

Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina

Construction of intercultural competences in developing a learning experience proposal for first year medical students

Dr. Juan Pablo Murillo^{1,2}

¹ Profesor de la Sección de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

² Participante de la Iniciativa "Humanidades Médicas y Cooperación Intercultural en Salud" financiada por el Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD), con las Universidades Justus-Liebig, Giessen-Alemania, Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del Perú.

Resumen

El presente ensayo tiene como objetivo plantear las bases conceptuales y metodológicas que permitieron el diseño de un conjunto de contenidos y experiencias de aprendizaje orientadas al logro de competencias interculturales de base en la formación del estudiante del primer año de estudios en la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina de San Fernando, para el periodo de estudios 2010-2013. Se describe el desarrollo de un conjunto de experiencias de aprendizaje orientadas a lo que denominamos 'Gestión de la Otridad' orientadas a introducir una base general de competencias interculturales. Se analizan las posibilidades y limitaciones de la propuesta en el marco del contexto cultural e institucional actualmente existente y se plantean elementos para un desarrollo futuro de estas competencias en el plan de estudios de medicina.

Palabras clave: Competencia cultural, Educación médica, Relaciones de poder, Perú.

Abstract

This paper aims to present the conceptual and methodological basis that allowed the design of a set of content and learning experiences aimed to achieve basic intercultural competences in first year students of Medical School, Faculty of Medicine San Fernando, for the study period 2010-2013. It describes the development of a set of learning experiences aimed at what we call 'Otherness Management' designed to introduce a general basis for intercultural competences. Advantages and limitations of the proposal are analyzed within the cultural and institutional context, and elements for future development of these competencies in the medical curriculum are proposed.

Keywords: Cultural competence, Medical education, Power relations, Peru.

An Fac Med. 2015;76:77-87 / doi:10.15381/anales.v76i1.10975

"Soy de la opinión de que se debe, desde el comienzo, llevar al alumno a la comprensión integral del ser humano"

Carlos Alberto Seguí

La Preparación Psicológica del Estudiante de Medicina, Lima, 1964

"El Médico otra vez ha de ser un hombre 'culto' capaz de comprender la trama de su civilización, de auscultar no solo a los enfermos, sino a las comunidades donde trabaja, a la nación que pertenece..."

Max Kuczynski

El Médico funcional y la penetración socio-sanitaria del campo, Lima, 1947

INTRODUCCIÓN

Existe un consenso, desde hace algunas décadas, de la necesidad de incorporar a los planes de estudios de Medicina de América Latina contenidos y experiencias de aprendizaje en interculturalidad y en general en los diversos aspectos sociales y culturales de importancia en la relación médico-paciente^(1,2,3). Sin embargo, a pesar de ello, debemos reconocer que esta discusión es relativamente reciente en el Perú y que se origina en un contexto cultural eurocéntrico⁽⁴⁾. Como lo señala Javier Proetzel, la 'humanidad' fue un universal de origen europeo, inspirado en la filosofía de la razón. Pero, era una apreciación desprendida del ojo del observador mo-

derno y occidental y es la pauta como tradicionalmente nos hemos aproximado a la reflexión sobre la interculturalidad⁽⁵⁾.

En el Perú, la reflexión médica sobre la cultura se dio a inicios del siglo XX, reproduciendo dicha mirada occidental, donde primaba la descripción de los eventos morbosos en el contexto de la cultura local⁽⁶⁾. A pesar de la existencia de enfoques alternativos y progresistas que plantearon repensar la mirada médica respecto a las poblaciones andinas^(7,8), estos fueron minoritarios, en la medida de que existía el convencimiento de que la cultura local de los indígenas era un obstáculo para el desarrollo de una vida moderna y saludable

y que la acción del estado peruano era promover el diseño e implementación de modelos de modernización cultural de las comunidades andinas⁽⁹⁾. Por lo tanto, el impacto de las propuestas alternativas sobre la cultura indígena en el campo de la salud en los planes de educación médica en el Perú fue mínimo durante todo el siglo XX.

En la década del cincuenta, en pleno auge del proyecto civilizatorio indígena impulsado por el estado peruano, ingresa en la medicina peruana una nueva corriente de pensamiento, impulsada por Carlos Alberto Seguín desde la medicina psicosomática⁽¹⁰⁾, que planteaba un cambio radical en la mirada médica, respecto al rol de la cultura en el proceso de enfermedad⁽¹¹⁾.

La más grave crisis institucional de toda la historia de San Fernando, en 1961, motivó la salida de los grupos que tenían la hegemonía política y cultural en la medicina peruana, que eran resistentes al ingreso a la enseñanza de otros enfoques teóricos alternativos, como el caso específico de Honorio Delgado, decano de la facultad al momento de la crisis, quien era un severo crítico de la corriente psicosomática⁽¹²⁾. Posteriormente, existió un breve periodo, donde se identificó la necesidad de incorporar a la educación de los médicos el conocimiento de la cultura de la población, como un elemento de importancia en la aproximación del médico a sus pacientes. Carlos Alberto Seguín, quien ingresó a la Facultad de Medicina como consecuencia de la crisis institucional, durante la organización del Departamento de Ciencias Psicológicas, en 1962⁽¹³⁾, propuso una nueva mirada a la formación de los médicos peruanos. Recomendó un cambio radical en el proceso formativo, que se expresa en su convencimiento de que *“no es un verdadero médico, sino quien es capaz de tratar a sus enfermos en su capacidad integral de semejantes, de prójimos, de hermanos”*. Seguín refiere que *“la enfermedad, toda enfermedad, no es un proceso en el que pueda considerarse al individuo como aislado, puesto que no vive*

como tal, sino en medio de su familia, de su cultura”.⁽¹⁴⁾ Lamentablemente, la dinámica de los conflictos políticos de la época impidió que se institucionalizara este nuevo enfoque en el plan de estudios de la facultad, determinado además por la salida de Seguín de nuestra casa de estudios⁽¹⁵⁾. Posteriormente, en el Departamento de Ciencias Médico Sociales se introdujo, en 1968, a nivel del segundo año de Medicina, contenidos de Antropología y Ecología (48 horas lectivas). Sin embargo, la reorganización de la universidad planteada por el gobierno militar de aquella época frustró el desarrollo de dicho campo de aplicación⁽¹⁶⁾.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CONTENIDOS EN INTERCULTURALIDAD EN EL PLAN DE ESTUDIOS DE SAN FERNANDO

La actual estructura de contenidos curriculares deriva de las recomendaciones del seminario de reforma curricular realizado en 1990, que propone una alternativa a los problemas identificados en la década anterior⁽¹⁷⁾. En ese sentido, se recomendó que el alumno de primer año debe tener conocimientos básicos de sociología y antropología para comprender la organización de la comunidad⁽¹⁸⁾. En dicha propuesta se estableció la Asignatura de Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina para los alumnos del primer año, la cual *“Permite el conocimiento de la persona y la comunidad en relación con su entorno, para comprender la dimensión individual y social de interrelación del hombre con su realidad socio-cultural”*⁽¹⁹⁾.

Es en ese contexto que progresivamente se van formulando los contenidos de interculturalidad, en el marco de una asignatura de ‘Ciencias Sociales y Realidad Nacional’ que ofrece conocimientos básicos de Antropología y Sociología relacionados con la medicina y la salud (34 horas teóricas y 68 horas de trabajos prácticos para un periodo de 17 semanas). Desde el año 2005, donde solo existía una clase teórica sobre

‘Cultura y Salud’, se inició un proceso progresivo de reflexión y desarrollo de los contenidos de la asignatura, el cual se enriqueció gracias al apoyo técnico brindado en el marco de un programa de intercambio académico en Humanidades Médicas e Interculturalidad liderado por la Universidad Justus Liebig (Giessen, Alemania)⁽²⁰⁾. A partir de ello se dio inicio a un proceso de análisis teórico, para tratar de replantear la mirada de la enseñanza de la interculturalidad en el marco de dicha asignatura y posteriormente identificar competencias específicas relevantes para la formación del estudiante; las cuales se expresaron progresivamente en un conjunto de experiencias de aprendizaje. El presente ensayo tiene como objetivo plantear las bases conceptuales y metodológicas que permitieron el diseño de un conjunto de contenidos y experiencias de aprendizaje orientadas al logro de competencias interculturales en la formación del estudiante del primer año de estudios en la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina de San Fernando, para el periodo de estudios 2010-2013.

