

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Walter Cacciavillano

INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA INCORPORACIÓN DE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL HOSPITAL GARRAHAN

2021

Tutores: Mg. Analía González y
Lic. César Nacucchio

Citar como: Cacciavillano, W. (2021). Intervención para promover la incorporación de una perspectiva intercultural en los procesos de atención de salud en el Hospital Garrahan. [Trabajo final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/736>



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen/Abstract. - Palabras-Clave	3
2. Introducción.....	5
3. Planteamiento del Problema	6
3.1 Objetivo General	10
3.2 Objetivos específicos.....	10
4. Desarrollo	11
4.1 Marco conceptual y/o referencial.....	11
4.2 Cultura organizacional.....	13
4.3 Barreras culturales.....	15
4.4 Interculturalidad y perspectiva de gestión de Calidad.....	16
4.5 Definiciones y conceptos	18
4.6 Antecedentes y experiencias vinculados con la perspectiva intercultural... ..	21
5 Metodología... ..	32
5.1 Resultados, análisis e interpretación.....	33
6 Conclusiones.....	42
7 Bibliografía	57
8 Anexos	49

Resumen

El presente trabajo se desarrolló durante el año 2021, en el ámbito del Hospital Nacional de Pediatría "J.P. Garrahan", centro de atención de alta complejidad y referente en atención pediátrica en Argentina. El objetivo de este trabajo fue realizar un diagnóstico de situación e identificar propuestas de mejora sobre la incorporación de la perspectiva intercultural. A partir de un caso médico, denominado caso índice, se abrieron interrogantes sobre cómo el equipo de salud da respuestas de una manera amplia, inclusiva y teniendo en cuenta las diferentes realidades de los pacientes y sus familias.

Adoptando la definición de interculturalidad de la Organización Panamericana de la Salud y de la Unesco, y teniendo en cuenta que la misma no es unívoca, se asume su ampliación en términos de alcance más allá de las comunidades indígenas, incluyendo prácticas en salud que involucren a personas/grupos con diferentes modos de concebir la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención.

Hablar de interculturalidad en salud es sinónimo de accesibilidad, mejora en la calidad de atención, equidad, diálogo, consenso, respeto y aprendizaje mutuo, comunicación efectiva e intercambio de saberes.

Se realizó un estudio de carácter exploratorio y cualitativo, mediante entrevistas a integrantes del equipo de salud y actores externos que se relacionen con la atención de pacientes/familias de diferentes realidades culturales.

Incluir temas como la interculturalidad en la prestación de servicios de salud es reconocido como una necesidad por parte de los equipos de atención de salud interdisciplinarios del hospital, ya que no se evidencian intervenciones o procesos institucionales y/o profesionales organizados, más allá de la práctica individual o de la articulación de mecanismos de prestación de salud de grupos o servicios, que no funcionan coordinadamente. Se requiere, además, fortalecer el trabajo con redes de comunicación externa, y generar otras nuevas que complementen el proceso de atención. Implementar

las propuestas de mejora en el modelo de atención con perspectiva intercultural, tales como la creación de un Comité Hospitalario, la capacitación del personal, la generación de mapas de procesos internos y externos, la incorporación del rol del facilitador cultural, entre otros, permitirá alcanzar una atención equitativa y de calidad.

Palabras-Clave:

Interculturalidad. Alta complejidad. Accesibilidad. Modelos de atención. Salud.

Summary/Abstract.

Our study was conducted in 2021 at the Hospital Nacional de Pediatría JP Garrahan, a tertiary-care referral center for pediatric care in Argentina. The aim of this study was to make a diagnosis of the situation and identify proposals to promote the incorporation of an intercultural perspective in the care processes of the hospital. Based on an index case, we raise the question of how the health team may perform in a broader and more inclusive manner, taking into account the different backgrounds of the patients and their families.

The definition of the intercultural approach of the Pan American Health Organization and the UNESCO was considered; however, taking into account that this definition is not unambiguous, its scope was extended beyond indigenous communities, including health practices that involve people/groups with different ways of conceiving health, disease, and healthcare.

The concept of interculturality in health is synonymous with accessibility, improvement in the quality of care, equity, dialogue, consensus, respect and mutual learning, effective communication, and exchange of knowledge.

An exploratory and qualitative study was conducted by means of interviews with members of the health team and external stakeholders involved in the care of patients/families from different cultural backgrounds.

Hospital interdisciplinary healthcare teams have recognized the need to include issues such as interculturality in the provision of health services, since currently there is a lack of institutional and/or organized professional interventions or processes, beyond individual initiatives, or articulation of health care delivery mechanisms of groups or services that are not working in a coordinated manner. In addition, there is a need to strengthen cooperation with external communication networks and develop additional networks to complement the care process. Implementation of proposals for improvement of the care model with an intercultural perspective, including the creation of a specific Hospital Committee, staff training, strategies for the development of internal and external processes, and the incorporation of cultural facilitators, among others, will allow for equitable and quality care.

➤ **Introducción.**

La Organización Panamericana de Salud (OPS) reconoce la necesidad de hacer frente a las diversidades étnicas, sociales y culturales que existen al interior de los Estados Miembros y las unidades técnicas para crear políticas y servicios de salud accesibles a poblaciones enteras. Concibe a la interculturalidad en salud como

la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales (no solamente los entornos visibles, sino la dimensión espiritual y cósmica de la salud) (OPS, 2019).

El enfoque Intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias, los estilos de vida culturales y las prácticas tradicionales al momento de una

enfermedad.

La Atención Primaria de la Salud se constituye en diferentes ámbitos en el antecedente más abordado del enfoque intercultural en salud, siendo muy pocos los reportes bibliográficos que aporten una mirada desde un tercer nivel de atención o de hospitales definidos como de alta complejidad. En la práctica cotidiana de un hospital de alta complejidad, como es el caso del Hospital Nacional de Pediatría "J.P. Garrahan", ámbito donde se desarrolló la investigación, no existen intervenciones sistemáticas que incorporen el abordaje intercultural como parte de la gestión institucional. Si bien se da una respuesta de caso, la misma es individual y definida por los propios profesionales que intervienen como "artesanales".

El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta un sentido amplio del alcance de la definición de interculturalidad, no restringida a pueblos originarios, sino a prácticas en salud que involucren a personas/grupos con diferentes modos de concebir la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención.

La metodología es cualitativa de tipo exploratorio, en el ámbito del Hospital Garrahan. A partir de este abordaje, la propuesta se centra en comprender y analizar la realidad y describir cuál es la situación institucional, de cara a elaborar propuestas de intervención adecuadas al contexto y sostenibles en el tiempo, enmarcadas en la gestión institucional.

➤ **Planteamiento del problema**

A partir de la detección de un "caso índice" observado en el Hospital Nacional de Pediatría J. P. Garrahan, surgen las siguientes preguntas: ¿cómo actúan los trabajadores de la salud ante estos hechos, reales y cotidianos? ¿Cuáles son los procesos que se desarrollan ante estas situaciones? ¿Cómo se relacionan con el entorno familiar, social, y comunitario de las diversas culturas que son usuarias de servicios de salud en la institución?

El “Caso índice” trata de un niño de la comunidad Mbyá, derivado desde la provincia de Misiones al Hospital Garrahan con diagnóstico de cardiopatía congénita compleja e internado en la unidad de cuidados intensivos. El padre es la persona responsable a cargo de su cuidado, mientras que su familia (madre y hermanos) permanecen en Misiones durante la internación del menor. Si bien por intermedio de una trabajadora social del hospital el padre y la madre estaban en comunicación, se recibió una alerta del equipo Salud indígena de Misiones, informando que dicha comunicación no era efectiva. Desde la visión del Hospital Garrahan, la comunicación era efectiva, pero luego se comprendió que la misma debería considerar la incorporación del referente de su comunidad, el cual cumple un rol fundamental en el tema de acompañamiento y autorizaciones en la realización de prácticas médicas. Según información estadística del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005 del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 de Argentina, dio como resultado que se reconocen como y/o descendientes en primera generación del pueblo mbyá 8223 personas en Argentina (4322 residiendo en comunidades), de las cuales 4083 viven en la provincia de Misiones (3684 residiendo en comunidades) y 4140 en el resto del país .

Este caso visibilizó y puso en cuestionamiento, cómo el equipo de salud da respuesta de una manera amplia, inclusiva y teniendo en cuenta las diferentes realidades de nuestros pacientes. Si bien en la situación mencionada no se detectaron problemas de comunicación lingüística y la accesibilidad a recibir cuidado estuvo garantizada, planteamos la incorporación de estrategias teniendo como eje la Interculturalidad en el sentido extendido de su concepto, es decir, no sólo limitado a la población indígena, sino a la relación de los equipos con otras culturas.

El hospital Nacional de Pediatría “J.P. Garrahan”, como centro de atención pediátrico de tercer nivel, no cuenta con herramientas de gestión institucionalizadas y formales para abordar la interculturalidad. La Organización Panamericana de la Salud (2019) reconoce la

necesidad de hacer frente a las diversidades étnicas, sociales y culturales que existen al interior de los Estados Miembros y las unidades técnicas para crear políticas y servicios de salud accesibles a poblaciones enteras. Según refiere el mencionado organismo:

Los sistemas de información en salud también fallan al momento de reconocer las particularidades y necesidades de estos grupos, lo cual afecta la propia definición de intervenciones e indicadores que buscan evaluar la efectividad en el mejoramiento de la salud de estas poblaciones. (OPS, p. 2)

La visibilización y el contacto con las diferencias culturales desafían a los equipos de salud al considerar un modelo de atención diverso, adaptado a las diferencias culturales. Una de las barreras de accesibilidad en salud es la cultural, abordar esta problemática podrá garantizar no solo el acceso propiamente dicho, sino también una atención basada en la equidad y la calidad, explorando el concepto de "satisfacción del usuario" en torno a la interculturalidad. Stival (2021)

La interculturalidad se despliega en contextos asistenciales caracterizados por la diversidad cultural y por modalidades heterogéneas de demanda, es decir, que implica considerar el trato con los integrantes de comunidades culturalmente diferentes que consultan". No se trata solamente de un problema de idioma, creencias o de comunicación: es antes que nada un problema de poder. Stival (2021)

Las diversidades culturales, entonces, se juegan en el marco de relaciones de desigualdad social y, por lo tanto, implica reconocer que ser parte de la sociedad es ser parte del problema.

