobre el tema Interlocutores y actividad en clase de simulación</p>	<p>en el Modelo de Purnell</p> <p>Exposiciones</p>	
Cuarto	Adaptación-Integración	Aplicar una empatía intuitiva y cognitiva culturalmente adecuada en la atención en salud		<p>Atención en salud culturalmente adecuada.</p> <p>Métodos para identificar a líderes comunitarios e integrarlos en estrategias de salud.</p>	<p>Facilitar oportunidades para los estudiantes puedan desenvolverse en la interacción con culturas locales.</p> <p>Establecer trabajos de campo con personas culturalmente</p>	<p>Observación por un tutor especialista en Interculturalidad.</p> <p>Aporte bibliográfico por parte del estudiante: "Iniciativas que beneficien la salud de la comunidad" o "Elementos de la</p>	APS IDIS III

		Interpretar los problemas en salud bajo una perspectiva intercultural en donde se manifieste empatía y adaptación social a los patrones culturales del contexto		Modelos para reducir los sesgos culturales de los profesionales de la salud a nivel organizacional. Estrategias para recolectar información del paciente bajo el contexto del cuidado centrado en el paciente/familia/comunidad.	diversas. Desarrollar iniciativas que beneficien la salud de determinada comunidad Describir los elementos culturales relevantes basados en experiencias con la comunidad	cosmovisión de las personas integrantes de la comunidad que influyen en el la percepción del proceso Salud – Enfermedad”	
		Aplicar un repertorio amplificado y estructuralmente diseñado para permitir una percepción y conducta culturalmente adecuada		Modelos teóricos y experimentales para construir una identidad multicultural Modelo de marginalidad constructiva Determinantes sociales y comunitarios en la salud Implementación de estrategias culturalmente adecuadas para mejorar el impacto de programas de salud	Reflexiones de documentos relacionados Construcción de diagramas explicativos Exposiciones que permitan el debate de los estudiantes escuchantes	Ensayos sobre textos entregados, posterior a su reflexión en clase. Énfasis de asociar a la realidad en la que se contextualiza la salud en el Ecuador Valoración de los Diagramas explicativos Observación de la participación y argumentación de los estudiantes durante las exposiciones	Antropología Médica

Ciencias clínicas

La organización de los niveles en las rotaciones Madre, Niño, y Adulto; y su desarrollo en torno a un caso problema; establece una organización transversal de los programas formativos para cada nivel. Debido a la ausencia de espacios de reflexión directa y profunda de la influencia de la cultura en la salud (No desde aportes generados a partir de los Eje Administrativo-Sanitario o Médico Biológico) se recomienda la creación de una unidad dedicada al análisis de estos aspectos relacionados con el caso problema tratado en la semana. Este espacio se crearía bajo el eje “Psicosocial-Intercultural” con el nombre de “Unidad Enfoque Cultural”, con una carga de 0,33 créditos.

La “*Unidad Enfoque Cultural*” establecería en los estudiantes una comprensión de la manera en que las personas de diversas culturas y sistemas de creencias perciben y conllevan el fenómeno salud-enfermedad permitiéndoles reconocer y tratar adecuadamente las necesidades en salud.

Sobre los Profesores

Los educadores a cargo de las áreas en las cuales se promueve el desarrollo de Competencias Culturales deben demostrar aceptación y compromiso con el proceso formativo. De esta forma contribuirían al desarrollo continuo de estrategias que permitan mejorar el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje.

El entendimiento de concepto de “Cultura” debe ser socializado y comprendido, de esta manera podrían exponer la dinámica existente entre las creencias, valores y comportamientos de diversos grupos en el entendimiento del fenómeno salud-enfermedad, dentro y fuera del contexto de la biomedicina

Ciertas áreas abordadas en el programa formativo con enfoque de CC pueden influenciar en el estudiante y crear situaciones conflictivas en cuanto a su identidad y otros aspectos emocionales, por lo que el facilitador debe tener recursos pedagógicos que le permita manejar estas situaciones.

Los educadores deben reconocer sus limitaciones en el tema de desarrollo de CC, y estar predispuestos a llenar esos vacíos a través de apoyo bibliográfico, capacitaciones, trabajos que involucren a la comunidad y la apertura a criterios

manifestados por profesionales experimentados o conocedores del tema desde otras ciencias.

