

# 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 de Buenos Aires

Mónica Santagata

---

## RESUMEN

**Introducción.** El "Programa de Asistencia Médica Transcultural" (PAMT) fue diseñado e implementado en 2000. Se trata de una intervención para inducir un cambio en el comportamiento organizacional, con el propósito de aumentar la equidad en salud (acceso, aceptación, disponibilidad y comodidad), inicialmente aplicado a afiliados chinos y coreanos a un plan de medicina pre-paga.

**Objetivos.** Estudiar el efecto de la implementación del PAMT.

**Diseño.** Estudio cuasi-experimental, retrospectivo.

**Población.** Afiliados coreanos y chinos del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires (1989-2003).

**Conclusiones.** A partir de la implementación del PAMT se registró un aumento en el número de consultas programadas (utilización) y en el acceso al sistema de salud (afiliación). Al final del período de evaluación, el 70% de la población identificada había utilizado un "facilitador cultural bilingüe". Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2005; 25 (1): 8-11.

**Palabras clave:** medicina transcultural; concepto de salud; etnología.

## CULTURAL DIVERSITY AND HEALTH, ANOTHER APPROACH TO EQUITY: EFFECTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE TRANSCULTURAL PROGRAM FOR MEDICAL ASSISTANCE AT THE HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES HEALTH INSURANCE PROGRAM.

### SUMMARY

**Background.** In the year 2000, we designed and implemented the "Transcultural Program for Medical Assistance" (TPMA), an intervention to induce a change in the organizational behavior with the purpose of increasing equality in health (access, acceptance, availability and comfort), originally applied to Chinese and Korean patients, who were members of a private health insurance system.

**Objectives.** To study the effect of the implementation of TPMA.

**Design.** Retrospective, quasi-experimental, pre-posttest study.

**Population.** Chinese and Korean members of the health insurance program at the Hospital Italiano de Buenos Aires.

**Conclusions.** Since the implementation of TPMA, there was an increase in the number of office consults (utilization), and in the new membership rates. At the end of the evaluation period, 70% of the population identified had utilized a "bilingual, cultural facilitator".

**Key words:** transcultural medicine; attitude to health/ethnology; health knowledge, attitudes, practice.

---

## INTRODUCCION

La conciencia y el contacto con las diferencias culturales nos desafían a enfrentar la ruptura de los modelos médicos universales de cuidados generalizados, para empezar

a considerar un modelo de cuidado diversificado, es decir, un modelo médico adaptado a las diferencias culturales. Equidad, acceso y satisfacción del usuario definen calidad en salud.

Los componentes básicos de la equidad son acceso, aceptación, disponibilidad y comodidad. Las oportunidades de acceder a la salud no son iguales para todos. Sin embargo, ante las mismas oportunidades de acceso, las preferencias de los individuos por el consumo de servicios sanitarios y su percepción de los potenciales beneficios harán que existan diferencias en la utilización de los servicios.

Podemos hablar de una barrera cultural de acceso a la salud que se instala entre usuario y equipo de salud a partir de diferentes cosmovisiones, tales como conceptos de salud-enfermar, modelos médicos (hegemónico, tradicional chino, chamánico, etc.), religión, hábitos de vida, lenguaje, etc. Todo esto no sólo afecta las oportunidades de acceder a los servicios de salud, sino también la atención médica, la relación médico-paciente, la percepción de la calidad de atención médica, la utilización de servicios (cuanti y cualitativamente), la adherencia a los tratamientos, la fidelización, la satisfacción, etc. En definitiva, la calidad en salud, calidad de vida y cantidad de años de vida.

El Programa de Asistencia Médica Transcultural (PAMT) se inicia como consecuencia de percibir necesidades diferentes en la población asiática afiliada al Plan de Salud de nuestro hospital. El enfoque transcultural aplicado está fundado en el concepto de pluralidad cultural. Su objetivo es la integración, valora las diferencias culturales y destaca la importancia de mejorar la comunicación intercultural a través de la incorporación de conocimientos y desarrollo de habilidades interpersonales.

