



# Comunicación intercultural en contextos atravesados por la diversidad cultural

## Communication in culturally diverse contexts

## Comunicação em contextos atravessados pela diversidade cultural

**Macarena Perusset**

*Universidad SIGLO21, Córdoba, Argentina*

[macarena.perusset@ues21.edu.ar](mailto:macarena.perusset@ues21.edu.ar)

<https://orcid.org/0000-0001-8693-1401>

### Resumen

Este trabajo aborda las posibilidades de comunicación intercultural de distintos profesionales de la salud en una organización sanitaria de gestión privada en la provincia de Córdoba que presenta una población de pacientes diversa. El objetivo de investigación es identificar los distintos elementos que se encuentran en la comunicación efectiva con los pacientes. Al respecto, se considera que los estudios previos han prescindido de esta realidad, pese a ser de vital importancia en la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, al poder resultar en malentendidos, diagnósticos errados y generar insatisfacción en la atención. En este artículo se incluyen las percepciones de los propios pacientes sobre la capacidad de comunicación con los profesionales, para ello se aplicó la técnica de observación participante durante dieciocho semanas y se realizaron encuestas a médicos de distintas especialidades y enfermeros; asimismo, a pacientes ambulatorios e internados en la institución. En las encuestas realizadas se solicitó a los profesionales de la salud que calificaran su capacidad de comunicación con personas pertenecientes a otras culturas, mientras que en las encuestas realizadas a los pacientes, se les solicitó que valoraran la capacidad de comunicación de los profesionales de la salud. Se analizaron las respuestas de 22 profesionales (tanto médicos como enfermeros) y 91 pacientes. Los resultados demuestran que los profesionales que presentan mayor empatía y experiencia intercultural previa tienen mayores posibilidades de alcanzar una comunicación efectiva con los pacientes, con respecto al cuidado de la salud de estos últimos.

**Palabras clave:** interculturalidad; cuidados; salud; diversidad cultural; comunicación.

### Abstract

This paper addresses intercultural communication possibilities of a variety of care and health professionals in a private health organisation in Córdoba. This province presents a diverse patient population. The aim of this paper is to identify different elements present in effective communication with those patients. Previous studies are considered to have overlooked this reality, even though it is of vital importance in communication between patients and health professionals, as it can result in misunderstandings, misdiagnosis and dissatisfaction with care on the one hand, and labor dissatisfaction on the other. This study includes patients' own perceptions of their ability to communicate with the professionals. The participant observation technique was used during eight weeks and surveys were carried out with doctors from different specialties, nurses, as well as outpatients and inpatients in the institution. In the surveys, health professionals were asked to rate their ability to communicate with people from other cultures, and in the patient surveys, they were asked to rate the professionals' ability to communicate. Responses from 25 professionals (both doctors and nurses) and 91 patients were analysed. The results show that professionals with greater empathy and previous intercultural experience are more likely to communicate effectively with patients, in relation to their health care.

**Keywords:** Interculturality; Care; Health; Cultural diversity; Communication.

## Resumo

Este trabalho aborda as possibilidades de comunicação intercultural de diferentes profissionais de saúde em uma organização de saúde de gestão privada no interior da província de Córdoba, que possui uma população de pacientes diversificada, com o objetivo de identificar os diferentes elementos presentes na comunicação efetiva com estes pacientes. Acreditamos que estudos anteriores negligenciaram esta realidade, embora ela seja de vital importância na comunicação entre pacientes e profissionais da saúde, pois pode resultar em mal-entendidos, diagnósticos errados e insatisfação com o cuidado, por um lado, e insatisfação com o trabalho, por outro. Este estudo inclui as percepções dos próprios pacientes sobre a capacidade de comunicação com os profissionais, para o qual a técnica de observação participante foi realizada durante dezoito semanas e foram realizadas pesquisas com médicos de diferentes especialidades e enfermeiros, além de pacientes ambulatoriais, internado na instituição. Nas pesquisas realizadas, os profissionais de saúde foram solicitados a avaliar sua capacidade de se comunicar com pessoas de outras culturas, e nas pesquisas realizadas com pacientes, eles foram solicitados a avaliar as habilidades de comunicação dos profissionais. Foram analisadas as respostas de 22 profissionais (médicos e enfermeiros) e 91 pacientes. Os resultados mostram que os profissionais que apresentam maior empatia e experiência intercultural anterior são mais propensos a alcançar uma comunicação efetiva com os pacientes, em relação aos seus cuidados de saúde.

