

Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario

INTERCULTURAL HEALTH: GLIMPSES OF A MULTIDISCIPLINARY FOCUS

JIMMY CARREAZO PARIASCA*

*“Y es que en este mundo traidor / nada es verdad, ni mentira;
todo es según el color / del cristal con que se mira”
Ramón de Campoamor*

RESUMEN

Se presenta un análisis de la importancia de enfocar la atención de la salud comprendiendo los conocimientos del paciente, la sociedad y el sistema de salud.

Palabras clave: Intercultural, salud, medicina.

ABSTRACT

To present an analysis of the importance of focusing the attention of the health understanding the knowledges of the patient, the society and the system of health care.

Keywords: Intercultural, health care, medicine.

Muy probablemente hemos escuchado en alguna ocasión que “el hombre es un ser bio-psico-social”; menos factible es haber oído que este concepto de interrelación dinámica puede tornarse asimétrico, cuando el aspecto social logra avasallar a una esfera psicológica -e incluso biológica- perceptualmente menesterosa. Una manera de graficar lo antes expresado es a través de la asunción que se puede alcanzar la calidad social, sin antes haber buscado, encontrado y desarrollado la calidad interior individual.

Así en una sociedad como la nuestra, el egoísmo y la intolerancia se han constituido en una especie de prácticas *darwinianas* obligatorias en caso uno quiera mantener su posición profesional, académica e incluso al interior de la pareja; lo que ha traído consigo que -entre otros- el campo de la salud ineludiblemente se vea infectado también con estos agentes.

A continuación se intentará ofrecer una visión interdisciplinaria de la Salud Intercultural, partiendo de sus conceptos previos generales y desarrollando someramente los aspectos que fundamentan lo necesario de su aplicación.

CONSIDERACIONES GENERALES

La medicina alopática -por esotérico que suene el término- es una locución acuñada a mediados del siglo XIX por Hahnemann para designar a la práctica de la medicina que ejercemos, aquella de tipo científico, académico o convencional. Fue llamada así en oposición a la medicina homeopática, que usa pequeñas dosis de varias sustancias para estimular procesos autocuratorios (¹).

Para fines del presente artículo, se entenderá *cultura* a partir de una de sus definiciones antropológicas, como “el complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las

* Médico Serumista. Centro Poblado Menor Panchia - Cajamarca.

personas a través del lenguaje y de su vida en sociedad” (2), y no como sinónimo de desarrollo o cualidad intelectual cultivada mediante la educación. Esta acepción implica que la cultura no está restringida a determinados campos del conocimiento, sino que abarca todos los modos de comportamiento derivados de la esfera total de la actividad humana.

Salud Intercultural o Interculturalidad en Salud se puede entender como una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud; es un conjunto de acciones o políticas mucho más necesarias y trascendentes en un país multicultural y pluriétnico como el nuestro, circunstancia que genera diferentes expectativas y percepciones del proceso salud-enfermedad entre proveedor-usuario y que suele provocar dificultades y desavenencias en la relación médico-paciente. Estas discrepancias se deben primordialmente a que -evocando la sentencia que inicia el artículo- solemos ver solamente a través del “cristal” de nuestra cultura; ésta se convierte así en un dispositivo para percibir el mundo, la lente a través de la cual miramos la realidad; a esto se debe que todas las sociedades tengan la sensación de que sus modos de convivencia son superiores a todos los demás.

Para entender de manera práctica el fundamento de los desencuentros proveedor-usuario, imagínese que -como paciente- lo pretendan obligar a recibir un esquema terapéutico que Usted no comparte en absoluto, basándose en el argumento exclusivo que este tratamiento es el “socialmente predominante” y sin brindarle ninguna otra explicación adicional. Existe además un factor que suele exacerbar esta actitud por parte del profesional de la salud: la cultura, como sistema históricamente derivado de específicos modelos de vida, es algo más que un fenómeno biológico, no se transmite genéticamente, no se explica mediante los preceptos que hemos recibido en nuestra formación académica intrainstitucional; por lo tanto, es previsible que el proveedor de atención de la salud no suela tomar en cuenta la cultura del usuario en su práctica diaria.

Esta problemática ha generado el interés de diferentes estudios; encontrándose la existencia de muy pocos programas educacionales para estudiantes de medicina sobre diversidad cultural, particularmente en diversidad étnica y racial (3), y se ha evidenciado la concepción por parte de los mismos que el aprendizaje de asuntos culturales y sociales no marca diferencia alguna cuando hacen sus rotaciones clínicas (4).

