

Salud intercultural en la atención primaria de salud: un modelo de participación social en Ecuador

Intercultural health in primary health care: a model of social participation in Ecuador

Diana Álvarez Romo¹, José Andrés Ocaña², Ana Mercedes Martínez Pérez³, Sofía León Sánchez⁴.

¹Maestría en Antropología Visual y Documental Antropológico en la FLACSO Ecuador, Doctorante en Ciencias de la Salud Colectiva, UAM Xochimilco, Ciudad de México. <https://orcid.org/0000-0001-6754-8896> diana.alvarez.romo@gmail.com

²Licenciado en Medicina y Cirugía por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, maestrante en Salud Pública y Nutrición por la Universidad de Chile. <https://orcid.org/0000-0002-7574-0383> ojoseandres@hotmail.com

³Doctora en Ciencias Políticas y Sociología, especialidad Antropología Social, por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Titular de Sociología en la Universidad Rey Juan Carlos y profesora de Antropología Médica en la Universidad de las Américas, Quito, Ecuador (2014-19). <https://orcid.org/0000-0003-2316-1045> martinez.perez.anamercedes@gmail.com

⁴Licenciada en Antropología Aplicada por la Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador, maestrante en Salud Pública por la Universidad Iberoamericana de México. <https://orcid.org/0000-0001-8747-9488> sofialeonsanchez@gmail.com

Resumen

Entre 2017 y 2018, especialistas de distintas disciplinas realizamos una investigación cualitativa sobre el Servicio Social de Salud Rural en cuatro regiones del Ecuador: Sierra, Costa, Amazonía y Región Insular. Los principales hallazgos que obtuvimos de la etnografía, nos permiten relacionar la atención primaria en salud en entornos rurales y urbano-marginales, con la respuesta que los médicos recién egresados proporcionan en ámbitos donde la medicina tradicional y la convencional no tienen otra opción que entenderse. Sabemos que resulta necesaria la presencia de la educación en salud para un verdadero empoderamiento de la sociedad civil, pero también que la promoción de la salud en instituciones educativas es indispensable para que la salud sea considerada como un derecho que requiere de la participación social, como nos enseñó Alma-Ata hace cuarenta años. Este estudio etnográfico se sirve de varias experiencias, entre las que destacamos las presentadas en este artículo por cuanto nos permiten generar propuestas de mejora. En primer lugar, nos enfocamos en la participación social como un modelo que permite intervenir con enfoque intercultural en la toma de decisiones del Sistema de Salud. En segundo lugar, atenderemos a una propuesta de articulación entre hombres y mujeres de sabiduría de diferentes pueblos y nacionalidades que son adultos mayores, pero también agentes tradicionales de salud en sus comunidades. En tercer lugar, nos planteamos la relación médico-pacientes desde una orientación salutogénica y para una atención primaria resolutoria y empoderante. De ahí que proponemos, al fin, un decálogo de razones para cambiar la formación que reciben los profesionales de salud y la atención primaria que están dispensando a los pacientes del Sistema Nacional de Salud en Ecuador.

Palabras clave: investigación en sistemas de salud pública, atención primaria de salud, participación social, medicina tradicional, relaciones médico-paciente.

Abstract

Between 2017 and 2018, specialists from different disciplines carried out qualitative research on the Rural Health Social Service in four regions of Ecuador; Sierra, Coast, Amazon and Insular Region. The main findings that we obtained from ethnography allow us to relate

primary health care in rural and urban-marginal settings with the response that recently graduated doctors provide in areas where traditional and conventional medicine have no other option but to understand each other. We know that the presence of health education is necessary for a true empowerment of civil society, but also that the promotion of health in educational institutions is essential for health to be considered as a right that requires social participation, such as Alma-Ata taught us forty years ago. This ethnographic study uses several experiences, among which we highlight those presented in this article because they allow us to generate proposals for improvement. In the first place, we focus on social participation as a model that allows to intervene with an intercultural approach in the decision-making of the Health System. Second, we will attend to a proposal for articulation between men and women of wisdom from different peoples and nationalities who are older adults, but also traditional health agents in their communities. Third, we consider the doctor-patient relationship from a salutogenic orientation and for a decisive and empowering primary care. Hence, we propose, at last, a decalogue of reasons to change the training received by health professionals and the primary care they are providing to patients of the National Health System in Ecuador.

