

# Atención en salud con pertinencia cultural: una mirada a partir de la competencia comunicativa intercultural

Felipe Henríquez, Universidad Católica de Temuco, Chile  
Giorgia Abd-El-Kader, Universidad Católica de Temuco, Chile  
Margarita Marilao, Universidad de La Frontera, Chile

**Resumen:** El carácter intercultural de la atención en salud demanda el uso de estrategias que favorezcan la efectividad dentro de las interacciones, siendo una de éstas la comunicación. El presente artículo destaca la comunicación en salud, específicamente la competencia comunicativa intercultural, como una herramienta para la atención sanitaria con pertinencia cultural, mencionando algunas variables importantes en la efectividad y la adecuación en situaciones interculturales. Así también, se destaca la diversidad y competencia cultural y su relación con la atención en salud. Finalmente, se exponen algunas interrogantes frente al supuesto de la atención en salud con pertinencia cultural

**Palabras clave:** comunicación en salud, competencia comunicativa intercultural, diversidad cultural, competencia cultural

**Abstract:** The intercultural nature of health care requires strategies that give priority to effectiveness within interactions such as communication. This article emphasizes communication in a health context –in particular intercultural communicative competence—as a tool for culturally relevant health care, mentioning some important variables for effectiveness and adaptation in intercultural situations. In the same way, diversity and cultural competence and their relation to health care are highlighted. Finally, some questions are exposed concerning culturally relevant health care

**Keywords:** Communication in Health, Intercultural Communicative Competence, Cultural Diversity, Cultural Competence

Dentro de las sociedades cada vez más multiculturales, existe una necesidad de comunicación entre todas las culturas en todos los aspectos de nuestras vidas (Gibson y Zhong, 2005), es así como las interacciones entre proveedores de salud y usuarios es cada vez más probable que sea de carácter intercultural. Ante tal diversidad, se reconoce que los encuentros clínicos poseen gran cantidad de signos y significados culturales, siendo necesario que los pacientes y sus médicos deban tener conocimientos de comunicación intercultural con el fin de recibir y proporcionar servicios de salud satisfactorios (Rosenberg, Richard, Lussier y Abdool, 2006).

Cross (1988) define un sistema de salud culturalmente competente como “uno que reconoce e incorpora a todos los niveles, la importancia de la cultura, la evaluación de las relaciones interculturales, la vigilancia hacia las dinámicas que resultan de las diferencias culturales, la expansión de la diversidad cultural, el conocimiento y la adaptación de los servicios para satisfacer las necesidades culturales únicas”. A partir de esta definición, la comunicación se transforma en un componente fundamental para el logro y desarrollo de esta competencia.

Actualmente, la capacidad de comunicarse de manera efectiva se reconoce como un atributo esencial para los profesionales de la salud, de ahí que sea complejo disociar las habilidades comunicativas de las distintas acciones sanitarias, principalmente vinculadas a la promoción y prevención en salud.

Kurtz describe la “Comunicación efectiva” como aquella fundada en cinco principios (Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010).