MARCO CONCEPTUAL

Existen dos planos importantes para entender la relación de la interculturalidad en los estudios médicos. Uno global, donde la mundialización de la economía está acompañada de desplazamientos masivos de población en términos de centro-periferia. El fenómeno de la migración y su presión sobre los servicios de salud ha pasado a ser de alcance global y plantea diversas tensiones, dado que este fenómeno se superpone con la desigualdad y la exclusión a la que están sometidos los grupos de migrantes⁽²¹⁾.

Un segundo elemento es, como en las sociedades latinoamericanas, las diferencias étnicas y culturales han jugado como un elemento ordenador de la sociedad, generalmente estableciendo jerarquías y relaciones estamentales, las cuales han servido de piso para meca-

nismos de desigualdad y exclusión. En el caso peruano, estas diferencias étnicas y culturales, asociadas además a una fuerte impronta racista, están ampliamente descritas en nuestra literatura, que da cuenta de cómo está firmemente anclada en el ámbito subjetivo, tanto a nivel de la vida doméstica⁽²²⁾ como social^(23,24,25,26); es transversal a todos los sectores de nuestra sociedad⁽²⁷⁾ y se expresó con una trágica intensidad en el conflicto armado interno que sufrió el Perú entre los años 1980 y 2000⁽²⁸⁾.

Otro elemento a tener en cuenta es que la medicina misma es una construcción social y cultural⁽²⁹⁾. El proceso de educación médica es un espacio de reproducción de jerarquías, rutinas institucionales, modos de pensar y comunicar, de una perspectiva particular hacia el cuerpo humano, sus funciones y dolencias, y define los valores que el estudiante aprende y desarrolla a partir de su formación⁽³⁰⁾. El problema radica en que, en nuestro medio, la denominada 'cultura de la Biomedicina' descrita por Kleimann tiende a reproducir y amplificar los mecanismos jerárquicos y discriminativos que se observan en el contexto particular de nuestra sociedad. Diversos estudios muestran cómo se ha difundido o decodificado el modelo de relación autoritaria que ha primado en el tradicionalismo médico local y que se ha quedado, en lo simbólico, en una visión jerárquica y de inferioridad de la cultura rural respecto a la cultura de los prestadores. Ello se expresa en una enorme distancia cultural y simbólica entre los usuarios de los servicios y el personal de salud y en un 'equilibrio de bajo nivel' extensamente documentado, donde predomina el maltrato y la discriminación a los pacientes^(31,32) además de la presencia de corrupción extendida fundamentalmente en los establecimientos de salud localizados en zonas de pobreza⁽³³⁾, en el marco de una cultura institucional autoritaria de los servicios públicos^(34,35). Algunos estudios muestran que a pesar de las pocas distancias étnicas y culturales entre los ciudadanos usuarios de los servicios

público y los prestadores locales, el rol y posicionamiento simbólico de los prestadores es determinante para configurar una relación caracterizada por la poca valoración de la cultura local⁽³⁶⁾, incluso con una clara visión de inferioridad de los pacientes en algunos casos específicos en zonas rurales⁽³⁷⁾.

En ese contexto, para imaginar un proceso de construcción de cambios en el estudiante que inicia su formación en medicina, por un lado, hay que considerar de manera prioritaria una preparación para una revisión general de su escala de valores. Esto es sumamente importante en un escenario en el cual los antivalores tienen un gran predominio en el conjunto de la sociedad peruana^(38,39,40,41). Ello reviste de gran importancia, en la medida que el proceso de educación médica debería llevarlos a un nuevo horizonte valorativo, donde el respeto al 'otro', en su condición de ser humano y ciudadano, sea un elemento central en la formación. Esta discusión es central, dado que el perfil de las competencias estará fuertemente asociado al perfil de valores que el estudiante requiere para manejarse en un tejido social y cultural tan jerárquico, autoritario y fragmentado como el peruano^(42,43,44). Por lo anteriormente expuesto, consideramos que es necesario desarrollar en el estudiante dos capacidades diferenciadas: la interculturalidad como experiencia de hibridación cultural, que le permita tener una visión de su proceso formativo como una experiencia de comunicación y aprendizaje en el campo cultural-social-médico y, de otro lado, la interculturalidad como una dimensión indispensable para el entendimiento del otro, en este caso el paciente, donde en torno a la cultura, se conjuga una complejidad de condiciones cuya comprensión es crucial para un adecuado manejo personal y profesional de su relación con los pacientes y con las comunidades con las cuales desarrollará su proceso de formación y, posteriormente, su actividad profesional.

La formación médica como proceso de hibridación intercultural y construcción del habitus médico

Es importante destacar en el contexto institucional que las universidades donde funcionan las escuelas de medicina tienen estructuras características que definen perfiles institucionales propios, muchas veces alejados de los principales problemas del país^(45,46), en nuestro medio, además, con una matriz cultural que tiende a reproducir los antivalores predominantes⁽⁴⁷⁾. Para entender adecuadamente las implicancias sociales y culturales de las universidades como espacios formativos, Silberman nos propone conceptualizar a la medicina y a la salud pública como un campo⁽⁴⁸⁾, es decir, un sector determinado de la actividad social donde se verifica un espacio social de acción y de influencia de agentes individuales y/o colectivos, que en este caso específico pueden ser expertos, profesionales, docentes y autoridades universitarias, los alumnos, sindicalistas, representantes de la industria, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, entre otros, en los cuales confluyen relaciones y dinámicas sociales determinadas⁽⁴⁹⁾.

Silberman enfatiza que los actores que participan en esta trama social que constituye el espacio universitario, interactúan en función a los capitales que están en juego en el proceso formativo: el capital simbólico y el capital cultural, que definen el saber y/o paradigmas sobre la salud, la profesión y el estatus social del médico. La posición y administración de estos capitales, remarca el autor, posibilita a su vez el control y acceso al capital social, político y económico, bienes que son disputados por distintos actores con distintos intereses. En el marco general de valores, jerarquías y reglas sociales que imperan en nuestra sociedad, los actores del proceso formativo (alumnos, profesores, autoridades, entre otros) para acceder a algunos de estos capitales deben aprender las reglas del juego, adaptarlas a sus intereses y sobre esas bases desplegar un proceso de acumulación.

Este proceso es central, porque es el eje del 'currículum oculto' del plan de estudios⁽⁵⁰⁾, donde se plasma un determinado modo de entender la medicina, tanto como actividad técnica y social y determina un elemento que cada vez adquiere más importancia: el *hábitus médico*. Se le define como un conjunto de predisposiciones construidas históricamente que se incorporan a la cultura y a la subjetividad de los médicos a través de un largo proceso de socialización que abarca todo su proceso formativo (en el aula y el hospital) y actividad profesional rutinaria y le dan contenido a sus prácticas en el quehacer cotidiano^(51,52). El *hábitus* implica la interiorización de determinadas prácticas y sentidos comunes, lo que permite a su vez su reproducción y permanencia en el tiempo. En ese sentido, el *hábitus* es una estructura que integra todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como una matriz de percepciones, apreciaciones y de acciones. Es decir, el *hábitus* es determinado históricamente (es decir, en el pasado) y a su vez define las prácticas futuras a partir de la reproducción de las predisposiciones interiorizadas^(53,54).