La revisión de material bibliográfico en el tema es fundamental, así como capacidad de reflexión para poner en práctica lo consultado, basándose en herramientas pedagógicas adecuadas al contexto en el que se desarrolla el Sistema Nacional de Salud y a las necesidades de los estudiantes.

Sobre futuras investigaciones

Se recomienda la realización de futuras investigaciones” en las cuales se incluya la evaluación a los docentes como insumo para tomar decisiones en temas de capacitación de los mismos y para fortalecer con sus aportes el “Plan de Estudios”.

La inclusión de metodología cualitativa es necesaria para indagar “Razones de ser” de las posturas de los estudiantes. Al identificar dichas razones se revelaría aspectos relacionados a las posturas etnocentristas o etnorelativas que configuraron los juicios de valor ante los reactivos utilizados en la encuesta.

La revisión y perfeccionamiento del instrumento de recolección de los datos, permitiría elaborar un elemento evaluativo para aplicarlo en otras Facultades de Medicina. Se debería enfocar en acortar su extensión y distribuir de mejor manera los ítems asignados a cada etapa del MDSC. De esta forma se establecería una herramienta para la evaluación de Sensibilidad Cultural como insumo para incluir la noción de la cultura de los pacientes en los procesos formativos de las Facultades/Escuelas de Medicina y de otras ciencias relacionadas con la Salud.

En caso de hacer efectivo el Programa Formativo con enfoque de CC propuesto, se debe someter a evaluaciones permanentes para valorar el impacto que ha tenido en los estudiantes y determinar puntos de debilidad sobre los cuales se requiera implementar estrategias para mejorarlos. Es pertinente la inclusión de especialistas y expertos en Salud Intercultural, Etnomedicina, Antropología Médica, Salud Comunitaria, Comunicación y otras ciencias pertinentes para realizar aportes en el currículo.

Es conveniente realizar estudios en las comunidades, para determinar elementos a incluir otros elementos necesarios en el currículo, así como para evaluar el impacto de los procesos formativos en la satisfacción y resultados en la atención de la salud.

Bibliografía

- U.S. Department of Health and Human Services . (2012). *Developing Cultural Competencies for Nurses: Evidence-based Best Practices*. Recuperado el 20 de Julio de 2013, de Theories & Models: <http://www.ojccnh.org/project/jeffreys.shtml>
- Acosta , D., Tsegai, A., Gardner, V., & Racansky, P. (2011). *University of Washington*. Recuperado el 28 de Agosto de 2014, de Core Guiding Principles for Cultural Competence for Medical Education: <http://depts.washington.edu/cedi/new/PDF/CoreGuidingPrinciples.pdf>
- Aguilar, O., Carrasco, M., Gracia, M., Saldivar, A., & Ostiguin, R. (Mayo - Agosto de 2007). Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(2), 26-30.
- Anderson, L., Scrimshaw, S., Fullilove, M., Fielding, J., & Normand , J. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 68-79.
- Asamblea Constituyente de la Republica del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi, Ecuador.
- Association of American Medical Colleges - Association of Schools of Public Health. (2012). *Cultural Competence Education for Students in Medicine and Public Health*. Report of an expert panel, Washington D.C.
- Association of American Medical Colleges. (2005). Cultural Competence Education: Tools For Assessment Of Cultural Competency Training (TAACCT).
- Bennett, J., & Bennett, M. (Junio de 2001). *The Diversity Collegium*. Recuperado el 28 de Agosto de 2014, de Collegium Publications: <http://www.diversitycollegium.org/pdf2001/2001Bennettpaper.pdf>
- Bennett, M. (1986). A developmental approach to training for intercultural sensivity. *International Journal of Intercultural Relations*, 10, 179 - 196.
- Bennett, M. (2004). Becoming Interculturally Competent. En J. Wurzel, & M. Newton (Ed.), *Toward multiculturalism: A reader in multicultural* (págs. 62-77). Intercultural Resource Corporation.

