

MEDICINA ALTERNATIVA

La atención sanitaria intercultural en Ecuador: un proyecto de investigación para las carreras de medicina y enfermería

Intercultural health care in Ecuador: an investigation project for the medicine and nursing careers

Dra. Estefanía Bautista Valarezo,¹ Dra. Lieve Vangehuchten^{II} y Dr. Víctor Duque^I

^I Universidad Técnica Particular de Loja, República del Ecuador.

^{II} Universidad de Amberes, República del Ecuador.

RESUMEN

Se presenta un proyecto de investigación que pretende promover la colaboración intercultural entre la atención sanitaria (estudiantes, enfermeros y médicos) y los curanderos y parteras tradicionales en los centros de salud rurales, a fin de examinar las necesidades y las circunstancias propias del contexto para elaborar medidas concretas que permitan integrar este contenido al currículo de las carreras de medicina y enfermería de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Universidad de Cuenca y de otros centros de ese tipo en Ecuador. El proyecto tiene como finalidad vincular a los proveedores de atención sanitaria ya activos en las áreas rurales, tanto académicos como tradicionales, para intercambiar entre ellos.

Palabras clave: atención sanitaria intercultural, medicina ancestral, carrera de medicina, carrera de enfermería, comunicación intercultural.

ABSTRACT

An investigation project is presented aimed at promoting the intercultural collaboration between the health care staff (students, nurses and doctors) and the folk healers and traditional midwives in the rural health centers from Ecuador, in order to examine the necessities and the circumstances of the context to elaborate concrete measures that allow to integrate this content to the curriculum of the medicine and nursing careers of the Technical Particular University in Loja, from Cuenca University and from other centers of that type in the country. The project has as purpose to link the suppliers of health care who are already active in the rural areas, either as academic or as traditional, to exchange experiences among them.

Key word: intercultural health care, ancestral medicine, medicine career, nursing career, intercultural communication.

INTRODUCCIÓN

Según el Informe sobre Desarrollo Humano,¹ la República del Ecuador se encuentra en vías de industrialización y tiene un índice de desarrollo humano elevado, con un ingreso medio alto. Se caracteriza por una gran diversidad étnica y lingüística, de lo cual da fe la existencia de 13 lenguas reconocidas oficialmente en la Constitución del 2008, así como de 13 nacionalidades que comprenden: achuar, andoa, awá, a'i-cofan,

chachi, epera, huaorani, quichua, secoya, shuar, siona, tsa'chila, shiwiar y zápara. De estas, 8 residen en la Amazonía, 4 en la región Costa y una en la región Sierra. Los idiomas quichua y shuar son utilizados por los pueblos indígenas y el más extendido es el quichua, que utilizan la mayoría de los pueblos de la Amazonía y Sierra.^{2,3}

Una nacionalidad es un pueblo o conjunto de pueblos milenarios anteriores y constitutivos del estado ecuatoriano, que se autodefinen como tales y tienen una identidad común (historia, idioma, cultura) y viven en un territorio determinado, mediante sus instituciones y formas tradicionales de organización social, económica, jurídica, política y con ejercicio de autoridad propia; en cambio, los pueblos se definen como colectividades originarias, conformadas por comunidades o centros con identidades culturales que los distinguen de otros sectores de la sociedad ecuatoriana, regidos por sistemas propios de organización social, económico, político y legal.⁵ Entre los pueblos en Ecuador se han registrado 16, a saber: cañari, caranqui, cayambi, chibuleo, huancavilca, manta, natabuela, otavalo, panzaleo, puruhá, quichuas de la Amazonía, quitu cara, salasaca, saraguro y waranka.⁴⁻⁶

Este artículo propone una iniciativa para promover la colaboración intercultural en la atención sanitaria en las áreas rurales del Ecuador. Si bien los indicadores de salud ecuatorianos van mejorando, los sectores rurales siguen teniendo un acceso limitado a una atención sanitaria de calidad.⁷ Concretamente, se trata de las zonas de desarrollo SENPLADES 6 y 7, que comprenden las provincias de Cañar, Azuay, Morona Santiago, El Oro, Loja y Zamora Chinchipe (figura).



