



AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

Interculturalidad en salud en los currículos de formación médica y de profesionales sanitarios para un desempeño profesional efectivo

Alberto Torres Belma

Unidad de Educación Médica, Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile

Recibido el 5 de mayo de 2025; aceptado el 5 de mayo de 2025

Disponible en Internet el 26 de mayo de 2025

PALABRAS CLAVE

Ciencias sociales;
Humanidades médicas;
Educación médica;
Salud pública;
Interculturalidad

KEYWORDS

Social sciences;
Medical humanities;
Medical education;
Public health;
Interculturality

Resumen El presente artículo reflexiona sobre la importancia de la formación integral de pregrado en las profesiones de la salud, relevando el modelo biopsicosocial y la interculturalidad en salud – con sus diversos niveles de aplicación- concebida como la interacción entre el profesional de la salud y el paciente, su familia y la comunidad, valorando la concepción sociocultural de dichos actores en los procesos de salud y enfermedad, asegurando la adherencia terapéutica. No obstante, la interculturalidad en la formación de pregrado, además de vincularse a la interacción, debe ser relevada como componente sociosanitario en la investigación en salud pública.

© 2025 El Autor/Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Interculturality in health in medical and health professional training curricula for effective professional performance

Abstract This article reflects on the importance of comprehensive undergraduate training in the health professions, highlighting the biopsychosocial model and interculturality in health— with its various levels of application—conceived as the interaction between the health professional and the patient, their family, and the community. It values the sociocultural understanding of these actors in the processes of health and disease, ensuring therapeutic adherence. However, interculturality in undergraduate training, in addition to being linked to interaction, must be recognized as a socio-health component in public health research.

© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: alberto.torres.belma@uantof.cl.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2025.101060>

1575-1813/© 2025 El Autor/Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En la década de los 70, a partir de la Conferencia de Alma-Ata, surge la atención primaria de salud basada en el modelo biopsicosocial, el cual, lejos de reducir los procesos de salud y enfermedad a una mirada psicosocial, pretende integrar esta con la biomédica.

El paradigma biopsicosocial implicó asegurar salud para todos en el año 2000. Desde un inicio, existieron controversias respecto al cumplimiento de dicha meta, si consideramos que la institucionalidad no estaba adecuada en términos organizativos para responder adecuadamente a la prevención y promoción en materia de salud, ni tampoco existía un desarrollo de los determinantes sociales de la salud como categoría conceptual, recién surgida en la primera década de los años 2000¹. No obstante, la Conferencia de Alma-Ata instaló la preocupación por los factores contextuales en los procesos de salud-enfermedad.

La interculturalidad es uno de los múltiples conceptos que tienen importancia cardinal en los procesos formativos de médicos y otros profesionales de la salud. No es menos cierto que su significación, así como la de otras categorías del área de ciencias sociales, puede ser considerada irrelevante o carente de sentido en el ámbito de formación sociosanitaria. Lo anterior puede superarse mediante una correcta aplicación conceptual al ámbito de la salud, ya que impartir contenidos en pregrado en su versión purista más bien sería útil para profesionales de las ciencias sociales. Por ende, la contextualización de los contenidos psicosociales al área de salud es una importante tarea de los comités curriculares para asegurar la significación de los aprendizajes.

La interculturalidad posee múltiples definiciones. Algunas de estas la conciben como un proceso dinámico y permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas, en condición de respeto, legitimidad mutua y simétrica igualdad². También es entendida como la interacción entre las diferentes culturas, pero de un modo en que mantengan cada una de ellas su identidad cultural a partir de una actitud crítica frente a lo propio y a lo ajeno³.