**Palavras-chave:** Interculturalidade; Cuidado; Saúde; Diversidade cultural; Comunidade.

---

Recibido: 30/08/2022

Aceptado: 25/11/2022

Publicado: 12/05/2023

---

## 1. Introducción

En una sociedad globalizada y cada vez más multicultural se vuelve necesaria una comunicación efectiva entre los miembros de todas las culturas que habitan en un territorio. Cabe recordar que la cultura involucra las ideas, las creencias, los valores y las suposiciones sobre la vida que son ampliamente compartidas por un grupo de personas y guían gran parte de su comportamiento (Podestá, 2006). Dentro de cada cultura, la gente está conectada entre sí a través de un sistema común de codificación y decodificación de mensajes que involucran comportamientos verbales y no verbales, en donde cada universo cultural presenta su propia forma de expresar e interpretar los mensajes. En este sentido, es posible entender cómo pueden surgir dificultades o malentendidos cuando personas de diferentes culturas entran en contacto unas con otras.

A partir de este escenario, en los últimos años las organizaciones se han visto en la necesidad de lidiar con la diversidad cultural tanto al interior de esta como con sus usuarios y clientes con respecto a sus operaciones cotidianas. En este contexto, la comunicación intercultural aparece como una herramienta para comunicarse asertivamente en pos del beneficio, tanto de los clientes y usuarios como de los colaboradores de las distintas organizaciones. La comunicación intercultural se vuelve cada vez más importante, ya que en los distintos ámbitos que habitamos en nuestra vida cotidiana, debemos aprender a comunicarnos efectivamente con personas de otras culturas. Para muchas organizaciones del área de la salud, la comunicación intercultural efectiva tiene mayor importancia debido a que afecta a la salud física y mental de los pacientes. Es importante recordar que todas las interacciones en la atención de la salud tienen su lado intercultural dado que los pacientes -al menos- no comparten la terminología, los supuestos, los códigos y las normas culturales de los profesionales de la salud. Además, las personas de diferentes culturas no siempre informan el dolor de la misma manera, lo que fácilmente conduce a fallas de comunicación con respecto al diagnóstico y el tratamiento.

Si bien distintas investigaciones se han enfocado en el fenómeno de la comunicación intercultural, recientemente comienzan a aparecer algunas orientadas al ámbito de la salud y de los cuidados

(Alarcón *et al.*, 2004; Farfán y Reboledo, 2013; Klenner- Loebel, 2018). Al respecto se considera que esta área es fundamental, debido a que durante las interacciones entre los proveedores de servicios y los pacientes suelen aparecer dificultades en la comunicación que pueden derivar en diagnósticos erróneos y en última instancia, en la falta de atención médica. Los malentendidos en la comunicación también pueden repercutir en los profesionales causando estrés, ansiedad e incluso insatisfacción laboral (Barbero, 2006; Lorente y Arias, 2009).

El desarrollo del estudio nos ha permitido entender que la adecuación y la eficacia —en cuestiones técnicas— no son suficientes para alcanzar una buena comunicación intercultural de un profesional de la salud en un contexto sanitario atravesado por la diversidad cultural. A partir de ello, se sostiene que existen otros posibles elementos como la empatía, la experiencia intercultural previa y la capacidad de hablar una segunda lengua que pueden impactar en una mejor comunicación intercultural profesional-paciente. Por lo tanto, el objetivo de la investigación es identificar aquellos elementos como la empatía, la experiencia intercultural y el manejo de una segunda lengua que intervienen en la comunicación intercultural efectiva entre los profesionales de la salud y sus pacientes dentro de una organización sanitaria de gestión privada en la provincia de Córdoba (Argentina) a fin de comprender el impacto de las mismas en la competencia comunicacional con personas de distintos orígenes culturales.

## 2. Marco conceptual

García Canclini (1994) ha sido uno de los pioneros en el estudio del fenómeno de la comunicación intercultural, especialmente en la comprensión de las interacciones locales, nacionales y transnacionales en el mundo globalizado. En este contexto de globalización, en el que redefine el concepto de cultura, sus estudios buscan valorar la medida en que se desarrollan reconocimientos fundamentados en valores interculturales (García Canclini, 1999) además identifica los efectos del contacto entre países, tanto en términos de integración como en el afianzamiento de estereotipos previos. Al respecto, el autor indica que nos espera un largo recorrido en términos de interculturalidad, ya que la cultura no surge como un elemento que permita potenciar el contacto entre grupos diversos, sino más bien como una dificultad en esa relación.