El problema, según Bordieu, es que el principio de la acción social radica en la interacción entre el *hábitus* y las estructuras y mecanismos existentes en el campo. Esta interacción es problemática, dado que el campo de la medicina es un espacio de ejercicio social y profesional (desde la vivencia de los facultativos, sean graduados o profesionales en formación), pero también es un ejercicio de ciudadanía desde la vivencia del paciente, que entra en relación con el médico a la espera de su curación y a la vez de ver plasmado, en ese acto, todo un conjunto de derechos civiles, sociales y culturales garantizados por el contrato social⁽⁵⁵⁾. Evidentemente lo que ocurre es una colisión de expectativas en la medida en que el *hábitus* médico predominante implica una estructura jerárquica de poder, profundamente autoritaria y que reproduce una visión de superioridad respecto al paciente, lo cual se expresa en maltrato, discrimina-

ción que en la práctica configura un escenario de mala calidad de atención⁽⁵⁶⁾ y una vulneración a los derechos de los ciudadanos⁽⁵⁷⁾.

La interculturalidad como elemento central para comprender la complejidad de 'La Otredad'

La interculturalidad, en el contexto de las ciencias de la salud, como lo refieren diversos autores, es un concepto en construcción sumamente complejo. Salaverry incluso llega a sostener que la interculturalidad es la última frontera de la medicina⁽⁵⁸⁾. Como señala Knipper, para efectos del diseño de los contenidos y actividades de aprendizaje requerimos establecer una clara definición de lo que entendemos por interculturalidad. Ello implica una reflexión de lo que significa 'la otredad' en términos de comprender de manera integral el fenómeno de la enfermedad como una experiencia profundamente humana desde la subjetividad de la persona que la sufre, inmersa en la complejidad de un contexto social y cultural determinado. De otro lado, ello se suma a un análisis de la complejidad de la práctica médica, en términos que esta se establece a partir de la interacción de dos subjetividades que responden a dos culturas diferentes (la del médico y la del paciente), indispensable para un adecuado proceso relacional en términos técnicos y éticos que derive en un recíproco entendimiento, para que los resultados de la interacción médico-paciente sean satisfactorios para ambas partes. En ese contexto, y basados en las reflexiones de Campos y Oyarce, podemos definir a la interculturalidad en salud, como "la capacidad de entender, respetar y tomar decisiones equilibradas en el marco de un contexto particular, individual o colectivo, de conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional"⁽⁵⁹⁾.

La relevancia del desarrollo de competencias interculturales en los estudios médicos parte del convencimiento de

que son fundamentales para enmarcar un proceso formativo basado en valores, proceso que Pedro Ortiz denominó 'moralización del aparato formativo'⁽⁶⁰⁾. Ello implica asociar los contenidos de la asignatura a valores más totalizadores, como los derechos humanos y la justicia social⁽⁶¹⁾. Apostamos a que estos principios le den sentido a la mirada y a la reflexión del estudiante en proceso de formación. Cuando el estudiante analiza los sistemas culturales en salud en el marco de la asignatura, no solamente lo hace para entender al complejidad del fenómeno de la salud y la enfermedad, sino también y fundamentalmente para asumir el derecho que le asiste al paciente a recibir un trato digno, sin ningún tipo de discriminación y con pleno respeto a su cultura y sus creencias. La discusión sobre los determinantes sociales de la salud en el contexto de la cultura va más allá de comprender los mecanismos que generan el fenómeno de la salud y la enfermedad a nivel social, sino fundamentalmente para entender el impacto de la desigualdad y la exclusión en la salud en la vida de individuos y poblaciones. La discusión en torno a los valores antes señalados es altamente relevante para el logro de un cambio importante que apunte a un sólido compromiso con estos principios, en la línea de lo que señalaba Paz Soldán, que debía otorgar la educación médica: '*Una vida y una manera de pensar*'⁽⁶²⁾, una marca ética que esperamos guíe la conducta y el proceso de construcción de valores que el estudiante dará inicio en su formación.

UN MODELO PARA ARMAR. PROPUESTA DE EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE EN EL CAMPO INTERCULTURAL PARA ALUMNOS DEL PRIMER AÑO DE MEDICINA

Como respuesta a la pregunta que nos señala nuestra práctica docente cotidiana ¿Cómo diseñar experiencias de aprendizaje que construyan competencias interculturales en un escenario social y cultural donde priman los antivalores y donde la exclusión 'del otro' es

parte del sentido común?, preferimos el duro e incomprensible camino de transparentar todas estas tensiones partiendo de la propuesta del recordado maestro Sanfernandino Pedro Ortiz:

“Creemos que el objetivo de la Educación en todos sus niveles y en todos los campos, debe ser formar cada personalidad a pesar de las limitaciones morales de la sociedad, pero con pleno conocimiento de su existencia y poder. Pero esta explicación de la inmoralidad existente implica una estrategia educativa que persiga este objetivo en el nivel profesional, que empiece por definir y explicar de qué naturaleza es la sociedad y el sujeto que se forma dentro de ella” ⁽⁶³⁾.

Ello implica desplegar una secuencia de contenidos teóricos que permitan otro posicionamiento respecto a los valores que los alumnos traen de la escuela secundaria y a la vez muestre de manera sugerente y provocadora a la salud, la enfermedad y la medicina en sí mismas como construcciones sociales y culturales. Ello en forma paralela a un trabajo en los espacios prácticos, bajo un enfoque denominado por Shapiro como de ‘Escritura Reflexiva’, orientado a recuperar un espacio de reflexión personal y colectiva de los alumnos de medicina, que implique desarrollar su imaginación y creatividad, alentando la creación de sus propias perspectivas, recuperando el valor de la escucha al ‘otro’, reconociendo la existencia de la diversidad de miradas de la realidad y desarrollar una actitud empática hacia su entorno. En general implica, como señala la autora, ‘inmunizar’ a los estudiantes contra el adoctrinamiento tácito de la formación médica hacia la indiferencia, el interés propio y la objetividad insensible ⁽⁶⁴⁾. Por ello, las actividades propuestas buscan que los alumnos que inician la carrera movilicen sentimientos e identidades primarias a través de miradas de la medicina y la sociedad peruana que les sorprendan, los emocionen y los conmuevan lo suficiente como para revisar sus propios valores y percepciones; ello, asociado a actividades prácticas orientadas a aprender un

nuevo patrón de socialización, con una intensa discusión de los valores inmersos en la interacción profundamente humana que implica la medicina como actividad técnica y social.

Para efecto del logro de las competencias identificadas se han planteado los siguientes contenidos teóricos y experiencias de aprendizaje los cuales se observan en la tabla 1.

Para efectos del desarrollo de actividades prácticas bajo la dinámica de ‘Escritura Reflexiva’, se diseñó con la asistencia técnica de la Universidad de Giessen, una guía estructurada de trabajo docente ⁽⁶⁵⁾, a fin de estandarizar la ejecución de dichas experiencias de aprendizaje. Cada sesión práctica está estructurada en tres partes, una primera donde se discute la base conceptual de la actividad, los criterios de selección de los materiales a utilizar y el proceso cognitivo a desplegar en la experiencia de aprendizaje, haciendo énfasis el proceso de reflexión a desarrollar y en las posibilidades de generar mayores niveles de discusión y pensamiento crítico ⁽⁶⁶⁾. La segunda parte es la pauta de la tarea, que incluye la identificación de objetivos y productos específicos del trabajo del estudiante y una tercera constituida por los textos de apoyo para la ejecución de las tareas a ejecutar.

