La incidencia de lo cultural en el actuar de los equipos de atención en salud.

Dinys Luciano – Development Connections

Magíster en Salud Comunitaria

Facultad de Salud y Ciencias Sociales

Universidad de Las Américas

6 de noviembre de 2021

Temas

1. Cultura y salud
2. Equipos de salud y competencia cultural
3. Competencia cultural, interacción y comunicación

1. Cultura y salud

Sistema de creencias, valores, reglas y costumbres compartidas por un grupo.

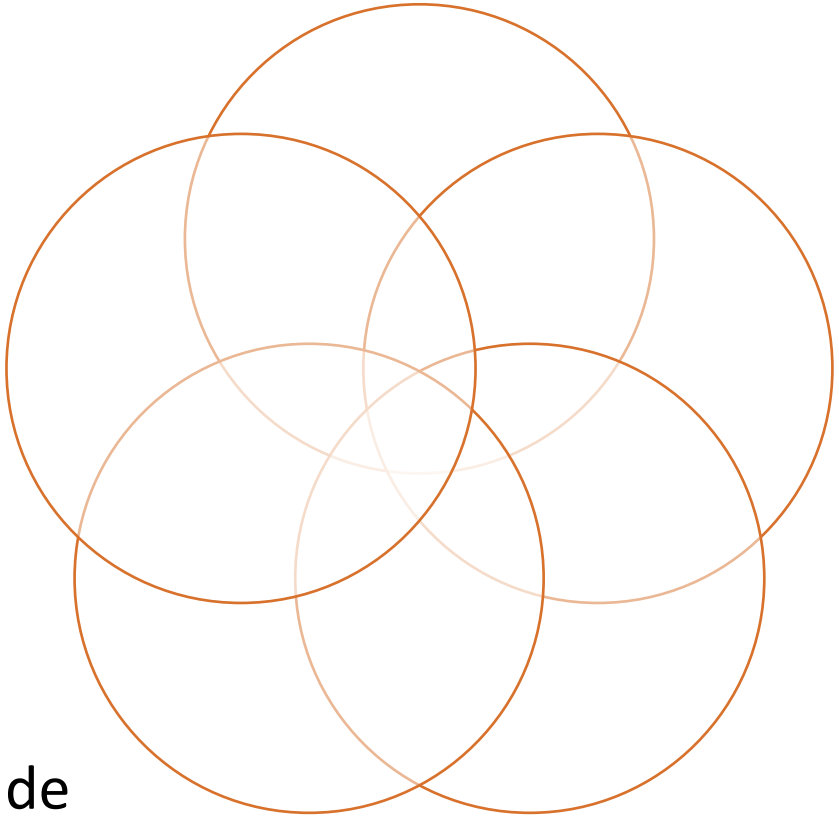
Identificación personal, lenguaje, pensamientos, comunicaciones, acciones, costumbres, creencias, valores e instituciones que a menudo son específicas de determinados grupos de población.

La cultura juega un papel importante en la **configuración de los valores, creencias y comportamientos relacionados con la salud de cada persona, y tiene un impacto en la atención en salud.**

1. Cultura y salud

Cuando, dónde y cómo las personas buscan atención.

Las expectativas de atención (incluidas las preferencias a favor o en contra de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos).



Cómo seleccionan las opciones de tratamiento.

Si siguen las recomendaciones de atención.

Cómo reconocen y describen los síntomas.

