



## INTERCULTURALIDAD Y COMPETENCIA COMUNICATIVA EN LA FORMACIÓN MÉDICA Una apuesta para superar la barrera idiomática

Interculturality and communicative competence in medical training  
A bet to overcome the language barrier

JOSÉ ALFREDO CARRASCAL-FUENTES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad del Magdalena, Colombia

---

### KEYWORDS

*Language barriers  
Medical training  
Interculturality  
linguistic competence  
Intercultural doctors  
Medical practice  
Plural contexts*

---

### ABSTRACT

*Aware of the meaning of the interrelationships, the competence of a native language in primary and hospital care physicians in societies and communities where cultural care pluralism converges is considered relevant, in congruence, to approximate the sociomedical context and the specific institutional and community actors, in order to resignify the doctor-patient relationship from the dialectical authenticity of the autochthonous groups that make it possible to mitigate linguistic disagreements within plural contexts, granting the comprehensive management of the patient and responding to health needs, a complex and challenging practice to recognize ethnic and cultural heterogeneity.*

---

### PALABRAS CLAVE

*Barreras idiomáticas  
Formación médica  
Interculturalidad  
Competencia lingüística  
Médicos interculturales  
Práctica médica  
Contextos plurales*

---

### RESUMEN

*Consciente del significado de las interrelaciones, se considera relevante la competencia de una lengua originaria en los médicos de atención primaria y hospitalaria en sociedades y comunidades donde confluye el pluralismo cultural asistencial, en congruencia, para aproximar el contexto sociomédico y los actores específicos institucionales y comunitarios, en aras de resignificar la relación médico-paciente desde la autenticidad dialéctica de los grupos autóctonos que posibiliten atenuar los desencuentros lingüísticos dentro de los contextos plurales, otorgando el manejo integral del paciente y responder a las necesidades sanitarias, una práctica compleja y retadora para reconocer la heterogeneidad étnica y cultural.*

---

Recibido: 20/ 07 / 2022

Aceptado: 26/ 09 / 2022

## 1. Introducción

Los lineamientos y principios epistemológicos que dirigen la formación del talento humano en salud emergen del recorrido histórico, estrategias curriculares académicas, hegemónicas y de las circunstancias sociales, ambientales, políticas y sanitarias inmersa en la sociedad, por tal razón, la medicina es considerada como un programa polivalente y nuclear de largo acervo académico que contribuye a la atención integral para afrontar y resolver los problemas de la salud y la enfermedad, dentro de contextos diversos y pluriversos, actuando como eje vertebrador y manteniéndose como referentes de primera línea.

Sin embargo, los escenarios de praxis y formación del médico, en la actualidad se basa en la atención del paciente intrahospitalario, ambulatorio, en aras de un desempeño idóneo y competente para ejercer en los distintos niveles de atención; no obstante, hay evidencia suficiente que develan la ausencia de construcción comunicativas, éticas, barreras lingüísticas, culturales, geográficas y precarias competencias interculturales e investigativas que profundizan y generan desprofesionalización médica por la filosofía mercantil y el déficit de formación humanística, sociolingüística y cultural de los profesionales médicos. Al respecto:

El ejercicio actual de la medicina ha derivado en un trabajo enajenado en el que el profesional ha perdido el control sobre la organización de su propia actividad, la cual se ha transformado en algo extraño, ajeno y hostil, tanto para él como para quienes requieren de su servicio. (Rodríguez *et al.* 2020, p. 1)

En este mismo sentido, Arias y Patiño (2021) hacen mención que:

En Colombia la deficiencia en la atención médica es un problema constante y progresivo, debido a múltiples factores que determinan el acceso oportuno y de calidad que la población necesita. Por ello [...] las barreras administrativas, económicas, culturales y geográficas que se pueden presentar durante el proceso de atención médica, las cuales determinan que la culminación del proceso medico asistencial sea exitoso o no. (p. 8)

Sumado a esto, se mantiene en algunos claustros académicos el modelo pedagógico tradicional, dominante e impositivo, cuyo resultado de estas divergencias han sido el deterioro de la relación médico paciente y familiar con el apoteósico surgimiento del escepticismo, la hostilidad, la medicina defensiva de manera bidireccional, que como consecuencia ha posibilitado la erosión del entorno clínico. Además, que no permite la emergencia de un conocimiento ancestral de la cultura nativas del país, dado como resultados la escasa participación investigativa nacional e internacional.

Este modelo aún cobra vigencia en el contexto educativo actual, pues hay docentes... que continúan enseñando mediante clases magistrales y consideran ser la máxima autoridad en el aula y los poseedores del conocimiento en consecuencia, los alumnos son simples receptores y centros de almacenamiento de información que posteriormente debe ser recitada “al pie de la letra” mediante exposiciones y exámenes. (Vergara y Cuentas, 2015, p. 919)

De todo esto se desprende que, se hace cada vez más imperativo el manejo integral del paciente por parte de las y profesionales sanitarios competentes para responder a las necesidades en el sector de la salud, una práctica cada vez más compleja y retadora en reconocer la heterogeneidad étnica y cultural, noción que no sólo hace referencia a la existencia de indígenas y afrocolombianos. En tal sentido, los programas de medicina y el modelo tradicional no están respondiendo a la educación intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, dejando de incorporar nuevos escenarios clínicos, referente a eso:

El modelo tradicional no responde ya a las nuevas expectativas sociales; las transformaciones sin precedentes en el entorno de la formación y el ejercicio de la práctica de la medicina han desencadenado, a escala mundial, un intenso proceso de revisión de la autonomía y regulación de la profesión médica y sus relaciones con la sociedad y el Estado. (González y León, 2017, p. 95)

Consciente de lo que significa entender la importancia de las interrelaciones y a partir de los argumentos expuestos, se plantea el siguiente objetivo, resignificar la competencia comunicativa e intercultural en el recurso humano en salud. Desde este objetivo una apuesta para reconocer las dinámicas territoriales y lingüísticas como epicentro expresivo situado en los contextos de la diversidad y colectivos inmersos en la praxis médica dentro de la cotidianidad de los pluriversos y de esta manera, convertirse en actores y puentes para la construcción de nuevos senderos y tejidos necesarios para la emancipación y participación. En este contexto Santos (2016) menciona que “más allá de poder entablar una conversación fructífera con los pacientes, hablar su idioma representa el respeto a sus diferencias y la aproximación humanizada a su salud y cultura” (p. 186).