## POBLACIÓN Y MÉTODO

### CARACTERÍSTICAS DEL PAMT

Es un programa institucional horizontal (atraviesa los diferentes sectores involucrados en la atención de los afiliados: administrativo, médico, etc.). Se implementó, desde la Gerencia Médica del Plan de Salud, el 1 de noviembre del año 2000 (día del inmigrante coreano), siendo un servicio gratuito para los afiliados. Sus objetivos principales son: aumentar la equidad, reduciendo la barrera cultural y mejorar la comunicación intercultural.

Algunas de las intervenciones realizadas por el programa para lograr estos objetivos fueron: formación especializada e incorporación de “facilitadores culturales bilingües en salud” (FCB); información y capacitación de clientes internos; información a usuarios; se incorporó un médico bilingüe y bicultural; un asistente bilingüe y bicultural; una línea telefónica bilingüe directa; en la Intranet se hicieron disponibles recursos técnicos para mejorar la comunicación intercultural; se incluyeron, en la historia clínica electrónica, los campos de religión, país de nacimiento y competencia idiomática; etc. a los fines de mejorar la identificación de barreras culturales.

### FACILITADORES CULTURALES BILINGÜES

Personas biculturales y bilingües formadas específicamente para promover la comunicación intercultural, la mediación y negociación intercultural en la consulta médica, o entre usuarios y cualquier persona del sistema de salud.

Es importante destacar que no se obliga a ningún paciente a utilizar los servicios del PAMT. La estrategia consiste en hacer disponibles los recursos a través de la difusión de su existencia y formas de acceso a sus servicios.

### METODOLOGÍA ESPECÍFICA DE EVALUACIÓN

Se basó en el entrecruzamiento de datos cuantitativos y cualitativos disponibles. El período de estudio comenzó en 1989 (año de ingreso de los primeros pacientes chinos y coreanos) y se extendió hasta mayo del 2003. Se utiliza un diseño cuasi-experimental, antes-después y retrospectivo, siendo el punto de corte el 1° de noviembre de 2000, fecha de inicio de la actividad del PAMT.

### POBLACIÓN ALCANZADA

Afiliados coreanos y chinos del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires.

La población de estudio se dividió a su vez en dos grupos: “intervenido” y “no intervenido” por el PAMT. Se define “intervenidos” al grupo de pacientes que usaron un facilitador cultural bilingüe, que se atendieron con un médico coreano (bilingüe), que fueron afiliados con la asistencia

**Tabla 1.** Distribución de consultas en afiliados chinos y coreanos del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires entre los años 2000-2002.

	<i>Consultas programadas</i>		<i>Consultas no programadas (urgencias y demanda espontánea*)</i>	
	<i>comunidad china</i>	<i>comunidad coreana</i>	<i>comunidad china</i>	<i>comunidad coreana</i>
Máximo de consultas/año	19,69	26,93	5,74	5,21
Mínimo de consultas/año	0,08	0,17	0,09	0,08
Promedio de consultas	3,39	2,95	0,82	0,88

\*Demanda espontánea: atención no programada en consultorio médico.

de un facilitador cultural bilingüe, o cualquier combinación de las tres opciones.

Los afiliados chinos y coreanos fueron identificados a través de un rastreo retrospectivo de la base de datos generales de la institución, según el número del Documento Nacional de Identidad, que lleva una denominación numérica diferente para extranjeros. En ese momento sólo existía registro de nacionalidad y no así de país de nacimiento, competencia idiomática, etc., datos con los que ahora contamos

**ÍNDICES CUANTITATIVOS**

Se evaluaron los siguientes: utilización de facilitadores culturales bilingües, número de consultas realizadas y relación afiliación-desafiliación.

**RESULTADOS**

**UTILIZACIÓN DE FACILITADORES CULTURALES BILINGÜES**

Al final del período de evaluación (mayo 2003), el 70% de la población identificada había utilizado un “facilitador cultural bilingüe”. Del grupo de pacientes identificados que utilizaron FCB el 78% fue de origen chino y el 22% de origen coreano.

La utilización de FCB por la comunidad coreana fue 4,8 veces mayor en el año 2002 respecto del 2001. La utilización de la población china no presentó diferencias estadísticamente significativas entre los años 2001 y 2002.