Para entender la relevancia del concepto anterior y su diferenciación de otros, considerados habitualmente como sinónimos (tabla 1), conviene citar el de multiculturalidad. Dicho fenómeno se entiende como una categoría conceptual puramente representativa, que nos muestra el hecho de que existe una variedad de culturas que concurren en un determinado espacio geográfico, ya sea local, regional, nacional o incluso internacional³. En consecuencia, ambos conceptos son complementarios, ya que, si las currículas de formación médica solo contemplaran el concepto de

Tabla 1 Elementos que configuran la interculturalidad y multiculturalidad

Fenómeno sociocultural	Elementos configurantes
<i>Interculturalidad</i>	Interacción, simetría, comunicación, respeto entre las diferentes culturas
<i>Multiculturalidad</i>	Diversidad (en las características de cada cultura), aceptación

Tabla 2 Conceptos y subconceptos que serán objeto de análisis en el presente escrito

Conceptos	Subconceptos
<i>Modelo biopsicosocial</i>	Atención primaria de salud, interculturalidad, multiculturalidad
<i>Procesos migratorios y salud pública</i>	Inmigración, emigración, migración, epidemiología, negociación
<i>Niveles de interculturalidad en salud</i>	Respeto, diálogo horizontal, comprensión mutua y sinergia
<i>Investigación sociosanitaria en el ámbito de la interculturalidad en salud</i>	Metodología cuantitativa y cualitativa, atención al paciente, diagnóstico y aplicación de componentes de interculturalidad en salud, acreditación en salud

multiculturalidad, estarían abordando superficialmente los aspectos sociosanitarios, haciendo hincapié en la existencia de diversas culturas, sin reparar en la necesaria valoración, integración y asertividad en la relación entre todas ellas, recogidas por el concepto de interculturalidad.

Es imprescindible la inclusión de estas y otras materias (tabla 2) en la formación médica y de profesionales de la salud, siendo importante que la institucionalidad de cada país en el ámbito de la educación superior genere normativas que aseguren su impartición, así como la coherencia de los planes de estudio con los componentes psicosociales declarados en los perfiles de egreso.

Procesos migratorios y salud pública

En los procesos migratorios, debemos agrupar 3 categorías: la migración propiamente tal, la inmigración y la emigración. Por la primera entenderemos el acto de desplazamiento de personas de un contexto geográfico a otro; por la segunda, la llegada de personas de otras latitudes al lugar donde residimos; finalmente, la emigración es simplemente abandonar el país de origen.

Cabe preguntarse qué importancia tienen estos conceptos en la formación médica. La respuesta es alentadora, ya que cuando analizamos los procesos migratorios en distintos continentes, el modo de explicarlos se reduce más bien a factores económicos o a la búsqueda de una mejor calidad de vida, vinculando esta última a la búsqueda de empleo y, por ende, de desarrollo profesional.

No obstante, el discurso mundano de los ciudadanos que habitan en los países receptores de inmigración, especialmente en América Latina, sin excluir, evidentemente, otras realidades, además de resaltar los factores ya mencionados y agregando la amenaza a las fuentes laborales de los connacionales, considera el fenómeno de la exportación de enfermedades, acentuadas, entre otros factores, por las condiciones de hacinamiento en las que viven los extranjeros que llegan a un nuevo país. Por cierto, las características de habitabilidad del país de origen de los migrantes pueden contribuir a la prevalencia e incidencia de enfermedades, pero es un fenómeno que también puede suscitarse en la población

a la cual llegan como inmigrantes. Además, no es el único factor que podría explicar la incidencia o prevalencia. Superada esta digresión, lo cierto es que dicha reflexión mundana pone en el centro de la discusión los procesos de salud y enfermedad. Si fuese cierto el incremento de enfermedades en la población migrante a la luz de los indicadores epidemiológicos, implica que los médicos y otros profesionales de la salud, incluso los que ofrecen soporte administrativo, deben estar formados en los tópicos de interculturalidad para asegurar una atención integral al paciente.

Pensando en una relación médico/profesional de la salud y paciente (además de las familias) impregnada de interculturalidad, un factor relevante sería impartir en la formación de pregrado conceptos como empatía, negociación o escucha activa para asegurar la adherencia terapéutica y el rol activo del paciente en el control o prevención de la enfermedad, así como de su familia, si residiera con esta, y la comunidad en la cual está inserto.