En este marco, y siguiendo con los planteamientos anteriormente mencionados, una de las manifestaciones más evidente en nuestra época hace referencia a la educación con enfoque intercultural, por esta razón, el artículo se desarrolla con propósito de desplegar la formación de los profesionales del recurso humano en salud con competencias comunicativas y sociolingüísticas en aras de apuntar a superar las barreras idiomáticas.

Se resalta la urgencia de la implementación de, al menos, una lengua originaria en el currículo de los profesionales de la salud, especialmente en las facultades de Medicina, sobre todo en aquellas con ubicación en los departamentos de mayor densidad lingüística. (Santos, 2016, p. 186)

En la actualidad, los programas de formación médica del talento humano en salud no están respondiendo a la educación intercultural, precipitando las barreras para la construcción de la competencia comunicativa y lingüística, dejando de incorporar nuevos escenarios clínicos, despojados del bagaje cultural de los pueblos originarios, entonces, es imprescindible nuevas formas de interacción y desbordarse de los marcos teóricos de base occidental para entender, desarrollar y co-construir el conocimiento desde las realidades, desde la descolonización de las estructuras homogeneizante cimentada en los contextos y en la diversidad étnica y cultural de Colombia como instrumento de reconocimiento y transformación social. Por su parte, Aguilar *et al* (2020) consideran que “una de estas barreras tiene su origen en la educación que se brinda a los profesionales de la salud” (p. 3).

En consideración con lo anterior, la pertinencia intercultural en el campo de la salud dependerá de la formación y sensibilidad del recurso humano, asimismo, de las políticas públicas sanitarias no solo para entender e interactuar en el marco de la salud y enfermedad sino además, para validar la eficacia del proceso relacional entre culturas, visibilizar los obstáculos que complejizan la relación médica con los pueblos originarios y colectivos, las barreras idiomáticas entre el personal sanitario y los usuarios con características particulares, la dependencia de intérpretes, desmontar estereotipos estigmatizadores en tordo a las cosmovisiones y reducir las prácticas discriminatorias. En este sentido, Aguilar *et al.* (2020) afirman que “gracias a los estudios en interculturalidad, se sabe que la salud también debe ser intercultural y que las políticas públicas deben incluirla para poder obtener los resultados esperados en la comunidad objetivo” (p. 1). Aunado a este panorama es de mencionar que, promover la interculturalidad en salud y las competencias comunicativas y lingüísticas, apuntan a vislumbrar desde la formación académica y los contextos culturales, la interconexión equitativa desde la perspectiva de la complementariedad.

En el marco de las líneas anteriores, configurar un nuevo horizonte desde la perspectiva del reconocimiento de las demás culturas y colectividades, encamina a las entidades de la salud y

futuros profesionales sanitarios ser reconocedores del contexto sociocultural de la población que va a ser atendida, los territorios y logren vincularlos a las dinámicas del entorno clínico hospitalario. Como indican Mendoza *et al.* (2019)

Los sistemas sanitarios de casi todos los países del mundo se enfrentan al desafío de atender adecuadamente las necesidades sanitarias de poblaciones culturalmente heterogéneas, bien porque incluyen migrantes provenientes de otras culturas –con frecuencia con un escaso dominio de la lengua o lenguas vernáculas– o bien porque en el propio país existen minorías étnicas con características culturales y socioeconómicas diferenciadas de las del sector mayoritario de la población. (p. 23)

Dentro de este orden de ideas, las categorías comunicativas y lingüística del enfoque intercultural en la formación médica desde las entidades de atención y cuidado de la salud y sobre las multidiversidades es necesario para responder a las necesidades reales de los pluriversos atender de manera integral al paciente, apuntando al fortalecimiento del vínculo profesional sanitario con los colectivos diversos potenciando una praxis desde adentro, desde las sensibilidades y comprometida con la otredad. Al respecto, Espinoza y Derrington (2021) señalan que:

Las organizaciones de atención de salud deberían hacerlo de manera responsable dotándose de personal y médicos clínicos, utilizando servicios de interpretación disponibles y defendiendo los cambios sistémicos que consideren las competencias lingüísticas como un aspecto de diversidad en lugar de una barrera para una atención. (p. 113)

Lo anterior nos permite inferir que, la convergencia entre la interculturalidad y la salud no se refiere exclusivamente a la atención médica de los grupos originarios, sino al reconocimiento del entretrejo cultural ya existente inserto en el multicolor territorial para la comunicación recíproca entre las culturas, entre saberes y práctica de manera bidireccional.

Teniendo en cuenta los actores sociales, es potencialmente relevante impulsar nuevas experiencias desde la interculturalidad en el campo de la salud desde la génesis curricular, los espacios académicos superiores, los escenarios de asistencia sanitaria, los territorios ancestrales, desde la emancipación lingüística apuntando a la integración de las existencias y nuevas construcciones favoreciendo y revitalizando el equilibrio de las diferencias y homogeneidades.

En este contexto situado y contextualizado, se sumerge en una realidad particular y en las necesidades de la salud en lo que se refiere a la formación médica y sus dimensiones para reivindicar y reconocer las diferencias, la asimetría y la apropiación a partir de la experiencia de los actores y la identificación de la situación problemática en su escenario natural.