Por otro lado, se dice en el mundo empresarial que el directivo debe estar sujeto a una realidad en constante cambio (5); el panorama del campo de la salud no es diferente: enfermedades más complejas, acortamiento de estancias hospitalarias, tecnología más complicada, etc. La atención o cuidado de la salud está pues en constante crisis, lo que no es del todo malo, por lo que debemos centrarnos en aquello que nos repetían desde pregrado, pero que pareciera, sólo oíamos mas no escuchábamos: “el paciente es lo más importante”.

A partir de la expresión anterior, cabe preguntarse a que se debe la insistencia de una férrea aplicación prácticamente excluyente de la medicina alopática en absolutamente todos los grupos culturales, porque se persiste en despersonalizar al paciente, si lo que estamos ocasionando con esta práctica es justamente no responder a las necesidades particulares de la población.

El concepto de Interculturalidad en Salud no es nuevo en Latinoamérica, ya que en países como Chile por ejemplo, se está dando mucha importancia a las variables étnico culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas de salud, con el objetivo de crear modelos de salud que respondan a las expectativas culturales y sociales del usuario (6).

EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

En el año 1990, el modelo biomédico -basado en el sistema de salud occidental- fue denominado por Menéndez como el “Modelo Médico Hegemónico” (MMH). Esta cultura médica se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver sino todos, la

mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. Esta concepción ha constituido una intensa y hasta hace poco perpetua debilidad de la medicina alopática, incrementada además por la presencia de otras de sus limitaciones: falta de accesibilidad, eficacia limitada en determinados grupos sociales, temor poblacional a sus efectos adversos, burocratización de la atención, etc.

Si aparentemente existe una persistencia implícita en el error, por no considerar la cultura del paciente en el proceso de atención de la salud, no representa entonces ninguna alternativa de solución la aislada actitud de incrementar la “sensibilidad cultural” del personal de salud, sin plasmar paralelamente estos conceptos en el nivel operacional. Reimer plantea como solución establecer una diversidad programática de acuerdo a la realidad cultural específica, el destierro absoluto de las políticas discriminatorias y la asignación adecuada de recursos (7). Con el fin de no cometer el error de caer en la inflexibilidad conceptual, de manera genérica se puede plantear como salida la implantación de una “nueva filosofía organizacional” en el sector salud a este respecto.

No se debe colegir sin embargo que el enfoque de interculturalidad en salud representa la panacea a toda la problemática del proceso de atención de la salud, no olvidemos la persistente presencia de otros factores contribuyentes de esta incierta situación, tales como la pobreza, inequidad, difícil acceso a los servicios, etc., que requieren la instauración de otro tipo de medidas y que no son motivo del presente artículo.

MEDICINA OCCIDENTAL Y OTRAS ALTERNATIVAS: LA COMPLEMENTARIEDAD

Partiendo de sus definiciones, la medicina complementaria es la que se usa junto con la occidental para el tratamiento de un paciente, y la medicina alternativa la que se utiliza a cambio

del esquema biomédico. Las medicinas tradicionales, sean éstas complementarias o alternativas, se utilizan cada vez más, tanto en países “desarrollados” como en los “en desarrollo”, en paralelo con la medicina alopática (8).

Por otro lado, y a pesar de la hegemonía del modelo biomédico en términos de políticas y programas, también la medicina indígena, medicina casera y otras alternativas terapéuticas no tradicionales son utilizadas cada vez con mayor intensidad, en un intento espontáneo por parte del usuario de abrir aún más el espectro de sus herramientas terapéuticas en respuesta a la rigidez del MMH, entre otras causas.

Ante tal situación, se puede plantear una resolución integradora a través del diseño de políticas de complementariedad entre los esquemas médicos; se debe partir entonces de una visión holística e intercultural de la salud, considerando los factores condicionantes y la diversidad de culturas médicas propias de cada región, asignando al precepto de complementariedad el papel de ente articulador entre las diferentes opciones médicas. Este principio implica considerar: todos los sujetos que tengan relación con la salud, el proceso salud-enfermedad desde una óptica geográfica e histórica, los elementos del contexto interno y externo que intervienen en el proceso, y la realidad cultural específica de cada grupo social en particular (9).

Es vital para la complementariedad, que tanto el sujeto que diseña la política de salud, como aquel que la aplica, realicen el obligatorio ejercicio de imaginarse en la realidad del usuario (o terapeuta de otra alternativa), acepten que éste puede ser diferente, y se comuniquen con él para conocerlo, logrando que las diferencias los complementen y las semejanzas los unan.