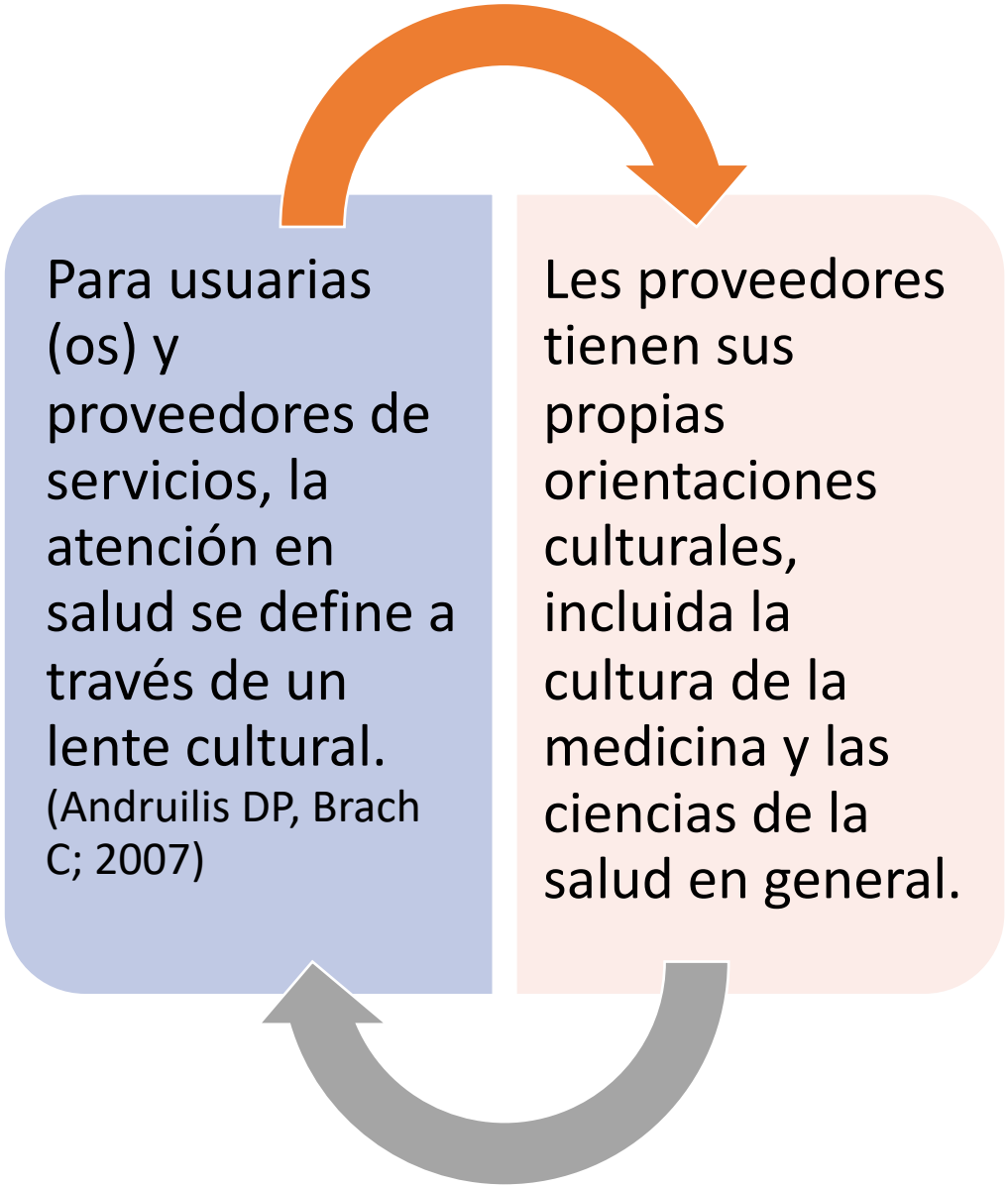
Cindy Brach, Kendall K. Hall, Eleanor Fitall; 2019

1. Cultura y salud

Cada persona es única y tiene su propia cultura, moldeada por muchos factores interseccionales: sexo, pertenencia étnica, educación, ingresos, religión, orientación sexual y la identidad o expresión de género, residencia urbano-rural, discapacidad, edad, estatus migratorio, etc.

El impacto de estos determinantes culturales y sociales así como las barreras asociadas, son cada vez más importantes en la prestación de una atención en salud de calidad y las intervenciones con, por y para las comunidades.

1. Cultura y salud



Dada la importancia de la cultura en las conductas cotidianas y los estilos de vida, ésta tiene tiene un claro impacto en el bienestar y prácticas de salud dentro de varios grupos culturales.

Cuando el personal de salud interactúa con un/a usuaria (o), se yuxtaponen **tres culturas: la del/la usuaria, la del personal de salud y la cultura de la medicina.** Las tres culturas influyen en el resultado del encuentro, tanto en los servicios como en las comunidades.

1. Cultura y salud

Para comprender a las personas, usuarias de servicios de salud y personas de las comunidades…

Reconocer nuestras propias creencias, valores y comportamientos culturales.