Al mismo tiempo, con los nuevos cambios políticos, educativos y económicos emergentes del escenario de la globalización, así mismo las olas migratorias, se hace necesario comprender e intervenir en la nueva educación médica para responder a las dinámicas y exigencias de los procesos en permanente cambio. Al respecto:

En esta época de profundos cambios estructurales de la medicina, ocasionados principalmente por el poder de los grandes compradores de servicios, por el continuo avance de la tecnología, corresponde a las universidades y facultades de medicina, así como a los colegios y Academia de Medicina, defender los valores fundamentales y el capital intelectual de la medicina. (González y León, 2017, p. 99)

Desde este horizonte propuesto por el autor, se hace imperativo un manejo integral del paciente por parte de los y las profesionales de la salud, de este modo, es necesario consolidar sistemas incluyentes para construir senderos desde los escenarios educativos y clínicos hospitalarios con diálogos y vínculos dinámicos, flexibles y participativos entre culturas, capaz

de clarificar las diferencias, atenuar la desprofesionalización y responder a las exigencias del sector salud, en aras de construir competencias que posibiliten dar respuesta a las necesidades de los contextos educativos y sanitario. Al respecto, González y León (2017) señalan que los:

severos cambios afectan hoy a la relación médico-paciente y, en consecuencia, a la profesión médica [...] se reclama salvaguardar los principios de la medicina como profesión y, muy en particular, acrecentar su capital intelectual para detener el grave problema de la desprofesionalización. (p. 87)

La situación es de tal complejidad por las múltiples barreras existentes en la sociedad, que demanda con prioridad un abordaje interdisciplinario que combine acciones entre culturas, en el marco del reconocimiento intercultural, el territorio y la pertinencia comunicativa y lingüística para aproximar la atención primaria en la salud a las poblaciones originarias con conciencia colectiva sociocultural. Siguiendo a Aguilar *et al.* (2020) aluden que “estas barreras son producto de una comunidad científica dedicada a mirar las diferencias entre los saberes ancestrales y la medicina occidental[...] en lugar de prestar mayor atención a las similitudes y al empleo de las lenguas originarias en el sistema de atención de salud” (p. 3)

Por ende, a partir del reconocimiento de sus diferencias, de sus propios recursos terapéuticos autóctonos, históricos, idiomáticos se busca el sentido de pertenencia y lazos sociales consecuente a los modelos culturales y sociolingüísticos desde la complementariedad entre saberes, conocimientos otros y prácticas.

Como es evidente, la educación médica evoca una propuesta social y formativa transformadora en palabras de Núñez y Saavedra (2017) afirman que se debe “promover la formación de médicos capaces de desenvolverse en escenarios diversos y dinámicos” (p. 261). Por esta razón, es imprescindible el despliegue del enfoque intercultural como epicentro de tarea social, política y decolonial que ilumine y fertilice la formación médica, apuntando a la competencia de reconocimiento y enriquecimiento sirviendo así de marco para la participación comprometida desde los diferentes frentes y escenarios de las estructuras del sistema educativo hasta los diversos territorios y pueblos originarios de Colombia.

El derrotero por recorrer es largo, si se anhela un cambio de paradigma decolonizando el saber y diversificando las fuentes de conocimiento aunado con las dinámicas territoriales lingüísticas y culturales que permita integrar conceptos como base de un nuevo pacto sociocultural, donde la interculturalidad transformadora, reflexiva y crítica comprometa e involucre a todos y actúe como puente de equilibrio entre la diversidad y las diferencias, coexistiendo el intercambio de conocimientos y favoreciendo el diálogo entre el saber ancestral y el modelo médico dominante, trazando de esta manera, un camino de autonomía educativa pertinente con abordaje decolonial, social y lingüístico con praxis colectiva transformadora.

En el ámbito educativo y en la salud, la interculturalidad posibilita agrietar para reconfigurar y responder a las necesidades del ecosistema de la diversidad a partir de la visibilización de las condiciones para desenganchar, superar y generar el conocimiento desde la autenticidad histórico social, por consiguiente, reflexionar bajo la mirada retrospectiva y etnográfica. Por lo tanto, la relevancia de las competencias comunicativas en la praxis médica es imperativo, Carreño (2020) refiere que “la comunicación efectiva es el pilar de la relación médico-paciente, puede llegar a ser un reto, sobre todo cuando nos enfrentamos a la barrera del lenguaje en las comunidades indígenas[...]”(p. 234). Por consiguiente, acuñar la noción de competencia comunicativa y lingüística en la educación médica, tarea nada sencilla, implica reconfigurar el currículo y conectar el conocimiento científico, el reconocimiento a la asimetría, la experiencia clínica y desarrollar interrelaciones e intercambios recíproco entre las personas, distintos grupos humanos y culturas en condiciones de equidad.

En este marco de ideas, pluralizar y enriquecer la formación médica basada en la perspectiva intercultural, etnográfica, los contextos, territorios y prácticas pedagógicas decoloniales, planteará espacios académicos pertinentes, emancipadores con posturas de comprensión,

integración e inclusión que admitan las diferencias y origine nuevos mecanismos de construcción, apropiación de conocimientos y redefinición de las relaciones, generando sentido y respuesta a las necesidades del quehacer del profesional sanitario y de sus actores.

## **2. Pertinencia comunicativa y lingüística en la formación del talento humano en salud.**

El no hablar español o una lengua nativa dificulta la atención de los profesionales en salud, como la descripción de la enfermedad actual, el registro de sus síntomas, la anamnesis, las indicaciones de la formulación del medicamento, asimismo, se quebranta la confidencialidad, la relación profesional sanitario-paciente, ocasionado el desequilibrio lingüístico y dependiendo de intérpretes o traductores. Mendoza *et al.* (2021) afirman que como “consecuencia de la barrera lingüística, los profesionales sanitarios pueden incumplir ciertas normas éticas en su asistencia, como la protección de la confidencialidad del paciente, o la obtención de un consentimiento informado significativo” (p. 10).