Keywords: Public health systems research, primary health care, social participation, traditional medicine, Physician-patient relations.

Introducción

Al realizar la etnografía sobre el año de trabajo rural de los y las profesionales de salud en el Ecuador, hemos aprendido que el concepto de salud intercultural no está lo suficientemente incorporado a los sistemas de salud de la región, al menos cuanto cabría esperar dada la presencia de diferentes pueblos y nacionalidades en los países de América Latina. Esta diversidad se traduce en concepciones distintas de salud, enfermedad y cuidados que son gestionadas en las comunidades por agentes tradicionales de salud con un conocimiento heredado durante generaciones, y con un nivel de uso muy elevado por parte de los pacientes atendidos en los Sistemas Nacionales de Salud.

La definición de Salud Intercultural que da la Organización Mundial de la Salud guarda relación con la universalidad de algunos procesos en países pertenecientes al Extremo Oriente o África y se entiende desde el respeto a las diferentes culturas y la interacción con los agentes de la medicina tradicional (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Sin embargo, en nuestros países la medicina tradicional tiene una gran presencia y es utilizada por una amplia mayoría de la población que, hasta no hace mucho, tenían en este conocimiento un único recurso de salud (Bautista, Vangehuchten, & Duque, 2017).

El empoderamiento en salud que merecen estas poblaciones pasa, necesariamente, por articular la medicina tradicional con la medicina occidental o convencional que sigue siendo impartida en las universidades y practicada en los hospitales. Si los profesionales de salud desconocen las prácticas ancestrales y tradicionales de sanación que se están realizando en las comunidades de forma cotidiana, corren el riesgo de diagnosticar o dar un tratamiento erróneo por incompatibilidad con los principios activos de los remedios "naturales" con la farmacología. Además, este desconocimiento por parte de los y las profesionales no siempre permite que sea valorada la función de triaje que cumplen los agentes de salud, derivando en problemas más graves que merecen la atención del sistema de salud.

1. Participación social "intercultural"

En Ecuador, a partir del año 2008 con la implementación de la normativa constitucional que reconoce a la lucha de grupos históricamente segregados por el sistema sociopolítico y hasta entonces mono-cultural del Estado, facultó la participación social "intercultural" en

diferentes ámbitos de la gestión pública, promoviendo la articulación de actores sociales de pueblos y nacionalidades a la salud pública (Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2008). Esta iniciativa ha terminado siendo una estrategia de reducción de brechas de accesibilidad en pro de la mejora de los perfiles epidemiológicos asumidos y/o inherentes a pueblos originarios producto de su situación socioeconómica y geográfica, pero también ha permitido la comprensión de la enfermedad y la salud como diferentes categorías de la medicina convencional. (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Empero, ¿qué es para el Estado la participación ciudadana en salud? Esta es entendida como el vínculo de corresponsabilidad entre la población demandante y el estado ofertante (Lara, 2018). Esta dinámica implica que hacer salud no es cuestión exclusiva de ampliar la cartera de servicios en infraestructura y talento humano, sino, trabajar con la población sobre los determinantes sociales, ambientales, económicos y culturales de la salud, que influyen en los problemas de salud pública y que sobrepasan los alcances de la medicina convencional.