Por otra parte, la llegada de inmigrantes a un contexto geográfico determinado implica que estos poseen concepciones sociales respecto a los procesos de salud y enfermedad aprendidos en su país de origen, en el ámbito de diagnóstico y tratamiento, las que pueden emerger desde la cultura profesional médica del país de origen o simplemente a través de sus anteriores prácticas cotidianas, por lo que es importante que la anamnesis considere dichos componentes, ya que, a partir de su identificación, el médico puede integrar la perspectiva sociocultural del paciente junto a la biomédica para asegurar el éxito de la adherencia terapéutica.

Por lo tanto, los componentes descritos no solo deben abordarse en asignaturas de formación integral —que comúnmente se visualiza como una solución unívoca— sino también profesionales, incluyendo internados, asegurando así la significación de los tópicos sociosanitarios y su correcta relación con la formación disciplinar.

Niveles de interculturalidad en salud

Los procesos de interculturalidad en salud son elementos conceptuales que permiten hacer inteligible y empática la comunicación que se entabla entre médicos, profesionales de la salud y pacientes, así como con la comunidad, asegurando su eficacia. Es importante mencionar que, respecto a los procesos o enfoques de interculturalidad tanto desde una perspectiva general como en salud, no existen definiciones unívocas.

Por ello, es relevante considerar algunas competencias mínimas que ayudan a la concreción de los procesos de interculturalidad a partir de al menos 4 niveles: respeto, diálogo horizontal, comprensión mutua y sinergia⁴.

En el ámbito del respeto encontramos elementos como la escucha respetuosa, la libre expresión de percepciones e ideas, además del reconocimiento de la otredad, es decir, de la existencia de otros modelos de percepción de la realidad, junto al trato digno⁴.

El diálogo horizontal involucra el empoderamiento como componente clave; la idea de ganar-ganar o, al menos, reducir el daño que se provoca a un otro en la comunicación; y la interacción con igualdad de oportunidades⁴.

La comprensión mutua refiere al enriquecimiento mutuo, la empatía, entendimiento del otro y la capacidad y disposición para comprender e incorporar lo planteado por el otro⁴.

Finalmente, la sinergia implica obtener resultados que son difíciles de conseguir de manera independiente, y contempla la valoración de la diversidad cultural y de género⁴.

Entonces, los niveles de competencia en interculturalidad en salud son aquellos componentes que pueden ser aplicados a un nivel micro en la relación que se establece entre el médico o profesional de la salud, el paciente, la familia, redundando en un beneficio macro para la comunidad.

Es importante que los modelos de relación médico-paciente que son enseñados en las escuelas de medicina y de otras profesiones de la salud, además de considerar las clasificaciones habituales, incorporen la concepción sociosanitaria tomando como base la importancia que ha tomado el enfoque de derechos humanos en salud, además de los procesos migratorios y la composición étnica de las diversas naciones.

Conocer los niveles de interculturalidad en salud nos remite al concepto de relativismo cultural por el que entendemos que ninguna cultura es superior a otra y, por lo tanto, cada una debe ser entendida desde sus propios parámetros⁵. La implicancia directa del relativismo cultural, como también de los niveles estudiados, es que, tanto el médico como los profesionales de la salud, deben manejar herramientas básicas de negociación que les permitan establecer un consenso comunicativo con sus pacientes y sus familias, en donde se respete y valore la cosmovisión de dichos actores, como elemento fundamental para asegurar el éxito de las indicaciones entregadas por el médico o profesional de la salud en un contexto de interculturalidad (fig. 1).

