

MIGRACIÓN Y SALUD: Una cuestión intercultural. 2018

INTERCULTURALITY IN PRIMARY HEALTH CARE CENTER. 2018

Autores: Mendiondo, M. F.^a; Antivero, A.^b; Buero, M.^c; CamporaPerez, M.^d; Cejas, G.^e; de Serranos, D.^f; Janse, C.^g; Kaplan, L.^h; Larriera, F.ⁱ; Latorraca, M.^f; Lopez, M.^g; Perini, L.^h; Polzella, M.ⁱ; Rasgido, D.^j; Rentería, F.^k; Suarez, M.^l.

a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l: Residencia de Medicina Familiar y General – *Obra Social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con.)*, Sede Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

Autor de correspondencia:

Mendiondo, M. F.

E-mail: mfmendiondo@hotmail.com.

Conflicto de intereses:

Los investigadores declaran no presentar conflicto de interés alguno respecto de la presente investigación.

Fuentes de financiamiento:

Los investigadores declaran que la presente investigación no tiene financiamiento de industria y que la misma será autofinanciada por los declarantes.

Recibido: 08/03/2019

Aceptado: 03/05/2019

RESUMEN

Se realizó un estudio cualitativo, etnográfico para conocer y analizar la percepción de los pacientes extranjeros respecto de su vínculo con el sistema de salud en Argentina, considerando la cultura de origen y proceso migratorio mediante trece entrevistas semiestructuradas. Se incluyeron pacientes extranjeros mayores de 18 años que consultaron a un Centro de Atención Primaria de la Salud (CeMAP) de un agente del subsistema sanitario de la seguridad social argentina. Los mismos fueron seleccionados de manera intencional y por conveniencia. Las transcripciones se analizaron según la teoría fundamentada. En las entrevistas se destacó una relación médico-paciente más estrecha en comparación con la del país de origen, destacándose la calidez, compromiso y mayor comunicación con el binomio paciente-familia, siendo notables estas diferencias en la etapa del embarazo y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Se han hallado diferencias sustanciales con el país de origen en temáticas como control prenatal y acompañamiento del parto, alimentación, medicinas tradicionales, accesibilidad al sistema sanitario, siendo influyente el tiempo de residencia en Argentina para lograr el empoderamiento en relación con el sistema de salud. Esto nos estimula a seguir trabajando en la cultura y proceso migratorio de los pacientes, explorar su cosmovisión, para propiciar un enfoque intercultural que permita adquirir herramientas para la atención de dicha población.

PALABRAS CLAVES: Competencia Cultural, Atención primaria de Salud, Análisis Cualitativo.

ABSTRACT

A qualitative, ethnographic study was carried out to identify and analyze the perception and beliefs of foreign patients, regarding their experiences in Argentina's healthcare system, taking into consideration their culture of origin and migratory process through semi-structured interviews. It's included foreign patients over 18 years of age who consulted at a Primary Health Care Center (CeMAP) of an agent of the Argentine social security health system. They were selected intentionally and for convenience. Thirteen semi-structured in-depth interviews were recorded and the transcripts were analyzed according to the Fundamental Theory. In the interviews, a closer patient-physician relationship stood out when compared with the country of origin, highlighting the warmth, commitment and greater communication with the patient and its family, these differences were more notable during prenatal, reproductive and sexual care. Substantial differences have been found with the country of origin in topics such as prenatal post-partum care, nutrition, traditional medicines, and accessibility to the health system. There was a positive impact of length of residency in Argentina on patient empowerment within the healthcare system. This is an estimate to continue working on the culture and the migration process of patients, to explore their worldview, to propose an intercultural approach that allows us to acquire tools for the care of this population.

MARCO TEÓRICO

Los siglos XIX y XX fueron el escenario de las grandes migraciones humanas de la historia mundial, lo que ha llevado a cambiar no sólo la composición demográfica de las sociedades actuales, sino que también han producido importantes transformaciones en el ámbito laboral, social y, especialmente, en el cultural⁽¹⁾.