LA OBSERVACIÓN ANTROPOLÓGICA: ETNOCENTRISMO Y ACULTURACIÓN

Desde el punto de vista antropológico, se puede entender etnia como la unidad cultural mínima; a partir de esto, *etnocentrismo*

constituye el criterio circunscrito por los prejuicios con los cuales los individuos de una etnia determinada juzgan y aprecian a las demás culturas ⁽¹⁰⁾. Este hecho queda plenamente demostrado al analizar la civilización occidental, que al haberse extendido y difundido más ampliamente que cualquier otra cultura, nos ha conducido a aceptar la creencia de la uniformidad del comportamiento humano bajo las premisas fundamentales de sus conceptos y valores.

Herkovits define *aculturación* como «todos los fenómenos que se producen cuando grupos con sistemas culturales diferentes entran en contacto directo y continuo, con los cambios subsiguientes producidos». Si la historia ha demostrado que la cultura dominante llega a implantar las normas con respecto a los otros grupos multiculturales, ¿porqué no aprovechar al máximo este proceso en salud, articulando todas las costumbres culturales en el esquema socialmente predominante? ¿Acaso no lograríamos enriquecer este último?

Los sistemas médicos, como construcciones culturales, han nacido para responder a las necesidades particulares de un entorno social específico. La extrapolación del principio *etnocéntrico* occidental al sector salud se evidencia en la presencia del MMH, lo que ha generado la aparición de importantes dificultades al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. Bajo esta realidad, muchas veces el modelo biomédico se ha constituido en un nuevo instrumento discriminatorio, en nefasta competencia con la relegación por raza, clase social, religión, idioma, etc.

Se requiere por consiguiente, un gradual proceso de *aculturación* que se desarrolle a través de la adaptación mutua de la medicina alopática y los demás sistemas médicos dentro de un equilibrio estructural interno y externo, seleccionando espontáneamente aquellos elementos útiles y significativos. En el macroanálisis, se debe buscar paralelamente el cambio gradual de la orientación segregatoria de nuestra sociedad ya que todo nuevo sistema de salud -por prometedor e innovador que sea-

debido al solo hecho de encontrarse inserto en una realidad cultural desequilibrada, lamentablemente va a reforzar los estereotipos sociales preexistentes.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y SU ENFOQUE

¿Qué médico no ha oído hablar de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)??. Esta corriente del acto médico fue definida inicialmente con el fin de utilizar de manera adecuada las mejores y actuales pruebas por parte del médico para el cuidado del paciente individual ⁽¹¹⁾. Sigue constituyendo un tema de actualidad -a pesar de haber dejado de ser una innovación- posicionándose como un interesante paradigma médico basado en el esquema occidental, por lo que considerar su punto de vista representa un eficaz instrumento integrador adicional.

La MBE continuará teniendo adeptos y detractores, sin embargo es menester resaltar algunos de sus puntos conceptuales: el esquema basado en evidencias nació con el fin de integrar la mayor cantidad de componentes útiles para el ejercicio adecuado de la medicina, y es lo que ha continuado haciendo a través de los últimos años. No busca reemplazar sino aportar nuevos conceptos de manera complementaria al acto médico, considerando aspectos básicos de la formación profesional y lo más resaltante, también del paciente.

En el primer modelo de decisiones clínicas basado en evidencias ⁽¹²⁾, se integra la pericia o destreza clínica, la mejor evidencia disponible y las preferencias del paciente; se debe resaltar entonces que se empieza a considerar la libertad del paciente para buscar terapias alternativas o buscar una segunda opinión, con el objeto de adherirse o no al esquema terapéutico prescrito. Se ha descrito en otros estudios la importancia de darle mayor énfasis a este elemento -las preferencias del paciente- en el proceso de toma de decisiones basado en evidencias ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Se ha descrito ya hace algunos años el concepto de “elección del paciente basada en evidencias”, para lo cual debe brindarse al

usuario la información pertinente basada en evidencias y la oportunidad de participar en la decisión de su tratamiento o cuidado, es decir, permitirle que cumpla un papel central en este proceso ⁽¹⁶⁾. En definitiva, siempre será la situación individual y específica de cada paciente lo que determine la forma en que se decida su manejo terapéutico.