El Hospital, visto como un ámbito donde se evidencia una cultura propia, organizacional, histórica y cotidiana, y como Institución que instruye, forma culturalmente, a partir de lo que somos o cómo nos reconocemos, como interactuamos con otras culturas diversas. El hospital Garrahan posee como tal su propia cultura sanitaria, conjunto de valores, ideas, creencias y actitudes, lo cual determina gran parte de su comportamiento.

El usuario del hospital tiene a su vez sus propios atributos, formas de comunicación y lenguaje, religión, estilos de vida, etc., que son condicionantes y obliga a tenerlos en cuenta, así, en el caso que se identifiquen barreras culturales, se puedan generar acciones que las eliminen, entendiendo las diferentes cosmovisiones en conceptos de salud-enfermedad, y diferentes modelos donde no prevalezca el modelo médico hegemónico.

Hablar de interculturalidad, implica revisar el sistema de atención, los procesos que se dan dentro de la Institución y cómo se relaciona no sólo con los pacientes/familias, sino también con otras instituciones, grupos y comunidades. Implica romper con lo establecido en cuanto a la rigidez en los actos del equipo interdisciplinario en el abordaje de este tema, revisar actos y delinear nuevas formas de aprendizaje que benefician tanto a los individuos como al hospital. Se requiere adaptar el orden organizacional y de atención asistencial y no asistencial a las necesidades de las personas usuarias del sistema, identificar, asumir y respetar las preferencias y necesidades de los pacientes debe ser eje de todo programa de gestión.

La etapa inicial del análisis de este trabajo se realizará a nivel intra institucional, teniendo como objetivo a largo plazo el desarrollo de procesos de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en el ámbito de la institución. El presente trabajo se desarrolló desde el punto de vista institucional y sus equipos de atención, sin la participación ciudadana de los diversos grupos culturales que consultan al hospital, pero sin representar al modelo médico hegemónico o una posición dominante, entendiendo que se debe asegurar la participación de las poblaciones involucradas en las etapas sucesivas.

Objetivo General

➤ Realizar un diagnóstico de situación e identificar propuestas de mejora para la incorporación de la perspectiva intercultural en los procesos de atención del Hospital Garrahan durante el año 2021.

Objetivos específicos

➤ Relevar y analizar la percepción de los integrantes del equipo de salud interdisciplinario en relación a la perspectiva intercultural en el proceso de atención.

➤ Identificar vínculos interinstitucionales y redes de comunicación establecidas con el fin de darles visibilidad y/o conectarlas entre ellas.

➤ Delinear propuestas de intervención en los procesos de gestión y atención de la organización.

➤ **Desarrollo**

Marco Teórico-Conceptual y/o referencial

En la práctica asistencial, se debería identificar la necesidad y reconocer la identidad sociocultural individual tanto de los pacientes como así también del personal de salud, lo cual en muchas ocasiones incluye una diferencia significativa de las condiciones de vida, percepciones del mundo de salud y enfermedad muy diferentes. La perspectiva "inter-cultural" siempre implica la consideración de los factores "culturales" de todos los actores en "interacción" (por ejemplo: médico y paciente). Es preciso, por lo tanto, tomar seriamente en cuenta la "cultura de la biomedicina" y a partir de esto alcanzar acuerdos, consensos, en un proceso de aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y experiencias con otros tipos de saberes, desarrollando servicios en salud que garanticen el acceso universal, equitativo, oportuno y de calidad, logrando una intervención estratégica que sea integral, programada y con participación ciudadana, con foco en sus problemas de salud y su entorno socio-cultural.

- **El Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan":**

Centro pediátrico de referencia en salud pública, gratuita y de alta complejidad de la Argentina. Se creó el Ente Hospital de Pediatría S.A.M.I.C, por Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 598, el 20 de abril de 1987, conforme a lo prescripto en la Ley 17.102 y el Decreto Reglamentario 8284/68. Desde su inauguración, el 25 de agosto de 1987, la institución se encuentra comprometida con los valores de ética, equidad, accesibilidad y calidad, con el objetivo de brindar la mejor atención a todos los niños y niñas de la Argentina.

El Hospital Garrahan se caracteriza por un alto grado de especialización de los recursos humanos, que totalizan más de 5000 agentes, equipamiento de última generación y una atención basada en cuidados progresivos. Desde sus inicios, el hospital funciona en

forma autárquica y actualmente es financiado en un 80 por ciento por el Estado Nacional, mientras que el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires aporta el 20 por ciento restante.

Entre las definiciones y previsiones contenidas en el programa médico inicial ya se destacaba el propósito de brindar atención médica integral y de la mejor calidad disponible a la población infantil de su área de influencia y también el propósito de actuar como hospital de referencia del sistema de atención médica pediátrica, principalmente en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), teniendo en cuenta su proyección en el ámbito nacional. Al mismo tiempo, se planteaba desarrollar una programación de docencia e investigación acordes con su nivel de complejidad, en el área de atención médica y administrativa sanitaria.

Entre otras funciones, se destacaba la posibilidad de brindar prestaciones de la mayor complejidad en la rama básica de la pediatría y en sus respectivas especialidades, logrando que el establecimiento se constituya en hospital de referencia para todo el país.

La organización propuesta (Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan Garrahan" – s.f) se basó en el concepto del cuidado del paciente, lo que significaba que

...la estructura de los servicios del hospital debe satisfacer las necesidades médicas y de enfermería de los pacientes en cada etapa de su enfermedad, al tiempo que implicaba modificar la tradicional estructura de los profesionales del departamento médico. Como resultado de esto, se constituyeron equipos de trabajo para realizar tareas asistenciales en todas las áreas del hospital. Ya entonces, también se declaraba que el hospital, de acuerdo a la evolución previsible de la política sanitaria, funcionará con una financiación distinta, en base a un sistema que, asegure a toda la población una accesibilidad igualitaria y que permita, a través de un sistema de seguro o similares, canalizar recursos para el funcionamiento correcto del mismo.

Prevalció entonces la idea de generar un modelo fuertemente descentralizado, y con una organización asistencial que incluyera características superadoras de los esquemas tradicionales.

Cada año, se realizan más de 600 mil consultas y 10 mil cirugías, y egresan más de 26 mil pacientes. El hospital está ubicado en la zona sur de la Capital Federal, y ocupa un área de 113 mil metros cuadrados. Dispone de 534 camas, de las cuales 132 son de terapia intensiva. Cuenta con 18 quirófanos, 200 consultorios, áreas destinadas a Trasplantes, Neonatología y Unidad de Quemados y el Centro de Atención Integral del Paciente Oncológico. Tiene además Banco de Sangre, Banco Público de Cordón Umbilical, Banco de Tejidos, Banco de Tumores y Laboratorios de Biología Molecular. Su carácter de institución descentralizada y de financiación múltiple, la modalidad modular y flexible del edificio, el equipamiento adecuado, la conformación de nuevos planteles y el horario prolongado, sumado a la organización según tipos de cuidados, las salas de internación polivalentes, la práctica interdisciplinaria y la jerarquización de las actividades de docencia e investigación, lo han convertido en un centro hospitalario de excelencia.

En la práctica cotidiana de un hospital de alta complejidad, como es el caso del Hospital Nacional de Pediatría "J.P. Garrahan", la práctica intercultural se lleva a cabo, como se cita en una publicación realizada en el ámbito de la institución, con una falta de capacitación, escasa planificación de recursos institucionales, materiales y humanos específicos, lo que obstaculiza la intervención en equipo interdisciplinario... en este contexto ...los profesionales brindan respuestas individuales, siendo definidas por los profesionales como "artesanales", no siempre tendientes a fomentar relaciones de interculturalidad y respeto de las diferencias. (Aragona, Berenice, Certoma, Estevez, 2013; pp. 301-306).

Cultura Organizacional

La identidad institucional es la "personalidad de la organización". Lo que ella es y pretende ser, pero no por materialidad sino por su espíritu. Es su ser histórico, filosófico, ético y de comportamiento. Es lo que la hace individual, singular, y la distingue y la diferencia de las demás organizaciones. Es el conjunto de atributos con los que la organización se identifica y con los cuales quiere ser identificada con sus públicos.

La identidad tiene su expresión básica en su forma de actuar, en la manera como desarrolla sus ideas y acciones, es decir en la cultura de la organización.

La cultura corporativa se refiere a la ideología de la organización, es decir, sus presunciones y valores respecto a la propia empresa y al entorno en el que ésta se desenvuelve. Inducirá la imagen de la organización como un grupo humano que gestiona sus normas internas de convivencia y de desarrollo y que se relaciona con la sociedad.

La cultura de la organización: define el estilo de vida de la organización, su manera de actuar, la forma de interacción entre sus miembros y la relación de estos con la propia entidad, tomando como referencia el conjunto de ideas, normas y valores que posee la organización.

En el hospital Garrahan la atención se centra en el paciente, como sujeto primordial de las acciones de un equipo de salud motivado, convencido e inmerso en una cultura de la mejora continua de la calidad de atención. Como antecedente de este modelo, puede citarse:

En 1987, nació en los Estados Unidos The Picker-Commonwealth Program for Patient-Centered Care. El programa puso el énfasis en considerar al paciente como centro y objeto de una forma integrada de prestación de servicios de salud, superadora del movimiento inicial de "atención centrada en el paciente", que había comenzado como un replanteo de la interacción individual médico-paciente. Este abordaje de las necesidades y preocupaciones del paciente desde los hospitales y los servicios sanitarios fue definido con ocho dimensiones:

- a) respeto por los valores, preferencias y necesidades de los pacientes, b) coordinación e

integración de los cuidados, c) información, comunicación y educación, d) confort; e) contención emocional y alivio, f) involucramiento de la familia y amigos, g) transición y continuidad de los cuidados, h) accesibilidad al tratamiento (Rodríguez y col, 2010, pp.55-58)

- **Barreras Culturales**

Las barreras que dificultan el otorgamiento y el acceso a la población a los servicios de salud se pueden clasificar en tres categorías: económicas, geográficas y culturales.

Las barreras "culturales", están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del "proveedor" y la de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas y están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre otros factores.

Además, siguiendo los lineamientos del documento Servicios y unidades de salud culturalmente competentes (Gobierno de México 2021), las "barreras culturales" pueden clasificarse desde cuatro ámbitos:

1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (En el sistema),
2. En el establecimiento o espacio físico de la unidad de salud,
3. En la forma de desempeñarse de los prestadores de salud y
4. En los usuarios.