La participación social en salud permite identificar las diferentes concepciones sobre salud-enfermedad, medicina y cosmovisión del bienestar, es decir es el camino a través del cual, los perfiles epidemiológicos pueden ser analizados desde perspectivas afinadas a la realidad de la población (Lara, 2018). Otra de las grandes apuestas por las que el Estado fomenta la participación social, tiene que ver con las dificultades geográficas del territorio donde se ubica cada pueblo o nacionalidad, y la capacidad real del personal de salud para movilizarse a largas distancias o a emplazamientos de difícil acceso, para efectuar una atención integral a los y las usuarias del servicio de salud (Aguirre, 2016).

Entre los beneficios de la participación social en salud destacamos la reducción de tensiones entre el personal de salud y la población durante la ejecución de programas de promoción y prevención, debido a la familiaridad con la que se tratan las problemáticas una vez que se vinculan entre sí. La Autoridad Sanitaria Nacional en este ámbito implementa dos niveles de participación con la población; el primero se refiere a los Comités Locales en Salud, conformados por líderes, lideresas y miembros de las comunidades que se enlazan al primer nivel de atención en salud para realizar actividades de promoción y prevención. Los comités tienen por tiempo de duración de uno a dos años con los mismos actores y son los encargados de reunir a la comunidad para fomentar el trabajo por su espacio territorial, en coordinación con las actividades planificadas por el servicio de salud (Ministerio de Salud Pública, 2017). Esta vinculación promueve la concienciación de la salud como un derecho, así como la reducción de prácticas nocivas en los determinantes sociales y ambientales, haciendo corresponsable a la ciudadanía de la implementación de buenas prácticas en su comunidad para reducir los problemas de salud.

El segundo nivel de participación es el Comité Ciudadano Sectorial en Salud que funciona como espacio de diálogo de política pública con los y las representantes de organizaciones de la sociedad civil (Ministerio de Salud Pública, 2017). En esta instancia la ciudadanía participa en la difusión de las estrategias de promoción y prevención para mejorar el sistema integral de salud en búsqueda de servicios de calidad, eficientes y cálidos para los/as usuarios

Este proceso de articulación tiene dinámicas mixtas para su aplicación, que consisten, tanto en la generación de normativas a través de las que el Estado ejecuta su política pública, como en el diálogo de saberes mediante el cual los hombres y mujeres de sabiduría se interrelacionan con el personal de salud. Si bien el país ha hecho esfuerzos resaltables por mejorar esta relación, aún prevalecen las diferencias y tensiones sobre la comprensión del papel de la ciudadanía en el ejercicio de sus derechos y el papel del Estado como rector de la política pública (Lara, 2018).

Estas tensiones son provocadas por dos problemáticas puntuales: a) la educación superior carente de contenidos de Salud intercultural y b) un sistema de salud asistencialista y

segregacionista de las diversas concepciones de salud de la ciudadanía (Calderón, 2010). Dichos problemas prevalecen a pesar de la articulación de curanderas/os y parteras/os al primer nivel de salud, y de la conformación de comités locales y sectoriales de salud. Aún hay un camino amplio por recorrer para hacer efectiva la participación ciudadana integral como estrategia de reducción de brechas de accesibilidad a la salud pública de calidad (Martínez Pérez et al., 2018).

2. La importancia de los adultos mayores en la articulación entre medicina tradicional y convencional

En las comunidades indígenas, comúnmente son los ancianos y ancianas quienes mantienen en práctica los conocimientos sobre plantas medicinales, rituales y métodos tradicionales de curación. Muchos de ellos poseen, además, experiencia como parteros y sanadores. Sin embargo, es frecuente escuchar su preocupación respecto a que la transmisión intergeneracional de estos saberes se pierda, debido a que actualmente son pocos los jóvenes interesados en aprenderlos y practicarlos (Cashindo, 2017, entrevista).

Los ancianos y ancianas mantienen fuertemente arraigadas costumbres, creencias y concepciones culturales en torno a la triada salud, enfermedad, cuidado, cuyo aprendizaje se basa en la experiencia práctica, confían por convicción en lo que les ha dado resultado, pero debido a las enfermedades crónicas que enfrentan, sienten también afinidad por la medicina occidental y muestran respeto por el personal de salud.

