



Actualización en Atención Primaria

Calidad de los servicios de salud en un contexto intercultural: recomendaciones para los equipos de atención primaria que atienden a minorías étnicas.
Health services quality in an intercultural context: recommendations for the primary health care teams who work with ethnic minorities.

Miguel A. Suárez Bustamante,
Méd.Dr., Mag.Sal.Púb. (1), Isaac
[Alva López, Méd.Dr. \(2\)](#)

RESUMEN

Introducción: Las minorías étnicas son una población importante en varios países en vías de desarrollo, y un grupo en expansión en los países desarrollados, por las masivas inmigraciones de los últimos tiempos.

Objetivo: Hacer un recuento de las inequidades en la calidad y el acceso a los servicios que enfrentan las minorías étnicas en muchos países, las bases de la atención de salud intercultural, y estrategias útiles para mejorar esta situación.

Temas abordados: Minorías étnicas en países en vías de desarrollo —población indígena— y en países desarrollados —migrantes de países pobres. Importancia del abordaje intercultural en la Atención Primaria de Salud (APS). Barreras para una adecuada calidad y acceso a los Servicios de salud, y el rol de los equipos de APS en su reducción. Componentes de la Competencia Cultural.

Información Complementaria: Se incluyen datos de la situación de inequidad en el acceso y la calidad de atención para las minorías étnicas tanto en los países desarrollados como en desarrollo

Descriptor: Servicios de salud del indígena, Diversidad Cultural, Atención Primaria de Salud, Acceso a los Servicios de salud, Calidad de la atención de la salud.

Documento de revisión sujeto a arbitraje.
Fecha de presentación: 15 de Mayo 2008
Fecha de aceptación: 30 de Agosto 2008
Fecha de publicación (on line): 11 de
Noviembre 2008

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int.
2008, 2 (1): 167-177

Este artículo esta disponible en:
www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación de los Autores:

Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Residencia y Maestría de Medicina Familiar, Lima. Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima. (1), Unidad de Epidemiología, ETS y VIH, Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia (2).

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Sal.Púb.:
Magíster en Salud Pública.

Correspondencia para el Autor:
Dr. Miguel Suárez Bustamante: migsuarez@yahoo.com.

**ABSTRACT**

Introduction: Minority ethnic groups are an important population in several developing countries. Also, they form an expansive group in developed countries, because massive immigrations occurred in recent times.

Objective: To review the quality and access health services inequities that minority ethnic groups have in many countries, the basis of intercultural health care, and useful strategies to approach this situation.

Reviewed topics: Minority ethnic groups in developing countries —indigenous population— and in developed countries —migrants of poor countries. Importance of intercultural approach in Primary Health Care (PHC). Barriers to an adequate quality and access to health services, and role of the PHC teams in their reduction. Components of the Cultural Competency.

Complementary Information: Are included data of inequities in quality and access to health services for minority ethnic groups, in developing countries and also in developed countries.

Keywords: Ethnic group, Indigenous Health Services, Cultural Diversity, Primary Health Care, Access to Health Care, Healthcare Quality.

Debido a diversos factores —barreras socioculturales, oferta inadecuada de servicios de salud intercultural, etc.— las minorías étnicas en todo el mundo enfrentan brechas en la calidad y acceso a servicios de salud que los hacen cada vez más vulnerables. Por ello, existe el desafío de mejorar los servicios que prestamos a estos grupos para favorecer su mayor nivel de salud.

La presente revisión hace un recuento sobre las inequidades en la calidad y el acceso a los servicios que enfrentan las minorías étnicas tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; las bases de la atención de salud intercultural que ellos deben recibir, y algunas estrategias útiles para mejorar este problema.

La atención de salud en un contexto intercultural: ¿Qué implica?

La atención de salud dentro de un contexto intercultural representa una subcategoría de los múltiples encuentros que habitualmente se dan entre una cultura hegemónica, también llamada dominante, y una cultura minoritaria [1]. Frecuentemente la cultura minoritaria se refiere a un subgrupo de la población con una identidad y cultura propia, ya sea una minoría étnica conformada por grupos indígenas, nativos o migrantes de países culturalmente diferentes. Es sobre las acciones de salud —consulta médica, operación quirúrgica, internamiento, actividad preventiva o educativo-comunicacional, Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), etc.— dirigidas a estas minorías étnicas que tratará el presente artículo.

Toda atención de salud en un contexto intercultural implica: 1) Coexistencia de una cultura dominante y una minoría étnica o migrante, 2) Que algún miembro de la minoría étnica presente una demanda sanitaria, o que los Sistemas de Salud convencionales la promuevan —Por ejemplo vacunaciones o APOC— y 3) Que quienes atiendan la demanda sanitaria sean de la cultura mayoritaria [2].