En la estructura de los servicios (el sistema) los factores que pueden jugar como barreras culturales tienen que ver con la forma en que están organizados los servicios, los cuales no consideran en la mayoría de los casos, la participación de los usuarios.

En el establecimiento o espacio de salud tienen que ver principalmente con la

posibilidad de incluir la concepción del confort de parte del usuario con respecto a: el aspecto, diseño, clima, señalizaciones, mobiliario, la alimentación, espacios de juegos, etc.

En los prestadores del servicio las principales barreras que se presentan en este ámbito son: ubicación social y la percepción de status que tiene el personal respecto a los usuarios, las formas de ejercicio del poder, la capacidad y las habilidades interpersonales o de comunicación, los códigos de valores, prejuicios, condiciones de trabajo; en algunos casos, las diferencias lingüísticas, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios. Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género. En la relación ponen en juego sus habilidades y carencias.

En los usuarios, los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; la conciencia de sus derechos, sus conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua que habla, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana.

- **Interculturalidad y perspectiva de gestión de calidad**

Según la Organización Mundial de Salud (OMS)¹ los servicios sanitarios de calidad deben ser:

- eficaces: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- seguros: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;

¹ . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

- centrados en la persona: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizarán en torno a las necesidades de la persona;
- oportunos: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- equitativos: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- integrados: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y
- eficientes: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Según se cita en el manual mexicano de servicios y unidades de salud, culturalmente competentes:

la calidad de los servicios de salud no depende exclusivamente de la suficiencia de recursos aplicados a la infraestructura física de las unidades, ni a las capacidades técnicas del personal de salud; es necesario o deseable, que el personal demuestre el dominio de habilidades relacionadas con la capacidad para lograr una comunicación más que suficiente con los usuarios, donde se puedan compartir puntos de vista y objetivos en común y cuyo marco lo va delimitando muchas de las características la cultura regional, la identidad étnica, educativa, religiosa; la cultura alimentaría, el contexto ambiental y sus condicionantes sociales o económicas. A esta visión y conjunto de actitudes la denominan competencia cultural.

La Asociación Médica Americana, destaca como principal indicador de calidad sanitaria la experiencia del paciente.

Según Bautista, Vangehuchten y Duque (2017) "la interculturalidad en el ámbito de salud mejora en gran proporción el grado de satisfacción percibida por los pacientes incluyendo la calidad de la atención recibida" (pp 1-11).

En una investigación realizada en Ecuador, de tipo descriptiva, que utilizó como modalidad la encuesta y que abordó el tema de la gestión de atención cultural, refiere en sus conclusiones que existe relación entre la satisfacción de los usuarios y la gestión de la calidad intercultural hospitalaria. "Mejorar la calidad de atención del usuario influyendo en la satisfacción del mismo incluyendo el mejoramiento continuo de la gestión de calidad intercultural, y debiera ser uno de los ejes en toda institución que decida incluir la interculturalidad dentro de sus lineamientos estratégicos "(Morán Coello, 2020).

La atención centrada en el paciente es uno de los seis objetivos principales de la mejora de la calidad, siendo los otros: seguridad, efectividad, eficiencia, accesibilidad, atención a tiempo.

- **Definiciones y conceptos**

La OPS (1999) define y/o concibe la Interculturalidad como:

la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales (no solamente los entornos visibles, sino la dimensión espiritual y cósmica de la salud).

Por su parte la Unesco (2005)² la define como: "la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y a la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo"

² UNESCO (2005) Convención sobre la Protección y la Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales. Art. 4.8

La Interculturalidad se sustenta en cuatro principios básicos (Almaguer Gonzalez y cols.)

- Reconocimiento de la diversidad cultural
- Relaciones equitativas
- Respeto a las diferencias
- Enriquecimiento mutuo

Según Unesco (2005): "La Interculturalidad se refiere a la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y a la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo".

Según Magnífico, Papalardo y Lopez (MSAL, 2017) se considera importante diferenciar los conceptos de interculturalidad, pluriculturalidad y multiculturalidad, entendiendo a estos dos últimos como:

- PLURICULTURALIDAD, concepto que caracteriza la particularidad de la diversidad sociocultural de una región (culturas diferentes en un mismo espacio o territorio).
- MULTICULTURALIDAD. Concepto que parte de un reconocimiento del derecho a ser diferente y del respeto entre diferentes colectivos culturales. El respeto apunta a la igualdad de oportunidades. La multiculturalidad surge de una corriente que reivindica el derecho a la diferencia, parte del reconocimiento de la diversidad cultural.

La cultura se conceptualiza como "un conjunto de sistemas simbólicos en donde se encuentra el lenguaje, las relaciones económicas, la religión, el arte, las reglas matrimoniales, la ciencia, que suele extraer aspectos de la realidad social y física". (Alavez, 2014)

La cultura se refiere a patrones de estilo de vida, costumbres, valores, creencias, arte, comportamiento, al igual que los pensamientos que se transmiten en el proceso de socialización y todos los productos del trabajo humano, las cuales se dan en las familias y que

dichas características se comparten con la mayoría de los miembros de una determinada cultura. (Alavez, 2014)

Asumiendo que la INTERCULTURALIDAD es un proceso de interrelación en la diversidad y que va más allá del reconocimiento y respeto, implica la aceptación del otro como diferente, son relaciones complejas y difíciles de negociaciones y relaciones que buscan desarrollar:

- Una interacción social equilibrada entre personas, prácticas, reconocimientos y otros diferentes.
- Interacción que reconoce que parte de las desigualdades sociales, económicas, políticas y de poder.

La bibliografía reconoce que el significado del término Interculturalidad no es unívoco y que presenta una "variedad de sentidos semejante a la diversidad cultural que intenta abarcar". Frente a esta amplitud de definiciones, el Ministerio de Salud de la Nación describe a la cultura como "un sistema de valores, costumbres, creencias, formas de pensar y actuar, que se convierte en un referente para organizar nuestra vida en sociedad" (Magnífico, Papalardo y Lopez, MSAL, 2017)

El antropólogo R. Díaz (2009) al definir el concepto de Interculturalidad extendida procura

la desconstrucción de los discursos hegemónico monoculturales sobre identidad y cultura, a la vez que se apunta a considerar las intersecciones entre las dimensiones de raza, etnicidad, género, edad, orientación sexual, nacionalidad, religión, cultura, que se amalgaman estructuralmente en el Estado y la sociedad (...) perspectiva que precisa toda la sociedad civil, no solo para los pueblos indígenas (pp.15-26).

Por otra parte, según la investigadora Susana Ramírez Hita (2009), el concepto de salud intercultural

se ha extendido popularmente como la complementación en los servicios de salud de la biomedicina y de la medicina tradicional (incluido en ciertos sectores antropológicos en donde estas propuestas de débil sustento teórico y metodológico tienen cabida) sin que se reconozca el pluralismo médico que existe en todas las culturas y grupos sociales. (pp. 1-28).

Según explica O. Salaverry (2010), la interculturalidad es una noción que surgió en las ciencias sociales, particularmente en la antropología, y desde allí ha ido extendiéndose a otras disciplinas (pág 6-7).

Cabe precisar que la interculturalidad no alude únicamente a las poblaciones indígenas. La actitud intercultural, no es pasiva, busca y promueve el respeto, la escucha y la comprensión mutua para lograr un nivel de comprensión mucho mayor de ambos lados de un conflicto. La interculturalidad reconoce al "otro" u "otros" como seres dignos de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. En términos concretos, la interculturalidad es una situación y un proceso entre grupos culturales, en la convivencia en un entorno compartido. Es un proceso donde siempre hay que estar preparado para los cambios; no es armonioso y en él puede haber conflictos. Propone elementos que para muchas personas pueden ser o parecer innecesarios como el Respeto, Reconocimiento y Diálogo. Por Interculturalidad en Salud, se comprenden los procesos que, en los servicios de salud, consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad: La interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección (Gobierno de Mexico, op.cit).

Antecedentes. Experiencias vinculadas con la perspectiva Intercultural

El concepto de salud intercultural surge en América Latina a lo largo de los años '90 y 2000 y ha alcanzado un verdadero auge en los últimos años. La iniciativa de Salud de los

Pueblos Indígenas surgió de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 1992, en el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al Continente Americano. El compromiso estaba destinado a promover la transformación de los sistemas de salud y a apoyar el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo, a su vez, la medicina tradicional. Es decir, promoviendo el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales indígenas, situando el eje de la actuación en "la necesidad de incorporar las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud" (OPS, 2003, pág. 7) y ello implicaba un discurso de armonía y consenso entre sistemas médicos. (Ramírez Hita, 2009).

Existen varios países a nivel de latino-americano que abordan el tema de interculturalidad, tales como Bolivia, Chile, Brasil, Ecuador, Perú, México, entre otros. Se destacan a continuación algunas consideraciones sobre algunos de ellos.

El Estado boliviano cristalizó en la propuesta en la Nueva Constitución Política del Estado aprobada a principios del año 2009, con varios artículos que incluyen el concepto de interculturalidad. (Ramírez Hita, 2009, pp.1-28). El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia lo definía de la siguiente manera: "La interculturalidad en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas donde cada una de ellas se predispone al diálogo, respeto, reconocimiento, valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes" (Ministerio de Salud y Deportes, 2007: 7 en: Royder y Angeloni, 2007: 16). Actualmente, el concepto de interculturalidad ha sido asumido como reivindicación política por parte de las poblaciones indígenas del país.³ Ramírez Hita (2009) apunta que se trata de un concepto que, hasta el momento, no ha influido en una mejora de la calidad de atención en los centros y hospitales,

³ Plan Estratégico de Salud Indígena 2008-2010. CIDOB, CNIS. Bolivia, 2008

ni en la introducción de cambios epidemiológicos. Es un modelo externo, que introdujo la cooperación internacional, y que hoy el Ministerio intenta consensuar con la población, las comunidades y el personal sanitario. Se promueve que el programa o propuesta se acepte por la población, a través de talleres, a mujeres, parteras, médicos tradicionales y personal sanitario.