Fig. Niveles administrativos de planificación SENPLADES.

Fuente: <http://www.planificacion.gob.ec/3-niveles-administrativos-de-planificacion/>

La zona de planificación 6-Austro se ubica en la región centro sur del Ecuador. Ocupa una superficie aproximada de 35400 km², que representa 13 % de la superficie nacional. El paisaje de esta zona está conformado por áreas montañosas, cuyas altitudes varían desde los 50 msnm en la vertiente del Pacífico, hasta los 5200 msnm en la cordillera de los Andes, para descender nuevamente hasta los 180 msnm en la llanura amazónica, lo que determina gran variedad de ecosistemas. Según el VII Censo

de Población y el VI de Vivienda 2010, la Zona 6 cuenta con 1 085 251 habitantes, que representa 7,5 % de la población del país (14 483 499 habitantes).

Del total de la población zonal, 48 es urbana y 52 % rural, a diferencia de la tendencia nacional, donde la población es mayoritariamente urbana (63 % urbana y 37 % rural). La mayoría se identifica como mestiza (81 %), seguida por la indígena (11,4 %), la blanca (4,7 %), la afroecuatoriana (1,5 %), la mulata (0,5%), la montuvia (0,5%), la negra (0,1%) y por otras etnias (0,2 %). Morona Santiago y, particularmente los cantones Taisha y Huamboya, poseen el mayor número de población indígena (95,9 y 82,9 %, respectivamente). Esta última se autoidentifica con las nacionalidades Shuar (51 %), Kañari (22 %), Kichwa de la Sierra (13 %) y otras nacionalidades. Del análisis de los asentamientos con menos de 10 000 habitantes, se desprende que 54 % de la población se distribuye en áreas concentradas y 46 % en áreas dispersas. En relación con la salud en la zona, en la tabla se muestran las tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad a nivel nacional y para la zona 6.

Tabla. Tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad a nivel nacional y para la zona 6

Datos	Nacional	Zona 6
Tasa de natalidad (niños nacidos vivos por cada 1 000 habitantes)		24
Tasa de mortalidad general (fallecidos por cada 1 000 habitantes)	4,1	4,2
Tasa de mortalidad infantil (fallecidos por cada 100 000 niños nacidos vivos)	10,1	9,1
Tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos	60,2	86,3
Tasa de morbilidad general (personas por cada 1 000 habitantes)	74,5	91,1

Fuente: Agenda zonal 2013-2017, zona 6-Austro y zona 7-Sur. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.^{8,9}

Las causas más frecuentes de morbilidad en Azuay y Cañar son las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores, las causas externas de morbilidad y mortalidad, seguidas de las infecciones respiratorias; en Morona Santiago, las manifestaciones clínicas y hallazgos anormales, enfermedades del sistema circulatorio, tumores y afecciones respiratorias. La desnutrición crónica en la zona 6 afectó a 53 % de los niños menores de 5 años; 57 % en Azuay, 59 % en Cañar y 42 % en Morona Santiago; índices superiores al promedio nacional que es de 26 %.¹⁰

La zona 7 tiene una fuerte vinculación o relaciones de vecindad con la 6 en cuanto a los servicios de salud y educación, situación que es más intensa que con otras zonas vecinas, lo cual se explica principalmente por la calidad y cobertura de los servicios existentes en Cuenca; asimismo, posee una superficie de 27 491,9 km², que representa 11 % del territorio ecuatoriano, distribuido en sus 3 provincias: El Oro (5 866,6 km²), Loja (11 065,6 km²) y Zamora Chinchipe (10 559,7 km²).¹⁰

En 2010, la población fue de 1 141 001 habitantes, lo que corresponde a 7,9 % del total nacional. De esta, 65,7 % es urbana y 34,3 % rural. El Oro comprende 52,6 % del total zonal, seguida de Loja (39,4 %) y Zamora Chinchipe (8,0 %). Por otra parte, 84,9 % de la población se autoidentifica como mestiza, seguida por blancos (5,4 %), indígenas (3,0 %) y afroecuatorianos (2,9 %). La población indígena representa 3,1 % del total indígena nacional, con una importante presencia en la zona de las etnias