Requiere una mención especial aque-



llas circunstancias en las que miembros de una minoría étnica son entrenados para satisfacer las necesidades de salud de su población de origen, como con los técnicos de salud indígenas de Aguaytia, Perú y otros ejemplos. En este caso, sensu stricto no se daría el encuentro intercultural puesto que prestadores y atendidos pertenecen a la misma cultura. Sin embargo, es común que en el proceso de adquisición de habilidades sanitarias, estos prestadores originariamente miembros de una minoría étnica hayan perdido parte de su cultura, o deban ofertar servicios impuestos por el sistema hegemónico, no siempre culturalmente adecuados.

¿A qué nos referimos por minorías étnicas? El caso de los países en vías de desarrollo.

La definición de minorías étnicas varía conforme la realidad trabajada. Para países como los de América Latina, las minorías étnicas están básicamente representadas por sub-grupos indígenas también llamados nativos. La población indígena de América Latina y El Caribe es aproximadamente 50 millones de personas —10,2% de la población total—, 90% de las cuales están concentradas en Centroamérica, México y la zona de los Andes. Los países con mayor cantidad de habitantes indígenas son México, Perú, Guatemala, Bolivia y Ecuador. Dada la alta proporción de inmigrantes en Brasil, a pesar de existir un número importante de indígenas, porcentualmente ellos representan menos de 1% de la población [3]. Existe una gran diversidad de etnias en este grupo. La población indígena de la amazonía peruana, por ejemplo, está compuesta por 42 pueblos indígenas [4].

En un sentido amplio, las poblaciones indígenas englobarían a los descendientes de los grupos humanos que habitaban América antes de la llegada de los primeros habitantes europeos —comunidades andinas, etnias amazónicas, poblaciones mayas o aztecas, mapuches, guaraníes, nativos norteamericanos y cientos de grupos más. Sin embargo, en el contexto de la globalización y ante un acelerado

proceso de fusión entre las culturas dominantes y minoritarias, puede ser difícil precisar quién es indígena y quién no. Por ello no siempre es fácil reconocer cuando estamos ante una atención en un contexto intercultural. Incluso en las propias comunidades indígenas puede existir, como en el caso de los Cocamas, una falta de identidad respecto a su propia etnia [5].

Países latinoamericanos con alta proporción de minorías étnicas como el Perú o México, son países pluriétnicos y pluriculturales, que si bien albergan diversos pueblos indígenas, tienen una población mayoritariamente mestiza. En estas realidades la pertenencia a la cultura dominante no es una cuestión privativa de un grupo racial o étnico en particular, sino depende de opciones personales y de la movilidad social y económica entre grupos [1]. Por ello, ante la poca diferenciación racial entre la cultura dominante y las minorías étnicas —fácilmente identificables sólo si viven en regiones rurales aisladas, o micro-comunidades urbanas donde preservan su identidad original—, es necesario establecer una definición de población indígena que resalte cuando estamos ante una atención de salud en un contexto intercultural.

Instrumentos internacionales como el Convenio 169 de la OIT y el proyecto de Declaración Americana de Derechos de los Pueblos Indígenas, han adoptado definiciones similares respecto a quién es indígena. Se definen como indígenas a los descendientes de los habitantes originarios de una región antes de la colonización y que han mantenido total o parcialmente sus características lingüísticas, culturales y organización social. Además, la autoidentificación es el criterio fundamental para determinar quién es indígena. [6]

Otra formulación suficientemente amplia puede ser la del Dr. Alfonso Caso, que plantea que una comunidad indígena es “aquella en la que predominan elementos somáticos no europeos, habla perfectamente una lengua nativa, posee en su cultura material y espiritual elementos nativos en fuerte proporción y tiene un sentido social de comunidad aislado que los hace distinguirse de los



pueblos blancos y mestizo”(*).

En consecuencia, podemos definir que existe una atención de salud en un contexto intercultural cuando se cumplen los siguientes criterios [2]:

- 1) Criterio biológico: Rasgos raciales característicos de la etnia identificada.
- 2) Criterio cultural: Ideas, creencias, mitos y marcos conceptuales característicos de la etnia identificada.
- 3) Criterio lingüístico: Lenguaje propio de la etnia identificada.
- 4) Criterio psicológico: Identificación con el grupo de pobladores de la etnia identificada.

De estos criterios, probablemente el más distintivo, y que mejor puede ayudar a esta identificación es el idioma. Así, familias que mantienen su idioma de origen para la comunicación intrafamiliar, suelen preservar grandes aspectos de su cultura original y en términos prácticos pueden considerarse parte de una minoría étnica. Una excepción a esta regla debe ser el guaraní, que aunque es hablado por más del 80% de la población paraguaya, dicho país tiene 5% o menos de población indígena [1]. Los idiomas y variedades dialectales de los pueblos amazónicos del Perú pertenecen a 14 familias y ramas lingüísticas [4].

El caso de las minorías étnicas en los países desarrollados.