En comunicación personal, la Lic. Julieta Zurita Cavero, con amplia experiencia en el tema de interculturalidad, y que desarrolla su actividad en la Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia, relata la experiencia de señalética bilingüe en centros hospitalarios, y la existencia de facilitadores culturales, además de un trabajo con el personal de salud en relación a competencias en procesos de capacitación/sensibilización del personal. Refiere además que La interculturalidad aspira a una interacción entre culturas a través del reconocimiento, respeto y aceptación de:

- Las diferencias y convergencias entre personas y grupos
- Las identidades individuales y colectivas
- Los conocimientos de cada cultura como aporte complementario a las otras culturas
- Los derechos humanos. Los valores compartidos
- Las normas de convivencia legitimadas y aceptadas
- Las instituciones, aunque requieran adaptaciones y mejoras
- Los intereses comunes para el desarrollo local
- La equidad de género
- El medio ambiente

En México, según plantea Guzmán-Rosas (2016), la aplicación del modelo de interculturalidad en salud plantea una convergencia entre dos sistemas de conocimiento que reposan en distintos marcos epistemológicos y promueve su encuentro para el beneficio de

la población involucrada en la atención sanitaria dentro de las zonas de cobertura médica indígena. De esta manera, se requiere que un segmento de los actores involucrados, a saber, el personal médico, cuente con un mínimo de herramientas, conocimientos, aptitudes y actitudes que le permitan transitar de su modelo médico hacia la comprensión del modelo de salud de su paciente, sin que por ello tenga que abandonar su práctica o sus saberes médico académicos. En el caso mexicano, la fundamentación de esta interculturalidad se establece en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 1º, reformado en junio de 2011, establece que todas las personas gozarán de derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte y en su artículo 2º, señala que para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades federales, estatales y municipales tienen la obligación de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional. En el año 1982, una institución de salud, como es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), crea un hospital especial para la atención de comunidades rurales e indígenas llamado IMSS-COPLAMAR y a partir de 2010, la Facultad de Medicina de la UNAM, incorporó de manera obligatoria la materia de Antropología Médica e Interculturalidad en América Latina, donde se destaca la importancia de la medicina tradicional y ancestral y sus grandes contribuciones hasta nuestros días. En este sentido, una experiencia a resaltar es el desarrollo de un Hospital Mixto, con servicios de salud interculturales con autonomía y con proyección regional, en donde se practican, tanto la medicina biomédica como la tradicional indígena.

En un estudio realizado en el mencionado país da cuenta que la formación médica actual hay una insuficiente inclusión de temas sobre interculturalidad, solo una pequeña proporción (23%) de los médicos encuestados recibió una formación sobre el tema de las plantas medicinales y los tratamientos tradicionales indígenas cuando cursó su carrera profesional. Al mismo tiempo se manifiesta que "apenas la cuarta parte de las instituciones de enseñanza médica, incluye temas sobre medicina tradicional indígena y, por si ello fuera

poco, la mitad de esta última proporción es opcional, de corta duración y/o de poco valor curricular” (Guzmán Rozas, pp. 10-29)

Según Mónica N. Manríquez-Hizaut (2018), en 1992 Chile implementó por primera vez un programa de salud para los pueblos indígenas, el Programa de Salud para Población Mapuche (Promap), cuyo objetivo fue entregar una atención de salud con pertinencia cultural, favoreciendo la complementariedad entre los sistemas médico indígena y el sistema oficial. La versión actual de esa iniciativa - el Programa especial de Salud para Pueblos Indígenas (PESPI) - ha logrado llegar con este enfoque a casi la totalidad de los Servicios de Salud del país. La revisión que el mundo académico ha hecho de estas experiencias en Chile, basados en la salud pública o en la antropología médica, se ha centrado en el análisis de las iniciativas llevadas en contextos indígenas rurales, desde el punto de vista de las dificultades que han debido enfrentar y las nociones de interculturalidad en salud que han logrado consolidar. Sin embargo, poco se ha abordado este programa en los contextos urbanos (espacio en que mayoritariamente están ocupando hoy los pueblos indígenas) o desde el punto de vista de las nociones de interculturalidad en salud que implican (Manríquez-Hizaut y col. pp. 759-753).

Si bien el tema es abordado desde un punto de vista jurídico, reglamentado y ordenado, y con líneas de acción descritas de manera concreta y organizada, la bibliografía crítica que dichas acciones no se concretan en la realidad, donde todavía queda un largo camino a recorrer en términos de reconocimiento, interacción efectiva y de tratos igualitarios.

En Argentina, se crea en el ámbito del Ministerio de Salud (MSAL) por resolución 439/2011 el Área de Salud Indígena, dentro del Programa Médicos Comunitarios, y por resolución 1036/16 se crea el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, que reemplaza el anterior, y procura: la participación, la formación y la capacitación en interculturalidad y salud indígena; la complementariedad entre las medicinas oficial e indígena; y la implementación a nivel nacional de políticas interculturales de salud. En el

documento INTERCULTURALIDAD Y SALUD, (Ministerio de Salud de la Nación, 2011), refiere que

para considerar la situación de salud de los pueblos originarios no basta con conocer los datos duros de población, modos de vida, accesibilidad al sistema y enfermedades, sino que se hace necesario comprender que estas comunidades manejan un concepto propio de salud, que define su modo de cuidarla y que, muchas veces, colisiona con medicina tradicional. Más adelante en la misma publicación menciona que diversas iniciativas en salud, públicas y privadas, locales y/o nacionales, intentan fundamentarse en un enfoque intercultural.

Pero una simple mirada sobre sus alcances y orientaciones nos muestra una variedad de sentidos semejante a la diversidad cultural que intentan abarcar. La interculturalidad en general y, específicamente, la interculturalidad en salud parece ser el resultado de un buen diálogo entre culturas, siendo el punto de partida para interculturalizar la relación entre la medicina oficial y otras medicinas (indígenas en particular) es acercarse de modo integral a las cosmovisiones de los pueblos (originarios en este caso), a sus procesos políticos y culturales, a sus luchas por mejorar las condiciones de vida y a las estrategias que se van dando para recomponer sus conocimientos, en particular, a los modos de sanación.

Existen experiencias en diferentes provincias de la Argentina que abordan en el tema, tales como Buenos Aires, Chaco, San Juan, Jujuy, Rio Negro, Catamarca, entre otras; se citan a continuación algunas experiencias.

En la Constitución de la provincia de Neuquén, del año 2006, la provincia reconoce la diversidad cultural y étnica (Art. 105). En el Art. 107 reconoce la Interculturalidad, pero la principal reforma consiste en los derechos establecidos en el Art. 53. No obstante esta reforma, con relación al área de Salud de los Pueblos Indígenas, no se identifican programas específicos.

Una experiencia única e histórica, no sólo para la provincia sino también para el país, es el Centro de Salud Intercultural Raguñ Kien en la que se encontrarán y complementarán distintos modelos médicos como la medicina mapuche y la biomedicina; dicho centro se inauguró en noviembre del 2021 y va a funcionar integrándose como parte del Sistema Público de Salud y dentro del área programa en la que se encuentra. Dependerá de la Zona Sanitaria II y trabajará articuladamente con el Hospital de Aluminé y de Zapala. Se encuentra ubicado en la Cuenca de Ruca Choroi, tiene Nivel de Complejidad II y cuenta con un abordaje intercultural del modelo de atención, resultado de años de trabajo, aprendizaje mutuo y espacios de consenso.

La provincia de Santa Fe, teniendo como base un convenio firmado entre el Ministerio de Salud y el Instituto Provincial de Aborígenes Santafesinos (IPAS), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, promueve la incorporación de una perspectiva intercultural en los procesos de atención en los servicios de salud. Considerando diferentes dimensiones:

1. Infraestructura: construcción y ampliación de centros de salud, postas.
2. Intersectorialidad: articulación con ministerios y organismos estatales.
3. Construcción de datos epidemiológicos desagregados para pueblos originarios. Para visibilizar los problemas de salud, para construir información específica para la toma de decisiones y generación de acciones y políticas públicas, para pluralizar las estadísticas sanitarias con el propósito de reconocer la diversidad cultural que se despliegan en los servicios. Se mencionan reportes del Sistema de Atención Primaria (SICAP) que incluyen la variable de género y etnia. Argumentos interesantes que refuerzan los beneficios de poder identificar a la población de las distintas comunidades.
4. Redefinir el rol del agente sanitario perteneciente a los pueblos originarios. Organización de encuentros. Recuperación y revisión de prácticas. Proceso de trabajo sobre redefinición del encuadre normativo.

5. Fortalecer a los equipos en el desarrollo de estrategias locales que incorporen una perspectiva intercultural. En el texto santafesino este punto lo relacionan con la generación de espacios locales de discusión y decisión entre el equipo/comunidad para construir en conjunto una agenda local de problemas de salud, para definir qué actividades se desarrollan y cómo y para evaluar juntos la estrategia desplegada.

En la Provincia de Misiones funciona una red de atención y comunicación con agentes sanitarios indígenas bajo la órbita de la Dirección de Programas Comunitarios de Atención Primaria de Salud (APS) – Salud Indígena, con líneas de trabajo tienen que ver con un plan de adecuaciones culturales dentro el sistema de salud provincial, con el objetivo de derribar barreras que impidan el acceso a la salud de la Población originaria Mbya Guaraní, Capacitación Permanente en Servicio. Los objetivos y líneas de acción de la Dirección son:

1. Mejorar la cobertura de Atención Primaria de la Salud asegurando la accesibilidad a las prestaciones del Sistema de Salud.

2. Fortalecer la Red Sanitaria conformada por Agentes Sanitarios de Salud Indígenas (ASSI), Médicos, Caciques, Opyguas, administrativos y otros.

3. Organizar un sistema de vigilancia epidemiológica que permita disponer de datos reales sobre la situación de las Comunidades.

4. Llevar adelante capacitación permanente en servicio.

5. Reconocer y valorizar la participación comunitaria como una herramienta para la resolución de problemas de salud.

6. Promover el enfoque intercultural dentro del Sistema de Salud actual para la construcción de un modelo integral en salud con una marcada interrelación entre saberes (medicina tradicional y la científica).