Latinoamérica no ha sido ajena a estos procesos. La Argentina, especialmente, ha sido, a lo largo de su historia, destino de múltiples oleadas migratorias, primero desde Europa y luego proveniente de otros países latinoamericanos, llegando, en la actualidad, a ser el país de América del Sur con más inmigrantes⁽²⁾. En este nuevo orden mundial fueron necesarias buscar estrategias de control y adoctrinamiento en pos de homogeneizar a una población diversa culturalmente. Para este propósito, como plantea Foucault, se valió de la creación de las diferentes instituciones del Estado que encuadran la vida cotidiana de la población. La medicina cumplió y cumple un rol importante en la normalización y corrección de los hombres⁽³⁾ donde, con el correr del tiempo, se fue constituyendo en el ejercicio de las ciencias médicas; lo que Menéndez denominó *Modelo Médico Hegemónico*, término que engloba al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina-científica que ha ido logrando establecer como subalternas a las prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado⁽⁴⁾.

A partir de este modelo, el médico desarrolla su aprendizaje profesional y no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que no sean los paradigmas biológicos, donde los procesos psicológicos, sociales y culturales son meramente anecdóticos. Este carácter dominante y excluyente del aporte de otros saberes y culturas reproduce la idea de un sólo modo de mirar el Universo o lo que podríamos denominar la *uniculturalidad* en el pensamiento, que tiende a homogeneizar e igualar a los individuos desproviniendo los de su singularidad y de su cultura de pertenencia⁽⁵⁾.

Ante este escenario, como profesionales de la salud, intentamos ejercer una medicina crítica de este paradigma y entendemos a la medicina familiar como un proceso que se forma a partir de las necesidades y características de nuestra población. Es por esto que elegimos pensar una práctica médica que reconozca y respete la subjetividad de cada individuo y su comunidad propiciando un enfoque intercultural que incluya las diferencias propias de cada cultura.

Concebimos, entonces la interculturalidad como el proceso de interrelación entre culturas a través del respeto y reconocimiento de las diferencias y convergencias entre las personas y grupos, incluyendo características de confianza, comunicación efectiva (comprender al "otro" desde su cultura), diálogo y debate, aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y

experiencias. Se trata de una construcción colectiva, un proceso dinámico que no se restringe tan solo a las interrelaciones sino que también abarca el fortalecimiento de lo propio^(6, 7, 8).

Llevada al campo de la salud, la interculturalidad es el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de la salud⁽⁹⁾, e implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y su influencia en todo proceso de salud y enfermedad⁽¹⁰⁾. Lo primero a asumir es que los procesos interculturales son permanentes y tienen profundidad histórica. Si queremos instrumentar la interculturalidad respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, inicialmente hay que detectar y analizar los procesos de interculturalidad que ya están operando en la vida cotidiana, y a partir de ellos y no sólo de nuestros presupuestos, tratar de impulsar y concretar objetivos interculturales⁽¹¹⁾.

Su utilidad en medicina reside en revalorar la medicina tradicional y el impacto de su práctica en la población, empoderar a la población respecto a sus derechos humanos en salud al reconocer y respetar su cultura, dotar al personal de salud con herramientas que les permitan establecer una relación complementaria y participativa con un usuario empoderado, propiciar vínculos afectivos y de comprensión de los pacientes, mejorando la relación y las prácticas propuestas desde los servicios de salud⁽¹²⁾.

Hoy en día se estima que el 4.6% de la población total en Argentina es extranjera y en su mayoría proveniente de países limítrofes como Paraguay, Bolivia y Chile⁽¹³⁾. La mayoría de los extranjeros que llegan al país tienen entre 15 y 64 años de edad⁽¹⁴⁾, y se instalan en Provincia de Buenos Aires (52%) y en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (21%) atraídos por motivos laborales e idealizando un modelo de vida que supere la pobreza a pesar del desarraigo familiar y social⁽²⁾. La presencia de grupos culturalmente distintos no solo plantea múltiples desafíos en el sistema sanitario público, sino también en nuestra obra social que se caracteriza por ser una gran receptora de esta población migrante. Por esto, el propósito de este trabajo basado en dos tradiciones de investigación cualitativa (método etnográfico y teoría fundamentada) es entender y analizar la percepción de los pacientes de origen extranjero respecto de su vínculo con el sistema de salud en nuestro país, considerando la cultura de origen y su proceso migratorio para que nos permita como equipo de salud comprender la subjetividad de nuestra población destinataria y así poder generar herramientas y habilidades para el trabajo intercultural en el ámbito de la salud que se traduzcan en una mejor calidad de atención.