Saraguro (1,41 %) y Shuar (0,5 %) en las provincias de Loja y Zamora Chinchipe, respectivamente.¹⁰

Igualmente, la densidad poblacional es de 42 habitantes/km², registro inferior al nacional, que es de 56 habitantes/km²; sin embargo, en El Oro alcanza 104 habitantes/km² y en Zamora Chinchipe 9 habitantes/km², lo que implica concentración poblacional en el litoral.¹⁰

Respecto a la salud, la tasa de mortalidad infantil por cada 1 000 nacidos vivos, presenta una marcada tendencia decreciente y por debajo de 6,1 en toda la zona 7. En cuanto a servicios de salud, en 2010 el número de nacimientos por cada 1 000 habitantes en esta zona fue 21,0, superior al índice nacional; mientras que en 2012, la tasa de mortalidad infantil zonal (por 1 000 nacidos vivos) y la prevalencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 2 años de edad fueron más bajas que el nivel nacional. Por su parte, el porcentaje de hijos muertos en madres de 15- 49 años fue de 3,8 % en 2010, inferior al 4 % nacional; en tanto, la cobertura, según el número de personal de salud por cada 10 000 habitantes registró un promedio zonal de 21,8, que fue inferior al 24,8 nacional. Del mismo modo, el promedio zonal respecto al porcentaje de consultas de morbilidad fue superior al nacional, con el mayor registro para la provincia de Zamora Chinchipe (142,4 %), de acuerdo con la información del sistema de salud pública.¹⁰

La infraestructura de salud por provincias se concentra, en mayor medida, en Loja, con 49,55 %, seguido de El Oro (34,77 %) y Zamora Chinchipe (15,68 %). De los 440 equipamientos, la mayor cantidad corresponde a 213 puestos de salud y 166 centros y subcentros, los que se distribuyen mayoritariamente en el sector rural de la zona 7. Con la desconcentración en distritos y circuitos en el territorio se hace una mejor distribución.¹⁰

Finalidad del proyecto

Este proyecto se enfoca en la colaboración intercultural entre la plantilla de atención sanitaria con formación médica (estudiantes, enfermeros y médicos) y los sanadores tradicionales (sobadores, Yachai, parteras e hierbateros) en los centros rurales de salud. El proyecto se propone examinar el contexto (las necesidades y las circunstancias) para elaborar medidas concretas que permitan integrar la atención sanitaria intercultural en el currículo de las carreras de medicina y enfermería de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Universidad de Cuenca y de otras universidades de Ecuador.

Asimismo, el proyecto pretende vincular a los proveedores de atención sanitaria ya activos en las áreas rurales, tanto académicos como tradicionales, con el fin de realizar intercambios entre ellos.

El gobierno en Ecuador promueve activamente el principio de la atención sanitaria intercultural desde la aprobación del Plan del Buen Vivir 2009-2013, que pretende implementar los principios del Kichwa Sumak Kawsay ancestral o "buen vivir" en la atención sanitaria.

Con respecto a la cosmovisión en salud, como lo señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS),¹¹ en el común de los pueblos indígenas se entiende la salud como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas sociales

de comportamiento y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen.

Por su parte, la enfermedad es la pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza, y es una transgresión de normas y principios de convivencia.¹² El Sumak Kawsay es una cosmovisión holística de los indígenas Kichwa, que aspira a la armonía para el ser humano en todos los niveles, tanto en sí mismo como en sus contactos con los demás y el contexto.¹³ Además, en 2012 se elaboró el Modelo de Atención Integral Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que se propone facilitar el acceso a la atención sanitaria a todos los ecuatorianos; no obstante, para su realización, hace falta desarrollar la colaboración entre la medicina convencional académica y la medicina tradicional ancestral.¹⁴

En la actualidad, estos sistemas funcionan paralelamente, sobre todo en el campo, debido a diferentes barreras como la lengua, la situación financiera, el estatus socioeconómico, el nivel de educación y la distancia geográfica, entre otros.⁷ Estas barreras hacen que la población rural prefiera a los curanderos tradicionales, aun cuando no son capaces de curar a las personas con infecciones respiratorias agudas y de transmisión sexual o con enfermedades diarreicas que causan una alta tasa de mortalidad en el campo.¹⁴