Resulta interesante mencionar que la provincia de Salta sancionó en el año 2000 la Ley Provincial N° 7121, que contempla en su Artículo 2 la creación de un Instituto Provincial de pueblos indígenas. Con el objetivo de operativizar en la ley anterior se promulgó en 2014 la Ley N° 7856, donde se creó la Red de apoyo Sanitario, Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios. Es necesario señalar que esta ley no se ha instrumentado, sin embargo, sirve de marco para ir diseñando estrategias en salud pública. Cabe señalar, entre las principales acciones que propone, la de garantizar una adecuada y equitativa atención médica y accesibilidad a la alta complejidad médica. Contempla también la provisión de facilitadores interculturales bilingües, necesarias para la cobertura de los hospitales a efectos de permitir una adecuada armonización intercultural entre el sistema de salud y el paciente originario, la población indígena implementando acciones sanitarias que desde una perspectiva intercultural, y según se menciona en el reconocimiento a dicha labor por la Cámara de Diputados de la Nación⁴, se encarga de implementar la consulta previa, libre e informada a las comunidades indígenas –según establece la legislación vigente- y de coordinar las acciones desarrolladas por las distintas dependencias del Ministerio de Salud de la Nación con relación a la salud de esas comunidades. El Programa establece vínculos con los ministerios de salud provinciales y otros organismos del Estado Nacional para coordinar acciones conjuntas de atención y promoción de la salud de la población indígena. Se busca generar la formulación de planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo. Como así también propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud. El Programa busca también, desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud aceptando la interculturalidad.

⁴ Expediente 4027 -D-2019.

Todo esto implica diseñar y proponer acciones orientadas a identificar y remover barreras de accesibilidad que condicionan el acceso de la población indígena al sistema público de salud, sean estas económicas, geográficas, sociales, culturales, lingüísticas, etc. Al mismo tiempo, el enfoque intercultural orientado a la salud enfatiza, dimensiones tan importantes como la pertenencia étnica, cultural, así como también, aspectos de su cosmovisión vinculados al buen vivir (salud).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cabe mencionar el Programa Asistencial de Medicina Transcultural del Hospital Italiano (2000), se trata de una experiencia hospitalaria vinculada con "el respeto de la diferencia en salud", cuyo eje es el Programa Asistencial de Medicina Transcultural, "programa horizontal de gestión de la diversidad destinado a mejorar la calidad de asistencia médica de personas que profesan diferentes religiones y que pertenecen a distintas etnias y culturas, así como de las personas que padecen alguna discapacidad". Una de las estrategias que promueven para ello es la creación de la figura del facilitador intercultural, que no solo realiza interpretaciones simultáneas en consultorios sino también traduce diferentes tipos de documentos vinculados con información para los pacientes de acceso mediante la Intranet del hospital.

El programa tiene como objetivos: reducir la inequidad cultural en salud (mejorar el acceso, disponibilidad, aceptabilidad, comodidad y satisfacción), reducir el choque cultural y promover la comunicación intercultural. Por medio de diseño de intervenciones basados en: sensibilización cultural en salud, promoción de la comunicación intercultural por medio de Facilitadores y reducción de conflictos interculturales a través de la mediación y negociación intercultural (Santagata, 2005).

Dentro del ámbito del Hospital Garrahan y como acción inicial que brinda la oportunidad para poder llevar adelante otras líneas de acción en lo referente a la interculturalidad, desde el 11 de septiembre de 2006 la Dirección Médica Adjunta del Hospital oficializó la creación del Grupo de Medicina Integradora, considerando que los equipos

multidisciplinarios son una herramienta de gran importancia para mejorar la calidad asistencial. La Medicina Integradora, también llamada Integrada o Integrativa, busca combinar la Medicina Alternativa y Complementaria, siendo éstas un conjunto de sistemas, prácticas, productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional. El mencionado grupo ha desarrollado diferentes estudios entre los que cita una encuesta sobre conocimiento, uso y opinión en el personal de enfermería de un hospital pediátrico de alta complejidad, en relación a la Medicina Alternativa y Complementaria (MAC), siendo su conclusión que el grupo encuestado, manifiesta actitudes favorables hacia la medicina alternativa y complementaria, pero el conocimiento es muy limitado. Hay un alto grado de interés en lograr mayor formación (Cáceres Guido P. y col. 2009; pp. 24-27)

Ante la diversidad sociocultural y lingüística de muchos países de Latinoamérica como el nuestro se ha hecho emergente hablar de interculturalidad, como el camino para la convivencia democrática, inclusiva en estas sociedades.

Tal como lo expresa J. Zurita:

la interculturalidad es un proceso de construcción y solo es posible alcanzarla a través de prácticas y acciones sociales concretas y conscientes. La práctica de la interculturalidad implica entonces relaciones de confianza, comunicación efectiva, diálogo, debate, consenso, aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y experiencias, resolución pacífica de conflictos y convivencia social. (Zurita J, noviembre 2021, comunicación personal).

Generar acciones que puedan ser llevadas a la práctica, específicamente dentro de un contexto de modelo de atención de un hospital de atención de alta complejidad como es el caso del Hospital Garrahan, requiere de una decisión institucional, siendo necesario encarar estrategias de intervención que tengan en cuenta el derecho a la salud de las personas y con una participación activa de personas/grupos o comunidades.

La bibliografía aborda la Interculturalidad priorizando la cultura de los pueblos indígenas y con líneas de acción a apuntan sobre todo a la atención primaria de la salud, la intención del desarrollo del trabajo es asumir la definición extendida de interculturalidad, dando un sentido amplio alcance y no restringida involucrando, además, a personas/grupos con diferentes modos de concebir la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención.

➤ **Metodología**

Estudio de tipo exploratorio, cualitativo, en el ámbito del Hospital Garrahan, orientado a una etapa inicial analítica, y tendiente a generar propuesta de planificación para definir algún tipo de intervención futura.

Las diversas acciones formuladas en el presente programa/proyecto se focalizan en un campo de intervención a nivel intra e interinstitucional, vinculado con las prácticas asistenciales y sus modos de concebirse desde la perspectiva de un hospital del tercer nivel de atención, siendo la población objetivo del análisis: agentes de salud del Hospital Nacional de Pediatría "JP Garrahan", que intervengan en la atención de pacientes/familias que puedan ser identificados o se autoperciban como pertenecientes o integrantes de diversidades culturales, étnicas, de género, religiosas o a grupos determinados o que por su condición de salud requieran un abordaje particular: por ejemplo discapacitados visuales, auditivos, etc.

Se realizó inicialmente una revisión bibliográfica para obtener información en relación al tema de estudio. Se efectuaron entrevistas individuales y grupales de tipo semiabiertas y abiertas.

Las unidades de análisis estuvieron constituidas por entrevistados, integrantes del equipo de salud del Hospital Garrahan, o de referentes externos.

➤ **Actores internos:** Trabajadoras Sociales, Integrantes de Comités de Educación y Salud, Niñez y Salud, Medicina Integradora, Diversidad y Género, Bioética.

Departamentos/áreas, de Representante del Paciente, Registros Médicos.

➤ **Actores externos:** referentes de Ministerios, organizaciones, referentes de colectivos culturales, religiosos. Instituciones de salud con experiencia de abordaje de la temática, tales como el equipo de Transculturalidad del Hospital Italiano de Buenos Aires, identificado como un centro local que lleva adelante acciones de gestión intrahospitalarias en interculturalidad.

Entrevistas realizadas

Las entrevistas a los actores internos fueron realizadas de manera presencial y de manera virtual a los actores externos. Se siguieron los siguientes ejes temáticos:

- Modalidad de trabajo
- Existencia de recursos existentes: humanos, de gestión, físicos y pedagógicos/publicaciones
- Identificación de redes comunicaciones: su funcionamiento, articulación interna y con otras instituciones/organismos.

En las preguntas al equipo de salud del hospital y a los actores externos⁵, se utilizó la entrevista como técnica de recolección de datos de tipo cualitativo, y se realizó la redacción y registro de minutas de las entrevistas realizadas, si bien las preguntas anteriormente referidas fueron tomadas como ejes, se estableció un esquema flexible, dinámico, no directivo ni restrictivo, en cuanto a tratar otros tópicos que surgieran dentro del ámbito de las mismas entrevistas y estén en relación con el tema estudiado.

⁵ se adjunta en Anexo 1 preguntas realizadas

➤ **Resultados, análisis e interpretación**

Emergentes de entrevistas realizadas a actores internos integrantes de los equipos de salud del Hospital Garrahan:

Se delinear y redactan, luego del análisis, emergentes y consideraciones que fueron comunes entre los/las entrevistados/as:

a- Conformación del equipo de salud/protocolo de atención. Todos los profesionales coinciden en que no existe un protocolo de intervención, sino que es una tarea que se va construyendo empíricamente en cada interacción con estas familias. Los profesionales no médicos coinciden en que es el médico, quien generalmente tienen el primer contacto con el paciente y la familia, el que convoca al armado del equipo, **siendo el principal motivo de interconsulta las dificultades en la comunicación.**

b- Trabajo en red con otras áreas o instituciones. Se concluye que no hay un circuito predeterminado u otros recursos institucionales, más allá de las Casas de las Provincias, a los cuales se acude para resolver las distintas problemáticas que van surgiendo durante el tratamiento. Ante esto los profesionales generan, habitualmente por iniciativa individual, redes informales de recursos materiales y humanos: "tiene que haber contactos más asentados". Se plantea la posibilidad de hacer un relevamiento de los conocimientos y contactos informales existentes entre el personal

c- Aprendizaje organizacional. Se rescata que intervenir en este tipo de procesos es una oportunidad de aprendizaje del equipo de salud, identificándose un enriquecimiento con recuperación del mundo simbólico del otro.

d- Abordaje del equipo de salud durante la internación. Surge el idioma como principal dificultad, que conlleva el obstáculo a poder "comunicar para explicar la situación médica, los

tratamientos, ver qué necesidades tienen” como así también “comprender cuáles son sus creencias” “el mecanismo es mucho más complejo para trabajar con una persona que tiene un universo simbólico completamente diferente”. Aquí se evidencia que la barrera idiomática no solo dificulta la transmisión de contenidos sino también la capacidad del equipo de salud de conocer a la persona que atiende, comprender su forma de entender el mundo. Esto puede suceder también con pacientes con los que no haya barrera idiomática, pero se evidencia aún más en estas situaciones.

Las barreras en la comunicación, generadas no sólo por el desconocimiento de su lengua por parte de los profesionales sino por dificultades para lograr otros modos alternativos de comunicación, reducen la posibilidad de diálogo, escucha y comprensión durante el proceso de salud-enfermedad-atención.

e- Dificultades y facilitadores en las intervenciones. Otros argumentos útiles para la justificación de la necesidad de acuerdos inter e intrainstitucionales. Se identifican “fallas” en relación a la convocatoria para la conformación del equipo de trabajo de profesionales no médicos, desde la llegada de la familia al hospital. La falta de capacitación y de planificación de los equipos profesionales también se ha presentado como una limitación para poder brindar un abordaje integral a estas familias.