Para entenderlo mejor, la apropiación activa de sinergizar la salud, interculturalidad con la competencia comunicativa y lingüística con la educación médica articulado con el territorio, apunta un hilo conductor a reorientar la mirada para que los resultados sean más favorables en la intercomunicación, estimula el reencuentro de nosotros con los otros, con nosotros mismo, desde la simetría, desde las prácticas médicas intrínsecas a la acción dinámica del contexto cultural, político, social y económico determinado.

En este sentido, la comuniación y las expresiones de la interculturalidad desde el reconocimiento lingüístico y su aplicación en la salud pretenden suscitar empatía, fortalecer, complementar, reconocer los saberes, lenguas nativas, reducir las barreras culturales, lingüísticas, sensibilizar el recurso humano en salud, corporizarse en el territorio en el marco de igualdad y horizontalidad. Como lo señala Carreño (2020) “la comunicación tiene su base en la empatía generada con el paciente, cualidad que no debe faltar en el médico [...] que se enfrenta a diversos obstáculos en la comunicación, entre ellos las diferentes lenguas de las poblaciones indígenas” (p. 235).

Por todo lo anterior, contextualizando el escenario de atención, si el paciente es incapaz de expresarse, el profesional médico suele apuntar suposiciones basadas en información de los familiares o de intérpretes y esto favorece a escenarios de error en el diagnóstico, mala interpretación del tratamiento, rechazo del talento humano en salud a dar atención al paciente de las comunidades indígenas y repudio de ellos a ser atendido por dichos profesionales por no hablar su lengua autóctona, además afectando la confidencialidad e intimidad de la relación médico-paciente, todo ello derivado de una situación de no interrelación y no comunicación promoviendo la inequidad. Al respecto, Mendoza *et al.* (2019) mencionan que:

Los profesionales sanitarios indicaron que las barreras lingüísticas pueden aumentar el riesgo de complicaciones, como cuando, por ejemplo, el sanitario desconoce si el paciente está siguiendo otros tratamientos. También se vio que la práctica común de trabajar con intérpretes informales, no preparados –en muchos casos familiares o amigos del paciente o empleados del centro sanitario– hacía que los pacientes se sintieran avergonzados y que no hablaran de cuestiones personales cuando esos intérpretes estaban presentes. (p. 10)

En este orden de ideas, la precariedad de la competencia lingüística y la barrera comunicativa confabula contra las perspectivas del médico para configurar un diálogo eficiente en los diversos contextos y situaciones donde ejerce su praxis sanitaria. Asimismo, Ortíz (2021) considera que “los espacios multiculturales plantean consideraciones acerca de las lenguas en contacto [...] sus posibles repercusiones negativas [...] como atribuir a aspectos lingüísticos “efectos no deseados” en el proceso de atención de la salud” (p. 9).

Como consecuencia de esto, es necesario la competencia comunicativa y lingüística en el área de la educación médica para la reconstrucción del escenario sanitario y cultural, al mismo tiempo, sensibilizar los contextos, actividades, comportamientos del profesional en salud dentro de los escenarios de atención médica y educativos. De todo esto se desprende que, durante la formación del médico no se considera la competencia lingüística de las lenguas autoctóneas como parte de su formación, exceptuando el idioma hegemónico como tradición cultural y política donde los términos técnicos se emplean para crear barreras y ejercer posturas de jerarquización y dominación.

De este modo, y siendo tanto participe como observador, uno de los grandes retos al que se enfrenta el médico, es la comunicación interpersonal con la diversidad lingüística y cultural de las poblaciones originarias que atiende, en ocasiones, omitiendo su rasgo distintivo sociocultural y lingüístico lo que ha generado obstáculos en la interconexión del profesional sanitario con los pacientes de las comunidades autóctonas. Siguiendo a Mendoza *et al.* (2019) afirman que:

El hecho de que las diferencias y las necesidades culturales no sean suficientemente tenidas en cuenta (por ejemplo, la falta de respeto por los valores y convicciones de pacientes de minorías étnicas), puede hacer que los servicios de atención sanitaria sean culturalmente inaceptables y de este modo afectar a la accesibilidad del sistema sanitario. (p. 10)

Para ilustrar esto, cuando el médico y el paciente provienen de diferentes contextos y no hablan la misma lengua se produce el desencuentro lingüístico y surge la dificultad en el significado o sus equivalentes, enfrentándose a variables, un ejemplo se refiere “al mal de ojo o e’ijaa” una superstición causada por un hechizo o una mirada, que hace referencia a una patología del estómago, tipo diarrea de origen viral o bacteriano, sin embargo, no aceptan el manejo farmacológico con esquema de antibióticos prescrito por el profesional de la salud, aludiendo que la cura se logra en realizar rezos, rituales y colocar una cuenca de color rojo. En relación a este aspecto, Ortíz (2021) refiere que “la lengua puede favorecer o ser una barrera para la equidad en la atención de la salud” (p. 11).

Teniendo en cuenta que la atención médica se enfrenta al hecho que las colectividades a la que se dirige describe particularidades y gramaticales diferenciadas, por todo lo anterior, el desarrollo de competencias comunicativas en el personal de salud, incluyendo la competencia lingüística nativa, es una medida necesaria, por esta razón, el enfoque intercultural y etnográfico, es el reflejo de la necesidad de una mejor interacción y mediación entre personas, conocimientos, perspectivas y prácticas culturalmente diferentes buscando sellar fisuras en el ámbito educativo, sanitario y sociolingüísticos.