Una mejor colaboración entre los proveedores convencionales y tradicionales de salud, así como la comunicación entre todas las partes implicadas, incluidos los pacientes, podrían contribuir a remediar esta situación. Desafortunadamente, la investigación sobre este tema aún se encuentra en sus inicios, además de que enfoca principalmente la satisfacción de los pacientes en los centros interculturales de salud, o sea, en un contexto explícito de interculturalidad, por ejemplo, en algunos estudios ecuatorianos (Gualavisi Niquinga. Creación e introducción del manejo de la historia clínica, el parte diario y el concentrado mensual de medicina tradicional andina, en un servicio de salud del Ministerio de Salud Pública [Tesis de grado inédita]. Universidad San Francisco de Quito; 2008); (Eguiguren Eguiguren. Análisis de la calidad de atención percibida con medicinas complementarias alternativas por los usuarios del Centro de Salud de Guanmaní [Tesis de grado inédita]. Universidad Católica de Loja; 2011).

Hace falta, por consiguiente, otras investigaciones sobre las distintas modalidades que caracterizan el proceso de colaboración y comunicación entre los diferentes grupos de interés en un contexto de interculturalidad implícito.

De ahí que este proyecto se proponga analizar dicha temática en los centros de salud de 2 comunidades ecuatorianas: 1) Provincias Azuay; Cantón; Cuenca: parroquia "El Valle"; 2) Provincias Zamora Chinchipe y Yacuambi.

Concretamente, se examinarán la colaboración y la comunicación entre las partes en cuanto a los aspectos siguientes: competencias interculturales, competencias comunicativas, con énfasis en las destrezas interculturales, intercambio de conocimientos médicos entre las 2 corrientes, acceso a la atención sanitaria para los pacientes y el desarrollo de las consultas.

Estrategias para lograr el objetivo

En la bibliografía consultada se demuestra que una comunicación de calidad en la atención sanitaria no solo produce mayor grado de satisfacción entre los pacientes,

sino también mejores resultados clínicos.^{15,16} Al respecto, García de Leonardo¹⁷ presenta los resultados de una encuesta Delphi en 2 etapas, con 46 expertos de varios países hispanicos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España, México y Portugal, en cuanto a los requisitos de aprendizaje para un currículo compartido de comunicación para estudiantes médicos de grado, donde señala 6 áreas de competencias comunicativas, con una tasa de aceptación general elevada (95,1%). Una de estas áreas fue la comunicación en situaciones específicas, como la situación de diversidad social y cultural.

Resultados de aprendizaje particular para esta área

- El estudiante
 - Reconoce la diversidad cultural y social del paciente (etnicidad, nacionalidad, estatus socioeconómico, lengua, religión, sexo, valores y sexualidad, entre otros) y las dificultades comunicativas que se plantean.
 - Analiza estas temáticas de manera sensible y constructiva, mediante la aplicación de estrategias comunicativas particulares.

Estos resultados de aprendizaje se encuentran también entre los 34, de un total de 136, que alcanzan la puntuación media más elevada (25 % superior, puntuación media > 8,34), y que son denominados por los autores “los esenciales de los esenciales”. Por consiguiente, se puede concluir que el componente cultural en la comunicación médica se considera como vital para la calidad de la atención sanitaria en los países de habla hispana.

Cabe ahora preguntarse cuáles son las implicaciones de este estudio para el contexto ecuatoriano. Por un lado, en cuanto a los aspectos relacionados con una actitud, los resultados de aprendizaje mencionados son genéricos, así que pueden ser integrados en el currículo de la carrera médica. Por otro lado, abarcan aspectos cognitivos que son culturalmente específicos; no obstante, aún no se ha investigado en qué consiste esta especificidad para el caso de la atención sanitaria en Ecuador. De ahí que se trabaja para este proyecto con un método triangulado para la recolección de los datos, o sea, mediante encuestas, entrevistas y grupos focales. De esta manera, se pretende completar el componente comunicativo intercultural del currículo médico con las necesidades, tal como los profesionales (convencionales y tradicionales) las indican.

