

Comunicación intercultural y relación médico-paciente

El texto del Dr. Massaccesi, que se publica en este número, me permitió reflexionar sobre la relación intercultural médico-paciente y la comunicación intercultural en salud.

El término interculturalidad implica, por definición, interacción, y alude a la relación entre culturas de una forma horizontal y sinérgica. Según Salas Astrain, se puede reformular la noción de interculturalidad “como una categoría eminentemente ética”. Las relaciones interculturales nos incluyen en un proceso de autorreconocimiento y de heterorreconocimiento, inaugurando una nueva relación entre el sí mismo y el otro.

Berry sostiene que en los encuentros interculturales la persona tiene que decidir:

- a) en qué medida considera importante la propia identidad cultural y su mantenimiento,
- b) en qué medida está dispuesta a participar en actividades con miembros de otros colectivos diferentes de su grupo de pertenencia.

Y define como integración cultural a la instancia en que el individuo trata de mantener su cultura original y relacionarse con personas de otros grupos.

Está claro que la comunicación es un componente indispensable de la interacción. Entendemos por comunicación intercultural, según Ting-Toomey, al proceso de intercambio simbólico donde individuos provenientes de dos (o más) comunidades culturales negocian significados compartidos en una situación interactiva. En 1998, Gudykunst y Ting-Toomey la redefinen como: “la comunicación interpersonal entre pueblos con diferentes sistemas socioculturales y/o la comunicación entre miembros de diferentes subsistemas dentro del mismo sistema sociocultural”.

Proceso, autorreconocimiento y heterorreconocimiento, intercambio simbólico, desacuerdos, conflictos, acuerdos, enriquecimiento, negociación, diferencia, son conceptos en juego a la hora de establecer una comunicación intercultural.

Algunos de los elementos que intervienen en ella son:

- Valores culturales (individualismo-colectivismo, distancia del poder, rechazo a lo incierto, masculinidad-feminidad, orientación a corto plazo-orientación a largo plazo).
- Comunicación no verbal (kinésica, vocálica, proxémica, ambiente, cronémica).
- Estilos de comunicación verbal (directo-indirecto, orientado a la persona -orientado al estatus, actitud de orgullo-actitud de modestia, función del discurso-función del silencio).
- La lengua.

Excepto el último (la lengua), estos elementos constituyen las dos terceras partes de una interacción. Todos ellos, sin necesidad de la lengua, pueden proporcionar el contexto. Complementan, enfatizan, sustituyen, contradicen la comunicación verbal.

La diversidad, en toda su dimensión, es un hecho establecido de la vida cotidiana y desde luego de la relación médico-paciente. La tensión o el conflicto es inherente a cualquier relación entre personas (wichí-no wichí, Testigo de Jehová-no Testigo de Jehová, mandarín parlante-hispano parlante, hombre-mujer, vegetariano-no vegetariano, capitalista-socialista, médico-paciente, padre-hijo, etc.).

Hasta hace muy poco tiempo la toma de decisiones médicas dependía exclusivamente del criterio del profesional. Todo ello, naturalmente, con el propósito de beneficiar al enfermo. En los últimos años, el paciente comenzó a participar activamente en la toma de decisiones médicas. En la actualidad, el paciente desea y tiene el derecho de decidir de acuerdo con sus propios valores, creencias y preferencias, que pueden no coincidir con los del médico. Todos los pacientes tienen el derecho de rechazar un tratamiento siempre y cuando comprendan el significado del diagnóstico y las alternativas para su manejo. Los tratamientos deben respetar beneficios médicos, aspectos sociales, psicológicos, religiosos, culturales y legales. Considerar todos estos aspectos en salud genera un desafío para el cambio institucional, profesional y personal ya que entran en juego valores, creencias e intereses personales tanto del usuario como del prestador y ambos con el mismo derecho a la diferencia. “También existe para el médico el derecho de la libre elección de sus enfermos, limitado solamente por lo prescripto en el art. 8° de este Código”, según consta en el Código de Ética Médica de la Confederación Médica de la República Argentina, capítulo XVIII, artículo 120.

En definitiva estamos frente al pasaje de un modelo de relación médico-paciente paternalista asimétrico a otro horizontal deliberativo, de diálogo, de negociación, de autorreconocimiento y heterorreconocimiento, ya que a diario podemos encontrarnos, en esta relación, con desacuerdos, conflictos de valores, dilemas, etcétera.

Klein propone que, ante “un conflicto de valores, el proceso de sentar prioridades para el cuidado de la salud debe ser inevitablemente un proceso de debate”. El proceso de debate o deliberativo consiste en la integración del análisis técnico y la deliberación de todos los involucrados; es un proceso participativo, que implica también valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.

Para seguir reflexionando sobre la relación intercultural propongo excluir, solo por un momento, la diferencia idiomática y la diferencia étnica (supongamos que el médico y el paciente hablan el mismo idioma y pertenecen a la misma etnia) y centrarnos en la diferencia intercultural de tipo religioso.