- Bennett, M. (2004). Developing intercultural sensitivity. En D. Landis, J. Bennett, & M. Bennett, *Handbook of Intercultural Training* (págs. 147-165). Thousand Oaks: SAGE Publication.
- Bennett, M. (2011). *Intercultural Development Research*. Recuperado el 30 de Agosto de 2014, de A Developmental Model of Intercultural Sensitivity: http://www.idrinstitute.org/allegati/IDRI_t_Pubblicazioni/47/FILE_Documento_Bennett_DMIS_12pp_quotes_rev_2011.pdf
- Bout, M.-L., Docena, J., Ratemo, B., Bittner, M., Burlew, J., Nuritdinov, A., y otros. (2014). Beyond Race and Place: Distal Sociological Determinants of HIV Disparities. *PLoS One*, 9(4).
- Boutin-Foster, C., Foster, J., & Konopasek, L. (Enero de 2008). Physician, Know Thyself: The Professional Culture of Medicine as a Framework for Teaching Cultural Competence. *Academic Medicine*, 83(1), 106 - 111.
- Campinha-Bacote, J. (Mayo de 1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Campinha-Bacote, J. (Julio de 2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181 - 184.
- Campinha-Bacote, J. (2003). *The process of cultural competence in the delivery of health-care services: A culturally competent model of care*. Cincinnati: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J. (Enero de 2014). *The Process of Cultural Competence*. Recuperado el 20 de Febrero de 2014, de http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm
- Castillo, J. (2008). El cuidado cultural de enfermería: Necesidad y relevancia. 7(3), ISSN 1729-519X.
- Charles Sturt University. (06 de Marzo de 2012). *Indigenous Curriculum & Pedagogy*. Recuperado el 05 de Julio de 2013, de Cultural Competence as a Process: <http://www.csu.edu.au/division/landt/indigenous-curriculum/cultural-competence/process>

- Chen, Y., Tang, M., Krewski, D., & Dales, R. (Agosto de 2001). Relationship between asthma prevalence and income among Canadians. *JAMA*, 286(9), 919-920.
- Consejo Directivo del Comité Patrocinador. (1994). *Resumen de: PROPUESTA DE DISEÑO DE LA CREACIÓN DE LA FACULTAD EXPERIMENTAL DE MEDICINA*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador .
- Cross, T. (08 de Agosto de 2001). *The University of North Carolina at Chapel Hill*. Recuperado el 05 de Febrero de 2014, de Cultural Competence Continuum: <http://www.unc.edu/~wfarrell/SOWO%20874/Readings/cultcompetencecont.htm>
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). *Toward a culturally competent system of care* (Vol. 1). Washington D.C.: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.
- D`Andrea, M., Daniels, J., & Heck, R. (2013). *RMC Research Corporation's Denver*. Recuperado el 13 de Febrero de 2014, de MAKSS: http://cart.rmcdenver.com/instruments/multicultural_awareness.pdf
- Echeverry, J. (1997). Treatment barriers: Assessing and accepting professional help. En J. Garcia , & M. Zea, *Psychological interventions and research with Latino populations* (Primera ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Engebretson, J., Mahoney, J., & Carlson , E. (Mayo de 2008). Cultural competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 172-178.
- Estevez, S. (2013). *Módulo: Área APS-IDIS I*. Quito: Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Estevez, S. (2013). *Módulo: Área APS-IDIS II*. Quito: Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2008). *Manual del Docente*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Feinstein, A. (2001). Inner Zones and Spreads. En F. Alvan, *Principles of Medical Statics*. Estados Unidos de America: Chapman & Hall/CRC.