Ahora bien, una cosa es conocer las necesidades curriculares y otra es saber cómo implementarlas con éxito. En un estudio de síntesis, Clifford *et al*,¹⁸ en el período 2002-2013 examinaron los estudios de intervención presentes en 17 bases electrónicas y 13 páginas web, sobre la implementación de la interculturalidad en la atención sanitaria para indígenas en las áreas geográficas de Australia, Nueva Zelanda, Canadá y EE.UU. Ellos agruparon 16 estudios y todos constataron consecuencias positivas a raíz de una formación intercultural de los proveedores de salud, principalmente en relación con la satisfacción de los pacientes, el acceso a la atención sanitaria y su confianza en el sistema; no obstante, los autores señalan una gran heterogeneidad en estos estudios respecto al diseño y la metodología. En consecuencia, no queda claro si una formación en interculturalidad se beneficia más de un aprendizaje basado en la experiencia interactiva (sea o no *in situ*) o de un aprendizaje instructivo, es decir, orientado hacia lo cognitivo con materiales de estudio.

Según algunos autores,¹⁶ es necesario mantener un equilibrio entre la práctica y la teoría, para que la práctica no se pierda en la ejemplificación estereotipada, y la teoría

no peca de falta de reconocimiento. También las maneras de implementar la interculturalidad, y no solo los contenidos mismos, necesitan ser examinadas. Con el presente proyecto se espera obtener en las encuestas y los encuentros personales las opiniones tanto de los profesionales como de los estudiantes, de manera que la formación se corresponda con las experiencias de los primeros y cumpla con las expectativas de los segundos.

Finalmente, es necesario destacar que las posibles intervenciones no solo se limitan al grupo de los futuros profesionales. Clifford *et al*,¹⁸ mencionan otras estrategias, como programas de salud culturalmente adaptados, el reclutamiento exclusivo de indígenas en la plantilla sanitaria u otras políticas organizacionales estructurales. Según los autores, estas estrategias no carecen de potencial. Piensan concretamente en protocolos y un modelo económico para poder determinar, a partir de indicadores, la rentabilidad de la integración de la interculturalidad en la política de la organización de atención sanitaria. Cabe, por tanto, incluir también este tema en las encuestas y los intercambios, es decir cuáles estrategias pueden tener efectos positivos sobre el problema de la interculturalidad.

Elaboración del proyecto

Tal como queda estipulado en la primera sección de este artículo, el objetivo de este proyecto es elaborar un modelo de educación, para que una de las estrategias de intervención más importante, o sea, la instrucción y la práctica, se pueda implementar en las facultades de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, en la Universidad de Cuenca, así como en otras universidades ecuatorianas. Al respecto, los autores consideran que para los contenidos de este modelo se basarán en los datos obtenidos de la investigación triangulada; en cambio, en cuanto al modelo mismo, proponen basarse en el modelo que esbozan Paternotte *et al*,¹⁶ relativo a la comunicación intercultural entre el médico y sus pacientes.

Con este propósito, los autores anteriores¹⁶ examinaron todos los artículos publicados, en todos los idiomas antes de 2012. Conviene formular una primera observación acerca de la ausencia de artículos en castellano sobre este tema. Aunque ello no significa que se trate de un tema insignificante en el mundo académico hispanico, ya que sí hubo publicaciones en inglés por parte de autores hispanicos. Se puede sospechar entonces que el traslado de estas investigaciones a la educación, y más concretamente al currículo médico de las facultades, no se ha generalizado. Una segunda observación es que este modelo parte de una relación exclusiva entre el médico y su paciente, sin que cuente con la participación de una tercera parte.

A juicio de los autores, el modelo de comunicación intercultural médica que proponen, señala grandes parecidos con el enfoque centrado en el paciente, común en la atención sanitaria actual, dado que las destrezas básicas son idénticas. En cuanto a las destrezas específicas, subrayan la importancia que tiene para el médico informarse sobre la cultura de sus pacientes, pero que ante todo es primordial que adquiera una competencia intercultural, que lo ayude a adaptarse de manera flexible a situaciones culturales desconocidas.