Las experiencias de la vida personal que han influido en la forma en que pensamos sobre la atención en salud, las personas en toda su diversidad, las comunidades; y las decisiones en la atención en salud que tomamos.

La cultura de la medicina tiene sus propias creencias, valores y costumbres particulares: la idea de la “autonomía” del/la paciente/usuaria de servicios, el valor que se le da a la evidencia científica (superior, válida, más importante, supuesto valor de neutralidad), percepción de “las y los pacientes”.

Mujeres alguna vez embarazadas que alguna vez se sintieron coaccionadas por personal de salud para someterse a un aborto o una esterilización, o el/la profesional de salud decidió con su pareja sobre la esterilización (%)

País	Se sintió coaccionada alguna vez (n=861)	Del total de mujeres alguna vez coaccionadas (n=178)		
		Esterilización	Aborto	Profesional de salud decidió con su pareja
Bolivia	**29,9**	**40,0**	**94,3**	45,7
Colombia	**29,7**	**43,5**	69,6	32,6
Guatemala	**21,7**	**40,0**	90,0	**65,0**
Honduras	8,8	33,3	75,0	41,7
Paraguay	15,4	21,1	94,7	31,6
Perú	**29,1**	18,9	94,6	21,6
República Dominicana	8,1	0,0	**100,0**	**66,7**
Total	**20,7**	32,0	86,5	38,8

Luciano, D., Negrete, M., Vázquez, M.J., Hale, F., Salas, J., Alvárez-Rudín, M., Arends, M., Cano, A., Iacono, M., Sánchez, M., Cabezas, M., Chete, B., Flores, G., García, F., Herreira, ML., López, L., Ramírez, B., Soto, EM. Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina (2020).

1. Cultura y salud

Las mujeres que se autoidentificaban como **indígenas** informaron **niveles algo más altos de violencia física o sexual *alguna vez* y *en los últimos 12 meses*** en comparación con las autoidentificadas como no indígenas en Bolivia 2003 y 2008 y con las autoidentificadas como "*blanca*" en Ecuador 2004.

Cuadro 4.3 Porcentaje de mujeres que informaron violencia física o sexual por parte de una pareja alguna vez y en los últimos 12 meses, según idioma hablado en el hogar, entre las mujeres de 15 a 49 años alguna vez casadas o unidas [1-5]

	Idioma hablado en el hogar	Informaron violencia física o sexual por parte de un esposo/compañero				Total
		Alguna vez		Últimos 12 meses		
		%		%		Número (no ponderado)
Encuesta DHS		Por parte del esposo/compañero actual o más reciente solamente:				
Perú 2007/8	Indígena	37,6	*	15,6	ns	1.588
	Español	39,7		14,9		10.969
Encuestas RHS		Por parte de cualquier esposo/compañero actual o anterior:				
Guatemala 2008/9	Indígena	24,3	*	8,6	*	2.953
	Español	28,7		10,3		9.793
Paraguay 2008	Guarani	18,9	**	8,8	ns	1.628
	Guarani y Español	21,5		8,1		1.568
	Español	21,8		7,6		1.008
	Portugués	12,7		4,3		189

Bott S et al, 2014. OPS/OMS

En América Latina se registran diferencias en la prevalencia de algunos tipos de violencia contra las mujeres, según pertenencia étnica.