En países desarrollados, se viene expandiendo de manera exponencial el fenómeno de la migración desde regiones pobres. Por ello, sus sistemas de salud han incorporado la necesidad de ofrecer atenciones de salud en un entorno intercultural para los miembros de estas minorías étnicas [7].

Un ejemplo de ello es lo ocurrido en España, donde los inmigrantes se duplicaron en los últimos años, representando en el 2005 un 8,4% de la población general. Aun cuando la mayor proporción de estos inmigrantes es de sexo masculino, se viene incrementando el número de mujeres, y familias, además

(*). Caso, A. Comunicación personal. Citada en: [2]

de las gestaciones y del nacimiento de niños de inmigrantes, pues una de las modalidades para obtener la visa como residente en algunos lugares es tener un hijo en el nuevo país [8].

En muchos sentidos la problemática de las poblaciones inmigrantes en países desarrollados es semejante a las de las poblaciones indígenas de sus países de origen. Con las adaptaciones respectivas, ellos cumplirían con los 4 criterios descritos en la sección anterior —biológico, cultural, lingüístico y psicológico— que los separan de las culturas dominantes en los países donde han sido acogidos.

¿Por qué es importante el estudio de la Atención de salud en un contexto intercultural?

Como ya se mencionó, los encuentros interculturales suceden en todos los campos de la vida cotidiana como la educación, los servicios, y la actividad productiva. En Salud, su relevancia es mayor por la necesidad del logro de resultados sanitarios, y de obtener una efectiva reducción en las muertes prematuras y un mejor nivel de vida para la población en su conjunto. En tal sentido, proveer adecuados servicios a estas poblaciones más vulnerables representan un verdadero desafío, dado su menor acceso y sus importantes necesidades de salud [9].

Con las sociedades haciéndose menos restrictiva y más incluyentes, y cuando cada vez se repudia más intensamente la exclusión de las minorías étnicas, establecer adecuadas políticas interculturales es de relevancia capital para la sociedad en su conjunto [9, 10].

En tal sentido, se ha insistido sobre la necesidad de que aquellos Sistemas de Salud con minorías étnicas importantes, formen adecuadamente a su personal de salud [11] y cambien aspectos relevantes de sus su organización [12,13], buscando realizar un abordaje intercultural en las atenciones que así lo requieran. Ello es válido tanto para los países en desarrollo como en los países desarrollados, quienes igualmente vienen realizando esfuerzos sostenidos con la finalidad de hacer



sus servicios de salud, más adecuados para atender a las minorías étnicas que habitan en ellos [7, 14].

Inequidades en el acceso y la calidad de atención para las minorías étnicas: La situación en los países desarrollados.

Dado que en los últimos años muchos países desarrollados han puesto un fuerte énfasis en reducir las brechas en la atención de las minorías étnicas, se ha impulsado notablemente la investigación en esta área. Por tal motivo, países como EEUU, Australia, Canadá e Inglaterra (Reino Unido) han estudiado consistentemente las brechas en el acceso y en la calidad de los servicios de atención primaria disponibles para las minorías étnicas [15].

Gracias a este impulso a la investigación sabemos por ejemplo que los niños y adolescentes latinos de los Estados Unidos (EEUU) tienen un menor acceso a diversos servicios, como los seguros de salud privados o públicos (MEDICARE) o a un servicio en el cual sean atendidos regularmente, lo que sin duda repercute en su estado de salud global [16]. Algo semejante ocurre para las inmunizaciones —donde la brecha entre a población infantil blanca y la infantil latina de EEUU aumenta 0.5% cada año— [17], y en el acceso a servicios de atención primaria y de salud mental para la población latina adolescente de EEUU, que es menor al de los blancos americanos [18]. Tal vez por ello, los adolescentes latinos de los EEUU presentaban más relaciones sexuales sin protección, mayor prevalencia de embarazos no deseados en adolescentes, así como mayor cantidad de intentos de suicidio [16].

Otro grupo afectado es el de los adultos con enfermedades crónicas. Así, para la Diabetes Mellitas, se sabe por ejemplo que pacientes adultos provenientes de minorías étnicas y que residen en Inglaterra tenían una mayor prevalencia de complicaciones como enfermedad renal terminal o retinopatía, probablemente como consecuencia de un control menos adecuado [19]. Para el asma en pacientes adultos de las minorías étnicas asiática

y afro-caribéa, se encontró igualmente en Inglaterra que realizaban una menor cantidad de consultas que la población blanca [20].

También en EEUU se ha encontrado que las mujeres latinas buscaban los servicios cuando sus lesiones de cáncer de origen ginecológico tenían un estadio más avanzado que las mujeres blancas, por lo que incluso teniendo una menor incidencia para ese tipo de cáncer, acaban con una mayor mortalidad por dicho problema [21]. Ello sin duda indica el menor acceso a los servicios de prevención de cáncer para las mujeres latinas.