De esta manera, dicho modelo¹⁶ se inscribe en la tradición actual de adoptar un enfoque comunicativo que es una mezcla de destrezas comunicativas básicas en combinación con conocimientos culturales, sin perder de vista lo que tiene cada paciente de único, en cuanto a situación socioeconómica e individual, lo cual significa

que el proveedor de atención sanitaria necesita estar dispuesto a intentar mejorar su competencia comunicativa.¹⁹

Entre las corrientes existentes de integración de la interculturalidad en la atención sanitaria, este enfoque pertenece a la corriente que pretende basar la política intercultural en resultados objetivos procedentes de investigaciones científicas, sobre la efectividad de intervenciones mediante estrategias interculturales. Esta corriente objetiva sucede a una primera, que es la paternalista-culturalista y etnocéntrica, que considera la cultura como algo estático e incita indirectamente a la polarización frente a ellos; la segunda, llamada sociocrítica, lleva la contraria a la primera y se caracteriza por ser relativista, reacia a cualquier prejuicio y estereotipificación, y acata como principio básico la igualdad de las culturas.²⁰ Ambas tienen en común que consideran la cultura como un factor clave que puede determinar, de manera decisiva, el resultado del proceso comunicativo.

La tercera corriente es diferente, pues reconoce la importancia de la interculturalidad, pero la considera solo como uno de los factores que influyen en la calidad de la atención del médico hacia su paciente. Esta es, por ejemplo, la conclusión de Aizenberg,²¹ en su estudio sobre un programa de atención sanitaria intercultural con mujeres bolivianas indígenas, del que resulta claro que las razones por las que estas no acuden al centro de salud convencional no son exclusivamente de índole intercultural, sino que resultan mucho más complejas.

En resumen, el modelo de Paternotte *et al*,¹⁶ está en línea con la tendencia actual y global de adoptar políticas basadas en las evidencias, o sea, en los resultados de estudios factuales, objetivos y longitudinales. Por consiguiente, es este modelo, basado en el análisis minucioso de la bibliografía existente sobre la comunicación intercultural entre el médico y su paciente, el que los autores proponen usar para la elaboración del componente intercultural en el currículo comunicativo del estudiante de medicina en Ecuador, tal como se está haciendo en facultades de medicina por todas partes en el mundo.

No obstante, Abma y Wolffers,²⁰ están alerta contra dos riesgos posibles de este enfoque: por un lado destacan que la objetividad científica no puede reducir al paciente a un mero objeto de estudio, pues ante todo es un individuo y debe primar sobre los principios de efectividad de un modelo comunicativo, aunque se base en datos científicos; por otro, que la interculturalidad no tiene la más mínima posibilidad de implementarse si no es apoyada por todas las partes involucradas en una organización, y si este empeño no se manifiesta en cada nivel del sistema de atención sanitaria.

Como ya se ha mencionado en esta sección, el referido modelo,¹⁶ se limita a la comunicación entre el médico y su paciente, así que conviene ampliarlo con una vertiente para la comunicación entre los proveedores de atención convencionales y tradicionales; sin embargo, la investigación al respecto está todavía en sus inicios.²²

En estudios etnográficos recientes efectuados en Ecuador se muestra cómo se puede establecer un intercambio auténtico entre los dos grupos de profesionales de salud y llegar a la conclusión de que la colaboración con los proveedores de atención sanitaria tradicionales es primordial si se quiere integrar a los pacientes indígenas (Morales Juma CN, Pineda Cáceres NM. Métodos y técnicas aplicados por los Yachacs del sector de Ilumán en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que presentan los

usuarios que asisten a sus consultas de noviembre del 2010 a julio del 2011 [Tesis de Maestría]. Universidad Técnica del Norte, Ecuador; 2013).