En contraste, se observa que las prácticas tradicionales no son suficientemente valoradas por los médicos rurales ni por otros profesionales contratados por el Ministerio de Salud Pública, pues se priorizan los procedimientos médicos y el uso de fármacos sobre la aplicación de métodos tradicionales en padecimientos menores.

Una de las particularidades de la población de adultos mayores es que en su mayoría hablan solo su lengua madre, lo que dificulta su comunicación directa con el personal de salud. La falta de sensibilización del personal sobre la cosmovisión en torno a las enfermedades de la medicina indígena (Tajer, 2003), y el desconocimiento de la lengua natal, son algunas de las principales debilidades que presenta la atención profesional de salud en territorios indígenas y rurales (Noboa Cruz, 2019).

Los adultos mayores son un grupo vulnerable que, con el paso de tiempo, ha ido quedando olvidado junto con sus prácticas y conocimientos sobre medicina ancestral. Si bien la medicina alópata convencional lleva poco tiempo siendo utilizada como recurso de salud en comparación con las prácticas de medicina tradicional, es posible evidenciar cómo la medicina convencional ha ganado espacio entre las comunidades indígenas, desplazando a la medicina ancestral de las nacionalidades, especialmente en situaciones de máximo riesgo para la salud (Martínez Pérez et al., 2018).

Como un esfuerzo para fortalecer la salud ancestral e intercultural desde la promoción de salud, en algunas comunidades de la Amazonía, se realizan encuentros de medicina ancestral entre adultos mayores de comunidades Shuar y Achuar, en los que se comparten conocimientos sobre medicina tradicional entre ancianos y personas más jóvenes de las comunidades. En estos encuentros se intercambian cantos, danzas, mitos, recetas de plantas medicinales y otros conocimientos, a la par que se generan diálogos de saberes entre los adultos mayores y el personal de salud, posibilitando reposicionar los saberes ancestrales, tanto dentro del sistema de salud, como en las propias comunidades.

A la luz de los resultados de nuestra investigación, los adultos mayores son portadores de conocimientos, pero también pacientes demandantes de atención, y podrían ser actores clave en el intento de articular los saberes de la medicina tradicional y de la medicina hegemónica

de manera equilibrada, para generar una verdadera propuesta de salud intercultural tanto en Ecuador como en otros contextos latinoamericanos.

3. Relación médico-paciente en la atención primaria en salud durante el Servicio Social de Salud Rural

Las políticas, planes y acciones por la atención de la enfermedad y la salud como derecho universal tienen éxito o fracasan, cuando en el contexto de un servicio de salud, dos actores: profesional de salud y paciente, se encuentran. Hay evidencia de que, en el nivel más cercano de los sistemas de salud, el personal está cada vez más agotado de trabajar en modelos excesivamente burocráticos, mientras que las personas que acuden en busca de ayuda están menos satisfechas y más desconfiadas, afirmando que la insatisfacción de los dos grupos aumenta cuando estos servicios se hacen más grandes y menos personalizados (Baker, Mainous, Gray, & Love, 2003).

Conociendo esta problemática y en el contexto de esta investigación, lo que se entiende clásicamente como "la relación médico-paciente", es una dualidad terminológica que limita nuestra reflexión. Hablar solo de los médicos en el fenómeno intercultural de salud-enfermedad-atención en el Ecuador, elimina de la realidad al resto de actores que intervienen en esta relación. En consecuencia, al primer actor lo llamaremos "acompañante-cuidador-sanador", por otro lado, al otro personaje lo conocemos como "acompañado-cuidado-sanado" describiendo en este grupo, no a personas pasivas (pacientes) si no a las personas que buscan de forma determinada, activa y participativamente su salud o el alivio de su enfermedad. Más *padecientes* que pacientes.