Luego de iniciar la asignatura, introduciendo en la primera sesión práctica una dinámica de ‘reflexión-escritura’ que es transversal el diseño y ejecución de la secuencia del conjunto de las sesiones prácticas, se continúa con un proceso secuencial que hemos denominado ‘Introducción a la gestión de la otredad’, que parte por hacer que el alumno se reconozca a sí mismo como un sujeto cultural, con una historia personal, con una subjetividad, afectos, intereses y que empiece a descubrir esta complejidad en sus compañeros de estudio. Para ello, se recurre a una encuesta biográfica basada en la experiencia de Nava ⁽⁶⁷⁾, la cual hemos adaptado enriqueciéndola con algunos elementos de observación etnográfica básica ⁽⁶⁸⁾. En ese sentido, la aplicación del ins-

trumento nos plantea una dinámica de reconocimiento, que enriquece la mirada y las percepciones tanto de alumnos como de docentes. Por un lado, la discusión de los relatos permite sensibilizar a los alumnos respecto a la escucha y a valorar las experiencias e historias de vida de sus compañeros como relevantes y va empezando a considerar esta mirada como un criterio importante para la comprensión del contexto personal y social de sus semejantes.

Esta dinámica de escucha se profundiza al trabajar la dimensión de la experiencia subjetiva de quienes padecen la enfermedad o son afectados por algún elemento del entorno social. La dinámica de aprender, recitar y discutir el poema ‘Los nueve monstruos’ de César Vallejo permite recuperar el dolor como un elemento central de la experiencia subjetiva de enfermar ⁽⁶⁹⁾. El introducir elementos provenientes de la literatura y el arte ha sido una estrategia educativa que ha sido aplicada con éxito con alumnos de medicina ^(70,71). De otro lado, trascender la mirada de los alumnos pasando de modelos y esquemas causales de determinación social de la enfermedad a sentir el dolor de quienes la padecen, los ayuda a entender la magnitud del significado de la enfermedad como experiencia humana, lo que les permite un marco mayor de respeto frente a la complejidad biológica y social que representa el paciente ⁽⁷²⁾.

Posteriormente, se pasa a discutir con los alumnos, a partir de un sociodrama, la complejidad de la relación médico paciente en términos culturales. Lo que se espera de esta dinámica es que los alumnos trabajen su propia sensibilidad para colocarse en los ‘zapatos del otro’, de compenetrarse con la visión personal del paciente respecto a su enfermedad. Tratamos de trascender lo que podría entenderse como una ‘técnica de comunicación efectiva’ y enfatizar el imperativo moral que tiene el médico de comprender la problemática del paciente y utilizar esos elementos de juicio para apoyar la resolución de su problema y contribuir a su bien-

Tabla 1. Articulación de contenidos y experiencias de aprendizaje orientadas al logro de competencias interculturales en los alumnos de medicina del primer año. Asignatura de Ciencias Sociales y Realidad Nacional 2011-2013, Facultad de Medicina, UNMSM.

Contenidos teóricos relacionados	Experiencias de aprendizaje práctica	Objetivo instruccional	Herramienta Educativa
La Enfermedad y la Medicina como un hecho socio-Cultural	Lectura Reflexiva. Construcción de un Espacio personal de reflexión sobre el proceso formativo en Medicina	Desarrollar en el alumno un proceso de reflexión interna y escucha a sus semejantes	Coloquio. Reflexión colectiva sobre el significado de la Lectura Reflexiva
	El estudiante como sujeto histórico y cultural. Conociendo al Otro	Análisis de historia de vida personal, el alumno se perciba a sí mismo y a sus compañeros como sujetos históricos y culturales	Aplicación de Encuesta biográfica. Presentación y discusión de historias de vida de los participantes.
Los Determinantes Sociales de la Salud	Determinantes Sociales de la Salud. Mirando a nuestro alrededor	Reconocer en nuestro entorno diversas expresiones de los Determinantes Sociales de la Salud	Coloquio. Reflexión sobre los Determinantes Sociales que percibimos en nuestro entorno.
La Enfermedad como experiencia subjetiva*	El Dolor, la experiencia subjetiva de la enfermedad y los determinantes sociales.	Reconocer el sufrimiento como experiencia subjetiva de quien padece un problema de salud relacionado a los determinantes sociales.	Representación y discusión del Poema: 'Los nueve monstruos', de César Vallejo.
Interculturalidad en Salud El problema del otro. La raza como construcción social y su relación en el proceso salud-enfermedad	Tendiendo puentes al otro. La Antropología y las Destrezas Culturales Básicas	Reflexionar acerca del impacto que tiene la cultura biomédica en la comprensión de la problemática de nuestros pacientes.	Coloquio y representación de Sociodrama de diálogo entre un médico y un paciente
Los Síndromes Culturales Los Estilos de Vida como una construcción cultural	Los Síndromes Culturales. Patografía de Santa Rosa de Lima	El estudiante inicia reconocimiento de los elementos que componen un síndrome cultural y sus expresiones en la realidad	Coloquio acerca de la Patografía de Santa Rosa de Lima y análisis de los elementos de un síndrome cultural
Brechas y Exclusión en Salud. Pobreza, Salud, Desarrollo y Bienestar. Políticas de Protección Social	Vivir en los Márgenes. Salud y Enfermedad en la Pobreza	El estudiante reconoce el rol de las desigualdades y la exclusión social como un elemento que afecta el estado de la salud	Análisis a partir de una historia de vida, el impacto de la exclusión en la salud y en la vida cotidiana de los individuos
Derechos Humanos y Salud. La Salud Como un derecho social y cultural. Marco de protección de derechos en salud.	La Tuberculosis. ¿Enfermedad de los Individuos o de la Sociedad?	El estudiante reconoce los diversos aspectos sociales asociados a una enfermedad específica	Coloquio sobre la Tuberculosis como hecho social en el Perú. Discusión acerca de los diversos problemas en relación a la respuesta social e impacto social de la enfermedad

* Este punto se desarrolla como parte del contenido de "La Enfermedad y la Medicina como un hecho socio-cultural".

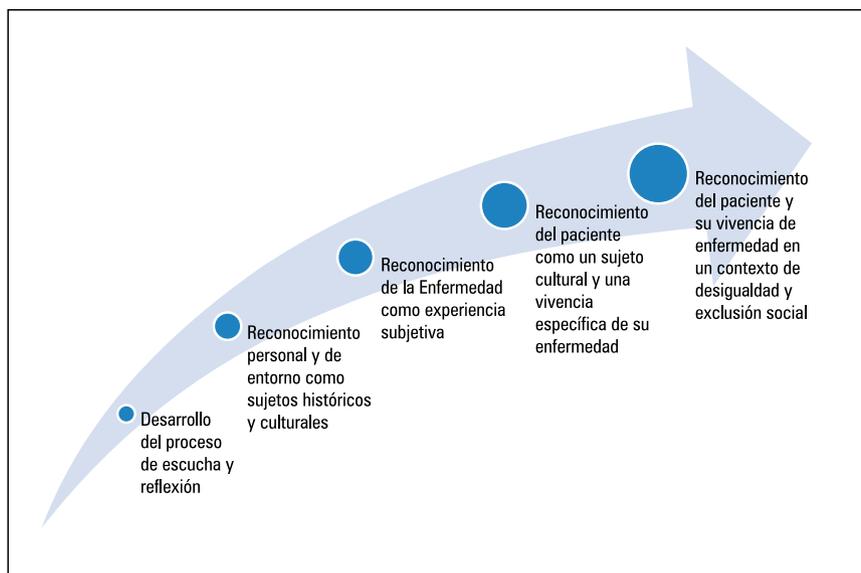


Figura 1. Diseño del proceso de experiencias de aprendizaje relacionadas con la "Gestión de la Otredad". Asignatura Ciencias Sociales y Realidad Nacional 2011-2013. Facultad de Medicina - UNMSM.

estar. Un tratamiento similar se realiza cuando se analiza las historias de vida de las personas de situación de pobreza y exclusión social. Para ellos, analizar y recoger 'las voces de los pobres' ⁽⁷³⁾ implica el reconocimiento de la existencia de un escenario social-cultural complejo en términos salud y enfermedad y permite enfatizar una visión más humana y comprensiva de la problemática de los pacientes en esa condición.