1. Asegura una interacción en vez de una transmisión directa o simplemente entrega de información (venga ella del médico o del paciente). Hay intercambio y “feedback” (retroalimentación); hay oportunidades para intercambiar preguntas y respuestas, clarificaciones, etc. Para establecer un terreno en común, mutuamente entendido, se requiere interacción.
2. Reduce la incertidumbre innecesaria. La incertidumbre distrae la atención e interfiere con la precisión, la eficiencia y la relación. Podemos, por ejemplo, reducir la incertidumbre sobre cómo el médico va a llevar a cabo la entrevista, sobre las expectativas que el paciente tiene de la visita al doctor, sobre la manera en que el equipo de salud trabaja, etc.
3. Requiere planificación, basada en los “outcomes” o resultados que se pretende conseguir. La efectividad sólo se puede determinar en el contexto de los resultados que el médico y/o el paciente estén tratando de alcanzar. Si el profesional está enojado y quiere expresar su rabia, se va a comunicar de una manera determinada; pero si quiere evitar el malentendido que puede producir su rabia, en ese caso debería actuar en forma diferente.
4. Demuestra dinamismo, lo que significa que el médico debe reaccionar frente a la conducta del paciente, volviendo al concepto de “frisbee”. Implica flexibilidad y requiere que el médico desarrolle un repertorio de habilidades que le permitan aproximarse en forma diferente a los distintos pacientes o bien al mismo paciente pero en diferentes circunstancias.
5. Sigue un modelo helicoidal más que lineal. Llegar y hacer no es suficiente. Si se quiere lograr una comprensión completa y precisa, se tiene que volver nuevamente sobre la información y quizás una vez más, de una manera helicoidal, subiendo cada vez por la espiral a un nivel de comprensión diferente. La repetición, la reiteración, el feedback, son elementos esenciales de una comunicación efectiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, menciona a la comunicación en el centro de la salud pública, destinando un capítulo en torno a este tema y persiguiendo como fin el aumento de las bases de datos y concientización entre los administradores de la salud pública respecto a la importancia de la comunicación (Wallace y cols., 2008). Así también, por primera vez se destinó un capítulo acerca de la Comunicación en Salud en *Healthy People 2010*, en cuyos objetivos se menciona la relevancia de la comunicación en prácticamente todos los aspectos de la salud y el bienestar, incluyendo la prevención de enfermedades, promoción de la salud y calidad de vida (Rimal y Lapinski, 2009).

Hoy en día, se entiende que los programas de salud deben promover una adecuada comunicación entre usuarios, profesionales de la salud, los ciudadanos y los servicios, junto con concientizar a toda la comunidad sobre temas relacionados a la salud y el medio ambiente, la seguridad alimentaria, la drogadicción y todas las formas de protección de la salud, así como garantizar la equidad y la calidad, fortalecer estilos de vida saludables, la aplicación de sistemas de control en la satisfacción del usuario y proporcionar herramientas de información para evitar peligros y riesgos (Fрати, Luzi & Colucci, 2010).

Los médicos que trabajan con poblaciones de pacientes multiétnicos y multilingües necesitan saber cómo la cultura y el lenguaje puede influir en la comunicación clínica y la atención, y aprender las habilidades necesarias para identificar y responder eficazmente a las necesidades de los diversos pacientes (Hudelson, Perron y Perneger, 2011). Kutalek (2012) plantea que la diversidad es un hecho y ya no puede ser considerada una desviación de la normalidad. De acuerdo a ello, las instituciones de salud deben ser capaces de responder adecuadamente a la diversidad de pacientes y a las barreras lingüísticas y culturales en el acceso a la salud, siendo necesario un enfoque integral que proporcione profesionales de la salud con estrategias y herramientas que les permitan responder a estos retos de una manera culturalmente significativa.

A partir de lo anterior, podemos destacar que la comunicación y en especial la comunicación intercultural es una estrategia necesaria e indispensable para hacer frente a los intercambios culturalmente diversos en la salud contemporánea. Diferencias comunicativas entre el paciente y

el proveedor de salud puede conducir a insatisfacción, diagnósticos erróneos, falta de atención médica, o incluso la muerte. En este sentido, la evidencia plantea que una comunicación intercultural ineficaz puede causar estrés para los proveedores de cuidado de la salud, causando ansiedad e insatisfacción laboral (Gibson y Zhong, 2005).

La comunicación intercultural, puede ser definida como la comunicación interpersonal donde intervienen personas con unos referentes culturales lo suficientemente diferentes como para que se auto perciban, teniendo que superar algunas barreras personales y/o contextuales para llegar a comunicarse de forma efectiva (Vilà, 2008).

Según Wiseman en 2002, la competencia comunicativa intercultural (CCI) anteriormente conocida como “competencia intercultural”, “sensibilidad intercultural” o “eficacia intercultural”, comúnmente se conoce como “el conocimiento, la motivación y las habilidades para interactuar eficaz y adecuadamente con los miembros de las diferentes culturas”. Aunque existe mucho debate sobre la naturaleza de la CCI, parece haber consenso entre los investigadores que tiene que ver con la eficacia (capacidad de lograr objetivos propios) y la adecuación (a exhibir un comportamiento esperado y aceptado en un determinado contexto) en situaciones interculturales (Arasaratnam y Banerjee, 2011).