Investigación sociosanitaria en el ámbito de la interculturalidad en salud

Pero no solo es importante considerar los elementos estudiados en las secciones previas en la formación de pregrado de medicina y otras profesiones de la salud, sino también realizar investigaciones exploratorias que permitan diagnosticar la valoración de la interculturalidad en médicos y profesionales de la salud, y la valoración de pacientes de diferentes culturas sobre la atención recibida. También sería pertinente realizarlas transcurrido un tiempo de implementación de dichos componentes en la red asistencial. Los resultados permitirían diseñar e implementar las mejoras correspondientes en la atención recibida, relevando el concepto de aculturación, definido como el acercamiento que tienen los individuos con una cultura donde sus creencias, valores, tradiciones y prácticas son únicas y son aceptadas por un grupo de personas⁶.

Los estándares de acreditación de instituciones de salud han cobrado relevancia, así como los deberes y derechos del paciente. Por lo tanto, la atención recibida por este pasa a ser un elemento central que influye en la reputación de un establecimiento de salud, así como en la de los médicos y profesionales sanitarios que lo componen.

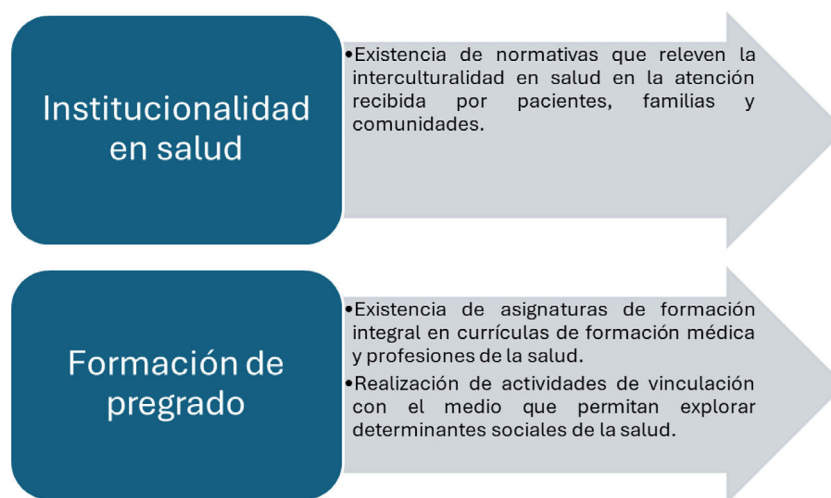


Figura 1 Elementos globales que contribuirían al éxito de la interculturalidad en salud.

Como digresión, en términos de reputación, el intercambio de información a través de redes sociales es un fenómeno que no debe ser menospreciado. A través de ellas, los pacientes expresan su opinión respecto a la atención recibida por un médico u otro profesional de la salud, recomendándola o descalificándola, cuya información queda disponible para potenciales pacientes, influyendo, probablemente, en la decisión de acudir o no al profesional en cuestión. Las redes sociales construyen realidades —equivocas o acertadas—, y no es un misterio que pocas veces las personas verifican la naturaleza y procedencia de los comentarios. Por ende, la atención que brinde un profesional de la salud en todo momento debe ser de calidad, y las instituciones de salud, resguardarla.

En consecuencia, en el ámbito de la interculturalidad en salud es aconsejable que los propios establecimientos sanitarios, o en su defecto, los organismos estatales, ministerio y departamentos, cuenten en su staff con profesionales del ámbito de las ciencias humanas, que desarrollen investigación con enfoque sociosanitario, no solo para evaluar la atención recibida por el paciente y sus familias, a fin de verificar el cumplimiento de indicadores de gestión, sino también la presencia de factores humanistas en la interacción, y otorgar un cariz humanista a la red asistencial. Un enfoque de investigación sugerido es la etnografía, a través de una observación participante o no participante, que básicamente implica realizar un estudio durante un tiempo prolongado, y en donde el o los investigadores podrían asumir el rol de pacientes (en el caso de la observación participante) o de meros espectadores de la atención que este recibe del médico o profesionales de la salud (en el caso de la observación no participante).