En primer lugar constatan que en las comunidades rurales los indígenas solo consultan al médico convencional si el curandero o el chamán lo recomiendan. En segundo lugar, argumentan que los proveedores de salud tradicionales distinguen entre lo que ellos llaman “enfermedades de la naturaleza o del campo” y “enfermedades de Dios”. Según su cosmovisión ancestral, las causas del primer tipo de enfermedades se encuentran en un estorbo de la relación del paciente consigo mismo o su entorno. Se trata entonces de enfermedades desconocidas en la medicina occidental, con denominaciones como espanto, mal viento, mal de ojo, mal blanco. El segundo tipo se debe a otras causas, desconocidas para el proveedor de salud tradicional. La distinción entre los dos tipos suele hacerse de manera pragmática: si el tratamiento ancestral no surte el efecto deseado, es una enfermedad de Dios, que debe ser examinada y tratada por la medicina convencional.

Por consiguiente, cuando los curanderos tradicionales no tienen éxito, envían a su paciente al médico convencional, lo cual suele producirse en caso de afecciones como gripe, tos, fiebre, infecciones genitales y urinarias, pero también cuando existe angustia y nerviosismo. De ahí que las autoras lleguen a la conclusión de que es imprescindible que los centros de salud busquen activamente la colaboración de los proveedores de salud tradicionales, ya que su función en la atención sanitaria es crucial.

Otros autores llegaron a una conclusión parecida en su estudio sobre los métodos de los yerbateros en el campo ecuatoriano, más precisamente en la parroquia de Sayausí en el cantón de Cuenca. Sobre los usos de las plantas locales por parte de los curanderos, que además de ser consideradas como sagradas, tienen también valores medicinales y/o nutritivos, destacan el potencial de estos conocimientos para centros de salud en el campo (Ordóñez Vélez CG, Oñate Álvarez PA. Principios de la cosmovisión andina relacionados con el uso de plantas medicinales en la parroquia de Sayausí, cantón Cuenca [Tesis de medicina inédita]. Universidad de Cuenca, Ecuador; 2016).

En efecto, se trata de una farmacia gratuita al alcance de todos, de manera que conviene cuidarla y, sobre todo, invertir en la preservación de los conocimientos que existen sobre ella. En consecuencia, los autores abogan por una revaloración del uso de plantas en la atención sanitaria en el campo y por la integración de ellas en la medicina convencional.

Finalmente, cabe advertir, sobre la incorporación de las medicinas ancestrales en el sistema de la medicina convencional, como señala Ramírez Hita:²³ “Por un lado, esta inclusión supone pensar en las medicinas indígenas como complemento de la biomédica, sin dejar espacio a la diversidad. Por otro, resta libertad para que los procesos de avance en la salud puedan ser diferentes en las diversas culturas.” Por tanto, será necesario, que la integración de la medicina ancestral en el currículo sea un componente de enriquecimiento con identidad propia, más que un complemento auxiliar.

CONSIDERACIONES FINALES

En este artículo se ha presentado un proyecto que pretende contribuir con la integración de la interculturalidad en la medicina rural ecuatoriana, mediante un estudio de campo triangulado basado en encuestas, entrevistas y grupos focales con los agentes principales, o sea, los futuros profesionales de salud (convencionales académicos y tradicionales ancestrales) y sus pacientes.

De la reciente bibliografía especializada se deriva la evidencia de que tener en cuenta la interculturalidad en el sector de la salud mejora indudablemente el grado de satisfacción de los pacientes, así como la calidad de la atención. Por otra parte, con el fin de delimitar el marco teórico adecuado relativo al concepto de la interculturalidad, se han comparado varias perspectivas y se ha priorizado la corriente actual del enfoque objetivo, dentro del cual, el referido modelo ¹⁶ parece ser un excelente punto de partida para la integración de la interculturalidad en el currículo médico de las facultades, por ser el que mejor se ajusta al modelo comunicativo de atención centrada en el paciente, que actualmente está en vigor en el mundo; no obstante, este modelo, que se limita a la comunicación entre el médico convencional y su paciente, tendrá que ser ampliado con una vertiente para el intercambio entre médicos convencionales y proveedores de salud tradicionales. Los datos recogidos con el estudio de campo empírico servirán para cumplir con este objetivo del proyecto.