**CONSULTAS REALIZADAS**

En la tabla 1 se describe la distribución de consultas programadas y no programadas (urgencias y demanda espontánea en consultorio no programado). Si bien el máximo de consultas programadas en un año se observa en la comunidad coreana, la comunidad china tuvo en promedio un número mayor de este tipo de consultas. Inversamente,

se observó que la comunidad china tuvo un mayor número por año de consultas no programadas, pero un número menor en promedio.

**RELACIÓN AFILIACIÓN-DESAFILIACIÓN**

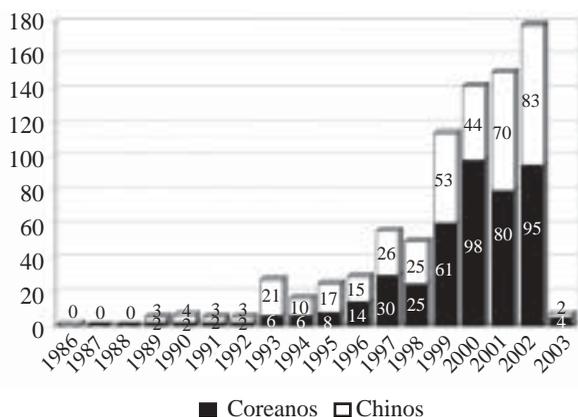
Este valor pasó, en promedio, de 1,73 en el año 2000 a 1,37 en el 2002. En forma desglosada, la relación para la comunidad coreana fue de 1,76 en el año 2000, y de 1,32 en el 2002; mientras que para la comunidad china fue de 1,72 a 1,42 para los mismos años. De acuerdo a los valores hallados (en todos los casos mayores a 1), observamos que siempre hubo más afiliaciones que desafiliaciones. En la figura 1, se observa un incremento progresivo de nuevas afiliaciones, desde el año 1989 hasta 2003. En cuanto a los egresos, un análisis por regresión polinomial permitió observar una tendencia en descenso en el último período.

Del total de la población identificada afiliada, tanto china como coreana, el 72% era beneficiario de un plan familiar de medicina prepaga con médico de cabecera (denominado NPC, en nuestra institución), el 6% de un plan individual para afiliados con edad menor o igual a 30 años (denominado Plan Joven), el 6,5% de un plan para la tercera edad (Plan Mayor), y el 15,5 restante, de otros planes.

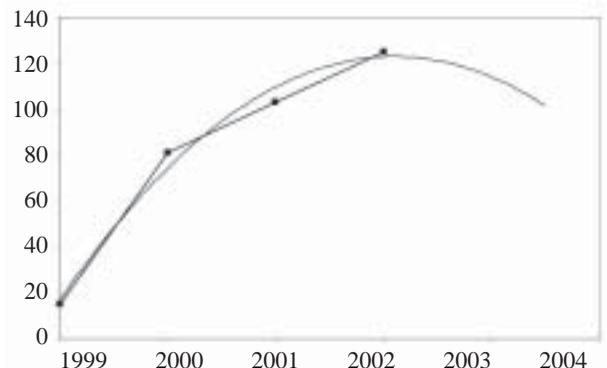
**DISCUSION**

Cuando se inició la guerra con el Paraguay, en 1865, el Hospital Italiano de Buenos Aires albergó heridos de guerra brasileños. En 1867, durante la epidemia de cólera, fue usado como lazareto y recibió enfermos pobres de diversas nacionalidades. En 1872, ya había suscripto acuerdos con sociedades filantrópicas de distintos países, para la atención de sus asociados (suizos, portugueses, etc.). En 1878, debido a que se aprobó una ley nacional que establecía que ningún médico extranjero podía ejercer en el país sin aprobar la correspondiente reválida, nuestro hospital tuvo que regularizar su situación de inmediato,

**Figura 1.** Nuevos afiliados por año de ingreso.



**Figura 2.** Tendencia de egresos según una estimación por regresión polinomial de grado 4.



dado que sus profesionales no cumplían con tal requisito. De esta manera, podría decirse que fue conformándose una cultura organizacional donde, entre sus valores, se encuentran el derecho y el respeto por las diferencias culturales. Es en este marco que se implementa el Programa de Asistencia Médica Transcultural.