- Fernandez, L. (2012). *Nosología y Nosografía en Psiquiatría*. Recuperado el 30 de Agosto de 2014, de <http://es.slideshare.net/LOLFERBUR/tema-2-nosologa-y-nosografa-en-psiquiatra-psiquiatra-lola>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas sede Perú, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. (2014). *Manual de Sensibilización para Personal de Salud: Interculturalidad en Salud*. Perú: Salud sin Límites Perú.
- Gallagher, R. (2012). *A Meta-Analysis of Cultural Competence Education in Professional Nurses and Nursing Students*. Graduate School Theses and Dissertations, University of South Florida.
- Gross, M., Crespo, A., & Villegas, R. (2014). *REPENSANDO LA FORMACIÓN DEL MÉDICO GENERALISTA DEL NIVEL BÁSICO DE ATENCIÓN EN SALUD. ENFOQUE DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS CULTURALES*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Harvard Medical School. (2006). *Culturally Competent Care Education at Harvard Medical School: Background, History and Accomplishments*. Boston: Culturally Competent Care Education Committee.
- Heather, O., Lemyre, L., & Kelly, S. (Marzo de 2007). Do stressors explain the association between income and declines in self-rated health? A longitudinal analysis of the National Population Health Survey. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(1), 40-47.
- Hirokazu, Y., Aber, L., & Beardslee, W. (Mayo - Junio de 2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *The American psychologist*, 67(4), 272-284.
- Horvat , L., Horey , D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2011). Cultural competence education for health professionals (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* , Issue 10.
- Jeffreys, M. (2010). *Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care* (Segunda ed.). Nueva York: Springer Publishing Company.

- Kiviharju, J., & Koivumäki, K. (2012). *Educational Interventions to Improve Nurses' and Nursing students' Cultural Competence - A Literature Review*. Helsinki: Helsinki Metropolia University of Applied Sciences.
- Kliksberg, B. (2002). LA INEQUIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA: Una cuestión crucial. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas*, 13, 183-204.
- Koskinen, L., Taylor, H., Bergknut, E., Lundberg, P., Muir, N., Olt, H., y otros. (Abril de 2012). European Higher Health Care Education Curriculum: Development of a Cultural Framework. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(3), 313 - 319.
- Kripalani, S., Bussey-Jones, J., Katz, M., & Genao, I. (Octubre de 2006). A Prescription for Cultural Competence in Medical Education. *Journal of General Internal Medicine*, 21(10), 1116-1120.
- Kumas-Tan, Z., Beagan, B., Loppie, C., MacLeod, A., & Frank, B. (Junio de 2007). Measures of Cultural Competence: Examining Hidden Assumptions. *Academic Medicine*, 82(6).
- Leiniger, M. (2006). Culture Care Diversity and Universality Theory and Evolution of the Ethnonursing Method. En M. Leiniger, & M. Mc Farland, *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (Segunda ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality: a theory of nursing. *Nacional League for Nursing*, 5-72.
- Liaison Committee on Medical Education. (Junio de 2010). *Functions and structure of a medical school*. Recuperado el 08 de Junio de 2012, de Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree: <http://www.lcme.org/functions2010jun.pdf>
- Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M., Babb, C., y otros. (Diciembre de 2013). The effects of poverty on childhood brain development: the mediating effect of caregiving and stressful life events. *JAMA Pediatrics*, 167(12), 1135-1142.

- Martínez, M., Martínez, J., & Calzado, V. (2006). La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 331-350.
- Mercer, S., & Watt, G. (1 de Noviembre de 2007). The Inverse Care Law: Clinical Primary Care Encounters in Deprived and Affluent Areas of Scotland. *Annals of Family Medicine*, 5(6), 503-510.
- Ministerio Coordinador de Patrimonio del Ecuador. (2010). *Plan Plurinacional para Eliminar la Discriminación Racial y la Exclusión Étnica y Cultural*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Fondo de Población de Naciones Unidas en Ecuador. (2010). *SALUD, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS: Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS - FCI)*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud*. Recuperado el 28 de Enero de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-interculturalidad-derecho-y-participacion-social-en-salud/>
- Multicultural Work Group. (2001). *Building Cultural Competence: Guidelines for action*. Washington D.C.: Washington State Department of Health.
- National Center for Cultural Competence. (2006). *Suggested strategies for incorporating cultural and linguistic competence into materna and child health training programs*. Washington D.C.: Georgetown University Center for Child and Human Development.
- Negi, N., Bender, K., Furman, R., Fowler, D., & Prickett, J. (2010). Enhancing Self-Awareness: A Practical Strategy to Train Culturally Responsive Social Work Students. *Advances in Social Work*, 11(2), 223-234.
- Office of Minority Health - U.S. Department of Health and Human Services. (2002). *Office of Minority Health U.S. Department of Health and Human Services*. Washington D.C.: American Institutes for Research.