En un segundo modelo de toma de decisiones basado en evidencias ⁽¹⁷⁾, modificado a partir del primero, se amplía el número de componentes y más importante aún -en el presente contexto- se considera además de sus preferencias, las acciones del paciente; este último factor “humaniza” aún más al usuario ya que finalmente dependerá de sus acciones el que pueda cumplir o no con la terapia de su preferencia, así como seguir los consejos de su médico tratante. Estas “preferencias y acciones del paciente” desempeñan un rol clave en la posibilidad de sujeción o no al tratamiento instaurado; en consecuencia, la importancia y respeto que se le brinde a la realidad cultural del usuario logrará -en el peor de los casos- evitar una resistencia inmediata al proveedor, un alentador primer paso en el camino para generar un ambiente de empatía y confianza del paciente para con el médico.

EL HUMOR EN MEDICINA: COSA SERIA

En este tema, el reporte de efectos benéficos del humor sobre la salud ⁽¹⁸⁻²¹⁾ ha motivado desde la búsqueda de su sustrato neurofisiológico ^(22,23) hasta opiniones en contra de la consistencia de sus resultados ⁽²⁴⁾; y si bien existen muchas definiciones de humor, ninguna ha podido reflejar sus complejos matices en la relación médico-paciente ⁽²⁵⁾. Lo que algunos estudios han demostrado es que la satisfacción del paciente guarda relación con el tono emocional de la entrevista médica ⁽²⁶⁾, el grado de interacción alcanzado ⁽²⁷⁾ e inclusive la posibilidad de haber establecido una pequeña charla ⁽²⁸⁾. Por otro lado -y de manera general- el humor juega un papel preponderante en el plano intercultural, al facilitar el entendimiento,

superar diferencias y discrepancias, flexibilizar las normas sociales propias y compenetrar a las partes ⁽²⁹⁾.

El humor en salud intercultural sin embargo, implica un análisis más complejo y no es simplemente la suma de sus beneficios en medicina e interculturalidad; esto debido a que la confluencia de diferentes procedencias culturales en el acto médico hacen que el uso del humor se torne mucho más desafiante e incluso delicado. Sin embargo, se ha demostrado que en estos encuentros no siempre confluyen culturas diametralmente opuestas, sino que las experiencias interculturales pueden ocurrir también entre médicos y pacientes que aparentemente comparten muchas características étnicas y socioeconómicas ⁽³⁰⁾, hecho que debe suceder a menudo en nuestro país, pluriétnico y multicultural.

Si bien el humor, como actitud creativa y más aún entre diferentes culturas, no constituye una tarea fácil, tampoco es un rol imposible; se debe aprender a aprovechar las oportunidades, por ejemplo, los usuales malentendidos que genera la comunicación intercultural pueden paradójicamente crear un nexo entre proveedor y usuario, a través del humor ⁽³¹⁾. De esta forma, utilizando en medicina un humor culturalmente sensible ⁽³²⁾, respetando la personalidad del paciente y teniendo criterio para escoger las situaciones adecuadas, humanizamos y robustecemos el proceso de atención de la salud.

LIDERAZGO PARA GENERAR ESTE CAMBIO

La consolidación de todos los aspectos planteados en la presente revisión implica -que duda cabe- un proceso de innovación en el sector salud; y para llevarla a cabo se requiere contar con la mejor herramienta disponible: el liderazgo, concepto que suele confundirse con gestión o dirección.

La gestión se ocupa de hacer frente a la complejidad ⁽³³⁾, es un método que ha permitido en nuestro sector la resolución adecuada de problemas en los servicios de salud; sin embargo

la dirección posee una debilidad intrínseca y casi definitoria: al tratar de controlar a las personas impulsándolas en la dirección adecuada, la mayoría de veces se continúa haciendo lo mismo durante mucho tiempo. El liderazgo por otro lado, capta la importancia del caos, es la herramienta perfecta que permite aprovechar la presencia de anomalías (como las necesidades de salud no cubiertas por el usuario, en el tema que nos ocupa) para cumplir con su inherente función: generar el cambio ⁽³⁴⁾.

Los directivos y los líderes son por lo tanto personas muy diferentes, los primeros se apoyan en pautas ordenadas y estables, esforzándose por mantenerlas; en tanto los segundos no se concentran en los problemas sino en los objetivos ⁽³⁵⁾, adoptando actitudes activas respecto a los mismos con el fin de provocar un cambio ⁽³⁶⁾. A manera de síntesis, en salud intercultural se requiere entonces la aplicación de un liderazgo inteligente y eficaz que pueda determinar la orientación de un cambio totalmente necesario en el sector (a través de la instauración de una vez por todas de un enfoque de salud centrado en la persona más importante: el usuario) y pueda generar a la vez que los proveedores cumplamos a cabalidad la función intrínseca que nunca debimos desatender: satisfacer las necesidades específicas de cada integrante de la población.