OBJETIVO GENERAL

Conocer y analizar la percepción de los pacientes de origen extranjero respecto de su vínculo con el sistema de salud en nuestro país, considerando la cultura

de origen y su proceso migratorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Explorar, a partir de las características culturales de origen de los pacientes extranjeros, las posibles barreras en la accesibilidad percibidas en la consulta médica.
- 2) Relacionar al vínculo de los pacientes con el sistema de salud considerando el tiempo de residencia en Argentina.
- 3) Conocer la percepción del paciente extranjero sobre las intervenciones del equipo de salud, teniendo en cuenta sus características culturales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, siguiendo el método etnográfico. La población de estudio fueron pacientes extranjeros afiliados a la Obra social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con.) mayores de 18 años seleccionados de forma intencional y por conveniencia. Se efectuaron trece entrevistas abiertas semiestructuradas (Ver Anexo 1), individuales, en profundidad hasta la saturación de los datos. Luego se llevó a cabo el análisis según los pasos de la teoría fundamentada, para lo cual se procedió al análisis y codificación de los textos, lo que permitió acercarnos a las respuestas de los interrogantes planteados. A tal efecto se comenzó con la lectura de las transcripciones realizadas, con identificación de códigos que fueron reducidos para la elaboración de categorías de jerarquía creciente hasta lograr elaborar una hipótesis acerca de la percepción de los pacientes de origen extranjero respecto de su vínculo con el sistema de salud en nuestro país, considerando la cultura de origen y su proceso migratorio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó a cada participante el consentimiento informado de manera oral y escrita. La información fue

confidencial, anónima y no se usó para otro propósito. No hubo fuentes de financiamiento externas y los participantes no recibieron remuneración por su colaboración.

HALLAZGOS DEL TRABAJO DE CAMPO

En total se realizaron 12 entrevistas. En cuanto al país de origen, 3 participantes eran de Bolivia, 3 de Paraguay y 2 de Perú. La nacionalidad de los otros 4 participantes fue de: Colombia, República Dominicana, México y Chile.

Se realizó la lectura de los textos obtenidos por desgravación de las entrevistas, con la posterior codificación de los datos primarios verificando la saturación de los mismos. Luego, se los jerarquizó en categorías en orden creciente para responder a nuestros interrogantes iniciales. En la Tabla 1 se especifican las categorías utilizadas.

CATEGORÍA AXIAL: UN TEMA PERSONAL

Cuando los participantes compararon la atención médica entre el país de origen y Argentina, destacaron la calidad humana, el compromiso y apertura de la misma. Esto ha generado la sensación de un vínculo estrecho entre el médico y el paciente, que sobrepasa el mero hecho de la atención de una enfermedad.

“Acá te explican [...] Tratan de hacer el control, de tocarle, medirle, pesarle, preguntarte si haces esto o lo otro...”

*“¿Hay algo que te gusta de la consulta de Argentina?”
“Sí, que son muy abiertos, que escuchan, que te dan consejos, que te hablan como si te conocieran, que no son extraños a ti. Eso es lo que me gusta [...] te da confianza y le puedes hacer más preguntas.”*

Destacaron una percepción positiva en la comunicación entre el médico y el paciente como así también con su familia, siendo algo nuevo y distinto a lo que

Tabla 1- Categorías y definiciones operativas.

Tipo de categoría	Nombre de la categoría	Contenido al que hace referencia la categoría
CATEGORÍA AXIAL	UN TEMA PERSONAL	Relación Médico - Paciente
CATEGORÍAS SECUNDARIAS	SEXO & TABÚ	Salud sexual y reproductiva
	ALUMBRANDO EN EL DESCONOCIMIENTO	Atención prenatal y del parto
	CULTURALMENTE RICO	Alimentación
	PRIMERO LO CASERO	Medicinas tradicionales
	CARRERA DE OBSTÁCULOS	Accesibilidad al sistema de salud
	UNA CUESTIÓN DE TIEMPO	Vínculo con el sistema de salud según el tiempo de residencia

sucedía en su país de origen.

“Te preguntan por qué está así, cómo está... No sé si para conocerlo más a uno o quizá lo preguntan para ayudarme a encontrar la salida para eso.”

Este aspecto fue particularmente notable en la atención del embarazo donde la desinformación se ve compensada en las culturas de origen con el intercambio de conocimientos y experiencias dentro del entorno familiar.