Es la cultura la que influencia la conducta sanitaria definiendo el rango de lo normal y lo patológico, proveyendo explicaciones causales para los síntomas, determinando quién es el paciente y pre-estableciendo los pasos a seguir en busca de asistencia.

Fue expresa la necesidad de reducir la barrera idiomática y tal vez esto facilitó la aceptación de la dimensión inter-vencional “facilitador cultural bilingüe” (FCB), tal vez subestimado como una mero “traductor”, palabra con que los designan ambas partes. La aceptación del FCB, por parte de pacientes y equipo de salud, denuncian la presencia de barrera cultural. Los facilitadores culturales bilingües tal vez funcionaron como mediadores culturales entre la institución y los usuarios. La implementación del PAMT pudo haber influido en el aumento de nuevos afiliados tanto chinos como coreanos y en la reducción del número de egresos de la misma población.

No sabemos, dado lo retrospectivo del estudio, si la población identificada que utilizó FCB es diferente a la no

identificada y qué diferencia presenta con la identificada que no lo utilizó.

Por otro lado, si recordamos que entre el año 2000 y el 2002 la crisis económico-financiera generó, entre otras cosas, un flujo migracional externo, llama la atención el aumento de nuevos afiliados chinos y coreanos. ¿Por qué se afiliaron más? ¿Decidieron enraizarse y buscar más seguridad en salud para sus familias? ¿Ya no podían viajar a China y Corea del Sur para chequear su salud (como lo hacían) por razones económicas? ¿No sufrieron tanto el impacto de la crisis económica? ¿El PAMT, particularmente la figura del facilitador bilingüe, conformaría una suerte de puente que aumentaría las oportunidades de acceso a este sistema de salud? ¿Por qué se desafiliaron más coreanos que chinos? ¿Por qué utilizaron menos el recurso FCB los coreanos? ¿Existen diferencias de acceso (económica, geográfica o cultural) entre una etnia y la otra? ¿Hay diferencias respecto de las necesidades, expectativas, conceptos y comportamientos en relación a la salud?

Todos estas preguntas plantean la necesidad de realizar nuevas investigaciones, de tipo etnográfico, a fin de aclarar las necesidades y preferencias diferenciales respecto de la atención en salud de grupos culturalmente diferentes.

## LECTURA RECOMENDADA

- Blumenthal D. Part 1: Quality of care—what is it? *N Engl J Med* 1996; 335: 891-894.

- Donaldson C, Gerald K. Economics of health care financing: the visible hand. London: Macmillan Press; 1993.

- García de Amusquibar, AM. Primer médico argentino del Hospital Italiano de Buenos Aires. 150 años de su nacimiento. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires* 2003; 23: 27-28.

- García Díaz CJ. El Hospital de Colectividad. *Rev. Hosp. It. Número Extraordinario* 1985, p. 17-21.

- Gordon D, Shaw M, Dorling D y col.

Inequalities in health. Bristol: Policy Press; 1999.

A. Volume, quality, and the regionalization of health care services. *Med Care* 1984; 22: 95-97.

- Jankilevich A. Historia de los Hospitales de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires. Hospital Italiano de Buenos Aires [2001 oct 15] Disponible en: URL: <http://www.aadhos.org.ar/HistHospit/HospComun/Italiano/HospItaliano.htm>

- Mera C. La inmigración coreana en Buenos Aires. Multiculturalismo en el espacio urbano. Buenos Aires: EUDEBA; 1998.

- Quality of care. Council on Medical Service. *JAMA* 1986; 256: 1032-1034.

- Rezzónico CA. Historia del Hospital Italiano. *Rev. Hosp. It. Número Extraordinario* 1985, p. 22-6.

- Strático RI, Lavallo SM, Barcán A, et al. Los inmigrantes, el hospital público y los derechos humanos. Presentado en: XXXV Jornadas Científicas [organizadas por el] Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires [y el] Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez, [2000]. (Ganador 1er Premio Trabajo no Médico).