Reducir y agrietar las barreras lingüísticas en la comunicación de las y los profesionales en la atención a pacientes no hablantes de español, una problemática siempre presente, que ocasiona confusión de sentidos y significados, inseguridad, prejuicios, falta de empatía, circunstancias que dificultan el trato verbal y la interrelación entre el personal de salud y las comunidades originarias impidiendo cualquier actuación eficaz. Como señala Carreño (2020) “la relación médico-paciente es el fundamento de la práctica profesional y se basa, entre otras cosas, en las habilidades del médico para comunicarse y para generar confianza” (p. 235).

### 3. Metodología

Este documento se sustenta en un ejercicio académico de carácter reflexivo donde se expone datos de revisión literaria existente, situada y contextualizada en el pluralismo cultural asistencial en los escenarios clínicos y no clínicos de la praxis sociomédica en aras de comprender la cotidianidad y la autenticidad de los matices del territorio.

Se realizó una revisión sistemática de carácter descriptivo de la literatura vinculada a la temática interculturalidad y competencia comunicativa en la formación médica en reconocidas

bases de datos con la selección de materiales bibliográficos destacados que tiene por intención recapitular de forma objetiva y coherente los estudios publicados y concretar el estado de la cuestión sobre el mismo, resignificar la competencia comunicativa e intercultural en el recurso humano en salud.

Para poner en marcha esta reseña, se aplicó buscadores con operadores booleanos AND, NOT, OR y validadores de palabras clave normalizadas en los Tesoros Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH) y SKOS UNESCO, identificando los trabajos científicos de nueve autores de artículos publicados en revistas indexadas y referenciadas en bases de datos bibliográficos: Redalyc, Scielo, Pubmed y Dialnet. La temporalidad de las referencias bibliográficas se efectuó entre el 2016 y 2022. Para ello, fue apropiado ceñirse a un detallado proceso metódico en la búsqueda y rastreo de la documentación con referencia a la cuestión abordada.

Se utilizó como técnica de recolección de datos, la revisión literaria centrada en el contenido de las cuatro palabras clave: interculturalidad, educación médica, competencia comunicativa y barreras idiomáticas que posibilitó interpretar cada material vinculado al contexto del estudio con el propósito de concretar el estado de la cuestión sobre el mismo, para lo cual se delineó una configuración categorial que permitió aproximar los contenidos e identificar las características en aras de argumentar de manera coherente el tema. Asimismo, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: estudios que abordaran la temática sobre interculturalidad, competencia comunicativa, barreras idiomáticas y formación médica que estuviesen publicados en revistas indexadas. Dada la relevancia por indagar todo aquello estudiado sobre este tópico, no hubo restricciones en el criterio de idiomas y país.

Para destilar las publicaciones arbitradas, preliminarmente se consideraron los títulos y resúmenes de los artículos hallados y se diagnosticó la pertinencia de los textos de investigación en consonancia con el objetivo general de la revisión literaria. En general se seleccionaron nueve manuscritos, los cuales se interpretaron y analizaron en profundidad con la intención de construir un modelo de análisis en la herramienta ofimática EXCEL posibilitando identificar las propuestas de los diferentes autores.

Por lo anterior expuesto, se pretende entender el campo de la formación médica como territorio de investigación y análisis de las actividades cotidianas inmersa en la atención de las comunidades originarias y colectivos socioculturales que reivindican sus derechos, así mismo, para contribuir a un mejor epitelio social, cultural y decolonial, orientado hacia la recuperación, pervivencia de las lenguas originarias, es perentorio e ineludible plantear discursos que cuestionen discursos alarmistas basados en prejuicios y conducentes a la discriminación, y apuntar al favorecimiento del dialogo y la visibilización de formas distintas de conocimiento y saberes en los contextos y encuentros del médico con los referentes culturales, lingüísticos y heterogéneos que forman parte del colorido territorial, valor que cobra importancia en la formación en medicina para la interrelación entre lo propio, lo nuestro y lo diverso, además del enriquecimiento entre todos los actores involucrados.

En este orden de ideas, la investigación tiene una mirada sociosanitaria y cultural, así mismo, situada en una realidad particular, cuyas necesidades develan que el sistema de salud se fundamenta en formación, por ende se sustenta en dimensiones que apuntan a reivindicar y reconocer las diferencias, y el reconocimiento de la asimetría (en cuanto a las desigualdades), lo cual requiere de la apropiación a partir de la experiencia de los actores para la identificación de la situación problemática en su escenario natural.

En este marco y sobre las consideraciones mencionadas, el interés del artículo académico se centró en comprender desde el contexto original donde se escenifica y transforman las realidades el valor inconmensurable de las competencias comunicativas y lingüísticas para atenuar el despojo sociocultural del médico de espalda a las características poblacionales y territorios particulares.

Es oportuno precisar que, el artículo de investigación está fundamentado en como los actores sociales inspeccionan y palpan la realidad socio-médica, sus dinámicas, sus relaciones con los

diversos colectivos y contraste territorizados. Siguiendo a Hanzeliková y Noriega (2016) afirman que “los profesionales sanitarios en multitud de ocasiones prestan cuidados sin tener en cuenta, por desconocimiento, qué características sociales, económicas, culturales, de creencias y valores tiene el paciente” (p. 51).

El componente lingüístico una apuesta para superar la barrera comunicativa, Sichra (2019) afirma que “la problemática del desplazamiento de culturas y lenguas indígenas se ha generalizado en el mundo entero, también el subcontinente latinoamericano registra una decreciente diversidad lingüística debido a la vulnerabilidad de las lenguas, independientemente del tamaño de las comunidades lingüísticas” (p. 69). Por ende, el propósito de proteger y promocionar la diversidad de las comunidades originarias como derechos lingüísticos y culturales, es necesario el reconocimiento e implementación de una segunda lengua autóctona desde la génesis curricular en la formación médica.