“Le hice despertar a mi pareja, le digo, oye me parece que rompí bolsa, ¿en serio?, claro en la forma que me explicó tu hermana, pienso que es eso.”

Estas diferencias en lo comunicacional impresionaron estar relacionadas a una mayor distancia en la relación médico-paciente, dada por una mayor jerarquía social de la profesión médica.

“Si lo que pregunta es si es como acá, no, la atención no es igual [...] acá [...] no se hacen el diferente: “yo soy el médico, vos la paciente. Hací lo que te digo o arreglatelas”

“Acá me han atendido algunos médicos como que los veo más distraídos como que no se comprometen mucho con el paciente, cómo que no quieren ver más allá”

SEXO & TABÚ

En las entrevistas surgieron diferencias culturales sobre temas relacionados a la sexualidad, así como se evidenció poca educación en lo referente al desarrollo sexual, en todos los ámbitos. En la actualidad esa diferencia en el conocimiento de estos temas estaría aminorada.

“Recién el tercer curso, que sería noveno grado, se hablaba de sexualidad, de cómo prevenir embarazo. Antes mi mamá me decía: “vos te besas y quedás embarazada” (41 años)

“...Mi mamá por ejemplo lo que era período menstrual no nos hablaba entonces era una sorpresa... Yo así de chusma no más escuchaba que mis padres hablaban de violación y que sangraba todo, y yo de eso deduje algo y cuando por primera vez me bajó [...] llegué a mi casa y le dije a mi mamá que me violaron, porque yo no sabía qué es lo que era [...] Se armó un lío” (41 años)

La experiencia también se tornó dispar al hablar de medidas preventivas como el PAP, siendo en algunos lugares una práctica frecuente y en otros, considerada como una novedad en relación con su cultura de origen.

“Yo a mi amiga le dije andate al hospital [...] ella nunca

se hizo hacer, no saben ni lo que qué es una mamografía, un PAP... nada”

ALUMBRANDO EN EL DESCONOCIMIENTO

La experiencia de gestar y dar a luz se encontró marcada por la tradición cultural de cada sociedad. Aparecieron diferencias según el origen, dadas por barreras en la accesibilidad geográfica o de cobertura. Sin embargo, la diferencia es más notoria en cuanto a los controles prenatales que difieren en la periodicidad con la que se realizan en Argentina.

“Acá sí, es distinto, desde que estás embarazada, te hacen los controles, hasta el mismo médico está sobre vos, te dice que te tienes que hacer”

“... No es como acá... que tenés que irte todos los meses... allá te va lo básico... hacerte el control... yo tampoco no sabía... Ellos mismo no te decían tampoco que tenías que volver”

En la evolución del hombre, el dar a luz pasó de la cueva primitiva a la intervención tecnificada hospitalaria. Respecto a esto, los entrevistados relataron el parto domiciliario como una vivencia de otras generaciones, ya infrecuente, por lo que no se encontraron diferencias en el tipo de prácticas con las de nuestro país.

“Mi abuela me contaba que antes era así, que había una señora, tenía experiencia y los hacía parir en los hogares, pero ahora ya no, está prohibido eso.”

“Yo nací en mi casa, viste la gente del campo que nace en la casa con un partero algo así que me dijeron [...] yo a mi hija la tuve en el centro de salud”

Sin embargo, se encontraron diferencias en cuanto a la humanización de la práctica, destacando una mayor información brindada durante el cuidado prenatal y el acompañamiento del trabajo de parto en nuestro territorio. Todo esto, sumado a la posibilidad de incluir en el acompañamiento a la pareja, posiciona a esta etapa de la vida como más positiva en relación a la brindada en su país de origen.

“Nada, me controlaban el latido del bebé, como estaba yo, si aumentaba de peso, si no aumentaba, pero charlas así de partos, nunca me dieron [...] Acá sí, es distinto, desde que estás embarazada, te hacen los controles, hasta el mismo médico está sobre vos, te dice que te tienes que hacer. Acá te explican, te asesoran de todo”

“No todo diferente, ahí no es como acá [...] yo estoy agradecido [...] estuve todo el tiempo, más cuando mi pareja tuvo 2 horas internada yo estuve con mi hija así que bueno le atendieron bien...una experiencia inolvidable para mí” (CITA EL PADRE)

También aparecieron algunas costumbres peculiares de sus culturas de origen en relación con el puerperio.