AGRADECIMIENTOS

Al Comité Editor de la Revista *Paediatrica*, al Dr. Pedro Mendoza Arana y Dr. Yhuri Carreazo Pariasca, por sus valiosas sugerencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jonas W, Kaptchuk T, Linde K. A Critical Overview of Homeopathy. *Ann Intern Med.* 2003;138: 393-9.
2. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chile.* 2003;131:1061-5.
3. London R, Anderson P, Cill P, Greenfield S. Educating Medical Students for Work in Culturally Diverse Societies. *JAMA.* 1999;282:875-80.
4. Beagan B. Teaching Social and Cultural Awareness to Medical Students: "It's All Very Nice to Talk about It in Theory, But Ultimately It Makes No Difference". *Acad Medicine.* 2003;78:605-14.
5. Fischman D. *El Espejo del Líder.* 1 ed. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) - El Comercio; 2000. p. 11.
6. Ibacache J, Chureo F, McFall S, Quidel J. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe-Pelale. Organización Panamericana de la Salud; 2001.
7. Reimer S. The Politics of Belonging and Intercultural Health Care. *West J Nurs Research.* 2003;25:762-80.
8. http://www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_span.pdf. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud - Ginebra 2002.
9. Duarte M. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad?. *Reflexiones conceptuales. Cad Saúde Pública.* 2003;19:635-43.
10. Silva F. *Antropología: Conceptos y nociones generales.* 1era Ed. Fondo de Cultura Económica; 1996.
11. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what isn't?. *BMJ.* 1996;312:71-2.
12. Haynes R, Sackett D, Gray J, Cook D, Guyatt G. Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. *ACP Journal Club.* 1996;125:A14-6.
13. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ.* 2002;324:1350.
14. Tracy CS, Coelho G, Upshur R. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice.* 2003;4:6-14.
15. Say R, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions - challenges for doctors. *BMJ.* 2003;327:542-5.
16. Holmes-Robner M, Llewellyn-Thomas H, Entwistle V, Coulter A, O'Connor A, Ravner DR. Patient choice modules for summaries of clinical effectiveness: a proposal. *BMJ.* 2001;322:664-7.
17. Haynes R, Devereaux P, Guyatt G. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP Journal Club.* 2002;136:A11-6.
18. Arygle M. Is happiness a cause of health? *Psychol Health.* 1997;12:769-781.
19. Berk LS, Felten DL, Tan SA, et al. Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter. *Altern Ther Health Med.* 2001;7:62-76.
20. Bennett HJ. Humor in Medicine. *South Med Journal.* 2003;96:1257-61.
21. Dean RA, Gregory, DM. More Than Trivial: Strategies for Using Humor in Palliative Care. *Cancer Nursing.* 2005;28:292-300.

22. Moran JM, Wig GS, Adams RB, Janata P, Kelley WM. Neural correlates of humor detection and appreciation. *NeuroImage*. 2004;21:1055-60
23. Mobbs D, Greicius MD, Abdel-Azim E, Menon V, Reiss AL. Humor Modulates the Mesolimbic Reward Centers. *Neuron*. 2003;40:1041-8.
24. Martin, R. Humor, laughter and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*. 2001;127:504-19.
25. Joshua A, Cotroneo A, Clarke S. Humor and Oncology. *J Clin Oncology*. 2005;23:645-8.
26. Roter D, Hall J, Katz N. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care*. 1987;25:437-451.
27. Lochman JE. Factors related to patient satisfaction with their medical care. *J Community Health*. 1983;9:91-109.
28. Stewart MA, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*. 1999;3:25-30.
29. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, et al. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract*. 1998;47:133-7.
30. Cheng W. Humor in intercultural conversations. *Semiotica*. 2003;146:287-306.
31. Berger JT, Coulehan J, Belling C. Humor in the Physician-Patient Encounter. *Arch Intern Med*. 2004;164:825-30.
32. Dean RA. Native American Humor: Implications for Transcultural Care. *J Transc Nurs*. 2003;14:62-5.
33. Kotter J. What leaders really do. *Harv Bus Rev*. 2001;79:85-96.
34. Fischman D. *El Camino del Líder*. 1era ed. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) - El Comercio; 2000. p. 69-71.
35. Brown WS. 13 errores fatales en que incurren los gerentes y como evitarlos. 1era ed. Editorial Norma; 2002. p. 26-33.
36. Zaleznik A. Managers and leaders: are they different?. *Harv Bus Rev*. 2004;82:74-81.

Correspondencia:
Dr. Jimmy Carreazo Pariasca
Email: jcmh97@hotmail.com