En todo caso, en los estudios de efectividad se ha podido constatar que la integración de la interculturalidad encuentra sus mejores posibilidades de éxito en la combinación de una buena competencia comunicativa básica, con destrezas y conocimientos específicos sobre la cosmovisión ancestral de la salud y las diferentes maneras de diagnosticar y tratar a los pacientes. Solo de esta manera se puede llegar a elaborar un modelo integrador que incluya todos los aspectos que determinan la calidad de la atención sanitaria intercultural.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el apoyo financiero de VLIR-UOS: *TEAM-project: "Buen vivir" through integrated health care: optimizing intercultural collaboration in rural areas in Ecuador. Flemish promoter: Kristin Hendrickx (University of Antwerp)/Local promoter: Viviana Dávalos (Universidad Técnica Particular de Loja). Start: 2016 - End: 2020.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo Humano; 2014 [citado 12 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2014HDR/HDR-2014-Spanish.pdf>
2. World Population Prospects. The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables [citado 12 Feb 2017]. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
3. Morales Males P, Andi Arimuya N. Sistemas de salud ancestral: derechos genoculturales en Ecuador. Agusvinnus. 2014 [citado 12 Feb 2017]. Disponible en: <http://agusvinnus.prodiversitas.org/revistas/Morales-Andi-0.pdf>

4. Saladino García A. Indigenismo y marxismo en América Latina. 3ed. México, DF: Universidad Nacional Autónoma; 1994.
5. Ibarra I. Los indígenas y el estado en el Ecuador. 2 ed. ABYA: YALA; 1992.
6. Cruz A. Pueblos originarios en América. Guía introductoria de su situación. Pamplona: Editorial Aldea; 2010.
7. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012.
8. Agenda zonal: zona 6-Austro. Provincias de Azuay, Cañar, Morona Santiago 2013-2017. Quito. [citado 12 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Agenda-zona-6.pdf>
9. Agenda zonal: zona 7-Sur. Provincias de: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe 2013-2017. Quito [citado 12 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Agenda-zona-7.pdf>
10. Senplades. Plan estratégico SENPLADES 2014-2017. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Quito [citado 12 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/10/Plan-Estrategico-Senplades-2014-2017.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de sistema de salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, DC: OPS; 2008.
12. Stivanello MB. Aportes al debate de la interculturalidad en salud. Revista Margen. 2015; 76: 1-8.
13. Fernández Juárez G. Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2010.
14. Almeida Vera I, Almeida Vera L. Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. Cultura y Salud. 2014; 18(8): 1-10.
15. Schwartzmann G, Brunetto AT. Evolution of truth-telling practices in Brazil and South-America. In: SurboneA et al (eds.) New Challenges in Communication with Cancer Patients. Springer Science Business Media; 2013.p. 419-28.
16. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier A, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. Patient Educ Coun. 2015; 98(4): 420-45.
17. García de Leonardo C. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. BMC Med Educ. 2016; 16:99.

18. Clifford A, McCalman J, Bainbridge R, Tsey K. Interventions to improve cultural competency in health care for indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: a systematic review. *Intern J Qual Health Care*. 2015; 27(2): 89-98.
19. Van der Kwaak A, Wolffers I. Interculturele communicatie in de zorg. In: Wolffers I, van der Kwaak A, Van Beelen N. *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg*. Bussum: Coutinho; 2013.
20. Abma T, Wolffers I. Beleidsdiscoursen over interculturalisatie in de zorg. In: Wolffers I, van der Kwaak A, Van Beelen N. *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg*. Bussum: Coutinho; 2013.
21. Aizenberg L. Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural. *Revista Latinoamericana de Población*. 2011; 5(9): 49-69.
22. Espinosa Cortés LM, Ysunza Ogazón A. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencia Ergo Sum*. 2009; 16(3): 293-301.
23. Ramírez Hita S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá*. 2009 [citado 12 Feb 2017]; 14. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000100010

Recibido: Recibido: 19 de abril de 2017. .

Aprobado: 12 de septiembre de 2017.

Estefanía Bautista Valarezo. Universidad Técnica Particular de Loja, San Cayetano Alto, Calle París, Loja, Ecuador. Correo electrónico: mebautista@utpl.edu.ec