Según Vilà (2003), podemos definir la CCI como el conjunto de habilidades cognitivas y afectivas para manifestar comportamientos apropiados y efectivos en un contexto social y cultural determinado, que favorezcan un grado de comunicación suficientemente eficaz. De este modo, se identifican tres aspectos básicos asociados al modelo de CCI, la dimensión cognitiva, afectiva y comportamental. La dimensión cognitiva, entendida como el conocimiento, comprensión y conciencia de todos aquellos elementos culturales y comunicativos tanto propios como de otros, que promuevan una comunicación efectiva. La dimensión afectiva, entendida como aquellas capacidades de emitir respuestas emocionales positivas y controlar aquellas emociones que pueden perjudicar el proceso comunicativo intercultural. Finalmente, la dimensión comportamental, entendida como el conjunto de habilidades verbales y no verbales que evidencien una adaptación de la conducta que favorezca comunicarse de forma eficaz.

Uno de los pocos modelos de la CCI que incorpora múltiples perspectivas culturales, con la premisa de que la CCI debe ser estudiada desde la perspectiva del “otro” en oposición a la percepción subjetiva de la percepción propia, es el modelo de Arasaratnam y Doerfel (2005). Este modelo identifica la experiencia, la habilidad de escuchar, las actitudes positivas hacia las personas de otras culturas, la motivación para interactuar con personas de otras culturas, y la capacidad de empatizar como variables que contribuyen a la CCI.

El modelo de Arasaratnam (2006) revela la actitud positiva hacia las personas de otras culturas, conduce a la motivación para comunicarse con esas personas que a su vez conduce a una mayor experiencia en la comunicación intercultural y contribuye a la CCI. Del mismo modo, la capacidad de sentir empatía permite que una persona escuche bien, lo que a su vez contribuye a ser percibido como un comunicador intercultural competente. La empatía también contribuye a actitudes positivas hacia las personas de otras culturas. De esta manera, las cinco variables identificadas en el modelo interactúan para producir un resultado que es la CCI.

Por otro lado, la competencia cultural ha evolucionado del modo de hacer suposiciones acerca de los pacientes, sobre la base de sus antecedentes, a la aplicación de los principios de la atención centrada en el paciente (Teal y Street, 2009), siendo las habilidades de comunicación una puerta de entrada a la comprensión de las necesidades de las personas, sus valores e intereses y una estrategia dentro de los programas de formación de los profesionales de salud. Es así como el currículo en salud, demanda una transferencia epistemológica intercultural y un abordaje transversal orientado a la pertinencia cultural, con una orientación sistémica de los procesos sanitarios y con un enfoque de atención centrado en la persona. Así es como la temática de la competencia comunicativa intercultural debe ser incorporada formalmente en los planes de estudio, vinculándola a una metodología de intervención con adecuación cultural.

En este contexto, podemos decir que la comunicación en salud requiere del entrenamiento de una serie de habilidades tanto afectivas, cognitivas y comportamentales y del eficiente uso de habilidades verbales como no verbales, con el propósito de dar respuesta a la diversidad en la

atención y poniendo el énfasis en la interacción usuario-proveedor de salud dentro de las distintas situaciones comunicativas (entrevista, indicaciones, sugerencias, etc.) o contextos específicos (rural, urbano, grupos étnicos, etc.).

La atención en salud con pertinencia cultural, sin lugar a dudas, constituye un desafío para los profesionales de la salud. Algunas interrogantes que surgen, dicen relación con ¿los proveedores de salud están preparados para enfrentar el supuesto de la atención en salud con pertinencia cultural?, de manera que no sea esta modalidad de atención un supuesto de inequidad; ¿los programas de estudio consideran la pertinencia cultural de manera transversal a lo largo del currículo?, ¿qué herramientas o estrategias concretas pueden ser utilizadas como plataforma en esta modalidad de atención?