Frente a esta situación, entonces, se entiende a la comunicación intercultural como la interacción entre personas de orígenes culturales diferentes. Cuando se habla de comunicación intercultural como una herramienta básica para la competencia cultural en el brindado de servicios de salud, es imposible no remitirse a lo que se entiende como competencia comunicativa intercultural, es decir, la que se desarrolló a partir de investigaciones que exploraban la competencia comunicativa interpersonal (Sanhueza *et al.*, 2012). Anteriormente se denominaba competencia transcultural, sensibilidad intercultural o eficacia intercultural a lo que hoy se conoce como competencia comunicativa intercultural la cual refiere al conocimiento, la motivación y las habilidades para interactuar eficaz y adecuadamente con personas de diferentes culturas (Wiseman, 2002). Gran parte de la literatura en el ámbito de la competencia comunicativa intercultural se ha centrado en el ajuste y el comportamiento relacional de los viajeros que se desplazan por distintos territorios y culturas (Pérez y Alonso, 2019). En el contexto que se enfoca la presente investigación, la comunicación intercultural busca garantizar la calidad de los cuidados brindados, especialmente considerando que es común la presencia de un tipo de comunicación asimétrica entre los profesionales de la salud y los pacientes (González-Juárez y Noreña-Peña, 2011). Asimismo, los autores sostienen que la asimetría

puede generar que las interacciones en la comunicación se encuentran limitadas por dificultades en la comprensión del lenguaje o desconocimiento de los hábitos, las costumbres, las creencias del otro o de uno mismo, motivo por el cual, señalan la necesidad de sumar a la práctica profesional de los profesionales del cuidado la comunicación intercultural como una herramienta. En este sentido, este estudio resulta relevante al proporcionar información que permita ampliar los estudios sobre la comunicación intercultural en ámbitos de salud, debido a que es un ámbito en donde una comunicación ineficaz puede tener consecuencias no deseadas para todos los implicados (Fajardo, 2011; Sanhueza *et al.*, 2012).

Aunque los profesionales de la salud y el cuidado deben tener la capacidad técnica para tratar con éxito a los pacientes, las habilidades interculturales que buscan mejorar la calidad de salud en la población y, en algunos casos, también a fortalecer los sistemas de salud son igual de importantes para aumentar la probabilidad de satisfacción de los pacientes. Si las habilidades de comunicación intercultural son escasas, los mensajes enviados por el proveedor de los servicios de salud al paciente no se registrarán. De tal manera que disminuye la probabilidad de un tratamiento exitoso<sup>1</sup>. En un contexto en donde las distintas organizaciones tienen dificultades para tratar con las diferencias culturales, los profesionales de la salud, con experiencia en el trato de personas de una diversidad de orígenes culturales tienen mucho que aportar. El pensamiento lateral, la capacidad de establecer conexiones entre contextos y la posibilidad de entender de dónde viene, cómo vive y cómo piensa la gente son activos muy apreciados ya que representan las habilidades necesarias en las que deben enfatizar en la formación de los profesionales de la salud y del cuidado en el siglo XXI.

Gran parte de la investigación en el ámbito de la competencia comunicativa intercultural y la atención en salud se ha centrado en los comportamientos comunicativos específicos que son apropiados y eficaces para cada grupo socio étnico (Bautista y Sánchez, 2018; Maldonado *et al.*, 2019). Algunos autores recomiendan que los proveedores de servicios de salud deben tener en cuenta las distintas lenguas y dialectos al momento de hablar con pacientes provenientes de países limítrofes o de otros grupos étnicos (Maldonado *et al.*, 2019). Sin embargo, como se observará en el presente estudio, la capacidad de comunicarse eficazmente va más allá de manejar una segunda lengua, pues implica conocer y comprender otras formas de vida y de entender el mundo. Este entendimiento o sensibilización sobre diferencias culturales es de fundamental relevancia para ampliar las posibilidades de los profesionales de salud en relación con la comunicación intercultural. Investigaciones anteriores han demostrado que existen diferencias culturales en el uso de la comunicación no verbal, ya que presentan variaciones en la forma en que las culturas tocan, utilizan el espacio interpersonal, reaccionan ante el tiempo y mueven sus cuerpos (Domínguez, 2009; Vila, 2012). Por lo tanto, la forma en que un profesional sanitario interactúa o se comunica verbalmente puede influir en su nivel de competencia intercultural percibida. Por ejemplo, un profesional que sea parte de una cultura monocrónica, en la que se valora la planificación, las obligaciones y compromisos alrededor del tiempo, probablemente considerará que los horarios prefijados y la puntualidad son muy importantes. Mientras que, para una persona proveniente de una cultura policrónica donde el tiempo no es entendido como algo tangible, los horarios pueden considerarse de manera más flexible e informal.