Una representación del conjunto del proceso se observa en la figura 1.

Consideramos que este proceso implica un avance significativo a la construcción de las que consideramos 'competencias interculturales de base':

- El reconocimiento del estudiante de la singularidad cultural del paciente o de una comunidad.
- El desarrollo en el estudiante de una actitud de respeto a las expectativas, expresiones y prácticas de un paciente o de una comunidad en el marco del proceso salud-enfermedad-atención.
- Un compromiso del estudiante con los derechos civiles, sociales y cultu-

rales de individuos y poblaciones de culturas diferentes.

- Una actitud del estudiante de empatía y capacidad de escucha de individuos y poblaciones pertenecientes a otra cultura.
- Capacidad del estudiante de identificar otros modelos de causalidad y atención terapéutica que utiliza el paciente o la comunidad.

En ese sentido, tanto los contenidos teóricos como las actividades de aprendizaje apuntan en forma sinérgica al logro de estas competencias básicas y señalan los problemas que derivan de situaciones donde estos elementos no son tomados en cuenta. El proceso de lectura reflexiva va en forma paralela al desarrollo de las actividades, lo que obliga al estudiante a pensar y discutir progresivamente sobre elementos más complejos. Posteriormente, desarrolla una actividad integradora, la elaboración de un póster, que le permite expandir su creatividad en un mensaje visual fruto de un ejercicio de reflexión y análisis de un problema concreto bajo la guía del docente de prácticas.

DISCUSIÓN

Un supuesto planteado en este proceso de identificación de contenidos y de diseño de experiencias de aprendizaje para el logro de competencias interculturales es que la universidad en sí misma es un espacio de hibridación sociocultural, entendiendo por hibridación "a los procesos socio-culturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas" ⁽⁷⁴⁾. En ese sentido, no solamente es el encuentro de alumnos de diferentes culturas, sino el proceso de decodificación y de fusión de información técnica, símbolos, valores, patrones de conducta, ideologías y productos culturales que se da en este espacio formativo universitario.

En el caso peruano, sentimos que el proceso de hibridación descrito es sumamente complejo ⁽⁷⁵⁾, dado que a la clásica oposición occidente-andino-amazónico, se suma un complejo proceso de urbanización y articulación local-regional-global asociado a un proceso de transformación del sistema de salud y del trabajo médico ^(76,77), donde se están cambiando aceleradamente valores, símbolos, jerarquías y que está generando una nueva relación entre el mundo de la medicina, la salud pública y la sociedad peruana ⁽⁷⁸⁾. En un proceso de decodificación y de reelaboración mutua, los distintos actores están re-significando la medicina peruana del siglo XXI en un proceso complejo, atravesado por numerosas tensiones, producto de una crisis cultural e institucional prolongada ⁽⁷⁹⁾ que recién estamos empezando a atisbar.

Barbero señala que las mayorías latinoamericanas se están incorporando a la modernidad sin haber atravesado por un proceso de modernización social; se están incorporando a la modernidad no a través del proyecto ilustrado sino a través de otros proyectos ⁽⁸⁰⁾ que tienen que ver con el logro de mayores ingresos y 'estatus' socio-económico que están asociados al proceso de urbanización y las industrias culturales. Sin

embargo, este proyecto de modernidad en nuestro país presenta los problemas derivados de los bajos niveles educativos de la población, de una baja cohesión social y un deterioro del valor de lo público. Ello implica, como lo han señalado varios autores, un escenario de fragmentación social, donde predominan la práctica de una cultura de la trasgresión, los antivalores, la persistencia y la aparición de viejos y nuevos patrones de exclusión, y un pragmatismo que parte de una emergencia individual a partir de la precariedad y la ausencia de un estado y una sociedad que nunca hizo nada para facilitar o contribuir significativamente en este proceso^(46,81,82). La medicina peruana que emerge en el siglo XXI responde perfectamente a ese escenario, que algunos configuran como una crisis cultural e institucional^(83,84,85).

Por todo este contexto, las actividades y contenidos deben estar orientados a fijar valores y actitudes configurando en la asignatura un 'sistema formador' que permita introducir cambios en esferas importantes de los estudiantes en un contexto de crisis y transición⁽⁸⁶⁾. Sin embargo, somos conscientes de las enormes limitaciones que enfrenta una asignatura pequeña, que responde a un limitado número de horas respecto al conjunto de las actividades lectivas del semestre. Es muy difícil establecer nuevos patrones de referencia en valores y principios, cuando en el resto de asignaturas se va construyendo diversos componentes del *hábitus médico*. Apostamos a que, al ser una asignatura del primer año, pueda generar una primera impresión lo suficientemente fuerte como para movilizar sentimientos y emociones primarias que van desde apelar a un lenguaje predominantemente visual en las conferencias teóricas hasta enlazar la reflexión sobre la relación entre la medicina y la cultura y la sociedad peruana con la tradición de pensamiento médico-social San Ferrnandino, es decir con un 'estilo de pensamiento'⁽⁸⁷⁾ que permita al estudiante enlazar la reflexión y la crítica con la construcción de su propia identidad.

Preferimos hablar de construir competencias interculturales de base, dado que en ese nivel del pre grado, incluso bajo la hipótesis de que se haya logrado una gran eficacia educativa, todavía estaríamos lejos del logro de competencias en términos profesionales, que requieren no solamente de una capacidad de empatía y respeto, sino también, de la capacidad de negociación y de tomar las decisiones (técnicas) adecuadas y lograr sinergias positivas con individuos y poblaciones de culturas diferentes⁽⁸⁸⁾.

Consideramos que esta iniciativa abre camino al desarrollo de otras actividades de mayor complejidad en otros espacios formativos del plan de estudios; pero, ello pasa por construir un eje de articulación de experiencias de aprendizaje, en consonancia con propuestas de educación médica, más modernas, que incorporan competencias sociales (habilidades comunicativas y de interacción social) concebidas como competencias transversales al plan de estudios⁽⁸⁹⁾. Sin embargo, para el logro de competencias orientadas a tener contacto en el campo, con grupos de población en el contexto de culturas con presencia de sistemas médicos tradicionales, se requiere un mayor desarrollo de capacidades institucionales, actualmente inexistentes, particularmente en técnicas de investigación etnográfica⁽⁹⁰⁾ como en investigación social en general.

Un elemento fundamental en este proceso es un adecuado proceso de profesionalización del grupo docente. Por un lado, un curso con una cantidad limitada de horas lectivas que aspira a tener una elevada eficacia educativa necesita de contenidos estructurados que aborden directamente los nudos críticos de los problemas cuyo abordaje propone la asignatura; ello implica de una especialización en la selección de contenidos que logre articular una propuesta coherente y que a la vez permita una pedagogía de 'entendimiento intercultural' que haga posible el desarrollo de valores y actitudes de solidaridad y comunicación humana⁽⁹¹⁾. Lo que implica contenidos estructurados

y pautas instruccionales muy precisas para focalizar la experiencia de aprendizaje en una reflexión que, desde su experiencia formativa, permita al estudiante un claro deslinde con 'patologías de la otredad' como el racismo u otros tipos de discriminación, y apostar por la construcción de una cultura alternativa que, en la práctica, corresponde a una contracultura respecto a los valores hegemónicos en nuestra sociedad y en nuestros espacios formativos^(92,93,94,95).