Se considera como un facilitador en las intervenciones el trabajo en red con otras instituciones y personas de referencia para la familia que ya funcionan de manera informal.

f-Necesidad de mayor capacitación, escucha y comprensión de la concepción del proceso de salud/enfermedad de las familias de las comunidades indígenas y/o otras culturas.

Dentro de lo relativo a culturas de la entrevista realizadas se destaca:

- La lengua, y por lo tanto la resolución de barreras idiomáticas: miembros de pueblos originarios, poblaciones extranjeras con idiomas no tan habituales (por ejemplo las

lenguas orientales), los pacientes con dificultades auditivas, visuales o sordomudos.

- Las creencias religiosas: entre ellas, la problemática de los testigos de Jehová con las transfusiones de sangre y la firma de consentimientos informados, la problemática de género en las poblaciones islámicas con respecto al acceso a la salud (la mujer cuando asiste a control médico tiene que ser en presencia del marido), no se dispone información sobre ¿Qué sucede con las adolescentes en el hospital? ¿Ese lugar lo asume el padre? ¿Y con las adolescentes embarazadas? En un hospital de adultos ese tema se había encarado generando un consultorio vespertino de ginecología al que pudieran asistir acompañadas por el marido en un horario no laboral para éste.

- Modalidades vinculares de la comunidad. Por ejemplo, los gitanos con una estructura familiar relacionada con el concepto de tribu.

- Mandatos culturales (roles generacionales y vinculados con el género): Por ejemplo, la adolescente que no se comunicaba porque no podía hablar con extraños porque hacerlo implica transgredir un mandato. En ese caso, sólo el padre (el hombre de la familia) podía hacerlo.

- El grupo de Medicina Integradora destaca: "El tema de interculturalidad parte de ver la problemática salud. Mundos distintos de pacientes que cuando entran acá por respeto al sistema se olvidan, cuando salen hacen las cosas que hacían antes y se genera una disociación traumática. Se produce un desborde y dejan sus principios en las puertas del hospital"

Emergentes de entrevistas realizadas. Actores externos:

- Equipos del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud de la Nación e INAI:

Se identificaron temas o posibles líneas estratégicas que se enumeran a continuación:

- La importancia de fortalecer las redes existentes. Ante la necesidad de

identificación de un caso, establecer nexos institucionales e identificar referentes que puedan dar respuesta a las demandas, donde las tres instituciones se complementan para fortalecer el anclaje territorial de cada una de ellas. Los referentes del INAI del Sur y de la provincia de Buenos Aires tienen la capacidad operativa de complementar la distribución geográfica de los agentes sanitarios del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas que se localizan principalmente en el NOA y NEA. El Programa financia 730 Agentes Sanitarios Indígenas (pertenecen a la comunidad y son elegidos por ella), en formato becas. Ante cierta dificultad del INAI para acceder a los datos provinciales desde el ámbito nacional (se entiende desde los centros asistenciales), consideran a la red de Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) del Hospital Garrahan, como un posible anclaje territorial vinculado con los efectores de salud.

- En instancias asistenciales donde se puede necesitar colaboración (para contener a la familia, acompañar a la comunidad y fortalecer al equipo de salud), se delinea un plan de acción posible, donde exista una alerta de llegada en la derivación, atención o internación/estadía, contrarreferencia/vuelta), del niño/a. Se determina que al arribo al hospital es conveniente:

- a. Saber previamente de la llegada de los pacientes (contar con "las alertas previas"), porque se conoce que el paciente será derivado, pero no suele constar la información de su proveniencia de una comunidad de pueblos originarios y se percibe el impacto que implica la llegada a Buenos Aires. Se pauta que se avisará de las derivaciones, entendiéndose que a veces se suceden traslados de emergencia.

- b. Tener el contacto con la comunidad, ya que contar con esta información le permitiría dialogar mejor y definir posibles líneas de acción estratégicas.

- c. Previo al retorno al lugar de origen: organizar una reunión entre el equipo del Hospital Garrahan y del Hospital local para contrareferir en tiempo real, generando instancias de diálogo y no sólo a través de una documentación.

d. La contrarreferencia: contar con información médica para los agentes comunitarios (ASSI - Agentes Sanitarios de Salud Indígena) ya que esto facilita la gestión asistencial posterior.

e. Se describen líneas de trabajo complementarias en función de la ubicación física del paciente, utilizando como herramienta la comunicación a distancia.

Se acuerda en la utilidad de facilitar la vinculación interinstitucional mediante un proceso que estructure y que contenga la mirada singular de cada paciente.

Surge como información relevante en las entrevistas el reconocimiento de la pertenencia cultural/étnica del niño/a que asiste al hospital. Ante posibles resistencias para relevar dicha dimensión por parte de la comunidad hospitalaria, se menciona que ésta da cuenta de una discriminación positiva. La pregunta en este caso apunta a la autopercepción, dado que la ley permite el autorreconocimiento. También existe la voluntad de incluirla en la historia clínica electrónica. El Programa compartió un documento para trabajar cómo elaborar una pregunta para indagarla y sensibilizar a la comunidad hospitalaria sobre el tema.

- Entrevista con Referentes de la Provincia de Misiones, integrante del equipo de Salud Indígena de Misiones⁶.

Se identificaron temas o posibles líneas estratégicas que se enumeran a continuación:

○ Se considera una oportunidad de mejora protocolizar el proceso de atención, con el objetivo de brindar contención para el acompañamiento de la familia, teniendo en cuenta las distintas instancias que transita el paciente al ser derivado. Entre los problemas identificados se destaca que algunas familias no quieren viajar a Buenos Aires, en este caso se podría trabajar 1) ante la identificación de problemas y/o 2) preventivamente para que estos no ocurran.

⁶ Se adjunta en anexo 2 la minuta de la reunión

○ En relación a la información médica que se otorgue para el acompañamiento a la comunidad se propone fortalecer la capacidad de gestión política del Programa de Salud Indígena y gestión administrativa (por ejemplo, conocer los próximos turnos para la obtención de recursos para viajar). Para ello se requiere contar con una epicrisis o un resumen del estado de internación que le permitiría establecer un mejor diálogo: “el cacique pide explicaciones más allá de que exista una comunicación entre la familia que se encuentra separada y a distancia. El cacique y la familia son efecto de las decisiones de la comunidad. La familia no firma autorización al tratamiento si no tiene el aval de su comunidad”.

En relación a necesidades / ideas desde la mirada del Hospital Garrahan, de las entrevistas con estos actores surge que avalan y apoyan la propuesta que el sistema del Hospital identifique la variable étnica y se incorpore la pregunta en la entrevista para mejorar la identificación de esta población y contar con estadísticas hospitalarias. Esto además podría mejorar el recupero económico de las prestaciones, por ejemplo, el Programa Sumar del MSAL tiene prestaciones que reintegran montos mayores por la atención de pueblos originarios.

Existe también amplio consenso en que incorporar un referente que reciba al paciente/familia y/o al agente sanitario, sería una estrategia de gestión que mejoraría la calidad de atención que se brinda, abordando la resolución de conflictos administrativos, aspectos comunicacionales y de acompañamiento.

- Entrevista con Equipo Hospital Italiano⁷

Esta entrevista permitió conocer la realidad de un equipo de trabajo dentro de un contexto hospitalario de características comparables a la del Hospital Garrahan. Se indaga sobre los procesos de atención, su modalidad y la forma de resolución de los actos administrativos, de gestión y médicos. La forma de funcionamiento con una Unidad

⁷ Se adjunta en anexo 3 la minuta de la reunión

Hospitalaria dedicada en exclusividad a esta temática no sólo permite abordar de mejor manera la misma, sino que cuenta con recurso humano asignado a la práctica asistencial, lo que permite que diferentes integrantes de la institución tengan una referencia clara hacia dónde canalizar la consulta, al mismo tiempo que se establece un ámbito donde el usuario puede consultar en caso de dudas o sugerencias. Esta unidad no cumple sólo un rol asistencial sino también de gestión institucional y docente.

Algunas líneas estratégicas que surgen a partir de esta entrevista se considera que podrían ser adoptadas como futuras acciones a incorporar en el ámbito del Hospital Garrahan:

- Traducción de consentimientos informados y de material informativo a otros idiomas: la Unidad identificó cuales eran los idiomas más frecuentes definidos en base a datos conocidos de la población que demanda atención de salud en su centro.
- Contar con datos para poder realizar informes, ya que realizan el registro de variables como etnia, religión, idioma, etc. Esta información le permite adoptar conductas de acción preventivas, por ejemplo mantener charlas con profesantes de la religión Testigo de Jehová, que permitan una resolución de conflictos en forma consensuada.
- Beca de Transculturalidad: el otorgamiento de esta beca forma al equipo de salud en el área.
- Rol del facilitador cultural, que es reconocido como parte del equipo y se deja constancia de su participación en la Historia Clínica.

Relevamiento de datos epidemiológicos en el Hospital Garrahan

Como parte del análisis inicial y con el objetivo de relevar cuáles son los antecedentes epidemiológicos en cuanto a la población que ha recibido atención en el Hospital que puedan ser identificados como pertenecientes o se identifiquen con diferentes culturas (ejemplos étnicas, religiosas) se realizó:

- ❖ Revisión y análisis de datos estadísticos propios del hospital que pueden caracterizar la situación en el marco de la organización.

Se cruzaron diferentes variables tales como: lugar de nacimiento, DNI (tratando de identificar pacientes extranjeros), lugar y provincia de residencia habitual. Al no registrarse variables como etnia, pertenencia cultural, idiomas materno/paterno ni del niño, niña adolescente, religión, auto apereamiento, etc. no fue posible contar con datos estadísticos que den una descripción de la problemática. Al no contar con una base de referencia se dificulta orientar líneas de acción que promuevan la incorporación de una perspectiva intercultural en los procesos de atención de salud, ya que no hay datos concretos de la población objetivo.

Los actores internos entrevistados acuerdan que contar con dicha información beneficiará tanto al equipo de salud como a las comunidades asistidas, al visualizar los problemas de salud, construir información específica para la toma de decisiones y posibilitar la generación de acciones y políticas públicas, además de pluralizar las estadísticas sanitarias, con el propósito de reconocer la diversidad cultural que se despliega en los servicios de salud. Los referentes de los organismos ministeriales que abordan el tema indígena, acuerdan en el relevamiento de datos como "etnia", considerándola una discriminación positiva. Dicha intervención se considera que puede ser extendida a otras variables, como por ejemplo religión.