---

<sup>1</sup> Ya en el siglo XVIII representantes de distintas disciplinas comenzaron a reflexionar sobre la empatía o sobre el sujeto que resuena con otro. Hume (1740/2000) señalaba que la relación empática es más o menos diádica y cara a cara. También, Smith (1759/1982) reflexionaba al respecto, pero partiendo de la premisa de un público imaginado, una audiencia en relación a un espectador.

Durante el 2016-2019, como miembro de otro proyecto de investigación, se realizó un trabajo de campo en el hospital materno neonatal de la ciudad de Córdoba. Si bien el objetivo estaba lejos del que se propone en esta investigación, la experiencia permitió evidenciar distintos comportamientos por parte de los profesionales de la salud en situaciones de partos de mujeres provenientes de distintos orígenes (mujeres originarias de la región andina, musulmanas y de la etnia gitana). En estos casos se han logrado reconocer los comportamientos que impiden a las personas participar durante las interacciones médicas, los cuales originan que presenten experiencias menos satisfactorias en un momento clave como es el parto así como en las visitas médicas previas o posteriores al evento. En la mayoría de estos casos, se produjo el alejamiento de las mujeres del centro de salud, lo que generó desconcierto entre los profesionales y en algunos casos condujo a la inacción entre este grupo de profesionales, además de la insatisfacción de las mujeres y sus familias. Situaciones como estas suceden y se reproducen de manera acrítica, por esta razón es necesaria la reflexión por parte de los profesionales. Es necesario que estos se enfoquen en la experiencia del paciente, destacando la importancia de la comunicación intercultural durante las consultas médicas, para que luego en su hogar pueda realizar las acciones de cuidado indicadas, en lugar de centrarse exclusivamente en las habilidades del proveedor de servicios médicos (Lerin, 2004). En estos casos, la comunicación intercultural implica la voluntad de utilizar el conocimiento cultural al interactuar con los pacientes y considerar su cultura durante las discusiones y recomendaciones para los tratamientos indicados. Aquí es donde la empatía comienza a tomar un lugar relevante.

Por otra parte, Bennett (2005) define la empatía como la participación intelectual y emocional en la experiencia de otra persona<sup>2</sup>. Esta definición permite tomar como ejemplo el caso de Diego, uno de los profesionales que participaron de este estudio, quien en 2018 se declaró a favor del matrimonio igualitario, reveló que el factor decisivo en su nueva postura había sido la homosexualidad de su hijo<sup>3</sup>. Este caso nos posibilita reflexionar acerca del ejercicio de la empatía más allá de los familiares y conocidos; esto es, ¿hasta qué grado somos capaces de empatizar según nuestra responsabilidad ética como ciudadanos? Es decir, el radio de empatía, ¿puede extenderse más allá de los íntimos y conocidos? Esta pregunta cuestiona nuestra capacidad de empatizar como parte de nuestro rol de ciudadanos, se trata de la distancia entre nuestras posibilidades de respuesta y un horizonte de responsabilidad potencialmente infinito. ¿Qué ocurre con la relación entre nuestras capacidades empáticas y éticas cuando el radio local de nuestras interacciones cara a cara deja de ser isomorfo con las comunidades imaginadas de ciudadanía a través de las cuales se espera que nos entendamos a nosotros mismos? Enseguida surge la siguiente pregunta, ¿son las respuestas empáticas universalmente idénticas o expresan diferencias según los actores de distintas sociedades? Algunos enfoques provenientes de las ciencias humanas sostienen que la empatía aumenta entre los miembros afines y tiende a atenuarse entre los extraños. En otras palabras, la empatía tiende a aumentar cuando hay similitudes entre los actores sociales; es decir, que es el reconocimiento de la similitud lo que fomenta una mayor empatía. Al respecto, los trabajos actuales en neurociencia han desarrollado diversas teorías sobre la construcción de la empatía (Corey, 2004). Sin embargo, aún no existe un consenso sobre cómo se genera y mantiene. El modelo desarrollado por Corey (2004) busca identificar y explicar neurológicamente cómo el cerebro humano genera los rasgos de comportamiento de autoconservación y empatía. Para desentrañar estos elementos, los discursos antropológicos sobre el yo, la conciencia moral, el uso del lenguaje simbólico y la sociabilidad ofrecen un vehículo pertinente para el análisis,

<sup>2</sup> Recordemos que el origen semántico de la palabra empatía se remonta a la estética y por extensión a una comunión de almas. El filósofo Goldie (2000) señala que la palabra empatía es una traducción del alemán *einfiuehlung*, un término usado en el siglo XX para describir simpatía por una obra de arte. En otras palabras, la genealogía de la palabra la conecta con cuestiones de representación.