Estos problemas en el acceso ocurren paralelamente a dificultades en la calidad de los servicios experimentadas por los miembros de minorías étnicas. Así, por ejemplo, un estudio nacional en EEUU encontró mayor insatisfacción con la atención entre los padres de niños latinos y asiáticos que entre sus pares de raza blanca [22]. Igualmente, dos estudios en EEUU encontraron que usuarios latinos y asiáticos calificaron menos favorablemente sus seguros de salud, indicando peores experiencias en su contacto con prestadores de dichas instituciones [23][24]. Al comparar entre minorías étnicas, por lo menos un estudio encontró una experiencia consistentemente menos favorable para los usuarios asiáticos que para los latinos, por motivos que deben ser esclarecidos [25].

Una situación semejante se encontró en Inglaterra, donde igualmente las poblaciones de origen chino, sud-asiático y negro reportaron puntajes más bajos al calificar sus experiencias de atención con los servicios de su General Practitioner [26].

En conclusión, diversos estudios en países desarrollados, mostraron que mientras las minorías étnicas, con pocas excepciones, tenían menor acceso a servicios de salud, y recibían atenciones de menor calidad que las poblaciones mayoritarias, reflejando una situación de profunda inequidad que requiere ser abordada [15].



Inequidades en el acceso y la calidad de atención para las minorías étnicas: La situación en los países en vías de desarrollo.

Es muy poco conocida la situación de las minorías étnicas en países en vías de desarrollo. Se sabe, por ejemplo, que en Guatemala la mortalidad materna en áreas con alta densidad de población indígena es aproximadamente 5 veces más elevada que la media nacional [3]. Algo semejante ocurre para la mortalidad infantil, neonatal y en menores de 5 años, aunque con diferencias menos saltantes.

En el Perú, los censos de indígenas realizados los años 1993 y 2007 dan valiosa información sobre este subgrupo poblacional, aunque los datos disponibles hasta ahora siguen siendo los de 1993. Según dicho Censo la tasa de mortalidad infantil en todas las comunidades amazónicas era de 110 por cada mil nacidos vivos (tasa de mortalidad infantil en todo el Perú en ese año fue 58) y . El pueblo indígena con mayor mortalidad infantil para esa fecha fue el pueblo Shipibo-Konibo con 153 [4]. En promedio la fecundidad para la población indígena peruana estuvo entre 7.4 y 11.2 hijos por mujer, muy superior a los promedios nacionales. El nivel de fecundidad osciló entre 11 hijos por mujer las —Comunidades Quichua-Napo-Pastaza y Huambisa—, y 7.4 hijos por mujer —entre los Lamas - Chachapoyas—, mientras que la tasa global nacional de fecundidad para ese años fue 3.4 [27]. .

En América Latina hay escasas investigaciones sobre el tema. Sin embargo, no hay razones para considerar que las diferencias documentadas para países desarrollados y presentadas en la sección anterior, no existan para nuestras regiones, dado que las barreras para el acceso y la calidad —que revisaremos en la sección posterior— están igualmente vigentes.

Así, en nuestra revisión bibliográfica latinoamericana no hemos encontrado estudios tan elaborados como los de países en desarrollo, para evaluar la atención recibida por poblaciones indígenas. Sin embargo, se tienen reportes

en su mayoría verbales, de desencuentros entre las poblaciones indígenas y sus prestadores de salud, producto del diferente marco cultural —modelo etno-médico de actitudes e creencias explicativo del origen de los problemas de salud— que define estrictamente como debe ser ofrecida la atención. Así por ejemplo, en Bolivia, se documentó una notoria mala reputación de los servicios y una gran insatisfacción entre los miembros de una minoría étnica, debido a problemas de comunicación, actitudes discriminatorias y a la percepción de una insuficiente capacidad diagnóstica y terapéutica [28]. Otros ejemplos de desencuentros entre el prestador que viene de una cultura diferente, y las etnias locales ocurren por no respetar sus preferencias culturales relacionadas al pudor extremo, a sus preferencias de género, o costumbres ancestrales relacionadas a la salud.

Otros ejemplos fueron reportados verbalmente por un estudio etnográfico en comunidades indígenas amazónicas realizado el año 2007 por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se encontró un rechazo marcado de los pobladores de Negro Urco de la etnia Murui (Huitoto) hacia la auxiliar de enfermería mestiza que había reemplazado al promotor de salud de la comunidad. Este rechazo originó confrontaciones directas entre los pobladores y el servicio de salud, con la subsiguiente disminución de visitas. Una situación semejante se documentó en Palma Real, donde la etnia Esse'ija logró que el Ministerio de Salud cambie a la nueva medico SERUMISTA (servicio social obligatorio) por no adecuarse a las costumbres de la comunidad.