Como se evidencia en los primeros hallazgos de la etnografía realizada, en el servicio de salud rural ecuatoriano, la diada de personajes sanador-sanado, acompañante-acompañado, médico-paciente está conformada por dos actores que en la mayoría de casos parten de realidades paralelas que, por lo general, no llegan a encontrarse: personas recién egresadas de las Facultades de Salud (profesionales rurales), que en su totalidad provienen de una formación universitaria y hospitalaria desarrollada en contextos urbanos; y por el otro lado, personas de comunidades rurales o urbano-marginales del Ecuador, muchas de ellas pertenecientes a pueblos y nacionalidades indígenas con una gran diversidad biológica, cultural, social y económica, pero un casi total desconocimiento del mundo del que provienen los primeros.

Bajo estos polos opuestos: ¿Cómo puede el personal de salud que realiza el servicio de salud rural, relacionarse con personas y ambientes tan desconocidos entre sí? Unos y otros se ubican en la vulnerabilidad, en la necesidad del "acompañado-cuidado-sanado" de descubrir y aliviar la realidad de sus dolencias, así como en la necesidad del "acompañante-cuidador-sanador" de descubrir la nueva realidad que enfrenta. Según reportan los estudios (Lunn, Williams, James, Weinman, & Newman, 1998), las personas están más satisfechas con la atención de su salud y enfermedad, cuando más "confianza" tienen en el personal de salud que las atiende. Sin embargo, ¿cómo lograr que las personas de las comunidades confíen en el personal de salud y viceversa, incluso con diferencias abismales culturales e idiomáticas?

Reconociéndose vulnerables y necesitados de la comunidad, los profesionales de la salud rural describen el limitante de su formación biomédica a la hora de crear relaciones de "confianza", la necesidad de estar bien y a veces de sobrevivir, permite que las cuestiones positivas vayan germinando en un entendimiento mutuo. Con todo, nos preguntamos: ¿Debemos formar a nuestros recursos humanos para atender a culturas y nacionalidades específicas, invirtiendo ingentes recursos, conociendo la diversidad cultural en Ecuador y Latinoamérica, y los apretados currículos universitarios de las carreras de salud? Por principio, la relación bidireccional sanador-sanado encontrada, es en esencia e intención

beneficiosa. Según Mallia, 2013 el beneficio en la diada médico-paciente solo se puede dar cuando hay una relación de confianza y un sentimiento de cuidado mutuo y no solo con el conocimiento de la mejor evidencia científica. El conocimiento biomédico está fuera de duda, pero, aunque parezca obvio el cuidar no es una cualidad intrínseca en el ser humano, el cuidado y sus especificidades se pueden y deben aprender también en la universidad. Para la práctica del cuidado no se requiere un conocimiento de las ciencias biomédicas, pero la buena práctica de la biomedicina no puede prescindir del cuidado (Mallia, 2013). Entonces los objetivos de un aprendizaje para las relaciones del personal con su comunidad en la atención primaria de salud están encaminados a formar y acompañar personas para el cuidado y la formación de un ethos virtuoso, que utilicen las herramientas de la biomedicina y las tecnologías a su alcance como herramientas para cuidar al "otro".

Las personas que cuidan se reconocen como seres sintientes de la realidad que les rodea y no solo conocedores de la evidencia científica (*comprensibilidad*); tienen habilidades para la vida y activos que les permiten no tener miedo a los afectos, la empatía, la compasión, tener interés y disponibilidad por los otros (*maneabilidad*) y sobre todo ser seres humanos resilientes y amables, pese al exceso de carga laboral administrativa, la escasez de recursos en lugares de difícil acceso y la desmotivación laboral (*significado*) (Antonovsky, 2012).