En ese sentido, a pesar de los avances obtenidos en el marco de la experiencia docente descrita, se requiere resolver algunos nudos críticos que nos impiden consolidar esta experiencia inicial. El principal es un sistema de organización de las asignaturas caracterizado por una lógica asambleísta, donde confluyen toda una gama de intereses y que carece de un continente de políticas institucionales de gestión educativa y estrategias de evaluación de la acumulación de logros y avances en las capacidades lectivas e instrumentales de los estudiantes, que permita salvaguardar y eventualmente dar continuidad a los procesos de desarrollo de las asignaturas. Ello es un serio obstáculo para institucionalizar innovaciones del proceso de enseñanza y alcanzar los niveles de profesionalismo y especialización requeridos para poder pretender avanzar en la línea de las nuevas tendencias en los planes de estudio de medicina.

¿Es posible seguir avanzando? Si lo-gramos trabajar en serio la institucionalización de estas innovaciones sería posible pensar en un curso similar en el segundo semestre, orientado al entrenamiento en técnicas etnográficas y en entrevistas a profundidad, que permita la observación y la entrevista a individuos con diversas experiencias, percepciones y marcos culturales de la salud y la enfermedad, tanto a nivel de los establecimientos de salud como en la comunidad y también una observación sistemática de las diversas expresiones del 'hábitus médico' en los espacios formativos docente-asistenciales, a fin de profundizar el proceso de reflexión y análisis sobre los principales proble-

mas identificados, además de continuar con el proceso de afirmación de los valores y capacidades iniciado el semestre anterior. Existen experiencias que muestran en diversos contextos institucionales que es posible alcanzar estos objetivos de innovación académica y lograr aportes importantes en la mejora de la formación en el pre grado de medicina^(96,97).

Somos conscientes de los serios límites que nos impone nuestro escenario institucional, que nos obliga a pensar en procesos complejos de largo plazo, con la dificultad adicional, observada en algunos países de la sub región andina, en donde a pesar del desarrollo de capacidades institucionales e incluso con políticas públicas explícitas de salud intercultural, la incorporación de competencias interculturales en los planes de estudio de las diversas carreras de ciencias de la salud se está dando muy lentamente^(98,99,100). Ello muestra una serie de barreras organizacionales y culturales que operan a nivel de las instituciones académicas, las cuales impiden el avance sostenido en este campo.

Un elemento a tener en cuenta es que existe consenso de que la ausencia de competencias interculturales en los egresados de las escuelas de medicina de nuestro país actúa en forma sinérgica con las deficiencias de formación clínica, realizada predominantemente en espacios hospitalarios y sin competencias técnicas adecuadas para el trabajo en centros de salud en zonas rurales del país, lo que se evidencia en diversas dificultades para el logro adecuado del desempeño^(101,102,103). Por ello, la urgencia de lograr el reconocimiento de nuestra comunidad académica, de la necesidad de dar pasos firmes y sostenidos en la incorporación de competencias interculturales en los planes de estudios médicos en particular y en el conjunto de carreras de ciencias de la salud en general.

Carlos Alberto Seguín, en el marco de la discusión del nuevo plan de estudios de la Facultad de Medicina de San

Fernando en 1964⁽¹⁰⁴⁾, mostró extensamente los diversos debates en torno a la mejora de la educación médica en Estados Unidos y en Europa, que señalaban la importancia de una formación integral de los alumnos de medicina y la necesidad de incluir en el plan de estudios contenidos de sociología y antropología, a fin lograr un entendimiento de la enfermedad en el contexto social y cultural de los pacientes. Es evidente, cincuenta años después, que se ha avanzado muy poco en la modernización curricular propuesta por dichos debates, por lo que debemos impulsar un movimiento que permita movilizar a los actores de nuestra comunidad académica al logro de consensos institucionales, que favorezcan romper esta fuerte impronta tradicionalista que nos mantiene en un anacronismo académico permanente, atrapados como institución en una cápsula de tiempo; ello nos impide avanzar hacia cualquier dirección y, en este caso particular, a un mayor desarrollo de contenidos en interculturalidad y, en general, en ciencias sociales y humanidades médicas. Ello le permitirá convertirse, en forma progresiva, en uno de los ejes del plan de estudios y lograr algún nivel de sintonía con las tendencias más avanzadas de en educación médica en el pre grado de medicina^(105,106,107).

Sin embargo, la incorporación de competencias interculturales en el plan de estudios médicos es más que un problema de tecnología educativa. Es fundamentalmente un problema ético y un compromiso histórico. Hace casi 200 años, en las aulas de nuestra escuela de medicina una generación de brillantes San Fernandinos fueron capaces de imaginar la independencia del Perú. Pero, las generaciones posteriores no pudieron concebir un proyecto de medicina nacional pensando en la cultura de amplios sectores de peruanos andinos y amazónicos. En pleno siglo XXI, es nuestro deber y obligación salir de nuestra inercia y avanzar sostenidamente en planes de estudios médicos que incorporen la cultura y la mirada de nuestras poblaciones, como

una apuesta por una nueva medicina nacional, que nos lleve, como los fernandinos de antaño, a contribuir a la transformación y progreso del país.

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa su profundo agradecimiento al Dr. Eduardo Zárate, por su apoyo permanente como Coordinador del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNMSM, al Profesor Michael Knipper de la Universidad de Giessen por su permanente colaboración y aliento para el desarrollo de esta experiencia, al Dr. Gustavo Franco y a los profesores de la asignatura de Ciencias Sociales y Realidad Nacional por sus valiosos aportes, esforzado trabajo y compromiso con la docencia, que hicieron posible el desarrollo de esta experiencia de innovación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallejos N. Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Escuelas de Medicina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1965;5:428-37.
2. Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales en la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. Educación Médica y Salud. 1994;28(1):53-93.
3. Los cambios en la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica. Edimburgo, Escocia, Agosto de 1993. Educación Médica y Salud. 1994;28(1):125-37.
4. Girón SA. La mirada occidental hacia el otro: Dos siglos de difíciles encuentros. Dynamis. 2009;29:17-28.
5. Proetzel J. Procesos interculturales. Texturas y complejidad de lo simbólico. 1ra Edición. Lima, Perú: Universidad de Lima, Fondo Editorial, 2006.
6. Valdizán H. La Alienación Mental de la Raza India. Anales de la Facultad de Medicina de Lima. 1925;7:145-63.
7. Kuczynski M. Un memorándum sobre la creación de un instituto médico y sanitario en el Sur del Perú. La Reforma Médica, 2da. Quincena de Mayo, 1945:333-7.
8. Knipper M. Antropología y "crisis de la medicina": el patólogo M. Kuczynski-Godard (1890-1967) y las poblaciones nativas de Asia Central y Perú. Dynamis. 2009;29:97-121.
9. Murillo PJ, Salaverry GO, Franco PG. País enfermo y despoblado. Debates sanitarios y proyectos de desarrollo en el Perú en la primera mitad del siglo XX. En: Hochman G, Di Liscia M, Palmer S. Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina. 1ra Edición. Buenos Aires; 2012:155-79.