“En cuanto nacen lo llevan a los cuneros, donde están todos los bebés, están en cunitas y se los llevan cada determinado tiempo, es como cuando le dan de alimentar a los bebés, se los llevan a las mamás y luego se los llevan a los cuneros. Y acá no, acá lo tienes a tu lado al bebé.”

CULTURALMENTE RICO

La alimentación es una necesidad primaria de los seres humanos, y como tal constituye un vehículo primordial en la transmisión de cultura. Los entrevistados refirieron que en su país de origen es infrecuente el abordaje sobre alimentación durante la consulta médica, mientras que en Argentina sí han recibido intervenciones.

“Nosotros tenemos la costumbre de comer demasiado picante... me acuerdo que los médicos me dijeron que el picante que tratemos de evitar un poco, a mí me costó cambiar el hábito, a mí me costó muchísimo, claro porque estábamos ya muchos años criados así [...] Nosotros no conocíamos ni lo que era un nutricionista allá”

Entre los entrevistados se admitió una mayor adherencia a las intervenciones si se explican los beneficios en la salud y si se tienen en cuenta las costumbres del país de origen, mientras que las prohibiciones absolutas de comidas típicas no han resultado efectivas.

“Me preguntó solo una cosa, porque resulta ser que él también era del campo y comía más o menos así cuando era chico así. [...]” ¿Entonces usted sintió bien que le dijera eso y que tenga en cuenta de donde usted venía?” “Exacto... sí”

“... Yo hago guisos con las salsas de acá y no uso exactamente lo que hay allá, para hacerla... pero sí me la prohibió la comida como guisos, la mayoría. [...] No me preguntó qué era lo que comía, yo le dije y me dijo bueno que cortara con eso y que trate de comer así, comidas más livianas” “¿Y lo dejó de comer entonces?” “Le soy sincera no (risas)”

PRIMERO LO CASERO

El uso de las medicinas tradicionales (MT) estaba ampliamente incorporado en los pacientes entrevistados, recurriendo a las mismas en primera instancia por sobre la medicina convencional, siendo esta última elegida en situaciones de mayor gravedad y transmitidas de manera transgeneracional.

“Si es ulcera, beberé papa rallada y el zumo y eso es lo único, pero a mí no me hagan de beber omeprazol, me dio la receta y la tengo allá.”

“Claro, la tradición ahí es que es todo natural, uno

tiene que estar ahí ya muy muy grave para que te lleven al hospital”

“Era descendencia de las abuelas, tatarabuelas, no sé de dónde, pero allá teníamos, hasta yo aprendí”

A la hora de hablar sobre estas prácticas con los profesionales de la salud, los pacientes manifestaron percibir una aceptabilidad variable. Sin embargo, en muchos casos el uso de MT apareció como un tema no explorado.

“Me dijo de que no nada de yuyos, nada de yerbas nada de yuyos yo no lo tome a mal porque dije bueno no está en su cultura tener este tipo de yuyos”

“Algunos médicos te dicen sí, a veces las medicinas caseras resultan, y hay otros dicen nooo... estas cosas ya fue, ya dejaron de existir.”

CARRERA DE OBSTÁCULOS

Se encontraron diferentes tipos de barreras en los pacientes entrevistados en cuanto a la accesibilidad al sistema de salud. En el país de origen se remarcaron limitantes en relación con los costos en la salud privada mientras que en el subsistema público, con la burocracia administrativa, tiempos de atención y calidad de la misma.

“... Acá vos te vas a cualquier hospital, bueno un poco más tardan en atenderte, pero te atienden, allá es muy diferente, si vos no tenés dinero, ahí está la calle, y te morís tranquilo, esa es la diferencia que hay” (República Dominicana).

“Para mí la parte profesional ayuda muchísimo, ya desde que, el solo hecho de que haya hospitales municipales ya eso es lo máximo, allá no existen los hospitales municipales...” (Bolivia).

Por otro lado, en Argentina la accesibilidad al sistema de salud se ve limitada por desinformación acerca de nuestro sistema, por lo que algunos, a pesar de contar con cobertura, recurren al subsistema público el que, debido a su gran demanda, se encuentra saturado y limitado el acceso a la misma.