4. Razones para el cambio en promoción de la salud: decálogo para una transformación

Han pasado treinta años de la Carta de Ottawa, y cuarenta de la Declaración de Alma Ata, pero, a juzgar por los resultados de la investigación, en la atención primaria de salud seguimos sin hacer promoción de la salud. Se presentan programas de promoción de la salud mientras se trabaja con una orientación hacia la enfermedad, con el único propósito de combatirla. El objetivo es no poner el énfasis en negar la enfermedad, se nos va demasiada energía en ello, simplemente no considerarla como una de nuestras tareas. Somos promotores de salud y ese es nuestro propósito, por eso nuestra primera apuesta es un giro por el enfoque salutogénico (Antonovsky, 2012).

Las enfermedades crónicas, que no tienen cura, y los problemas de salud mental son los males de nuestro tiempo, sin embargo, en la educación superior se sigue formando a los profesionales de la salud, especialmente a los médicos, para "salvar vidas" cuando se deberían incorporar herramientas para aliviar procesos de dolor y facilitar la cotidianidad a quienes tienen que vivir con un mal que los acompañará de por vida. La formación en promoción de la salud es el segundo giro que proponemos.

La salud no puede ser nunca un negocio, solo es una inversión de futuro, pero nunca un gasto. Salud y educación son derechos humanos y constitucionales. La salud primero es social, luego psicológica y al fin fisiológica sin hacer mucho más. The Lancet ha publicado recientemente algo que desde la región de las Américas ya sabíamos y la pandemia por coronavirus de 2020 no ha hecho más que refrendar: la pobreza es el principal problema de salud (Stringhini et al., 2017).

La salud no es tarea de los médicos y los médicos no son los únicos profesionales de la salud. Es necesario virar la educación médica hacia la salud y hacia la comunidad, introduciendo la promoción de la salud en la educación interprofesional de los titulados universitarios de salud y de otras disciplinas. La atención primaria ahora debe ser resolutoria, el médico de familia es el responsable del itinerario asistencial del paciente, el camino de empoderamiento en salud con acompañamiento profesional se vuelve imprescindible para una toma de decisiones informada y respetando la soberanía de las personas. No son pacientes, no son usuarios, no son clientes, ni contribuyentes, son seres humanos. La formación de pregrado y la educación continua debe hacerse mediante aprendizaje, basado en problemas reales para

que sea también resolutive. Toda educación bancaria basada en contenidos y no en competencias y experiencias no sirve para aprender, no es transformadora. Resulta esencial la intersectorialidad en aplicación de una teoría interdisciplinar.

Para que nuestra atención primaria sea resolutive tendremos que hacer buenas salas situacionales y un completo análisis de las demandas en salud desde el conocimiento participado con las comunidades (Artaza Barrios, 2017). La salud centrada en la comunidad, en quien la recibe y en quien la necesita, requiere usar una metodología no reproductiva, no protocolizada. De lo contrario estaremos perpetuando modelos que no han dado resultado, pero se han hecho así "siempre". El modelo biomédico ha medicalizado procesos que mientras fueron fisiológicos se produjeron fuera del contexto hospitalario, en el hogar de cada persona que traía a la vida o que se iba de ella, por poner los dos ejemplos más elocuentes.

Toda la atención en salud no puede llevarse a cabo en los hospitales, y menos si en ellos no se hace promoción de salud. Los buenos médicos jóvenes con los que hemos realizado esta investigación no quieren volver a trabajar en un centro hospitalario, a los que tampoco quieren acudir los pacientes de zonas rurales. Algo estamos haciendo mal en las universidades cuando no formamos para la salud ni para la gente. Hagamos promoción de la salud en los hospitales y en los centros educativos para que unos y otros quieran volver a ellos.

Seamos conscientes de la importancia de una atención personalizada, con nombre y apellidos, con el énfasis en la relación cara a cara, tanto en salud como en educación. Somos personas a las que nos influye la salud en todas las facetas de nuestra vida, aunque los profesionales se orienten hacia la enfermedad. También el aprendizaje y la curiosidad están en nosotros a pesar del sistema educativo y su metodología reproductiva. Cuando soy el protagonista de mi salud no puedo ir al médico a que me cure, llevo las riendas de mi salud y de mi formación.