En Chile, un estudio entre la población Mapuche identificó que sus principales cuestionamientos a las nuevas políticas indígenas eran la indiferencia y la falta de conocimientos para tratar con sus representantes y sanadores tradicionales [29]. Otro estudio en mujeres Aymara del mismo país, igualmente documento algunos puntos de confrontación entre sus modelos culturales y las políticas en salud reproductiva, tal como han sido formuladas [30].

Las barreras que reducen el acceso y la calidad de la atención a las minorías étnicas: Condiciones propias de la demanda

Si bien diversos determinantes de las brechas en calidad y acceso para las minorías étnicas anteriormente mostradas se originan en las características de los servicios, es justo mencionar que las condiciones de la demanda de estos grupos —poblaciones indígenas o migrantes de otros países— hacen más compleja su atención que para la población general. Ello deviene de su diferente marco cultural etno-médico de actitudes y creencias, poco reconocido por la población general, que determina como cada persona entiende el origen de sus síntomas, la terapéutica que debería recibir, las prácticas para conservar su salud, y hasta el tipo de relación con los profesionales de la salud.

Esto es particularmente importante para tópicos delicados como aquellos relacionados a la Salud Reproductiva [31]. Por tal motivo destacan entre estas barreras la falta de comprensión del marco cultural de actitudes y creencias por los prestadores de salud.

Por ejemplo, entre los habitantes andinos bolivianos, para el tratamiento de sus problemas de salud es común resistirse al uso de servicios de salud occidentales, y prevalece el consumo de plantas tradicionales con propiedades terapéuticas [32]. Este fenómeno, ampliamente extendido en la realidad latinoamericana subsiste entre población inmigrante en los EEUU, incluso muchos años después de su llegada [33].

Otras barrera proviene de los problemas de comunicación ya sea por el idioma —obstáculo decisivo para quienes no hablan el idioma nacional— o por la tendencia de los médicos a emplear un lenguaje críptico propio de su rama científica. Cabe resaltar que no es la cultura, el idioma o el modelo etno-médico de actitudes y creencias, en si mismos una barrera para una adecuada calidad, sino su pobre reconocimiento por los prestadores de los servicios de salud, que-

nes no adecúan sus procesos a estas circunstancias.

También ocupa un lugar importante como barrera el lugar de residencia de estos pacientes, usualmente asentados en lugares dispersos, y lejanos de los servicios de salud, así como la extensiva dedicación a sus trabajos agrícolas, que dificulta su atención en horarios de oficina.

Finalmente, para algunas realidades específicas como las de los migrantes ilegales en países desarrollados, también es una barrera el temor a ser maltratados por el personal de salud o denunciados en su condición migratoria irregular.

A estas circunstancias debemos sumarle la menor cultura sanitaria (health literacy) de las minorías étnicas, desconociendo aspectos elementales de la prevención [34], y las condiciones de mayor pobreza, e incrementados riesgos sanitarios.

Las Barreras que reducen el acceso y la calidad de la atención a las minorías étnicas: Condiciones propias de la oferta.

Por su lado los programas y servicios públicos de salud también tienen condiciones que dificultan una adecuada accesibilidad y calidad en la oferta de servicios para las minorías étnicas. Estas barreras no son diferentes a las presentes para la población en general, incluyendo la distancia al servicio, la ausencia de profesionales al ser requeridos, el tiempo excesivo para obtener una cita o esperar hasta conseguir la atención, el costo, la infraestructura, el trato de los profesionales, etc [7] [14].

No obstante, de todas estas situaciones complejas, tal vez la falta de una adecuada preparación del personal de salud, para atender a esta población particular sea la más importante. Por ejemplo se ha demostrado en EEUU que el entrenamiento insuficiente de los proveedores puede limitar seriamente la aceptabilidad o la inteligibilidad de la atención, generando insatisfacción entre los usuarios de las minorías étnicas



[23][35]. En tal sentido, se recomienda enfáticamente que donde un porcentaje apreciable de la atención se desarrolle en un entorno inter-cultural, el personal de salud reciba un entrenamiento especial para atender adecuadamente las necesidades de salud de estas minorías étnicas.

Otra barrera importante de la oferta para estas poblaciones es la inexistencia de un seguro público o privado que siempre respalde el financiamiento de su atención. Así, por las condiciones de extrema pobreza de las minorías étnicas, son necesarios mecanismos que protejan a estos grupos en caso de necesidad urgente de salud. Por ejemplo, se encontró en EEUU que luego de participar de un nuevo seguro estatal para niños de familias sin cobertura privada ni pública, desaparecieron las disparidades en oferta de salud inicialmente existentes para las minorías étnicas [36].