Se reflexiona que es necesario mejorar el relevamiento de estos datos, para lo cual será necesario trabajar de manera interdisciplinaria con los equipos tratantes, servicios auxiliares, sistemas jurídicos, y el sector administrativo del hospital. Por su parte, se requiere evaluar cómo esta información se traduce en estadísticas hospitalarias y en una

estrategia de monitoreo y evaluación.

Se identifica como oportunidad la próxima apertura de una Oficina de Empadronamiento en el hall del hospital, que pueda ser quien releve estos datos epidemiológicos de forma más completa posterior a un acuerdo institucional del relevamiento de los mismos, para lo cual será necesario capacitar a los administrativos de admisión (servicio registros médicos) que entrevistan a los usuarios/as al pedir los datos para que los registren.

➤ **CONCLUSIONES**

A partir del diagnóstico de situación sobre la incorporación de la perspectiva intercultural en los procesos de atención del Hospital Garrahan se plantea que incluir temas como la interculturalidad es necesario, ya que no se evidencian intervenciones o procesos institucionales y/o profesionales organizados más allá de la práctica individual o de la articulación de mecanismos de prestación de salud de grupos o servicios que no funcionan coordinadamente. Implementar propuestas de mejora, planteadas como un modelo de atención con perspectiva intercultural permitirá mejorar la calidad de la atención hospitalaria dentro de la institución y fortalecer sus vínculos inter-institucionales.

La interculturalidad brinda un espacio de reflexión de encuentro entre diferentes culturas, que tiene por objetivo promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas, aceptando las diferencias como algo positivo y enriquecedor.

Si bien los servicios de salud siguen siendo, en términos generales, culturalmente homogéneos, existen varias experiencias nacionales, regionales y del ámbito local en donde el desarrollo de estrategias garantiza la prestación de servicios de salud de calidad y equitativa que benefician a los individuos, familias y comunidades, además de mejorar la accesibilidad

y disminuir las desigualdades. Estas experiencias pueden ser replicadas en nuestro ámbito de trabajo.

Luego del diagnóstico situacional y análisis de este trabajo integrador, se pueden sugerir como acciones emergentes a proponer:

- ❖ Creación de un equipo de trabajo, dentro del contexto organizativo de un Comité de Interculturalidad, con amplia participación de los actores internos involucrados y que permita delinear un diseño y ejecución consensuada de la intervención, valorando la transformación dentro de un contexto participativo.

- ❖ Realización de una encuesta, en una primera etapa, al equipo de salud y posteriormente a usuarios, que pueda brindar datos cualitativos en relación al tema.

- ❖ Capacitación de equipos y personal en diferentes temas que están atravesados por la interculturalidad, entendiendo que la interculturalidad no es únicamente una problemática de comprensión idiomática sino una posición de intercambio y enriquecimiento mutuo, para que puedan conocer y reconocer la diversidad cultural y singularidades de la población a las que se les brinda atención.

- ❖ Modificar el sistema de registro de datos del paciente y la familia, lo cual permitirá la construcción de datos epidemiológicos desagregados y contar con una fuente de información para generar nuevas políticas de gestión, incluyendo datos tales como la variable étnica, idioma materno/paterno, identidad autopercebida, preferencia religiosa, otras minorías, datos que serán recogidos asumiendo una discriminación positiva.

- ❖ Definir el rol del referente/facilitador intercultural a través de su participación en la dimensión intrahospitalaria, interhospitalaria o intersectorial en función de cómo se obtiene el recurso humano, vinculado con acompañamiento a la familia y el equipo de salud.

- ❖ Elaborar proyectos en conjunto, fomentando la participación social de diferentes culturas, grupos u organizaciones, tendientes a la mejora en la calidad de atención, accesibilidad y comunicación con los pacientes y sus familias.

❖ Elaborar un protocolo de atención que contemple una comunicación fluida con el lugar de origen del paciente o referente cultural.

Se destaca el interés de los equipos de trabajo interdisciplinarios y la decisión jerárquica institucional de abordar esta problemática. En esta línea, se considera una fortaleza de la institución el trabajo ya realizado en red con otros organismos, que si bien se desarrolla de manera informal, brinda una oportunidad para mejorarla y ampliarla.

Trabajar en conjunto para alcanzar prácticas legitimadas desde una perspectiva intercultural es un objetivo de gestión posible y concretable a nivel institucional.

➤ **Bibliografía**

Alarcón M, Ana M, Vidal H, Neira Rozas J. (s.f.). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>

Alavez, A. (2014). *Interculturalidad; Concepto, alcance y derechos*. México: Editorial del GPPRD.

Almaguer González JA y Col. (s.f.). Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo). *Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud*. México. Recuperado el 11 de Noviembre de 2021, de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo_intercultural_09.pdf

Aragona, P; Berenice, B; Certoma M; Estevez P (2013). Una aproximación a la intervención del equipo de salud con familias de comunidades indígenas. *Buenos Aires. Medicina infantil*. XX. Pp. 301-306.

Bautista, E., Vangehuchten, L., & Duque, V. (2017). La atención sanitaria intercultural en Ecuador: un proyecto de investigación para las carreras de medicina y enfermería. *Medisan online*. Vol. 21n.10. pp.3111-3122. ISSN 1029-3019.

Cáceres Guido P y col. (2009). *Medicinas Complementarias, Alternativas e Integradora: encuesta sobre conocimiento, uso y opinión en el personal de enfermería de un*

hospital pediátrico de alta complejidad. *Medicina Infantil*, XVI: 24 - 27.

Cipriotti, P. (1992). *La imagen de la empresa*. Barcelona. El Ateneo.

Degrie et al. (2017). "How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? a systematic review of qualitative research". *BMC Medical Ethics*, 18:2. doi:10.1186/s12910-016-0163-8.

Diaz R, Villareal J. (2009). Extender la interculturalidad a toda la sociedad: reflexiones y propuestas desde el sur argentino. *Cuadernos Interculturales*, vol. 7, núm. 13, 2009, pp. 15-26.

Duarte-Gómez , MB y col. (septiembre-octubre de 2004). Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan. *Salud pública de México*, vol.46, no.5.

Gobierno de México (s.f) Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes. Disponible 20-10-2021.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>

Guzmán-Rosas, S. (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 15, núm, pp. 10-29.

Hitziger et al. (2017). Patient-centered boundary mechanisms to foster intercultural partnerships in health care: a case study in Guatemala. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 13:44. doi:DOI 10.1186/s13002-017-0170-y.

Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". (s.f.). Garrahan.gov.ar. Obtenido de <https://www.garrahan.gov.ar/historia/contenidos/historia>

Knipper, M. (2010). Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 94-101. Recuperado el 13 de Abril de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100014&lng=es&tlng=es.

Lerín Piñón, S. (s.f.). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, (15-16), 111-125. Recuperado el 13 de Abril de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&tlng=es

Lorenzetti, M. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*. pp. 148-176.

Magnifico D, Pappalardo R, López MS. (2017). Educación Permanente en Servicio. Interculturalidad y Salud. Educación Permanente en Servicio para el Primer Nivel de Atención. CABA, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Obtenido de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/0000000945cnt-Interculturalidad_y_Salud_17.pdf

Manríquez-Hizaut Mónica y col. (2018). Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. *Rev. Salud Pública*. 20 (6): 759-763, 20 (6): 759-763. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.65625>

Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta.(s.f) Manual de Procedimientos para Pueblos Originarios. . Hospital San Bernardo. Salta, Argentina: Programa Sanitario de Relaciones Interculturales.

Menéndez, L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):109-118. doi:10.1590/1413-81232015211.20252015

Mónica, S. (2015). Diversidad cultural y salud, otra perspectiva para alcanzar la equidad. Efectos de la implementación del "Programa de Asistencia Médica Transcultural" (PAMT) en el Plan de Salud del Hospital Italiano. CABA, Argentina: Hospital Italiano. Obtenido de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10467_08-11.Santagata.pdf

Morán Coello, M. (2020). Gestión de la atención intercultural hospitalaria y su relación con la percepción de calidad de los usuarios del distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas. Tesis. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Recuperado el 21 de Octubre de 2021, de <http://201.159.223.180/bitstream/3317/15063/1/T-UCSG-POS-MGSS-259.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2019). Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. Washington. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>

Organización Panamericana de Salud. (1999). Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/48506>.

Organización Panamericana de Salud. Diversidad Cultural y Salud. Vista el 2/11/21 en <https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud?page=2>.

Pérez Alejo JC y Ortiz Montalvo VH. (2021). Interculturalidad en salud, estrategia fundamental para proporcionar servicios de salud de calidad. Milenaria, Ciencia y Arte., Milenaria, Ciencia y Arte. Año 10, no. 17 enero - junio del 2021.

Ramírez Hita, S. (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. Avá. Revista de Antropología, (14),1-28, (14),1-28. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169013838010>

Rodríguez J y col. (2014). La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch Argent Pediatr, 112(1):55-58. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.55>

Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 27(1), 80-93. Recuperado el 14 de Abril de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100013&lng=es&tlng=es.

Santagata Mónica (2005). Diversidad cultural y salud, otra perspectiva para alcanzar la equidad. Efectos de la implementación del "Programa de Asistencia Médica Transcultural" (PAMT) en el Plan de Salud del Hospital Italiano. https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10467_08-11.Santagata.pdf

Sepúlveda C, C. B. (2019). Rol del Facilitador Intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 36(4):592-600. doi:doi: 10.17843/rpmesp.2019.364.4683

Sepúlveda C, Cabieses B. (2019). Rol del Facilitador Intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave. Rev Peru Med Exp Salud Publica., 36(4):592-600. doi:10.17843/rpmesp.2019.364.4683

Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes. (s.f.). México: Gobierno de México. Recuperado el 20 de octubre de 2021, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>

Stival, M. (2021) Interculturalidad y Salud. Los desafíos de la incorporación de una perspectiva intercultural en los servicios de salud. Rosario (24/9 al 27/9/21) Presentación 39 Congreso Argentino de Pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría,

disponible 3/11/21 en

https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2019/39%20Conarpe/Viernes/stival_interculturalidad.pdf

Universidad Siglo XXI (2017/18) Comunicación organizacional.