Pero surge una duda legítima: ¿cómo investigar el mismo tópico en el ámbito de la consulta médica privada? Pues bien: el propio médico o profesional de la salud puede desarrollar un método que le permita evaluar la atención que brinda, mediante la aplicación de una encuesta física o digital al finalizar cada consulta, o que el paciente deba responder desde su hogar en un plazo determinado, para asegurar la confidencialidad de la información; o bien, si un

centro médico agrupa a un conjunto de profesionales de la salud, puede implementar un sistema de medición del desempeño, incorporando tópicos del ámbito disciplinar y de habilidades sociales, como de interculturalidad en salud. Lo anterior, para mejorar la atención recibida. Esta propuesta rescata el concepto de retroalimentación positiva de la *Teoría de Sistemas Sociales* de Niklas Luhmann, que mide si el propósito y las metas están alineadas o no con las necesidades del ambiente⁷. En otras palabras, los resultados de procesos que pretendan medir o explorar el cumplimiento de la interculturalidad en salud en la atención recibida por pacientes, familias y comunidades, al ser considerados en la mejora de los procesos, estarían cumpliendo con la retroalimentación positiva. Si fuese lo contrario, operaría una retroalimentación negativa, es decir, el refuerzo de las conductas ya ejercidas en la atención, las que no necesariamente son negativas, ya que puede exhibirse un alto conocimiento y ejecución de la interculturalidad en salud, por lo cual, se deberían seguir desarrollando las conductas habituales.

Dimensión curricular

Para la concreción de lo expuesto en el artículo, es fundamental que las escuelas de medicina y ciencias de la salud, así como los Estados, asuman un compromiso en la formación integral de profesionales de la salud, lo que permitirá evaluar de manera holística la relación médico/profesional de la salud con el paciente y su familia, contribuyendo al bienestar de la comunidad.

Es importante que la formación en interculturalidad en salud abarque transversalmente los distintos niveles del currículo, siendo relevante que existan tanto asignaturas individualizadas para revisar en profundidad los contenidos del ámbito sociocultural, sin perder el sello sociosanitario, como también otras del ámbito de formación profesional (clínicas e internados), que incluyan dichas variables, considerando que en ellas los estudiantes interactúan con pacientes.

Por ejemplo, en el caso de una asignatura del ámbito profesional, a través de un Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO), podría evaluarse la anamnesis que

realiza un estudiante de Medicina a un paciente procedente de un pueblo originario, a través de una rúbrica o pauta de cotejo, considerando elementos socioculturales como: consultar si, para tratar una determinada dolencia, la persona recurrió a una práctica de medicina ancestral, y de ser así, si percibió mejoría; si, en caso de haber recibido atención de un profesional de la salud, considera que este y el sistema sanitario respondieron empáticamente a sus necesidades como miembro de una cultura distinta; o evaluar si el estudiante de Medicina es capaz de «negociar» con el paciente el tratamiento prescrito, incorporando la visión de la medicina occidental y las prácticas que refiera la persona, y que, desde su punto de vista, han sido exitosas en otros contextos.

En el caso de asignaturas del ámbito de formación integral, podrían proponerse estrategias de enseñanza como el aprendizaje en servicios sociosanitarios y el desarrollo de talleres. En el caso del primero, desarrollar un trabajo colaborativo con organizaciones de la sociedad (por ejemplo, centros de salud familiar, juntas de vecinos, colegios), permitirá identificar sus necesidades, respondiendo desde un enfoque sociocomunitario o sociosanitario, dependiendo del nivel de formación del estudiante al momento de cursar dicha asignatura. Será más fácil tener un enfoque sociosanitario si, previamente, el alumno ha cursado otras del ámbito clínico. Por otra parte, la modalidad recomendable de evaluación sería a través de una pauta de apreciación o rúbrica que incorpore la calidad de la respuesta a las necesidades identificadas, el impacto en las organizaciones del trabajo realizado por los estudiantes, así como el uso de habilidades sociales en las actividades con los beneficiarios.