Es bien sabido que la comunidad de Testigos de Jehová rechaza la transfusión de sangre. Este aspecto enfrenta a la comunidad médica a dos importantes desafíos. El primero: empatizar con creencias y valores de los pacientes Testigos de Jehová, muchas veces diferentes de los propios. El segundo: modificar conductas, técnicas y procedimientos médico-quirúrgicos para intervenir sin el soporte de transfusiones. En este caso, un acuerdo intercultural o el resultado de la mediación intercultural sería la aplicación del modelo de medicina y cirugía sin sangre.

Ya vemos que hablar de diferencias, de interculturalidad y de comunicación intercultural es mucho más amplio que hablar de diferencias étnicas o idiomáticas. Es hablar de creencias, de valores, de preferencias, de atribución de sentido, etcétera.

En los últimos años, en diferentes partes del mundo, ha surgido la idea de que una buena parte de los llamados conflictos interculturales en ámbitos sanitarios deben ser tratados desde la perspectiva de la mediación intercultural. Surgió así la figura del mediador intercultural (bilingüe o no).

La mediación intercultural es una de las herramientas utilizadas en la gestión de las diferencias en ámbitos sanitarios para reducir la inequidad cultural y así mejorar el acceso, la disponibilidad, la aceptabilidad y la satisfacción de usuarios con necesidades “diferentes”, a través de la promoción de la comunicación intercultural entre usuarios y sistema de salud y entre distintas especialidades médicas o profesionales. Es, al decir de la escuela de Harvard, un proceso en el cual las partes en desacuerdo o en conflicto se comunican con la ayuda y guía de un mediador neutral con el objeto de llegar a un acuerdo, a un entendimiento o finalizar el conflicto. Esto supone, como diría Castiglioni, un espacio de prevención de conflictos, permitiendo la expresión de la demanda/desacuerdo o conflicto, descodificándola y traduciéndola en términos de derechos.

El mediador intercultural (bilingüe o no) es una nueva figura que va emergiendo paulatinamente a partir de los años cincuenta en distintas partes del mundo. Australia es el país más avanzado en cuanto a la profesionalización, acreditación y formación en los servicios públicos (hospitales, administraciones, escuelas, etc.). En la década de 1990 es el Reino Unido quien va a utilizar este recurso. Le siguieron Canadá y Suecia y más tarde Italia, Portugal y España. En este último la figura del mediador intercultural ya está reconocida por el Ministerio del Interior, según Real Decreto 638/2000 del 11 de mayo. Nosotros, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, desde el PAMT (Programa de Asistencia Médica Transcultural), incluimos en el año 1999 la figura del mediador intercultural bilingüe para resolver necesidades específicas (lingüísticas y no lingüísticas) de la comunidad coreana, más tarde los de la comunidad china y taiwanesa (2000) y por último las de la comunidad Testigos de Jehová (2006), colaborando en la construcción del programa transdisciplinario de Medicina y Cirugía sin sangre del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Mónica Santágata

Programas Médicos, Plan de Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires

BIBLIOGRAFÍA

- Berry JW. Fundamental psychological processes in intercultural relations. En: Landis D, Bennett J, eds. Handbook of intercultural research. 3rd ed. d). Thousand Oaks: Sage; 2003. p.166-84.
- Berry JW. Immigration, acculturation and adaptation. Appl Psychol. 1997;46(1):5-34.
- Castiglioni M. La mediazione linguistico-culturale: principi, strategie, esperienze. Milán: Franco Angeli; 1997.
- Cohn-Bendit D, et al. La interculturalidad que viene: el diálogo necesario. Barcelona: Icaria/Fundació Alfons Comín; [1998].
- Gudykunst WB. Bridging differences: effective intergroup communication. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- Höffe O. Derecho intercultural. Barcelona: Gedisa; 2000.
- Klein W, Dittmar N, eds. Interkulturelle Kommunikation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1994.
- Salas Astrain R. Ética intercultural: ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos. (Re)Lecturas del pensamiento latinoamericano. Santiago de Chile: UCSH; 2003.
- Sampedro V, Llera MM, eds. Interculturalidad: interpretar, gestionar y comunicar. Barcelona: Bellaterra; 2003.
- Ting-Toomey S. Communication resourcefulness: an identity negotiation perspective. En: Wiseman RL, Koester J, eds. Intercultural communication competence. Newbury Park, CA: Sage; 1993.

- Ting-Toomey S. Intercultural conflict styles: a face-negotiation theory. En: Kim YY, Gudykunst WB, eds. Theories in intercultural communication. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
- Ting-Toomey S. Managing intercultural conflicts effectively. En: Samovar LA, Porter RE, eds. Intercultural communication: a reader. 9th ed. Belmont, CA: Wadsworth; 1994. p. 388-99.
- Ting-Toomey S, Chung L. Cross-cultural interpersonal communication: theoretical trends and research directions. En: Gudykunst WB, Ting-Toomey S, Nishida T, eds. Communication in personal relationships across cultures. Newbury Park, CA: Sage; 1996.
- Ting-Toomey S, Chung LC. Understanding intercultural communication. Los Angeles, CA; Roxbury Pub. Co; 2005.