- Ohlinger, N. (2005). *They say this clinic is for migrants: Cultural sensitivity in a rural health center*. South Florida: University of South Florida.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Educación en Ciencias de la Salud hacia la APS y libros de textos*. Washington D.C.: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de Salud. (2013). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado el 6 de Febrero de 2014, de Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Peters, D., Garg, A., Bloom, G., Walker, D., Brieger, W., & Rahman, H. (Junio de 2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161-171.
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2013). *Facultad de Medicina*. Recuperado el 29 de Enero de 2014, de <http://www.puce.edu.ec/portal/content/Medicina/26?link=oln30.redirect>
- Price, E., Beach, M., Gary, T., Robinson, K., Gozu, A., Palacio, A., y otros. (2005). A Systematic Review of the Methodological Rigor of Studies Evaluating Cultural Competence Training of Health Professionals. *Academic Medicine*, 80(6).
- Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196.
- Rapaport, W. (Septiembre de 2013). *William Perry's Scheme of Intellectual and Ethical Development*. Recuperado el 2014 de Julio de 2014, de <http://www.cse.buffalo.edu/~rapaport/perry.positions.html>
- Rial, A., & Varela, J. (2008). Análisis descriptivo de una variable cuantitativa. En A. Rial, & J. Varela, *Estadística Práctica para la Investigación en Ciencias de la Salud*. España: Gesbiblo, S. L.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Centro de Investigaciones Sociales del Milenio. (2007). //

*INFORME NACIONAL DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO
- ECUADOR 2007.* Quito: Graphus.

- Secretaria Técnica de Frente Social, Sistema de Indicadores del Pueblo Afroecuatoriano. (Enero de 2005). *Racismo y Discriminación Racial en Ecuador 2004*. Recuperado el 1 de Abril de 2014, de <http://discriminacionracial.files.wordpress.com/2010/12/racismo-y-discriminacion-racial-en-ecuador.pdf>
- Seibert, P., Stridh-ligo, P., & Zimmerman, C. (2002). A checklist to facilitate cultural awareness and sensitivity. *Journal of Medical Ethics*, 28, 143-146.
- Shapiro, J., Lie, D., Gutierrez, D., & Zhuang, G. (26 de Mayo de 2006). "That never would have occurred to me": a qualitative study of medical students' views of a cultural competence curriculum. *BMC Medical Education*, 6(31).
- Sola, J. (2013). *Módulo: Área Antropología Médica*. Quito: Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Sola, J. (2013). *Módulo: Área Socioantropología*. Quito: Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Stit-Williams, V., & Haynes, P. (2007). *Virginia Department of Education*. Recuperado el 30 de Agosto de 2014, de http://www.doe.virginia.gov/special_ed/tech_asst_prof_dev/self_assessment/disproportionality/cultural_competence_manual.pdf
- Tawadara, D., & National Center for Cultural Competence. (2004). *The Center for Social Services Research*. Recuperado el 6 de Febrero de 2014, de <http://cssr.berkeley.edu/cwscmsreports/LatinoPracticeAdvisory/Cultural%20Competence%20Continuum.pdf>
- Tervalon, M. (Junio de 2003). Components of Culture in Health for Medical Students' Education. *Academic Medicine*, 78(6).
- The University of New Mexico. (2013). *Office of Diversity*. Recuperado el 2014 de Agosto de 27, de Cultural Competency at UNM School of Medicine: <http://hsc.unm.edu/programs/diversity/CulturalCompetence.shtml>

The California Endowment. (2002). *Principles and Recommended Standards for Cultural Competence Education of Health Care Professionals*. (J. Gilbert, Ed.) California.

Thom, D., Tirado, M., Woon, T., & McBride, M. (Julio de 2006). Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. *BMC Medical Education*, 6(38).

Wells, M. (2000). Beyond cultural competence: A model for individual and institutional cultural development. *Journal of Community Health Nursing*, 17(4), 189-199.

Zuwang, S. (Octubre de 2004). Cultural Competence Models in Nursing: A Selected Annotated Bibliography. *J Transcult Nurs*, 15(4), 317-322.