10. Seguín EC. Introducción a la Medicina Psicosomática. Lima: Imprenta Gráfica Scheuch, 1947.
11. Seguín EC. El síndrome psicósomático de desadaptación. En: Carlos Alberto Seguín, Editor. *Psiquiatría y Sociedad. Estudios sobre la realidad peruana*. UNMSM, Lima, 1962:27-39.
12. Alarcón R. Honorio Delgado y Carlos Alberto Seguín en la Psiquiatría Peruana y Latinoamericana. *Rev Neuro-Psiqui*. 1977;60:240-7.
13. Seguín EC. La Psicología en la enseñanza de la Psicología. Ponencia en el VIII Congreso Interamericano de Psicología, Mar del Plata, 2-7 de Abril de 1968.
14. Seguín C. Discurso pronunciado en el Paraninfo de la Facultad de Medicina de San Fernando, al recibir el título de Profesor Emérito, Lima Perú, 16 de abril de 1982.
15. Silva TM. Conversaciones con Seguín. Lima: Mosca Azul Editores, 1979.
16. Bustíos RC. Educación Médica y su Contexto: Facultad de Medicina de San Fernando. Perú: 1856-1969. Lima: UNMSM, 2006:229-31.
17. UNMSM. Facultad de Medicina. Seminario de Evaluación Curricular de la Escuela Académico-Profesional de Medicina Humana. Lima 4-6 de junio de 1987.
18. UNMSM, Facultad de Medicina. Seminario de Reforma de la Educación Profesional en Salud. Lima 24-26 enero de 1990
19. UNMSM. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Plan Curricular 1996.
20. Knipper M, Crespo A. Proyecto de cooperación académica trilateral con enfoque intercultural para fortalecer la educación universitaria en humanidades médicas (2009-2012). Justus-Liebig - Universität Giessen, Alemania, Pontificia Universidad Católica del Ecuador y Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Poster; Deutscher Akademischer Austausch Dienst (DAAD) 2009.
21. Meñaca A. Salud y migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. En: Fernández G. (Coordinador). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: BOLHISPANIA- Abya Yala-Universidad de Castilla La Mancha, 1ra Edición. 2004:53-64.
22. Flores GA. República sin Ciudadanos. En: *Buscando un Inca. Identidad y Utopía en los Andes*. México: Editorial Grijalbo, 1988:263-89.
23. Nugent G. *El Laberinto de la Choleidad*. 2da Edición. Lima: UPC, 2012.
24. Zavala V, Zariquiey R. Yo te segrego a ti porque tu falta de educación me ofende. Una aproximación al discurso racista en el Perú. En: Teun Van Dijk T, Coordinador. *Racismo y Discurso en América Latina*. Barcelona. 2007:333-70.
25. Twanama W. Racismo Peruano, ni calco ni copia. *Quehacer*. 2008; 170:103-11.
26. Kogan L, Fush R, Lay P. No pero Sí. Discriminación en empresas de Lima Metropolitana. Universidad del Pacífico, Lima 2013.
27. Bruce J. Nos habíamos choleado tanto. *Psicoanálisis y racismo*. Lima: Universidad San Martín de Porres, 2007.
28. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final (Perú: 1980-2000). Tomo VIII, Tercera Parte, Conclusiones Generales. Lima, 2004.
29. Kleimann A, Benson P. Anthropology in the clinic. The problem of cultural competency and how to fix. *PLoS Med*. 2006;3(10):e294.
30. Knipper M. Más allá de lo indígena: Salud e Interculturalidad a nivel global. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27(1):91-101.
31. Reyes E, Valdivia N. Avanzando en la comprensión de las inequidades étnico/raciales en Salud: ¿Existen prácticas de discriminación hacia la población indígena en los servicios del Estado? Informe Final, Lima 2010.
32. Amnistía Internacional. Perú Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil. Londres, 2006.
33. Yamada G, Montero R. Corrupción e inequidad en los servicios públicos en el Perú. Universidad del Pacífico-CIES. Documento de Trabajo N°87, Lima 2011.
34. Tamayo G. Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima; CLADEM, 1998.
35. Zárate CE. Los Derechos en Salud. Proceso y debate. *Situa*. 2004;13(2):5-11.
36. Arroyo LJ, Saavedra ChC, Cueto CM et al. Interculturalidad en la atención de la Salud. Estudio Socio-Antropológico de Enfermedades que cursan con Síndrome Ictero-hemorrágico en Ayacucho y Cuzco. MINSA-Proyecto Vigía, Lima 2001, páginas192-202.
37. Huayhua M. Discriminación y exclusión: Políticas públicas de salud y poblaciones indígenas. Instituto de Estudios Peruanos, Lima 2006.
38. Salazar BA. Entre Escila y Caribdis. Reflexiones sobre la vida peruana. Lima, Casa de la Cultura del Perú, Lima 1969.
39. Ballón JC. Ética, modernidad y autoritarismo en el Perú. En: *¿Un mundo sin certezas? Ética y saber en la modernidad*. 1ra. Edición. Lima: UNMSM-Sur, 1997:13-24.
40. Portocarrero G. Rostros criollos del mal. Cultura y trasgresión en la sociedad peruana. Lima, Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, Lima 2004.
41. Nizama VM. La corrupción: Psicopatología. *Revista IIPSI, UNMSM*. 2008;11(2):201-13.
42. Miro Quesada R. Lo andino no es lo peruano. Ensayos sobre la cultura peruana. Universidad Nacional del Centro, Huancayo, 1ra Edición, 2012:163.
43. Ugarteche O. La Arqueología de la Modernidad. 2da Edición. Lima: DESCO, 1999:141-76.
44. Ames P. Discriminación, desigualdad y territorio. Nuevas y viejas jerarquías en definición. En: Cueto M, Lerner A, Editores. *Desarrollo, desigualdades y conflictos sociales. Una perspectiva desde los países andinos*. Lima: IEP, 2001:15-34.
45. Bermejo J. La fábrica de la ignorancia. La universidad del "como si". 1ra Edición. Madrid: Editorial Akal, 1998.
46. Abugattas J. Elementos para un debate sobre la universidad. UNMSM: Alma Mater. 1996;11:59-77.
47. Neira H. El Mal Peruano 1990-2001. Lima: Ed. SIDEA 2001:139-51.
48. Silberman MS, Silberman P, Pozzio M. Evaluación de una propuesta pedagógica de la enseñanza de la medicina. *Salud Colectiva*. 2012;8(2):175-89.
49. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2010;6(3):275-93.
50. Foutoul VdGT, Nuñez FA. Lo que decimos y lo que hacemos, la incongruencia en la enseñanza de los buenos hábitos. *Inv Ed Med*. 2013;2(7):119-21.
51. Bonet O. Saber e sentir. Una etnografía da aprendizagem da medicina. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2004.
52. Consejo C, Viesca TC. Ética y relaciones de poder en la formación de residentes e internos: algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bordieu. *Bol Mex His Fil Med*. 2008;11(1):16-20.
53. Capdevielle J. El concepto de habitus: "Con Bordieu y contra Bordieu". *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*. 2011;10:31-45.
54. Córdova PR. El concepto de habitus de Pierre Bordieu y su aplicación a los estudios de género. *Colección Pedagógica Universitaria*. 2003;40:1-10.
55. Castro R. Habitus profesional y ciudadanía hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en la salud reproductiva en México. En: Castro R, López Gómez A, Editores. *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de las profesiones de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Avances y desafíos en la investigación regional. Montevideo: Universidad de la República-UNAM, México, 2010.
56. Perdomo RA, Martínez SP. Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá. *Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá (Colombia)*. 2010;9(19):150-78.
57. Arenas P, Canevari P, Isac R. Tutelaje y apropiación: Experiencias de discriminación en el campo de la salud. *Revista CIFRA*. 2010;5:157-73.
58. Salaverry O. Interculturalidad en Salud. *Rev. Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27(1):80-93.
59. Campos NR. Experiencia sobre salud intercultural en América Latina. En: Fernández Juárez G (Coordinador). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2004:129.
60. Perales CA. Ética y humanismo en la formación médica. *Acta Bioethica*. 2008;14(1):30-8.
61. Hixon A, Yamada S, Farmer P, Maskarinec G. *Justicia Social: el corazón de la educación médica*. *Medicina Social*. 2012;7(3):183-91.
62. Paz Soldán CE. *La Escuela Médica Peruana*. Lima: Instituto de Medicina Social, UNMSM, 1932:191.
63. Ortiz CP. Necesidad de un enfoque ético de la educación en medicina. *An Fac med*. 2001;62(1):72-81.
64. Shapiro J, Kasman D, Shafer A. Word and Wards: A model of reflective writing and its uses in medical education. *J Med Humanit*. 2006;27:231-44.
65. Murillo PJ. Guía de Práctica Docente. Curso de Ciencias Sociales y Realidad Nacional. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, UNMSM, 2013.
66. Nolla DM. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educación Médica*. 2006; 9(1):11-6.
67. Nava HR, González CE, Macedo L, Sandoval AP. La "Encuesta Biográfica": Investigación didáctica en estudiantes de medicina. *Rev Fac Med UNAM*. 2001;44(4):181-4.
68. Guerrero AP. Guía Etnográfica para la Sistematización de Datos sobre la Diversidad y la Diferencia de las Culturas. Quito: Ed. Abya Yala, 2002.
69. Kleinman A, Brodwin P, Good B, DelVecchio Good MJ. Pain as human experience: an introduction. En: DelVecchio Good MJ, et al. Editores. *Pain as Human experience. An anthropological perspective*. California: University of California Press, 1992:1-28.
70. Shapiro J, Morrison E, Boker J. Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. *Education for health*. 2004;17(1):73-84.
71. Baños J. El valor de la literatura en la formación de los estudiantes de medicina. *Educación Médica*. 2003;6(2):93-9.
72. García D, Godoy P. ¿Puede prevenirse este dolor? *Gaceta Sanitaria*. 2005;19(3):270-1.
73. Francke M, Reynoso R. Salud y enfermedad en los márgenes. *Diagnóstico participativo en comu-*