<https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-siglo-21/comunicacion-organizacional/identidad-corporativa/13377073>.

Anexo 1: Preguntas realizadas a actores internos y externos.

Las preguntas al equipo de salud del hospital:

- ¿Cómo se inicia y cómo se desarrollan las actividades que se despliegan cuando se identifica un caso que requiere intervención?
- ¿Cuál es el protocolo de intervención institucional?
- ¿Cómo canaliza la consulta interdisciplinaria a nivel institucional?
- ¿Cuáles son las dificultades u obstáculos que identifica?
- ¿Existen referentes a nivel institucional o externos que Ud. identifique?
- ¿Cuál es su opinión en relación a cómo como equipo de salud damos respuestas a esta temática?, La respuesta ¿es organizada e interdisciplinaria?
- ¿Conoce los datos estadísticos de la institución? ¿considera Ud. que tener registro de datos incluyendo otras variables como etnia, religión es de aporte?
- ¿Considera importante abordar el tema de Interculturalidad como gestión institucional?

A los actores externos se los indagó en relación a:

- ¿Qué modalidad de trabajo llevan a adelante?
- ¿Con qué tipo de recursos cuentan?
- ¿Qué redes de comunicación interna y externa identifica?
- ¿Cuál es la modalidad de vinculación con otros organismos/instituciones?
- ¿Cómo es el trabajo que se lleva adelante con el Hospital Garrahan? ¿Bajo qué modalidad?

Anexo 2: Minuta de elaboración propia de reunión con equipo de Salud Indígena de Misiones. Participantes: referente de Salud Indígena de Misiones.

Salud Indígena se enmarca dentro de los Programas Comunitarios de APS – Techai Mbya – del Ministerio de Salud de Misiones

Misiones tiene el 90% de frontera internacional.

El programa tiene bien identificadas a las comunidades de la provincia y conoce su distribución. Actualmente son 127 comunidades. El número es variable en función de que se trasladan dentro de un territorio más allá de las fronteras políticas nacionales. Pero a partir del cierre de las fronteras por la pandemia este número se ha mantenido estable. Por ejemplo, la zona de Puerto Iguazú es la que tiene menor cantidad de comunidades, pero mayor número de población, mientras que otras zonas tienen más comunidades, pero menos población.

Poseen una cosmovisión donde la salud no es concebida desde lo biológico únicamente, sino que incluyen la dimensión espiritual y consideran a la comunidad como parte de la salud.

Actores de la comunidad involucrados a partir de esta concepción de salud:

En la comunidad, la persona se dirige primero a sus referentes Opyguas y los caciques y si ellos les indican si se refieren al agente sanitario.

En algunos casos ya acuden directamente al agente sanitario, en otros siguen cumpliendo el protocolo de hablar con el Opygua y el cacique primero.

Las decisiones se toman en comunidad, generalmente la última palabra la tienen las abuelas.

En terreno trabajan los ASSI (Agentes Sanitarios de Salud Indígena).

Su denominación se modificó de ASI (Agentes Sanitarios Indígenas) a ASSI porque algunos agentes sanitarios no son indígenas.

Actualmente son personal de la provincia. Esto les da una posición de pertenencia distinta. Antes eran becarios de un programa que devino del programa de médicos comunitarios.

Los ASSI son los que articulan con la institución de salud de ser necesario.

En el Hospital Barreiro hay una oficina donde ellos se contactan y luego los pacientes y familias que están hospitalizados quedan acompañados por los agentes permanentes de

esa oficina que se contactan con los ASSI de ser necesario.

Cuando llegan al hospital es importante la presentación a dicho sector, la creación de un vínculo y que el paciente sepa a quién tiene que ir a buscar.

Otras actores - Institucional:

Nivel nacional

- INAI
- Salvaguarda indígena (vinculado con el financiamiento internacional, porque todo programa con financiamiento internacional debe presentar una salvaguarda indígena y otra ambiental)

- Programa salud indígena <https://www.argentina.gob.ar/salud/comunitaria/programa-salud-pueblos-indigenas> Es un programa que se desprendió del Programa Médicos Comunitarios.

- A nivel nacional no hay una Dirección de Salud Indígena.

A nivel provincial:

- Resolución 509/2014

<https://websalud.misiones.gob.ar/programas-comunitarios-de-aps-techai-mbya-salud-indigena/>

Próximamente, la provincia tendrá una ley de salud indígena que definirá qué se espera de cada efector. Por ejemplo, qué tiene que hacer la Delegación de salud de la Casa de Misiones, y no simplemente la buena voluntad de su personal a partir de una llamada telefónica.

Cada provincia lo articula de distinta manera.

Inconvenientes mencionados durante la reunión:

- Desarraigo. Muchos no quieren viajar a Buenos Aires o que ni bien llega se quieren volver.

- Recepción de los pacientes, que no siempre son identificados por su etnia y que muchas veces se lo hace por portación de cara.

- Uso del lenguaje con terminología poco comprensible que asusta. Ritmo acelerado al hablar.

- Dificultad para que le llegue la contrarreferencia o información al programa mientras el paciente está internado.

¿Cómo se organiza un circuito de acompañamiento y seguimiento de un paciente cada vez que es derivado? ¿Quién participa?

Cuando un paciente se traslada al Hospital Garrahan generalmente viaja un agente sanitario con él, pero luego para mantener la comunicación suelen hacerlo vía Servicio Social (referentes hospitalarios identificados en base a trabajos en conjuntos previos).

Para gestiones de alojamiento pueden llegar a pedirle a la Casa de la Provincia. Siempre se notifica a esa dirección el estado de los pacientes, si quedan internados, si deben ser trasladados. Generalmente prefieren conectarse con gente que ya conocen que accionar por obligación formal.

Cuando un paciente es llevado a su comunidad tras el alta hospitalaria, es recibido por el ASSI.

¿Cómo ha de ser el trato?

Tener en cuenta la necesidad de bajar el nivel académico del lenguaje y el ritmo también. Sin embargo, en la reunión se da cuenta de que eso le pasa a cualquiera que viva una experiencia similar. Hoy prácticamente todos los integrantes de las comunidades hablan español. Tal vez no los abuelos.

Paciencia, Adaptación. Comunicación. Confianza

Anexo 3: Minuta en base a elaboración propia de reunión con equipo del Programa de Asistencia Médica Transcultural (PAMT) del Hospital Italiano.

Participantes:

- Hospital Italiano: Coordinadora del PAMT y supervisor del PAMT con dedicación full time al programa

El Programa depende del Departamento de Calidad. Entienden trabajar la comunicación tanto hacia el paciente como hacia la comunidad hospitalaria.

Relatan que el Programa comenzó coordinado por una Psiquiatra, trabajando con Testigos de Jehová, para dar herramientas y formar a los médicos en atender a este tipo de pacientes. Cuando involucraba a pacientes pediátricos también incluían a un juez de menores.

Luego se sumó el trabajo con población china y coreana. Además de idiomas incluyen el trabajo con el lenguaje de señas.

Remarcaron la necesidad de trabajar no sólo con los horarios diurnos de atención, sino también con la guardia, las noches, los feriados, momentos más problemáticos.

La función del facilitador es más que traducir, es ser puente, una unión para el acercamiento, contar cómo vive la población. Por ejemplo, se menciona la particular característica del idioma chino cuyos caracteres están vinculados con simbolismo y por lo tanto el lenguaje estimula sectores distintos del cerebro.

Están durante la consulta (donde también aportan información vinculada con la comunicación no verbal), también participan en el momento de la solicitud de los turnos. Además, se incluye en la historia clínica quién participó como facilitador y puede anexarse sus comentarios en un sector del aplicativo al que acceden los administrativos. A su vez el PAMT cuenta con un registro paralelo. Además de la participación durante la asistencia, trabajan en la traducción de materiales con información para los pacientes.

Tienen traducidos (dos idiomas: chino y coreano) los consentimientos informados y documentación de prequirúrgicos, endoscopía, vacunación, obstetricia, etc.

Han elaborado material con dibujos para señalar lugares e intensidad de dolor (facilita entre otros, el trabajo de enfermería) En Braille tienen circuitos seguros para pacientes con disminución visual: pasillos, ascensores, etc. Aún no cuentan con documentación.

Relación contractual: Cuentan con dos facilitadores que son personal permanente del hospital y que son denominados idóneos en vez de intérpretes, para no tener problemas con el colegio de intérpretes de CABA, dado que no están matriculados.

Cuando precisan la intervención de facilitadores de otros idiomas acuden a una prestadora internacional que les provee servicios de traducción. Pagan por hora de trabajo realizado por intérpretes matriculados. Se solicita que hayan realizado traducciones vinculadas

al ámbito de la salud para que cuenten con vocabulario técnico que facilite el trabajo.

Firma de un certificado de confidencialidad de cada intérprete.

También cuentan con mucha conexión con embajadas.

Horarios: Están presentes actualmente hasta las 8 de la noche y luego las guardias las cumplen telefónicamente con videollamada. Ante situaciones de emergencia se puede cubrir si no están presentes en el hospital con videollamadas.

Para atención en consultorio se requiere preparar con antelación, a veces es posible articular en el momento. Para el caso de Quirófano se realiza con mucha preparación del facilitador y con antelación.

El programa también contempla la existencia de médicos que no quieren o les cueste atender este tipo de pacientes por su forma de pensar. En esos casos trabajan junto a otros médicos.

¿Cómo y quién activa el Programa? ¿Existe un mapa de proceso activado por el personal o lo activa el PAMT?

Se detecta la necesidad de intervención del PAMT en los circuitos de "Áreas Calientes" y también lo puede solicitar el paciente:

- Admisión: el 100% de los pacientes pasan por el empadronamiento, allí se relevan los datos.

El Código Civil no permite preguntar por la religión, pero en el formulario que se completa, pueden consignarlo voluntariamente si lo desean y enviar al PAMT una directiva previa en relación a las transfusiones de sangre.

- Prequirúrgico.
- Consultorio: lo puede solicitar el médico o el paciente. Si en el consultorio se detecta la necesidad y ésta no ha sido solicitada, el facilitador puede acercarse física o telefónicamente en horario hospitalario o se vuelve a citar al paciente.

¿Cómo es la formación de un nuevo facilitador?:

- Acompañamiento del facilitador y de Gastón y Andrea,
- diálogo con el médico que acompañó

El Instituto Universitario del Hospital Italiano tiene un programa con población Wichi.