En el marco de las ideas anteriores, se pretende asumir una mirada diferente sobre la realidad y los problemas socioeducativos a partir del pensamiento decolonial, desde otras fuentes distintas de las eurocéntricas, considerando que la doctrina de la Antropología hegemónica se fundamentó por una episteme y una historicidad occidental que se superpone bajo las modalidades dominantes a la realidad cultural y social

Asimismo, es necesario puentes que deben tenderse para decolonizar y deconstruir las antropologías hegemónicas para cambiar los contenidos y las condiciones y lograr mayor autonomía en la reconstrucción total de las sociedades.

La propuesta de decolonizar los conocimientos y el ser, es el primer paso de desprendimiento como un proyecto que aporta discernimiento desde otras epistemologías y de otras formas de conocer, en este contexto y a partir de la necesidad de contribuir al mejoramiento de la atención médica de las comunidades originarias y colectivos en aras de dar respuesta a la heterogeneidad de los escenarios educativos y hospitalarios es imperativo asumir posturas de prácticas decolonizadora, etnográficas y transformadoras de ese condicionamiento epistemológico, a propósito de contribuir a cerrar brechas de inequidad y el reconocimiento a la asimetría en los diferentes territorios y responder a las necesidades de la diversidad, el diálogo de saberes, salud, la autonomía educativa pertinente y centrada en la revitalización cultural y sociolingüística para todos.

#### 4. Resultados

Se identificaron nueve artículos que apuntaron a develar la temática interculturalidad, competencias comunicativas y lingüísticas en el contexto de la educación sanitaria, distribuidos en 7 revistas, 1 publicado en el repositorio institucional de educación superior. La revista que dispone más publicaciones es *AMA Journal of Ethics*, que cuenta con dos artículos.

Referente a los autores, podemos contemplar que existe pluralidad, lo que apunta a un relevante desglose de las autorías. La totalidad de los estudios revisados proceden de universidades distintas, si hacemos referencia en términos de nacionalidades, encontramos que estas investigaciones quedan repartidas entre 7 países. Las naciones de donde proceden más estudios destacan Estados Unidos y España con dos artículos respectivamente, le siguen Colombia, Perú, México, Hawaii y Argentina que cuentan con una publicación. De las 9 publicaciones analizadas la totalidad de investigaciones son de corte cualitativo y solo se encontró un estudio de revisión bibliográfica. Después de reflexionar sobre el contenido de los nueve artículos de esta revisión literaria, todos ellos ofrecen un panorama global sobre la temática en torno a las categorías de la investigación objeto del estudio.

Barreras idiomáticas, la presente categoría hace referencia a aquellas investigaciones centradas en la revisión de los factores que podrían incidir en el proceso de atención médica por las precarias competencias comunicativas. Autores como Arias y Patiño (2021) abordaron esta temática con el propósito de identificar las barreras en la consulta médica general y constatan que las barreras de acceso a los servicios sanitarios son administrativa, económica, geográfica y

cultural y consideran la necesidad de rediseñar los programas de salud e implementar nuevas estrategias para el desarrollo competencial del talento humano en salud. En esta línea categorial, Espinoza y Derrington (2021) abordaron las barreras idiomáticas en los escenarios clínico y hospitalarios identificando que exacerbaban la inequidad sanitaria contribuyendo a una atención de condición inferior. En sintonía con lo anterior, Ortiz (2021) refiere que la lengua puede favorecer o ser una barrera para la equidad en la atención de la salud.

La formación médica como segunda categoría, aborda la relevancia de fertilizar los programas en educación médica con las nociones de interculturalidad y lenguas nativas. Santos (2016) enfatizó en la celeridad de la implementar una lengua originaria en el plan de estudios de los profesionales de la salud que posibiliten construir la competencia comunicativa y lingüística en aras de fortalecer la relación médico-paciente. En este mismo horizonte, Berger y Peled (2022) en su estudio identificaron como posibilidad de superar la inequidad sanitaria e idiomática se debe considerar que las instituciones médicas sean lingüísticamente inclusivas como una apuesta que se lograría desde los claustros académicos.

Competencia comunicativa, línea categorial que se centra en el reconocimiento del equilibrio relacional del médico frente a la comunidad con características particulares y diversas en aras de superar la barrera del lenguaje. Al respecto, Carreño (2020) en su estudio enfatizó que la competencia comunicativa y lingüística en la educación médica son necesarias en su construcción desde la formación previa.

Interculturalidad, línea epicéntrica categorial que vislumbra el puente como posibilidad de entretelar las acciones entre culturas en el marco del reconocimiento y la pertinencia comunicativa y lingüística en aras de aproximar la atención en la salud a las poblaciones originarias y colectivas. Los autores Mendoza et al. (2019) Inada et al. y Ferrerós et al. (2020) abordaron en su investigación la apropiación de interculturalidad, la competencia comunicativa y la formación médica en aras de reorientar las miradas frontales a los contextos de los escenarios de atención en el área de la salud.

De la literatura obtenida, se identificaron nueve textos académicos que vislumbran aproximaciones frente al contexto de la investigación. Con posterioridad en la tabla 1 se exponen la selección de los escritos encontrados por título, autores, año de publicación, país, metodología, objetivo y hallazgos principales.