“Porque no conocía la obra social. Él trabajaba en construcción, pero no sabía que existía la obra social.” “Fue para mí muy feo, porque fui sola, no sabía nada. Fueron muchas vueltas... primero tienes que ir acá, después acá. Hubiera preferido no estar embarazada en ese momento, porque era caminar... Salí a las 5 de la mañana.” (en relación al sistema público)

También aparecen limitaciones en el acceso al sistema de salud por “falta de tiempo”, por no ser una prioridad y la creencia de que el dolor “se aguanta” entendidas como una característica cultural de los pacientes de origen extranjero.

“La gente de allá también es muy dejada, dicen por falta de tiempo, pero se abocan tanto al trabajo que

ellos mismos se descuidan de su salud, pero yo pienso que el médico no va a ir a su casa a preguntar y darle todo así en una bandeja y decirle mira nosotros somos así....”

UNA CUESTIÓN DE TIEMPO

Respecto al tiempo de residencia en el país los pacientes manifestaron que el hallarse inmersos en nuestra cultura había facilitado su empoderamiento en relación con el sistema de salud.

“No volvía a preguntar o a veces me quedaba con la duda [...] Pensaba que me iban a responder de mala manera” “¿Alguna vez te pasó eso?” “En Bolivia sí. Acá no, pero siempre viví con ese miedo de volver a preguntar algo.” “¿Y lo fuiste cambiando eso o seguís teniendo miedo?” “sí, fui cambiando [...] cuando vine a la obra social, dije hasta lo que no tenía que decir. Muy amables.”

DISCUSIÓN

Vivimos en un mundo de grandes movimientos sociales, en el que los migrantes se trasladan a zonas urbanas donde muchas veces se vulnera la identidad biológica y sociocultural de las personas. En el permanente quehacer para la protección de la salud, es evidente la necesidad de estrategias para evitar esta problemática, siendo la interculturalidad un aspecto relevante a considerar.

En nuestro análisis se observaron diferencias en los modelos de atención entre los países de origen y Argentina, en donde refirieron una atención más desarraigada según el modelo médico hegemónico que definió Menendez⁽⁴⁾.

La literatura menciona que reconocer la diversidad cultural implica dislocar nuestro lugar de saber/poder y considerar, por ejemplo, que para algunas poblaciones la sexualidad es una temática de la que no se suele hablar y que genera pudor y vergüenza⁽¹⁵⁾. Esto coincide con los hallazgos de campo donde en su país de origen eran evitados o poco abordados.

Entendiendo a la salud reproductiva como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de poder decidir libremente⁽¹⁵⁾, se observó que las experiencias en este aspecto están marcadas por la tradición cultural de cada sociedad, influenciadas por la accesibilidad geográfica o de cobertura y tipos de controles prenatales. Se vió que estas maneras de vivir y cuidar la salud sexual varían entre generaciones y en las diferentes poblaciones, siendo las prácticas de la medicina preventiva frecuentes en algunas culturas y en otras visto como algo novedoso y positivo al llegar a nuestro país. A diferencia de la bibliografía en donde se menciona la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos en la población migrante⁽¹⁵⁾, se destacó en nuestro territorio la disposición de información y una atención médica humanizada respetando la intimidad de la pareja.

Dentro de la perspectiva intercultural la alimentación es otro punto a considerar. Se evidenció que el médico en nuestro país indaga al igual que brinda intervenciones. Al ser éstas del tipo directivas y sin tener en cuenta la cultura del paciente, llevan a este a desestimar el saber/poder que la medicina cumple y cumplió en la normalización y corrección de los hombres⁽³⁾.

Según la OMS la medicina tradicional es la suma de los conocimientos basados en las teorías, creencias y experiencias propias de las diferentes culturas⁽¹⁹⁾. En referencia a esto en nuestro trabajo se observó que los pacientes recurren a la misma en primera instancia por sobre la medicina convencional⁽⁸⁾. Sin embargo a pesar de esto resulta ser un tema poco explorado y de aceptación variable por parte de los profesionales de la salud.

En cuanto a la accesibilidad al sistema de salud, entendida como la capacidad de utilizar los servicios cuando y donde sea necesario⁽¹⁶⁾, se encontraron distintas barreras. Se observó un conocimiento parcial del sistema de salud en general. Además, la percepción de la salud que poseen los pacientes de origen extranjero genera una tendencia a no priorizar tratamientos o consultas y a considerar las dolencias como algo común y que debe ser tolerado.