El empoderamiento en salud es la piedra angular en la relación médico-paciente porque cuando en la población se da una tasa elevada de analfabetismo funcional, estamos ante personas que saben leer y escribir, pero no comprenden lo que les decimos en un diagnóstico y mucho menos cómo seguir un tratamiento. No es posible la salud sin empoderar a la población en ella, como no habrá salud mientras no haya participación, lo cual ya se dijo en Alma Ata, en 1978 (Organización Panamericana de la Salud, 2012). La formación universitaria debe orientarse, por tanto, a capacitarse profesionalmente para acompañar a las personas y no para decidir por ellas. El asistencialismo está considerando a la persona desvinculada de sus derechos, pero en el proceso de salud-enfermedad-atención el protagonista es el ser humano y el profesional tiene que saber interpretar el papel secundario que le corresponde (Sacchi, Hausberger, & Pereyra, 2007).

Un riguroso compromiso ético nos lleva a evitar errores y malas prácticas de tal forma que asumamos algunos condicionantes como requisito imprescindible para investigar e impactar en la salud. En primer lugar, el consentimiento informado es un documento indispensable para empoderar a la persona en su propia salud y no para evitar ser denunciado por malas praxis. No puede ser un consentimiento sin información ni información sin consentimiento, porque sin un equilibrio entre las dos se produce un abuso de poder por debilidad o miedo. En segundo lugar, el compromiso de confidencialidad ante las personas con las que trabajamos, implica una garantía para preservar su imagen, autonomía y derechos. La declaración de conflicto de intereses para avisar a quien nos escucha o lee de que alguna institución nos ha pagado por decir lo que decimos, que la decisión de recetar un fármaco o recomendar una cirugía tiene un afán de lucro. Lo ético sería presentar evidencia de lo contrario para que cada persona decidiera con libertad y con un criterio bien construido.

Finalmente, la mejor garantía del rigor científico de un proceso de investigación es la transparencia que resulta no solo deseable sino exigible frente a una objetividad que solo por

pretendida no termina siendo lograda. No es justo que una persona que padece una enfermedad quiera saber los últimos avances científicos y tenga que pagar por informarse. Todo conocimiento sobre salud tendría que ser participado y socializado.

La situación del modelo biomédico merece un giro copernicano hacia la medicina basada en narrativas y ya no solo en evidencias. En los países en los que no se investiga sobre salud ha pasado que no siempre se dispone de evidencias, lo cual es especialmente grave en epidemiología. Al basarnos en narrativas, estamos orientando la toma de decisiones hacia los protagonistas del proceso de salud-enfermedad de tal modo que las riendas de la salud sean llevadas por un paciente que no puede esperar, por ser él quien está sufriendo o quien no quiere sufrir. La medicina basada en narrativas está permitiendo mejorar la educación médica (Bleakley, Bligh, & Browne, 2011) así como la atención a los y las pacientes crónicos, oncológicos y de salud mental con un éxito notable (Charon et al., 2016).

Decálogo de salud intercultural para una nueva atención primaria en salud

Del modelo patogénico al modelo salutogénico; de "salvar vidas" a aliviar procesos; de tratar la salud en la pobreza, a considerar la pobreza como el principal problema de salud; de la salud como un tema de médicos, a la salud de todos y para todos; de la salud centrada en los profesionales, a la salud centrada en los pacientes; de la salud centrada en hospitales y centros de salud, a la salud centrada en la comunidad; de la atención despersonalizada (control cuantitativo), a la atención personalizada y de calidad; del protagonismo del profesional de salud frente a un paciente con analfabetismo funcional, al profesional de salud que aprovecha el tratamiento para realizar un empoderamiento en salud; de la falta de compromiso ético, al compromiso ético y la transparencia en los procesos de salud, investigación y tratamiento; de la medicina basada en evidencias (aunque sean de otros ámbitos geográficos o culturales), a la medicina basada también en narrativas adaptadas a la realidad del paciente.