**Tabla 1.** Clasificación de los artículos por título, autores, metodología, objetivos y aportes.

Título	Revista	Autor	País	Metodología	Objetivo	Aportes
Barreras de acceso al servicio de consulta médica general en el centro de salud Santa Elena. Primer semestre 2021.	<i>Repositorio Institucional Universidad de Antioquia</i>	Arias y Patiño (2021)	Colombia	Cualitativa	Identificar las barreras en la consulta médica general, a partir de las experiencias los usuarios del centro de salud.	Se constata que las barreras de acceso a los servicios de salud son administrativa, económica, geográfica y cultural y consideran la necesidad de rediseñar los programas de salud

¿Cómo deberían responder los médicos clínicos a las barreras idiomáticas que exacerbaban la inequidad sanitaria?	<i>AMA Journal of Ethics</i>	Espinoza y Derrington (2021)	Estados Unidos	Cualitativa	Identificar en los médicos clínicos las barreras idiomáticas que exacerbaban la inequidad sanitaria	Se comprueba que los pacientes enfrentan barreras para acceder a los servicios de atención de la salud, reciben una atención de calidad inferior.
La problemática del contacto lingüístico en contextos de salud exploración en un hospital del segundo cordón del conurbano bonaerense	<i>Revista Latinoamericana de Lectura y Escritura</i>	Ortiz (2021)	Argentina	Cualitativo	Corroborar la existencia de situaciones de contacto como aspectos lingüísticos en el proceso de atención.	Se corrobora que las cuestiones de lenguaje y culturas de las minorías en el contexto hospitalario resultan uno de los aspectos a abordar para acercarse a la equidad en la atención de la salud.
El médico frente a la comunidad indígena en México: barrera del lenguaje.	<i>Med Int Méx</i>	Carreño (2020)	México	Cualitativo	Develar la barrera del lenguaje entre el personal sanitario y las comunidades indígenas de México.	Se considera que el efecto en la salud requiere habilidades de comunicación efectiva y la empatía, un papel importante en el desarrollo de la educación médica para el fortalecimiento de la relación médico paciente.
Experiencias de discriminación racial y otras barreras para la atención médica en comunidades chuukes. Perspectivas de miembros de la comunidad y de	<i>Medicina social</i>	Inada et al. (2019)	Hawaii	Cualitativo	Identificar las barreras para la obtención de cuidados médicos para los chuukeses en Hawaii	Se constata que la comunidad enfrenta muchas barreras para la atención a su salud, sino además se requiere superar estereotipos, la desinformación, las suposiciones erróneas y la indiferencia.

profesionales de la salud						
La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas	<i>Ediciones Díaz de Santos</i>	Mendoza et al. (2019)	España	Cualitativo	Conocer los enfoques en la mediación intercultural en la atención sanitaria de poblaciones migrantes y minorías étnicas.	Los obstáculos lingüísticos afectan la calidad de la atención y las barreras lingüísticas aumentan el riesgo de complicaciones.
Barreras en la comunicación asistencial con pacientes inmigrantes de origen amazig.	<i>Revista Española De Comunicación En Salud</i>	Ferrerós et al. (2020)	España	Cualitativa descriptiva	Analizar las barreras de comunicación con pacientes de origen amazig.	Las cuestiones lingüísticas pueden dificultar la comunicación y la formación competencial podría ayudar a solventar este problema.
(In)equidad sanitaria e idiomática en las comunidades latina de EE. UU.	<i>AMA Journal of Ethics</i>	Berger y Peled (2022)	EE.UU	Cualitativo	Enfatizar la conciencia idiomática y humildad epistémica a nivel sistémico para promover la equidad sanitaria.	Consideran que las instituciones de atención médica sean más lingüísticamente inclusivas para pacientes latinos. Señalan que la heterogeneidad lingüística posibilita brindar atención médica más equitativa y comprometida con la dignidad idiomática igualitaria de los pacientes.

Enseñanza de lenguas originarias en las facultades de medicina peruanas	<i>Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica</i>	Santos (2016)	Perú	Cualitativo	Comparar los planes de estudio de la enseñanza de lenguas originarias en las facultades de Medicina Peruanas.	Adquirir destrezas para una comunicación con los habitantes que hablan lenguas originarias en Perú permitiría mejorar la relación médico-paciente y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos en salud.
---	---	---------------	------	-------------	---	---

Fuente(s): Carrascal et al. 2022.

## 5. Conclusiones

El presente trabajo se centraba en conocer y analizar los estudios investigativos sobre interculturalidad y competencia comunicativa en la formación médica, a partir de una revisión sistemática de los artículos publicados en revistas indexadas y referenciados en la bases de datos. A partir de este horizonte, es relevante y necesario, reconocer que nuestros contextos son plurales y socioculturalmente diversos en interacción continua que confluyen en el mismo espacio geográfico y que los mismo están delineados por discrepancias económicas, políticas, culturales, lingüísticas y sociales, patrones comportamentales diversos, voces, saberes, confusiones, emociones, conductas, e intereses. Desde esta mirada, este ejercicio académico permitió comprender que los programas de formación médica y del talento humano en salud se deben cohesionar con la educación intercultural en aras de posibilitar la construcción de competencias comunicativas y lingüística.

Así mismo y en relación con lo anterior, desde este contexto local del caribe colombiano es nuclear fortalecer la noción de interculturalidad como epicentro expresivo de realidades, retos y ser referentes de multiplicidad para el contexto nacional.

En este sentido, se requieren estrategias que faciliten la construcción intercultural, la competencia comunicativa y lingüística para mejorar la cobertura social y aprovechamiento del recurso humano en salud en aras de superar las barreras idiomáticas dentro de los territorios con características particulares.

De la misma manera, con el fin de reducir y agrietar las barreras lingüísticas en la comunicación del talento humano en salud en la atención, es pertinente el reconocimiento de la policromía territorial y reivindicación idiomática como instrumentos de construcción social, comunicación y vehículos de transmisión-adquisición de cultura y así promover la emancipación de las lenguas nativas en la formación médica colombiana como nuevas formas de actuación y apuesta a superar las barreras idiomáticas como reflejo de la necesidad de una mejor interacción y mediación entre personas, conocimientos, perspectivas y prácticas culturalmente diferentes.

