

# Nota de interés: Asistencia médica basada en la diversidad cultural

## RESUMEN

La asistencia médica basada en la diversidad cultural (ABDC) pretende aumentar la calidad de asistencia médica en términos de accesibilidad, aceptación, eficiencia y satisfacción de las personas que pertenecen a una cultura diferente a la de quienes brindan los servicios.

La medicina transcultural es un enfoque de la práctica clínica que destaca la importancia de la cultura de los pacientes en el momento de hacer un diagnóstico, implementar un tratamiento y/o establecer cualquier modo de comunicación durante la práctica médica.

La competencia cultural considera el conocimiento básico y el reconocimiento de los valores, creencias y atribuciones del paciente/familia y del propio profesional/equipo de salud. Incluye también las habilidades interpersonales de comunicación intercultural necesarias para llevar a cabo en la forma más eficaz posible los procesos asistenciales, el conocimiento de la visión antropológica de enfermedad de quien solicita la asistencia y el respeto de su diversidad cultural.

En este artículo se explican las diferencias entre asimilación e integración cultural; las dimensiones del enfermar (como condición clínica, como experiencia individual y como condición social); así como las principales situaciones en las cuales se recomienda la implementación del modelo de ABDC y algunas preguntas útiles para develar el modelo explicativo del paciente.

## INTRODUCCIÓN

El acelerado proceso de globalización que vivimos nos coloca en forma creciente frente a una vasta diversidad cultural e histórica que se muestra impermeable a las explicaciones habituales. Los procesos migratorios, cada vez más frecuentes y diversos, tanto de pacientes como de profesionales del área de la salud, nos desafían a enfrentar la ruptura de los modelos médicos universales de cuidados generalizados para empezar a considerar un modelo de cuidado diversificado, un modelo médico adaptado a las diferencias culturales.

El objetivo de la asistencia médica basada en la diversidad cultural es aumentar la calidad de asistencia médica entendiéndola en términos de accesibilidad, aceptación, eficiencia y satisfacción de las personas que pertenecen a una cultura diferente a la de quienes brindamos los servicios. Es decir, se trata de asistir con equidad dando a cada uno lo que necesita y no lo mismo a todos.

## RESEÑA HISTÓRICA

Los países que más han avanzado en el estudio de la multiculturalidad son EEUU, Inglaterra, Francia, Australia y Canadá.

Este proceso se remonta a las década del 1920, en principio con una pretensión de asimilación cultural: igualar la población minoritaria dentro de la cultura mayoritaria bajo la creencia de que los grupos minoritarios tienen un déficit cultural respecto de la cultura mayoritaria.

En la década del 60 aparece un segundo enfoque fundado en el concepto de pluralidad cultural que persigue el objetivo de la integración cultural. Este modelo valora las diferencias entre las culturas y destaca la importancia de la mejora en la comunicación entre los grupos étnicos a través del desarrollo de habilidades personales que les permitan a los individuos funcionar en forma competente dentro de las múltiples culturas existentes en la sociedad actual.

El cuadro 1 ilustra los principales antecedentes normativos de Argentina.

### Cuadro 1: antecedentes normativos en Argentina que avalan la asistencia médica basada en la diversidad cultural.

1985: Ley 23.302 sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes.

1985: la Ley 24071 declara que "...los servicio de salud deberán organizarse a nivel comunitario teniendo en cuenta sus condiciones sociales y culturales así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales..."

1994: la Constitución Nacional de 1994 en el artículo 65 inciso 17 establece: "...reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad..."

1999: el Ministerio de Salud Argentino presentó los lineamientos de Políticas en Salud 1995-2000 sintetizados en el documento "El desafío del cambio del milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad"

2000: el Ministerio de Salud resolvió crear el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHÍ 2000-2004). La ley 23661 de Creación del Sistema Nacional de Seguro de Salud destaca entre sus objetivos el de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica.

## CULTURA

Se trata del sistema de valores, idioma, creencias, atribuciones y patrones de conductas. La cultura no está definida sólo por la etnicidad ya que también está determinada por factores de proximidad, educación, edad, género y preferencias sexuales. En el cuadro 2 se describen los principales componentes del patrón o esquema de cultura.

### Cuadro 2: principales componentes del patrón o esquema de cultura.

- Habla, lenguaje, sistema de escrituras, etc.
- Rasgos materiales: hábitos alimentarios, moradas, vestidos, etc.
- Arte.
- Mitología y conocimiento científico.
- Prácticas religiosas.
- Sistemas sociales y familiares.
- Modo de entender y reglamentar la propiedad.
- Gobierno.
- Guerras.