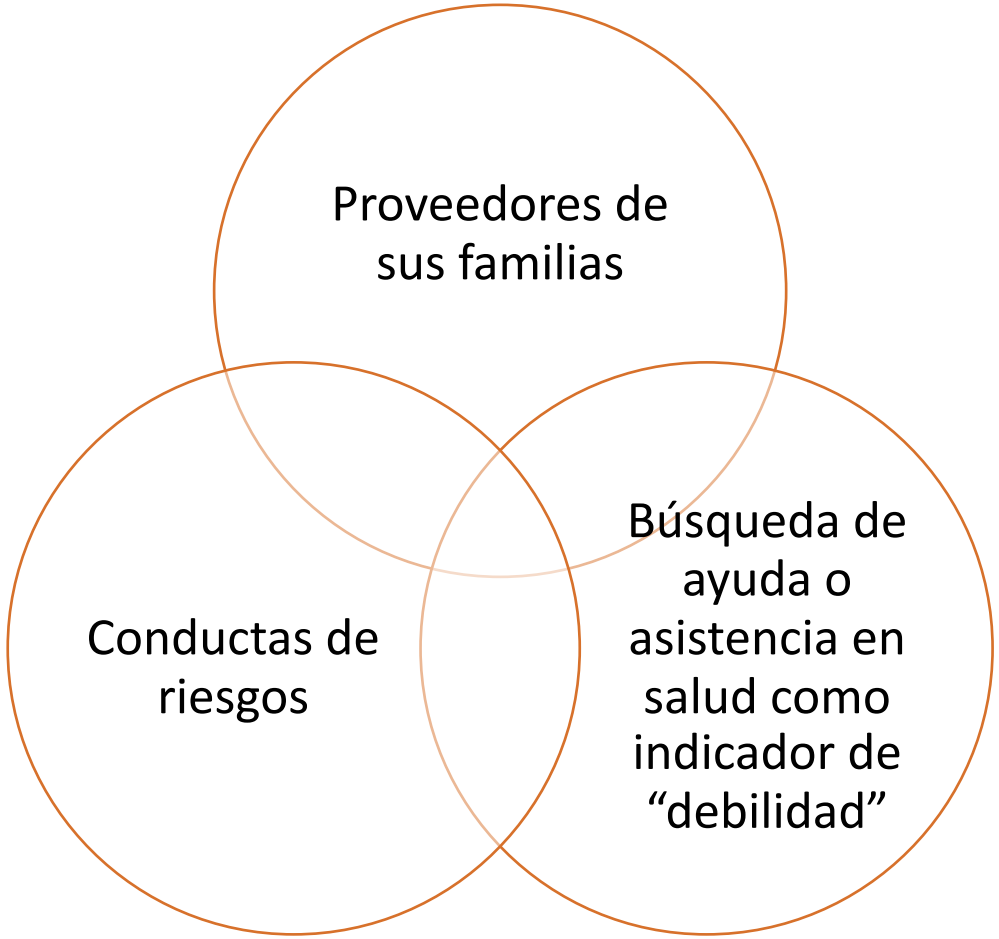
1. Cultura y salud

Históricamente algunas minorías (mayorías?) tienden a presentar tasas más altas de enfermedad, discapacidad y mortalidad.

A pesar de los esfuerzos y algunos avances por reducir estas disparidades, **significativas diferencias aun persisten y las mismas no pueden ser explicadas por el acceso a los servicios o las preferencias de las personas.**

La mayoría de las mujeres que mueren por cáncer cervicouterino son pobres. Por ejemplo, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino es **12 veces mayor en Bolivia que en Canadá** (21/100.000 mujeres frente a 1,7/100.000 mujeres, respectivamente). (OPS/OMS, 2018)

1. Cultura y salud



1 de cada 5 hombres no llega a cumplir 50 años en las Américas.

OPS/OMS, 2019. Masculinidades y Salud en la Región de las Américas

1. Cultura y salud

La cultura juega un papel muy importante en las interacciones entre las personas, los servicios de salud, las comunidades y el personal de salud.

Cómo el personal de salud interactúa con las y los usuarios de los servicios.

Cómo una persona puede ver una enfermedad o tratamiento.

Proceso de toma de decisiones

La propia experiencia de la enfermedad.

Manejo del autocuidado.

Voluntad de una persona de adherirse a las recomendaciones del personal de salud.