Como punto final, pero no menor, el tiempo de residencia en nuestro país como parte del proceso de migración es una etapa de cambios. En nuestro análisis se reflejan las diferencias en el tiempo de estadía, asegurando que a mayor tiempo de residencia mayor facilidad para comprender y acceder al sistema de salud, al igual que lo define Richard Brislin en las etapas del choque cultural⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIÓN

Argentina ha sido a lo largo de su historia destino de múltiples oleadas migratorias, llegando a ser, en la actualidad, el país de América del Sur con mayor población migrante⁽²⁾. Debido al desafío que esto le genera al sistema de salud nos propusimos investigar acerca de la percepción de los pacientes de origen extranjero respecto a su vínculo con el mismo, considerando la cultura de origen y su proceso migratorio. Dicha población migra en su mayoría atraída por motivos laborales, aspirando a un modelo de vida que supere la pobreza a pesar del desarraigo socio familiar. Esto puede llegar a tener un impacto en la salud, la cual es desestimada en pos de abarcar mayor tiempo a lo laboral, generando una falta de acercamiento al sistema de salud. Sin embargo, aquellos pacientes que llegan a la consulta suelen lograr una buena adherencia a las prácticas preventivas, como en las temáticas de salud sexual y reproductiva; marcando una contraposición en cuanto a la falta de acceso a las mismas en sus países de origen. Otras características inherentes a la cultura son las medicinas tradicionales y la alimentación, en relación a la primera son ampliamente utilizadas por los pacientes migrantes y

poco exploradas por los profesionales de la salud; con respecto de la segunda podemos concluir que las intervenciones que se realizan son eficaces cuando se establece una comunicación efectiva con intercambio de saberes y experiencias; ambos tópicos deberían explorarse con mayor énfasis, evitando homogeneizar las recomendaciones y proveyendo singularidad según la cultura de pertenencia. Debemos considerar que la población a la cual se le realizaron las entrevistas corresponde a una población con acceso a una obra social que puede no ser extrapolable a toda la población migrante.

Al finalizar el trabajo pudimos dimensionar la importancia de comprender las barreras que atraviesan los pacientes en la atención de su salud considerando su cultura de origen y su proceso migratorio. Creemos que explorar en mayor profundidad su cosmovisión enriquecería nuestra práctica al reconocer y respetar la subjetividad de cada individuo y su comunidad. Como médicos de familia y puerta de entrada al sistema de salud debemos comprender este contexto que forma parte de las necesidades y características de nuestra población, y buscar estrategias para lograr la mejor atención para nuestra población⁽¹¹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lacomba, J. (2008) Historia de las migraciones internacionales. Historia, geografía análisis e interpretación. Madrid: Catarata. Pp 253.
2. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. INADI. Guía temática. Derechos de las personas migrantes. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Presidencia de la Nación. Área Migrantes. 2016.
3. Foucault, M. (1986) Vigilar y castigar. Madrid: Siglo XXI Editores. Pp.86.
4. Menéndez, E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y atención primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Pp. 451-464.
5. Breilh, J. (2003) Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, Colección Salud Colectiva.
6. SERVINDI (Servicios en comunicación intercultural) (2005). Interculturalidad: Desafío y Proceso en Construcción. Lima, Perú: SINCO Editores.
7. OPS/OMS. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Serie OPS/FCH/CH/08/02.E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington DC. EE.UU; 2008.
8. Walsh, C. (2006) Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial. Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento. Buenos Aires: Ediciones Del Signo.
9. Carreazo Pariasca, J. (2004) Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario. *Pediatría* N° 6.
10. Alarcon M, A.M; Vidal H, A y Neira Rozas, J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. méd. Chile* [online]. 2003, vol.131, n.9, pp.1061-1065. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
11. Menendez, E.L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.1, pp.109-118. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>.
12. Almaguer J, González, Vargas V, García H. (2003). El enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud. Secretaría de Salud de México. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.
13. NACIONES UNIDAS. (2015) Trends in International Migrant Stock: The 2015 Revision. United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml>

ANEXO 1**ENTREVISTA.****PREGUNTAS ORIENTADORAS****1. ACERCAMIENTO**

Generar clima cálido y de confianza, lenguaje sencillo y claro.