Tras estas interrogantes y a partir de la evidencia presentada en este artículo, pareciera ser que el desarrollo formal de la CCI asociada a una metodología de intervención en salud, constituiría una importante plataforma de apoyo en la inclusión de un enfoque sanitario contextual, siendo una herramienta base frente a los desafíos en la transferencia epistemológica del enfoque intercultural y contribuyendo positivamente a las distintas acciones de intervención en salud.

## REFERENCIAS

- Arasaratnam, L. A. y M. L. Doerfel (2005). "Intercultural communication competence: Identifying key components from multicultural perspectives". *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 137-163.
- Arasaratnam, L. A. (2006). "Further testing of a new model of intercultural communication competence". *Communication Research Reports*, 23, 93-99.
- Arasaratnam, L. A. y S. C. Banerjee (2011). "Sensation seeking and intercultural communication competence: A model test". *International Journal of Intercultural Relations*, 35, 226-233.
- Cross, L. (1988). "Cultural competence continuum", [http://www.casbrant.ca/files/upload/oacas/Reference\\_Material/Agency\\_Culture/Cultural\\_Competence\\_Continuum.doc](http://www.casbrant.ca/files/upload/oacas/Reference_Material/Agency_Culture/Cultural_Competence_Continuum.doc) (Consultado el 10 de diciembre de 2012).
- Fрати, A., A. M. Luzi y A. Colucci (2010). "Communication for health promotion: history and identification of effective methods". *Annali Dell Istituto Superiore Di Sanita*, 46(4), 422-426.
- Gibson, D., y M. Zhong (2005). "Intercultural communication competence in the healthcare context". *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 621-634.
- Hudelson, P., N. J. Perron y T. Perneger (2011). "Self-assessment of intercultural communication skills: a survey of physicians and medical students in Geneva, Switzerland". *Bmc Medical Education*, 11.
- Kutalek, R. (2012). "Diversity competence in medicine: equity, culture and practice". *Wiener klinische Wochenschrift*, 124(3), 3-9.
- Moore, P., G. Gómez, S. Kurtz y A. Vargas (2010). "La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?" *Rev. Méd. Chile*, 138 (8), 1047-1054.
- Rimal, R. N. y M. K. Lapinski (2009). "Why health communication is important in public health". *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 247-247.
- Rosenberg, E., C. Richard, M. T. Lussier y S. N. Abdool (2006). "Intercultural communication competence in family medicine: Lessons from the field". *Patient Education and Counseling*, 61(2), 236-245.
- Teal, R. y R. L. Street (2009). "Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model". *Soc. Sci. Med.*, 68, 533-43.
- Vilà, R. (2003a). "El desarrollo de la competencia comunicativa intercultural en una sociedad multicultural y plurilingüe: una propuesta de instrumentos para su evaluación". En J. Perera (ed.), *Plurilingüisme i educació: els reptes del segle XXI. Ensenyar llengües en la diversitat i per la diversitat*. Barcelona: ICE.
- Vilà, R. (2008). "La competencia comunicativa intercultural en adolescents". *Infancia y Aprendizaje*, 31(2), 147-164.
- Wallace, J., S. Bari, L. Reinders, J. Rainford, G. Gamhewage y F. Fleck (2008). "Health communication: a call for papers". *Bulletin of the World Health Organization*, 86(7), 500.

## SOBRE LOS AUTORES

**Felipe Henríquez:** Fonoaudiólogo, Magíster en Trastornos del Lenguaje y del Habla. Su área de trabajo son las alteraciones de la comunicación a lo largo del ciclo vital. Dentro de las áreas de interés destacan la interculturalidad y la comunicación en salud. Académico de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile.

**Giorgia Abd-El-Kader:** Fonoaudióloga, Mag. (c) en Innovación de la Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud. Su área de trabajo son los trastornos del lenguaje en el ámbito escolar. Académico de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile.

**Margarita Marilao:** Fonoaudióloga, Magíster en Trastornos del Lenguaje y del Habla. Su área de trabajo son los trastornos del lenguaje a lo largo del ciclo vital. Académico de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Chile.