## DIMENSIONES DEL ENFERMAR (MODIFICADO SEGÚN LA CATEGORIZACIÓN DE ZEMPLENI ANDRAS)

### Entidad clínica, desorden o trastorno físico (en inglés "disease")

Este concepto parte del proceso fisiopatológico y de las manifestaciones clínicas en las que predominan los componentes objetivos. Depende básicamente de la visión o encuadre del profesional que lo define sobre la base de un consenso o acuerdo.

*Ejemplo: paciente que se manifiesta con disnea de esfuerzo y signos de congestión pulmonar provocada por una disfunción del ventrículo izquierdo. Definimos que presenta insuficiencia cardíaca ("disease") ya que la comunidad médica ha consensuado que los pacientes que se manifiestan de ese modo y/o a través de ese mecanismo sean incluidos en dicha categoría.*

### Enfermedad (en inglés illness)

Cuando hablamos de enfermedad nos referimos a un concepto más subjetivo que tiene respaldo en una construcción cultural.

Ejemplo: así describe la "enfermedad" de un asmático Mario Benedetti en su cuento "El fin de la disnea".

*"...yo mismo soy, pese a mis treinta y nueve años recién cumplidos, un veterano de la disnea. Dificultad para respirar, dice el diccionario (disease). Pero el diccionario no puede explicar los matices. La primera vez que uno experimenta esa dificultad cree que llegó la hora final..."; "...tampoco es cómodo para los familiares o amigos que presencian el ahogo..."; "...cada uno sabe donde le aprieta el pecho (illness). Sabe también a qué debe recurrir para aliviarse: la pastilla, el inhalador, la inyección, la cortisona..." (visión antropológica de enfermedad).*

Es la forma de vivir con esta enfermedad, como pararse frente al mundo con ella y sentirse parte de un grupo de pertenencia que siente parecido al sujeto "enfermo" Ej. "Los asmáticos .."

### Dolencia (en inglés sickness)

El concepto de dolencia está relacionado a la condición social del enfermar y a la enfermedad como padecimiento o experiencia individual del que está enfermo.

*Ejemplo: un anciano con alguna discapacidad motora será considerado y se considerará a sí mismo menos disminuido si vive en una sociedad que valora a las personas mayores por su experiencia de vida y/o sabiduría y, por el contrario, sentirá que no tiene un lugar si le toca intentar sobrevivir en un ambiente donde se privilegia la concepción de "úselo y tírelo".*

Es el lugar que le da al enfermo la cultura de la sociedad donde está inserto por padecer tal o cual enfermedad

La cultura determina en el individuo los hábitos de vida, la concepción de enfermedad, así como la discapacidad y mortalidad, influyendo así en el tipo de cuidados requeridos. Aprendemos, entonces, modos de estar enfermos. El cuadro 3 muestra como la cultura influencia la conducta sanitaria.

#### Cuadro 3: influencia de la cultura sobre las conductas sanitarias.

- Define el rango y los límites entre lo que es normal y lo que lo es anormal (diferencia de atribuciones y significaciones).

- Provee explicaciones causales para los síntomas.
- Determina quien es el paciente.
- Prescribe los pasos a tomar al buscar atención.

Whitehead define equidad sanitaria como igualdad de necesidades e igualdad de acceso a la atención disponible. Equidad remite a juicios de valor que prevalecen en cada sociedad y cambian a lo largo del tiempo. Asimismo, equidad, acceso y satisfacción del usuario definen calidad en salud.

## DEFINICIÓN DE MEDICINA TRANSCULTURAL

La medicina transcultural es un enfoque de la práctica clínica que destaca la importancia de la cultura de los pacientes en el momento de hacer un diagnóstico, implementar un tratamiento y/o establecer cualquier modo de comunicación durante la práctica médica.

Cabe aclarar que las diferencias culturales entre los profesionales de la salud y los pacientes pueden constituirse en barreras que menoscaban los resultados del cuidado de la salud. Por otro lado, la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente están muy relacionadas con la efectividad en la comunicación entre el médico y su paciente/familia.

## COMPETENCIA CULTURAL

La competencia cultural considera el conocimiento básico y el reconocimiento de los valores, las creencias y las atribuciones tanto del paciente o su familia como del propio profesional o equipo de salud. La competencia cultural del equipo de salud también incluye las habilidades interpersonales de comunicación intercultural necesarias para llevar a cabo en forma lo más eficaz posible los procesos asistenciales, el conocimiento de la visión antropológica de enfermedad de quien solicita la asistencia, así como el respeto de su diversidad cultural.

El cuadro 4 describe situaciones en las cuales se recomienda la implementación de este modelo de asistencia y el cuadro 5, algunas preguntas útiles para develar el modelo explicativo del paciente.