Joseph R Betancourt, Alexander R Green, J Emilio Carrillo, 2020

2. Equipos de salud y competencia cultural

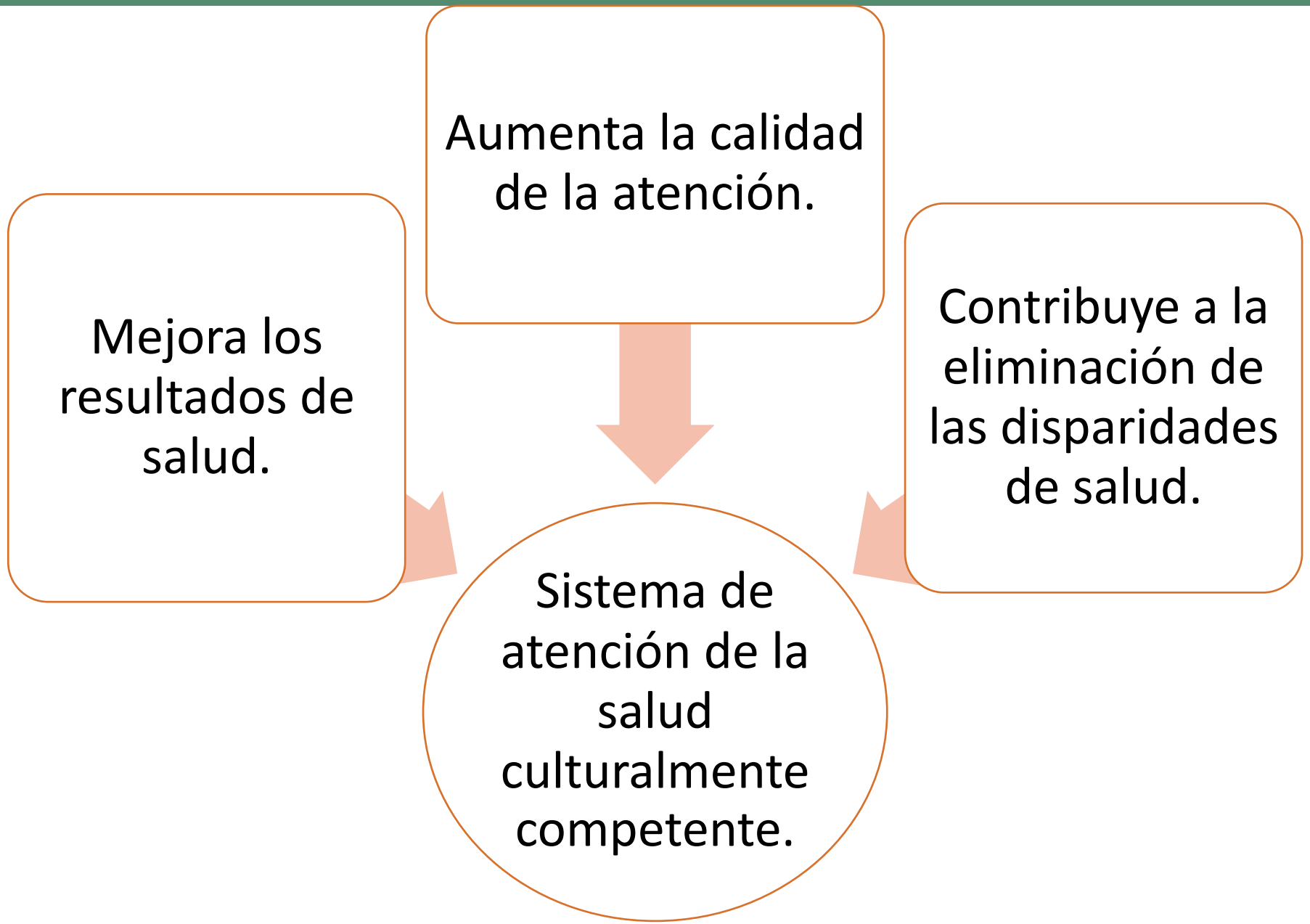
Competencia cultural. Capacidad de los proveedores y las instituciones para brindar servicios de atención en salud de manera eficaz y que satisfaga las necesidades sociales y culturales de las personas.

Competencia cultural interpersonal. Habilidad del personal de salud para establecer relaciones interpersonales y de trabajo con usuarias (os), con otres colegas y con la comunidad, que reconoce y aborda las diferencias culturales.

Organización culturalmente competente. Considerando que la cultura es fluida y que la competencia cultural de una institución requiere de evaluación sistemática, mecanismos de rendición de cuentas y “humildad cultural”.

Kumra, T., Hsu, Y. J., Cheng, T. L., Marsteller, J. A., McGuire, M., & Cooper, L. A. (2020)

2. Equipos de salud y competencia cultural



2. Equipos de salud y competencia cultural

Capacitación continua sobre competencia cultural y cuestiones interculturales (las culturas no son estáticas ni homogéneas internamente)

Políticas, protocolos adaptados que reduzcan las barreras administrativas, sociales, financieras, idiomáticas de acceso y utilización.