A. Me gustaría que me cuentes un poco de tu lugar de nacimiento/infancia

I. Lugar/región/país

II. Características geográficas físicas

III. Actividades económicas

B. Contame cómo era tu vida ahí.

I. ¿Con quién vivía?

II. ¿A qué se dedicaba?

III. ¿Cómo era su casa?

IV. Costumbres

V. Actividades de recreación

C. ¿Extrañas algo de tu lugar de origen?

2. LA INMIGRACIÓN

A. Me interesa conocer qué hizo que vinieras a Argentina

B. Y contame un poco más acerca de cómo fue venir acá

I. ¿Hace cuánto tiempo?

II. ¿Con quién? Explorar redes (dinámica familiar) / ¿Con quién vivís ahora?

III. ¿Qué impacto tuvo?

IV. Dificultades

3. SISTEMA DE SALUD

A. Me gustaría conocer qué hacías cuando estabas enfermo en tu país

I. Explorar si tenían médico de cabecera, si iban a un centro de salud/hospital, el médico iba a la casa/ se atendía toda la familia o solo a los niños. Tenían curandero/usaban medicinas tradicionales.

B. Desde que llegaste a la Argentina ¿Te enfermaste alguna vez? ¿Qué te pasó? ¿Qué sentiste? ¿Cómo se solucionó?

I. Indagar si fue a un hospital o centro de salud público, si tenía obra social, si siempre se atendía con el mismo médico o tenía médico de cabecera.

II. Diferencia del sistema de salud de su país con el de residencia actual.

C. Me gustaría que me cuentes cómo fue llegar a esta obra social y cómo te sentís

I. ¿Hace cuánto tiempo? ¿Por qué?

II. ¿Se atiende alguien más de la familia en la obra social?

III. ¿Se atiende siempre con el mismo médico? ¿Tiene médico de cabecera?

IV. Explorar diferencias con el médico de su país.

4. COMUNICACIÓN

A. IDIOMA DE ORIGEN:

I. ¿Se hablan otros idiomas en tu país de origen? ¿Lo hablas?

II. ¿Pensas que es muy diferente a como se habla en Argentina?

B. DIFICULTAD EN LA COMUNICACIÓN:

I. ¿Tuviste alguna dificultad a la hora de expresar lo que te pasaba? ¿Te sentiste comprendido?

5. ALIMENTACIÓN

A. Pasemos ahora a hablar de las comidas, quisiera que me cuentes qué comidas típicas tenías en tu país y que cosas comían en el día a día.

B. ¿Extrañas alguna comida?

C. ¿Y la comida de Argentina te gusta? ¿Te acostumbraste?

D. ¿Quién cocina en tu casa? ¿En tu trabajo?

E. ¿Podés comer cosas de tu país acá?

F. ¿Alguna vez te indicaron una dieta? Cuándo te la indicaron ¿Tuvieron en cuenta tus costumbres a la hora de comer?

6. SALUD REPRODUCTIVA

A. ¿Tenés hijos? ¿Dónde nacieron?

B. ¿Cómo fue tu experiencia con el control de embarazo y el parto en tu país? ¿Y acá?

C. ¿Te cuidás? ¿Cómo? ¿Cómo te informaste sobre que método usar? (Allá y acá)

C. ¿Acá seguís haciendo uso de estas medicinas? ¿Las tenés al alcance?

D. ¿Qué harías si para una enfermedad un médico te da un remedio y por otro lado hay un método tradicional, cuál preferís? ¿Por qué?

7. MEDICINAS TRADICIONALES/USOS

A. En todas las culturas existen formas de curación más tradicionales, ¿Usabas alguna en tu país?

E. ¿Alguna vez le contaste a tu médico que usaste medicinas tradicionales? ¿Qué opinión o reacción tuvo?

B. ¿Conoces alguna otra que exista?



Trabajamos día a día en la promoción y el desarrollo de la atención primaria de la salud y la medicina familiar mediante actividades de capacitación y gestión académica.

Seguinos en nuestras redes sociales:



www.facebook.com/aequus



[aequusmf](https://www.instagram.com/aequusmf)



[@fundaequus](https://twitter.com/fundaequus)



www.fundacionaequus.com.ar