- nidades peruanas que sufren pobreza y exclusión. Lima: CIES-CARE, 2007.
74. García Canclini N. Culturas híbridadas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad. 1ra. Edición Actualizada. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2001:13-33.
 75. Molinari MT. Sobre la invisibilización y las representación de lo indígena en el Perú. Algunas reflexiones sobre problemas centrales en la construcción social de ciudadanía. Investigaciones Sociales, UNMSM. 2008;12(20):217-27.
 76. Lip C. Los cambios en la profesión médica y sus implicaciones. Educación Médica y Salud. 1994;28(1):94-124.
 77. Arroyo LJ. Los Sistemas descentrados de Recursos Humanos en Salud. El Caso del Perú 1990-2005. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4):1063-72.
 78. Murillo PJ, Mendoza W Franco PG. ¿Quo Vadis Salud Pública? Discurso y práctica de la Salud Pública en el Perú y su auge universitario en la década de los noventa. An Fac med. 2000;61(2):146-60.
 79. Arroyo LJ. La modernización del cientifismo y el arcaísmo nacional actual: el caso de la formación médica en el Perú. Educ Med Salud. 1992;26(1):51-68.
 80. Barbero M. Ponencia presentada en el seminario "La ciudad: cultura, espacios y modos de vida" Medellín, abril de 1991. Extraído de la Revista Gaceta de Colcultura N° 12, Diciembre de 1991, editada por el Instituto Colombiano de Cultura. ISSN 0129-1727. Dirección electrónica: <http://www.naya.org.ar/articulos/jmb.htm>
 81. Durand F. El Perú fracturado. Formalidad, informalidad y economía delictiva. 1ra Edición. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú, 2007.
 82. Meléndez C. El "Rational" Cholo. El Comercio, Lima, 8 de enero del 2013.
 83. Arroyo LJ. Tradición y nación: a propósito del debate de la medicina en el Perú. Alma Máter, UNMSM, 1994;8:41-50.
 84. Perales A. Crisis en la profesión médica de Lima Metropolitana. Situa. 1992-1993;1(1):37-41.
 85. Murillo PJ. San Fernando: ¿Utopía o proyecto inconcluso? An Fac med. 2008;69(2):130-9.
 86. Ortiz CP. Ética social para el desarrollo moral de las instituciones educacionales y de salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima 2007.
 87. Fleck L. La génesis y desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
 88. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Competencias interculturales para el personal de salud. Secretaría de Salud, México, 2009.
 89. García VJ. Las competencias que nos faltan. Los Retos de la Educación Médica. 2012;1(1):74-81.
 90. Knipper M. Joining ethnography and history in cultural competence training. Cul Med Psychiatry. 2013;37:373-84.
 91. Dietz G. Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en educación. Una aproximación antropológica. 1ra Edición, México: Fondo de Cultura Económica, 2012:187-8.
 92. Informe final del grupo de investigación sobre racismo y discriminación de la Oficina del Sector Social de la Compañía de Jesús. ¿Nosotros, racistas? Una mirada al racismo desde los jóvenes. Universidad Ruiz de Montoya, Lima Julio 2012:113-23.
 93. Planas M, Valdivia N. Percepciones de discriminación y relevancia de lugares, modalidades y motivos étnico/raciales en Lima y Cusco. Proyecto "Raising awareness on the connection between race/ethnicity, discrimination, poverty and health inequalities in Peru". Informe Final, Lima Agosto 2007:24-37.
 94. Kogan L, Galarza F. Percepción sobre discriminación en el ámbito académico y laboral de universitarios de cuatro ciudades del Perú. Documento de discusión. Universidad del Pacífico, Lima 2012.
 95. Moreno CC, Sepúlveda GL. Discriminación y violencia contra los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas. Inv Ed Med. 2013;2(5):37-41.
 96. Knipper M, Akinci S, Soydan N. Culture and healthcare in Medical Education: Migrants; health and beyond. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. 2010;27(3):1-6.
 97. Parada M, Gregoire IJ, Casanova ZD, Vidales MA. Incorporación de contenidos de Ciencias Sociales y humanas en el currículum de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Cuad Méd Soc (Chile). 2009;49(4):238-45.
 98. Painemilla A, Sanhueza G, Vanegas J. Abordaje cualitativo sobre la incorporación del enfoque de salud intercultural en la malla curricular de universidades chilenas relacionadas con zonas indígenas. Rev Chil Salud Pública. 2013;17(3):237-44.
 99. Arce AI. La formación del profesional en salud y la incorporación de la interculturalidad en la currícula facultativa. Gac Med Bol. 2012;36(1):48-50.
 100. Petracca Y. Humanidades y Biomedicina: Las Complejidades de su integración curricular en la carrera de medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, 1ra Edición. 2012.
 101. Frisancho A, Masala G, Motta F, Johnson J, Garrido E. Salud Comunitaria en el Ande Peruano. Reflexiones sobre una experiencia de cooperación con médicos y enfermeras en servicio rural. Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino. 1ra Edición. Lima, 1993.
 102. Jaramillo BA, Escalante GG, Pollarolo GP y col. Estudio sobre los recursos humanos en salud en Perú: Gestión, distribución, normatividad, regulación, condiciones laborales y salariales y formación. Lima: GRADE, Grupo de Análisis para el Desarrollo, 2006.
 103. Reyes SE. "Allá es clínicamente así: saber llegar". De la formación a la práctica profesional médica. El Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS). Apuntes, Revista de Ciencias Sociales. 2011;38(69):55-80.
 104. Seguin CA. La preparación psicológica del estudiante de medicina. 1ra. Edición, Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1964:15-127.
 105. Committee on Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula. Improving Medical Education. National Academies Press, Washington 2004.
 106. Behavioral and Social Science Foundations for Future Physicians. Association American Medical Colleges. Washington 2011.
 107. Wachtler C, Lundin S, Troein M. Humanities for medical students? A qualitative study of a medical humanities curriculum in a medical school program. BMC Medical Education. 2006;6:16. Disponible en: www.biomedcentral.com/1472-6920/6/16.

Conflictos de interés:

El autor descarta cualquier conflicto de interés.

Correspondencia:

Juan Pablo Murillo

Correo electrónico: jpmurillo@gmail.com