Evaluación y participación de las y los personas, grupos de población, personal de salud que trabaja en y con las comunidades.

Contratación y retención de personal de minorías.

Utilizar trabajadoras/es de salud comunitarios; líderes (as) de las comunidades.

2. Equipos de salud y competencia cultural

Incorporar actitudes y valores específicos de la cultura en los instrumentos de promoción de la salud.

Incluir a los miembros de la familia y la comunidad en la toma de decisiones sobre atención médica e intervenciones en y con las comunidades.

Ubicar clínicas/servicios móviles en áreas geográficas de fácil acceso para ciertas poblaciones.

Ampliar o ajustar las horas de funcionamiento para mejorar acceso y utilización por parte de grupos de población específicos.

Proporcionar competencia lingüística más allá del encuentro clínico (citas, líneas de asesoramiento, la facturación médica, actividades comunitarias, materiales escritos).

2. Equipos de salud y competencia cultural

Lineamientos organizacionales (AMA, USA)

- Conciencia sobre la influencia de los factores socioculturales en las y los usuarias, el personal de salud y la relación clínica, comunitarua.
- Aceptación de la responsabilidad del personal de salud de comprender los aspectos culturales de la salud y la enfermedad.
- Reconocimiento de prejuicios personales contra personas de diferentes grupos sociales, culturales.
- Respeto por las diferencias culturales.
- Aceptación de la responsabilidad de combatir el racismo, el clasismo, la discriminación por edad, el sexismo, la homofobia y otros tipos de prejuicios y discriminación que ocurren en los entornos de atención en salud e intervenciones comunitarias.

2. Equipos de salud y competencia cultural

Modelo con pertinencia cultural – CINAMU Panamá

- La adaptación de los servicios para que sean adecuados a la cultura de los grupos de población sin agredir sus formas de vida y cosmovisión.

- El **fortalecimiento y promoción de prácticas de los grupos de población, promoviendo su estudio e investigación** y la capacitación del personal sobre estas prácticas.

- Promoción de los **derechos de los grupos de población, de la igualdad y no discriminación en todas las esferas:** leyes y otras políticas, instituciones, comunidad, familia y relaciones interpersonales.

- Involucra la **valoración, reconocimiento y respeto de los conocimientos, los elementos terapéuticos emocionales, espirituales, identidad, de manejo de conflictos, de apoyo, protección y prevención, tanto individuales y colectivos** de los pueblos y territorios indígenas y grupos afrodescendientes, incluyendo aquellas poblaciones que han migrado de otras zonas geográficas.

Evidencia sobre competencia cultural y atención médica a minorías étnicas en EUA

- Las y los afroamericanos y otras minorías étnicas informan menos alianza con les médicos, menos participación en las decisiones médicas y niveles más bajos de satisfacción con la atención. (Cooper & Roter. 2003)

- La calidad de las interacciones médico-paciente es menor entre los pacientes no blancos, particularmente entre los latinos y los asiáticoamericanos. Las interacciones médico-paciente de menor calidad se asocian con una menor satisfacción general con la atención médica. (Saha, S., Arbelaez, J. J., Cooper, L. A. 2003)

- Los afroamericanos, latinos y asiáticoamericanos son más propensos que los blancos **a informar que creen que habrían recibido una mejor atención si hubieran sido de una raza u origen étnico diferente.** Les **afroamericanos** son más propensos que otros grupos minoritarios a sentir que fueron **tratados de manera irrespetuosa** durante una visita de atención médica (por ejemplo, se les **habló de manera grosera, se les despreció o se los ignoró**). En comparación con otros grupos minoritarios, los estadounidenses de origen asiático tienen **menos probabilidades de sentir que su médico entendió sus antecedentes y valores y es más probable que informen que su médico los despreció**. (Collins et al. 2002)