Fuente: elaboración propia

Referencias

- Aguirre, M. (2016). *Límites de la salud intercultural. Estudio de caso en la provincia de Orellana*. Quito.
- Antonovsky, A. (2012). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. In *The Health Psychology Reader* (pp. 127–139). <https://doi.org/10.4135/9781446221129.n9>
- Artaza Barrios, O. (Coord. . (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. *Organización Panamericana de La Salud*.
- Baker, R., Mainous, A. G., Gray, D. P., & Love, M. M. (2003). Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(1), 27–32. <https://doi.org/10.1080/0283430310000528>
- Bautista, E., Vangehuchten, L., & Duque, V. (2017). Intercultural health care in Ecuador: an investigation project for the medicine and nursing careers. *Medisan*, 21(10), 3111–3122.
- Bleakley, A., Bligh, J., & Browne, J. (2011). *Medical Education as Patient*. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9692-0_1
- Calderón, L. F. (2010). Seminario regional medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en Ecuador. Proceso de Articulación en el Sistema de Salud Pública

- 2000-2010. In G. Fernández Juárez (Ed.), *SALUD, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS: Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir* (Abya-Yala, pp. 53-65.). Quito.
- Charon, R., DasGupta, S., Hermann, N., Irvine, C., Marcus, E. R., Rivera Colson, E., ... Spiegel, M. (2016). *The Principles and Practice of Narrative Medicine* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1093/med/9780199360192.001.0001>
- Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2008). La Salud en la nueva Constitución 2008. *Organización Panamericana de La Salud*, 30.
- Lara, R. (2018). *Alcance de la participación ciudadana en el derecho a la Salud Una perspectiva desde los Actores Sociales de la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015 – 2016*.
- Lunn, S., Williams, S., James, R., Weinman, J., & Newman, S. P. (1998). The effects of gender upon doctor-patient interaction. *Psychology and Health*, 13(6), 975–986. <https://doi.org/10.1080/08870449808407443>
- Mallia, P. (2013). *The Nature of the Doctor-Patient Relationship*. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-4939-9>
- Martínez Pérez, A., Espinosa, F., Martínez, A. L., Guijarro, S., León, S., Ocaña, J. A., ... Romo, D. Á. (2018). Salud intercultural: una etnografía del servicio social de salud rural en Ecuador. In Ommpress (Ed.), *I Congreso internacional de Estudios Culturales Interdisciplinarios* (1st ed., pp. 313–321). Madrid.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional de Salud. *Msp*, p. 219.
- Ministerio de Salud Pública. *Implementación de la estrategia de participación ciudadana en salud en el Ministerio de Salud Pública.*, (2017).
- Noboa Cruz, H. (2019). *MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR. Una Mirada Crítica*. Quito.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Declaración De Alma-Ata. *Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978*, 8–10.
- Organización Panamericana de la Salud, O. M. de la S. (2011). Diversidad Cultural y Salud. Retrieved November 16, 2020, from Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud website: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585:2011-cultural-diversity-health&Itemid=72495&lang=es
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Perception of the health-disease-care process and aspects that influence the decreased use of the health care system among poor families in the city of Salta. *Perception of the Health-Disease-Care Process and Aspects That Influence the Decreased Use of the Health Care System among Poor Families in the City of Salta*, 3(3), 271–283. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652007000300005>
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., ... Tumino, R. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, 389(10075), 1229–1237. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
- Tajer, D. (2003). Latin American Social Medicine: Roots, Development during the 1990s, and Current Challenges. *American Journal of Public Health*, Vol. 93, pp. 2023–2027. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.12.2023>