Cómo reducir las brechas en el acceso y la calidad de la atención a las minorías étnicas. El rol de los equipos de Atención primaria

Asumiendo diversos modelos y propuestas para el desarrollo de una atención de calidad en un contexto intercultural [7][10][14][31] podemos definir que para ofrecer este tipo de atención es necesario que los Programas, Servicios, Unidades y Centros de salud donde se proveen servicios a minorías étnicas (población indígena e inmigrantes en vías de desarrollo), reúnan las siguientes características:

- Disponibilidad para los miembros de las minorías étnicas
- Proximidad Geográfica/transporte
- Facilidad para obtener el servicio por parte de los miembros de las minorías étnicas
- Gratuidad o costo posible de ser cubierto por las minorías étnicas
- Aceptabilidad para los miembros de las minorías étnicas
- Superar o no adquirir prejuicios hacia los miembros de las minorías étnicas
- Habilidades para la comunicación con los miembros de las minorías étnicas
- Competencia Cultural

Entre estos conceptos, tal vez el más abarcante y concreto es el último, propuesto originalmente por Brach y Fraser [37]. Se denomina Competencia Cultural a las cualidades, actitudes y prácticas de las organizaciones, servicios de salud y particularmente su personal, para entender y responder efectivamente a las necesidades culturales y lingüísticas traídas por los pacientes y usuarios de minorías étnicas o equivalentes [7][14] [37].

De manera operativa, se puede definir a la Competencia Cultural como el conjunto de políticas, estrategias y programas orientados a conseguir nueve características para los Programas y Servicios de salud en los que permanentemente o en forma eventual se atienden minorías étnicas: servicios de interprete, materiales educativos traducidos en la lengua del usuario, infraestructura aceptable, localización geográfica accesible, horario accesible, entrenamiento del personal en diversidad cultural, personal que comparte el contexto cultural, inclusión de la familia en los cuidados y uso de agentes comunitarios de salud [14]. A continuación detallaremos sus componentes más representativos.

Servicios de intérprete y traducción. Materiales educativos traducidos en la lengua del usuario, También denominada competencia lingüística. Describe las competencias necesarias para comunicarse efectivamente y procesar información para que sea fácilmente entendida por los miembros de las minorías étnicas. Ello implica el servicio de interprete simultaneo, tanto en la consulta como en acciones educativas posteriores, y en la traducción de documentos, formularios que deberán ser firmados y material educativo [7].

En una revisión de la Colaboración Cochrane [38] y algunos otros estudios como el de Pippins [39], se ha demostrado que los adecuados servicios de intérprete están fuertemente asociados a una mayor percepción de calidad por los usuarios. No ocurre lo mismo por ejemplo cuando la traducción es realizada por un hijo menor o familiar, en los



cuales puede originarse situaciones embarazosas al compartir situaciones íntimas con personas menores no preparadas para ello.

Infraestructura aceptable. Localización geográfica accesible. Horario adecuado.

Esta es la barrera que, con conveniente decisión política, puede ser más fácilmente abordada, debido a que depende exclusivamente de componentes organizativos.

Uno de los ejemplos más exitosos en este sentido ha sido la adecuación cultural de las salas de parto y promoción del parto vertical en los establecimientos de salud del área andina [40]. Para algunas realidades, ello ha tenido un impacto positivo en el parto institucional, y posiblemente en la reducción de la mortalidad materna.

Entrenamiento del personal en diversidad cultural. Personal de salud que comparte el contexto cultural

Cuando la atención se desarrolla en un contexto inter-cultural, debe asegurarse un entrenamiento especial del personal encargado. Un estudio demostró que prestadores de salud con un entrenamiento suficiente, pueden limitar seriamente la aceptabilidad o la comprensibilidad de la atención [35].

Contrariamente, un ensayo aleatorizado en Inglaterra, mostró que un entrenamiento adecuado puede disminuir efectivamente las inequidades entre las minorías étnicas y la población mayoritaria, a partir de incrementos graduales en el entendimiento mutuo y la calidad de atención percibida [41].

Inclusión de la familia en los cuidados del paciente. Uso de agentes comunitarios de salud.

Con un adecuado entrenamiento, la incorporación de agentes comunitarios de poblaciones indígenas, tiene amplias posibilidades de ofrecer una adecuada atención intercultural, cubriendo un porcentaje razonable de las acciones que ejecutaría el personal de salud foráneo[42].

La inclusión de la familia en los cuidados del paciente es uno de los sellos distintivos de la medicina familiar que conjuntamente con otros elementos de la especialidad efectivamente está demostrando que pueden incrementar notoriamente la calidad del sistema y la satisfacción de los pacientes con los servicios prestados. De acuerdo al modelo formulado por Doherty y Baird [43], se definió que existen por lo menos 5 niveles de aproximación al trabajo con las familias: Mínimo énfasis, Información médica y sugerencias, Nivel emocional y apoyo, Enfoque sistémico e intervenciones planificadas y Terapia Familiar. En realidad son los 3 primeros los que se utilizan para el trabajo intercultural, pero nada impediría llegar hasta el cuarto o incluso el quinto nivel con un adecuado conocimiento y respeto por los valores culturales de cada familia en su contexto étnico particular.