3. Competencia cultural, interacción y comunicación

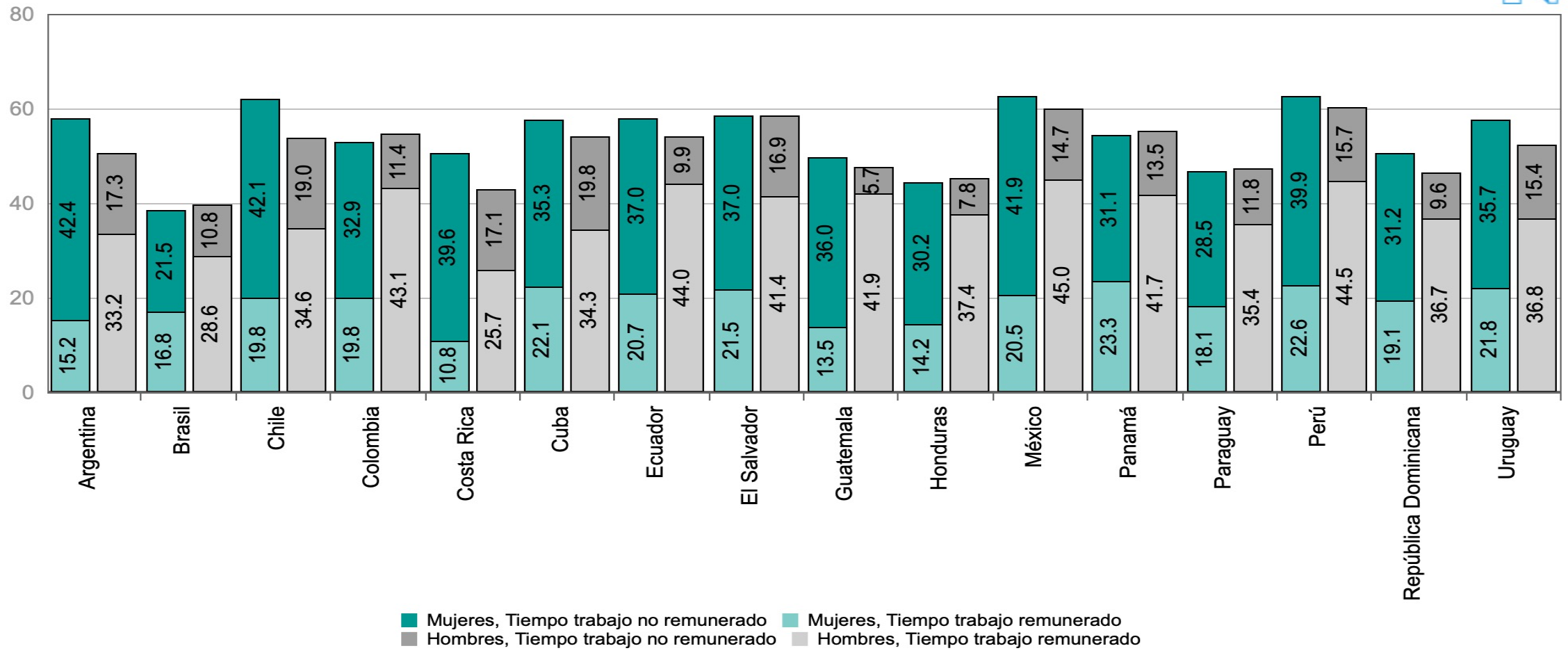
Los antecedentes sociales y culturales de las personas en toda su diversidad, influyen en la calidad del entendimiento mutuo y la comunicación que se produce en el encuentro en la provisión de servicios de salud y en trabajo con y para las comunidades.

Las barreras idiomáticas, diferencias en nivel educativo, uso de “jerga médica”, desconocimiento de modalidades y reglas de comunicación de determinados grupos de población pueden jugar un papel en la mala comunicación entre personal de salud, les usuarias/os de servicios y las comunidades.

Las brechas de comunicación puede impedir que las personas tomen decisiones informadas. Cuidadoras/es de salud en familia y comunidad:

- A cargo de las mujeres. El cuidado informal es culturalmente entendido como un valor y como una obligación moral.
- Diversas responsabilidades (trabajo domestico, cuidado de NNA, adultos mayores, trabajo remunerado
- Necesitan apoyo

Luciano D. LAS PERSONAS CUIDADORAS DE POBLACIONES VULNERABLES EN LOS HOGARES Y LA COMUNIDAD: INVISIBLES Y OLVIDADAS. DVCN y SFH/PSI, 2018

Tiempo total de trabajo

América Latina (16 países): Tiempo promedio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población de 15 años de edad y más, por sexo, según país, último período disponible (Promedio de horas semanales)