Es una propuesta germinal, de aproximación y provocación que requiere ampliación, fertilizar y madurar como proyecto piloto, incluyente y pertinente, como vinculo de apropiación de la dinámica del territorio salud y origine el reconocimiento de los problemas inmersos en su práctica, de carácter emancipador, reflexivo, comprensivo, contextualizado y situado en las realidades de la policromía y diversidad, que no solo propicie la producción y asimilación del conocimiento científico universal sino que abrace el conocimiento ancestral e histórico de los pueblos autoctónos y otorgue solución a los problemas sanitarios individuales y colectivos, provocando el análisis crítico, constructivo, autorreflexivo desde la formación diversificada del

médico en el marco de la resignificación de los contextos culturales, sociales, políticos, históricos, ancestrales y científicos.

Es oportuno precisar que, la pertinencia social y lingüística en la atención en salud en términos interculturales apunta a la consolidación de un proceso social acorde a las particularidades de los contrastes cromáticos del territorio Abya Yala, sin traslapar las expresiones pluriculturales, aproximando los modelos de acción médica y tradicional reviviendo la antropología médica crítica, la etnografía, la epidemiología sociocultural permitiendo diversificar la dinámica del área de la salud, enfermedad, contacto interétnico y la atención cultural.

Finalmente y buscando sellar fisuras en el ámbito educativo y de la salud es necesario actuar como promotores y actores culturales y lingüísticos bajo la impronta del protagonismo, la resistencia y apropiación del derecho originario, de todo esto se desprende que las lenguas y culturas originarias son un recurso pedagógico de enriquecimiento individual y social, donde se reconfiguran los territorios como el escenario expresivo y dinámico que permite describir, explicar, reconocer, comprender y analizar la importancia de las interrelaciones y las realidades socio educativas, económicas, etnográficas y culturales de las comunidades.

## **6. Agradecimientos**

El presente texto emerge al asumir una postura reflexiva, integradora y vivencial en el marco radiográfico de un trabajo de investigación doctoral en el cual se exploran los significados y sentidos que subyacen de los actores institucionales y comunitarios involucrados en la formación pregradual de medicina en la Universidad del Magdalena, profundizando la perspectiva de interculturalidad y la pertinencia de la competencia comunicativa y lingüística como una apuesta para superar las barreras idiomáticas.

## Referencias

- Aguilar, M., Tobar, M., & García, H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Rev. Salud Pública*, 22(4), 1-5. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.87320>
- Arias, J., & Patiño, M. (2021). *Barreras de acceso al servicio de consulta médica general en el centro de salud Santa Elena. Primer semestre 2021*. [Trabajo de pregrado, Pontificia Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional UA. <https://hdl.handle.net/10495/24438>
- Berger, Z., & Peled, Y. (2022). (In)equidad sanitaria e idiomática en las comunidades latina de EE. UU. *AMA Journal of Ethics*, 24(4), 313-318. <https://10.1001/amajethics.2022.313>
- Carreño, P. (2020). El médico frente a la comunidad indígena en México: barrera del lenguaje. *Med Int Méx*, 36(2), 233-236. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i2.3670>
- Espinoza, J., & Derrington, S. (2021). ¿Cómo deberían responder los médicos clínicos a las barreras idiomáticas que exacerban la inequidad sanitaria?. *AMA Journal of Ethics*, 23(2), 109-116. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33635190/>
- Ferrerós, C., Barreras, M., Roca, F. & Baltazar, A. (2020). Barreras en la comunicación asistencial con pacientes inmigrantes de origen amazig. *Revista Española De Comunicación En Salud*, (11)2, 217-225. <https://doi.org/10.20318/recs.2020/5249>
- González, J., & León A. (Eds.). (2017). *El reto de ser médico*. (2ª ed.). Ediciones y servicios editoriales. [https://www.chinoin.com/wp-content/uploads/2020/04/EL-RETO-DE-SER-MEDICO\\_compressed.pdf](https://www.chinoin.com/wp-content/uploads/2020/04/EL-RETO-DE-SER-MEDICO_compressed.pdf)
- Hanzeliková, A., & Noriega, C. (2016). Introducción a la investigación sociosanitaria: diseño de estudios cualitativos características generales y conceptos básicos de la investigación cualitativa (1.ª parte). *Enfermería en Cardiología*, 23(67), 50-57. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6282040>
- Inada, M., Braun, K., Cassel, K., Yamada, S., Compton, R., Mwariki, P., & Sentell, T. (2019). Experiencias de discriminación racial y otras barreras para la atención médica en comunidades chuukes. Perspectivas de miembros de la comunidad y de profesionales de la salud. *Medicina social*, 12(1), 18-28. <https://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/1014>
- Mendoza, R., Gualda, E., & Spinatsch, M. (Eds.). (2019). *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas*. Ediciones Díaz de Santos. <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788490520222.pdf>
- Núñez, M., & Saavedra, C. (2017). Reformando la educación médica para una atención integral y con calidad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(3), 261-262. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i3.13755>
- Ortíz, M. (2021). La problemática del contacto lingüístico en contextos de salud exploración en un hospital del segundo cordón del conurbano bonaerense. *Revista Latinoamericana de Lectura y Escritura*, 8(15), 9-32. <https://doi.org/10.48162/rev.5.006>
- Rodriguez, A., Jarillo, E., & Casa, D. (2020). Flexibilización, precarización laboral y burocracia en salud: tres determinantes de desprofesionalización médica. *Rev. Acta Scientiarum*, 42(3), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.4025/actasci humansoc.v42i2.53134>
- Santos, G. (2016). Enseñanza de lenguas originarias en las facultades de medicina peruanas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(1), 183-184. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.2021>
- Sichra, I. (2019). Habitar el habla como territorio. Nuevas dinámicas territoriales indígenas. *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano* 28(2), 68-83. <https://revistas.inapl.gob.ar/index.php/cuadernos/article/view/1061>

Vergara, G., & Cuentas, H. (2015). Actual vigencia de los modelos pedagógicos en el contexto educativo. *Opción*, 31(6), 914-934.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31045571052>