PALABRAS FINALES

Esta revisión partió de documentar la atención de menor calidad y con mayores barreras para el acceso a los servicios de salud que reciben las minorías étnicas en países desarrollados y en desarrollo, para luego explorar algunas intervenciones que Sistemas de Salud de otras latitudes adoptaron para reducir las disparidades en Salud.

La razón por la cual en esta revisión se incorpora mucha más información proveniente de países desarrollados, que de países en vías de desarrollo es que sólo en los primeros existe un contingente amplio de investigaciones sobre la provisión de salud en un contexto intercultural. Con raras excepciones, en la bibliografía procedente de países en vías de desarrollo predominan las investigaciones y propuestas dirigidas a completar el conocimiento de las diferentes representaciones de enfermedad de las minorías étnicas, el rescate cultural en un contexto de identidades en conflicto, o al desarrollo de una etnomedicina o interacción con la Medicina Tradicional o terapia complementaria. Sólo tangencialmente se aborda el tema de cómo ofrecer una mejor Atención



Primaria de Salud en aspectos como la adecuación de los servicios para el parto vertical.

Los equipos de Atención Primaria de Salud, por estar en la línea del frente en la respuesta a las necesidades de salud de la población, representan en gran medida el punto de contacto de las minorías étnicas con el Sistema de Salud. Mucho del nivel de calidad y acceso para estas poblaciones dependerá de lo que se realice en este

contexto. Para mejorar su desempeño, es importante el respaldo de quienes formulan políticas de salud para las minorías étnicas, como de los responsables de investigar como ofrecerles mejores prestaciones en un contexto intercultural. Por último, los propios equipos de Atención Primaria de Salud deben sensibilizarse y adquirir las competencias necesarias para ofrecer una adecuada calidad de atención a estas poblaciones vulnerables.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Colombres A. Etnia, clase y cultura. En: Manual del promotor cultural. (I) Bases teóricas de la acción. 3ra Ed. México: Ed. Colihue; 1991. p. 83-100.
- 2 Colombres A. Identidad y Comunidad. En: Manual del promotor cultural. (I) Bases teóricas de la acción. 3ra Ed. México: Ed. Colihue; 1991. p. 63-82.
- 3 Torres C: La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 10:188-201.
- 4 Oficina General de Epidemiología. Análisis de la situación de los pueblos indígenas de la amazonia peruana. Lima: MINSA; 2003.
- 5 Gow P. Ex-cocama: identidades em transformação na Amazônia peruana. *Mana*. 2003, 9(1):57-79.
- 6 Fuentes D. Consideraciones éticas para la realización de investigaciones en comunidades nativas de la selva amazónica del Perú. *Rev. peru. med. exp. salud publica*. 2007, 24 (1): 51-66.
- 7 Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgrad Med J*. 2005, 81: 141-147.
- 8 De la Torre J, Coll C, Coloma M, Martín J, Padrón E, González González NL. Cuidado prenatal en inmigrantes. *Am Sist Sanit Navar*. 2006, 29 (Supl 1): 49-61.
- 9 Comisión Andina de Salud Intercultural. Interculturalidad en salud en la Región Andina: avances y perspectivas. Lima: Proyecto AMARES; 2006.
- 10 Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. Med. Chile*. 2003, 131 (9): 1061-1065.
- 11 Organización Panamericana de la Salud. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Washington DC: OPS; 1998.
- 12 Albó X. Iguales pero diferentes: hacia unas políticas interculturales y lingüísticas para Bolivia. La Paz: Desc; 1999.
- 13 Ministerio de Salud. Chile: Primer seminario nacional de salud intercultural y políticas públicas. Santiago: MINSA-Chile; 2000.
- 14 Cooper LA, Hill MN, Powe NR. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *J Gen Intern Med*. 2002, 17: 477-486.
- 15 Clancy CM SD. Racial and ethnic disparities and primary care experience. *Health Serv Res*. 2001, 36 (6 Pt 1): 979-986.
- 16 Zambrana RE, Logie LA. Latino child health: need for inclusion in the US national discourse. *Am J Public Health*. 2000, 90: 1827-1833.
- 17 Chu SY, Barker LE, Smith PJ. Racial/ethnic disparities in preschool immunizations: United States, 1996-2001. *Am J Public Health*. 2004, 94: 973-977.
- 18 Elster A, Jarosik J, VanGeest J, Fleming M. Racial and ethnic disparities in health care for adolescents: a systematic review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003, 157: 867-874.
- 19 Lanting LC, Joung IMA, Mackenbach JP, Lamberts SWJ, Bootsma AH. Ethnic differences in mortality, end-stage complications, and quality of care among diabetic patients: a review. *Diabetes Care*. 2005, 28: 2280-2288.
- 20 Netuveli G, Hurwitz B, Levy M, Fletcher M, Barnes G, Durham SR, Sheikh A. Ethnic variations in UK asthma frequency, morbidity, and health-service use: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2005, 365: 312-317.
- 21 Mayo RM, Erwin DO, Spittler HD. Implications for breast and cervical cancer control for Latinas in the rural South: a review of the literature. *Cancer Control*. 2003, 10: 60-68.
- 22 Shi L, Forrest CB, Von Schrader S, Ng J. Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. *Am J Public Health*. 2003, 93: 138-144.
- 23 Saha S, Arbelaez JJ, Cooper LA. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *Am J Public Health*. 2003, 93: 1713-1719.
- 24 Lurie N, Zhan C, Sangl J, Bierman AS, Sekscenski ES. Variation in racial and ethnic differences in consumer assessments of health care. *Am J Manag Care*. 2003, 9: 502-509.
- 25 Taira DA, Safran DG, Seto TB, Rogers WH, Inui TS, Montgomery J, Tarlov AR. Do patient assessments of primary care differ by patient ethnicity?. *Health Serv Res*. 2001, 36: 1059-1071.
- 26 Campbell J, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care*. 2001, 10(2): 90-95.
- 27 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: la población de las comunidades indígenas de la Amazonia. Lima: INEI; 1993.
- 28 Gattinara BC, Lbacache J, Puente CT, Giaconi J, Caprara A. Community perception on the quality of public health services delivery in the Norte and Ichilo districts of Bolivia. *Cad Saude Publica*. 1995, 11:425-438.