Insistimos que es de buena práctica pensar como se sentiría, qué pensaría, diría y/o haría la familia del paciente acerca de nuestras opiniones médicas.

#### Cuadro 4: situaciones donde está recomendada la participación de equipos de salud con competencia transcultural.

- Inmigración reciente a edad tardía
- Retorno frecuente al país de origen
- Emigración desde un área rural.
- Falta de educación formal o educación formal limitada.
- Status socioeconómico menor.
- Segregación en un grupo subcultural étnico en este país.
- Inexperiencia con el sistema occidental de cuidados de salud.
- Gran diferencia idiomática.

#### Cuadro 5: preguntas de ayuda para develar el modelo explicativo del paciente.

1. ¿Qué piensa que ocasionó su problema?
2. ¿Por qué cree que su problema empezó en este momento?
3. ¿En qué piensa que lo afecta?
4. ¿Cuán severa piensa que es su afección y/o cuán largo piensa será su curso?
5. ¿Qué piensa que aliviaría su problema?
6. ¿Qué es lo mas importante que espera recibir de este tratamiento?
7. ¿Qué problemas le ocasiona su enfermedad?
8. ¿Qué es lo que mas le asusta de su enfermedad?

## ETNOMEDICINA

Recién en 1968 Hughes aplica el término etnomedicina a aquellas creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad, productos del desarrollo cultural indígena.

Fabrega en 1975 lo define como el estudio de cómo los miembros de diferentes culturas piensan acerca de una enfermedad y se organizan hacia el tratamiento médico, así como la organización social del tratamiento en sí mismo.

En 1992 Nichter es quien describe la investigación etnomédica como el estudio de cómo el bienestar y el sufrimiento son experimentados corporal y socialmente; así como la multivocalidad de la comunicación somática y el proceso de curación contextualiza-

do y dirigido hacia la persona, familia, comunidad, estado, tierra y cosmos.

La etnomedicina estudia las interfases entre lo biológico y lo cultural, la incidencia y distribución de enfermedades en diferentes poblaciones, los efectos de procedimientos de curación en diferentes poblaciones, las diferencias entre tipos de cuidados y de cuidadores, los síntomas de enfermedad y el rango de aplicabilidad de hipótesis etnomédicas.

La investigación etnomédica ha hecho una gran contribución a la comprensión de cómo el conocimiento acerca de la enfermedad influencia el comportamiento de la búsqueda de la salud.

## ETNOFARMACOLOGÍA

La etnofarmacología es el estudio de medicinas indígenas que conecta la etnografía de la salud y la curación, con la composición de medicinas y sus acciones fisiológicas. Aplica los principios farmacológicos a los contextos en los cuales los modos prevalentes de tratamiento y prevención son diferentes a los farmacéuticos y son principalmente botánicos.

## CONCLUSIONES

El esfuerzo por oponer o contrastar otras formas de medicina con el paradigma científico dominante provoca un impedimento en el desarrollo de estudios médicos comparativos. Los cuidados etnocentrados dejan a una franja de personas sufrientes abandonadas a su suerte y nos privan del enriquecimiento personal, profesional y científico al que nos llevaría considerar la diversidad cultural.

Para lograr comprender la vivencia del otro, el equipo de salud debe superar el obstáculo de los filtros culturales y el del paciente, pero también, y quizá el más difícil de lograr, el suyo propio.

**Dra. Mónica Santágata** [ Coordinadora del Programa de Asistencia Médica Transcultural del Hospital Italiano de Buenos Aires ]

**Dr. Sergio Terrasa** [ Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires ]

### Bibliografía Recomendada

Benedetti Mario. El fin de la disnea. En Benedetti Mario, cuentos completos. Seix Barral. Segunda Edición. 1995. Pag 228-233.

Helman Cecile. Culture Health and Illness. Cuarta edición. Butterworth Heinemann. 2000

Mc Goldrick M, Giordano J, Pearce J. Ethnicity and family therapy. Second Edition. 1996. The Guilford Press. New York.

Nathan T. La influencia que cura. Primera edición en español. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. 1999.

Sargent C, Johnson T. Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method. Revised Edition. Praeger. 1996.

**!**  
**Estamos en LILACS** ■

Queremos contarles a nuestros lectores que desde el corriente año, y gracias a la colaboración de la Biblioteca del Hospital Italiano de Buenos Aires, los contenidos de EVIDENCIA se encuentran indizados en LILACS (Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud). LILACS es la base de datos bibliográfica más importante que existe de literatura científica originada en Latinoamérica y el Caribe. La forma de acceder a la misma es a través del BIREME (Biblioteca Virtual de Salud). La dirección electrónica de acceso gratuito es <http://www.bireme.br/>