Los talleres son estrategias de enseñanza que facilitan el aprendizaje colaborativo. Deben ser evaluados con rúbrica o pauta de apreciación, que consideren elementos esenciales como: el trabajo en equipo, el pensamiento crítico respecto a los contenidos aprendidos, identificando fortalezas, debilidades y propuestas de mejora; la identificación correcta de los conceptos socioculturales presentes en casos reales o ficticios que refieran situaciones de salud y enfermedad, como, por ejemplo, el análisis de las causas que influyen en actos suicidas de población migrante, o una persona detectada de VIH, inmersa en una familia de rasgos conservadores, o bien, una persona con tendencia al consumo excesivo de alcohol y tabaco, de condición migrante, e inserta en un contexto de alta vulnerabilidad social, etc.

Finalmente, es importante el fortalecimiento de los procesos de retroalimentación curricular de pregrado, para realizar mejoras en los planes de estudios, lo que conlleva entrevistar periódicamente a los egresados (profesionales de la salud), sus empleadores (directores de establecimientos sanitarios que interactúen frecuentemente con ellos), como también a los académicos y estudiantes en formación.

Conclusiones

Es relevante que los currículos de formación médica y de otras profesiones de la salud incorporen el modelo biopsicosocial, lo que, en ningún caso, implica crear un nuevo reduccionismo en oposición al biomédico. También es importante entender la diferenciación entre los conceptos

de multiculturalidad e interculturalidad. Si bien ambos son relevantes, este último involucra comprender la importancia de la interacción entre diversas cosmovisiones, asegurando el éxito de la relación médico/profesionales de la salud, pacientes y familias, redundando en beneficio de la comunidad.

Es importante que, en el ámbito de salud pública, se destaque el impacto de los procesos migratorios en los indicadores epidemiológicos, así como en el ámbito de la gestión en salud, además de la distinción entre los conceptos de migración, emigración e inmigración. Por otra parte, una anamnesis integral debe combinar los aspectos de la medicina convencional con el componente intercultural, para asegurar la adherencia terapéutica.

Los niveles de interculturalidad en salud fomentan el conocimiento y aplicación de distintas fases, cuyo propósito es asegurar una relación efectiva entre el médico/profesionales de la salud con pacientes, familias y comunidades. El éxito de lo anterior está asegurado por la comprensión previa del concepto de relativismo cultural.

Se debe destacar la importancia de la investigación, con metodología tanto cuantitativa como cualitativa, con el objetivo de diagnosticar el conocimiento en interculturalidad en salud, su aplicación y la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Su realización podría contribuir a la medición de los indicadores de acreditación de instituciones de salud.

Financiación

El autor declara que no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

El autor declara que no tiene ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gofin J, Gofin R. Fundamentos de salud comunitaria: una perspectiva global. Barcelona Gea Consultoría Editorial, S.L. 2012. 296 págs.
2. Lizondo L, Ortega M. Comunicación e interculturalidad: significaciones y demandas en el Norte de Salta. Buenos Aires Editorial Autores de Argentina. 2024. 190 págs.
3. Ángeles E. Multiculturalismo, multiculturalidad e interculturalidad: una aproximación a sus significados. Revista Inclusiones. 2024;11(1):94–114.
4. Almaguer J, Vargas V, García H. Interculturalidad en salud: experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México DF Programa Editorial del Gobierno de la República. 2014. 281 págs.
5. Reca M, Mena R. Transitando la teoría antropológica: apuntes desde el aula. Buenos Aires Editorial de la Universidad de La Plata. 2024. 193 págs.
6. Martínez S, Leyva O. Escalas de medición de aculturación en estudiantes de educación superior. Educación y Humanismo. 2021;23(41):138–63.
7. Garzón M. El desarrollo organizacional y el cambio planeado. Bogotá Centro Editorial Universidad del Rosario. 2005. 206 págs.