- 29 Alarcón A M, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de Salud Intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev med Chile*. 2004, 132(9):1109-1114.
- 30 Valdebenito C, Rodríguez M, Hidalgo A, Cárdenas U, Lolas F. Salud intercultural: Impacto en la identidad social de mujeres aimaras. *Acta bioeth*. 2006, 12(2):185-191.
- 31 Camacho AV, Castro MD, Kaufman R. Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2006, 94:357-363.
- 32 Vandebroek I, Calewaert J, De jonckheere S, Sanca S, Semo L, Van Damme P, Van Puyvelde L, De Kimpe N. Use of medicinal plants and pharmaceuticals by indigenous communities in the Bolivian Andes and Amazon. *Bull World Health Organ*. 2004, 82:243-250.
- 33 Kuo GM, Hawley ST, Weiss LT, Balkrishnan R, Volk RJ. Factors associated with herbal use among urban multiethnic primary care patients: a cross-sectional survey. *BMC Complement Altern Med*. 2004, 4:18 (numerac. electr.).
- 34 Shokar NK, Vernon SW, Weller SC. Cancer and Colorectal Cancer: Knowledge, Beliefs, and Screening Preferences of a Diverse Patient Population. *Fam Med*. 2005, 37(5):341-347.
- 35 van Ryn M, Fu SS. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health?. *Am J Public Health*. 2003, 93:248-255.
- 36 Shone LP, Szilagyi PG. The State Children's Health Insurance Program. *Curr Opin Pediatr* 2005, 17:764-772.
- 37 Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev*. 2000, 57 (Suppl 1):181-217.
- 38 Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2005, 62:255-299.
- 39 Pippins JR, Alegría M, Haas JS. Association between language proficiency and the quality of primary care among a national sample of insured Latinos. *Med Care*. 2007, 45:1020-1025.
- 40 Mamani R, Pando R, Rada L, Tellería P. Hacia la reducción de la mortalidad materna: prácticas apropiadas de atención perinatal en los sistemas biomédico y tradicional. *J&G Rev. Epidem. Comunit*. 1995, 6(2):13-20.
- 41 Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Buijnzeels M. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2005, 55:343-350.
- 42 Oliveira LSS. Formação e inserção institucional de agentes indígenas de saúde no sistema único de saúde: um estudo de possibilidades. (Tesis). Universidad de São Paulo Faculdade de Saúde Pública.
- 43 Doherty WJ, Baird MA. Developmental levels in family-centered medical care. *Fam Med*. 1986, 18:153-156.



INFORMES:
• sofiacuba@hotmail.com
• sopemfigperu@yahoo.com
• egoico11@hotmail.com

III CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

III JORNADA DE INVESTIGACION EN APS
III JORNADA DOCENTE EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II JORNADA DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

LA MEDICINA FAMILIAR COMO EFECTORA DE LA ATENCION PRIMARIA EN EL PERU

<http://medicinafamiliarperu.blogspot.com>

Lima – Perú 5, 6 y 7 de
Noviembre del 2009

ENVIO DE TRABAJOS LIBRES

Enviar los resúmenes hasta el 15 de
setiembre de 2009 a Los correos que
aparecen en informes

		INVERSION
• Médicos	S/.	150 soles
• Otros profesionales de la salud	S/.	100 soles
• Residentes /miembros SOPEMFIG	S/.	100 soles
• Alumnos	S/.	80 soles

Esta hoja ha sido dejada en blanco para mantener la simetría en la edición. No debe ser impresa.

Este espacio está disponible para avisos publicitarios.