<sup>3</sup> Todos los nombres empleados en el presente trabajo son seudónimos.

en donde la idea de cultura es fundamental. En relación con este último concepto y sus diferentes usos que se han desarrollado en los últimos siglos, Grimson (2011) realiza una crítica profunda a las distintas clasificaciones y dicotomías que han sido ampliamente difundidas en el imaginario social. A partir de los primeros años del siglo XXI, la idea clásica de cultura comienza a entrar en crisis en virtud de entender que al interior de todo grupo humano existen desigualdades, diferencias y conflictos. Al mismo tiempo, teniendo en cuenta los aportes de García Canclini (1994, 1999) sobre la comunicación y la interculturalidad en la era global, se puede comprender que el mundo se encuentra interconectado y existen grupos con interconexiones regionales o transnacionales diversas ancladas en un momento sociohistórico particular. Esta situación resulta en una amplia diversidad que impide definir de manera homogénea la cultura como se acostumbraba. Es decir, actualmente se debe entender que la diversidad cultural está presente y se puede encontrar en todos los ámbitos, entre ellos, la salud.

Por otro lado, algunos investigadores han identificado el bilingüismo o el manejo de una segunda lengua como un aspecto importante de la competencia comunicativa intercultural (Baszhar, 2015). Si bien puede suceder que no se logre hablar una segunda lengua con fluidez, el esfuerzo por hablarla probablemente sea apreciado por la otra persona y se consiga una comunicación más eficaz. Esto se enmarca en la definición de empatía de “ponernos en los zapatos del otro” (Hume, 2000, p. 255). En un nivel, señala el autor, la empatía es nuestra más extraordinaria susceptibilidad resonante, es esa propensión que tenemos de simpatizar con los demás, y de recibir por comunicación sus inclinaciones y sentimientos, aunque sean diferentes o incluso contrarios a los nuestros. Aunque esta capacidad de empatía hace posible la solidaridad humana, también enturbia el juicio autónomo. Continúa el autor, esta vez advirtiendo que nada tiende más a perturbar nuestro entendimiento y a precipitarnos en cualquier opinión, por irrazonable que sea, que su conexión con la pasión, que se difunde sobre la imaginación y da una fuerza adicional a toda idea relacionada. Lo que hace que Hume y Smith sean tan vigentes en cuestiones de empatía es la profunda ambivalencia que recorre la relación con uno mismo. Smith (1982) insiste en que no puede haber una transmisión directa de sentimientos entre individuos, sino que lo mejor que podemos hacer es imaginar cómo sería ser otra persona. Al mismo tiempo, reconoce una facultad profunda y espontáneamente mimética-corporal en aquellos casos cuando, por ejemplo, se observa un golpe dirigido y a punto de caer sobre la pierna o el brazo de otra persona, naturalmente nos encogemos y retiramos nuestra propia pierna o nuestro propio brazo, y cuando cae, lo sentimos en cierta medida y nos duele tanto como al que lo sufre. Estas ideas están en la base de la tesis de Buber (1923/1996) sobre la relación *yo-otro*, en el sentido en que la empatía surge del reconocimiento de los sentimientos subjetivos de una persona hacia otra. Dichos sentimientos se organizan a menudo de forma ritual con el fin de fomentar los sentimientos de *communitas* por otra persona; es decir, se enfatiza en la comprensión de la humanidad de otra persona. Por otro lado, siguiendo con esta idea, Turner (1969) analiza los comportamientos empáticos en el ámbito ritual, entendido como espacio simbólico que busca fomentar entre los participantes sentimientos de igualitarismo, hermandad y unidad. De acuerdo con el autor, este proceso se produce a partir del intento de despojar a los participantes del ritual de su estatus social ya que, en el ámbito ritual, el participante libre de sus vínculos sociales y de su prestigio mundano puede encarnar sentimientos de igualdad con los demás. Además, sostiene que el ámbito liminal del ritual permite a los participantes un período temporal para reconstruir su yo subjetivo en relación con los demás. Estas ideas se encarnan luego, en la vida cotidiana.

### 3. Metodología

Al momento de diseñar esta investigación hemos discutido el método más eficaz para identificar los elementos presentes en una comunicación intercultural efectiva. El trabajo de campo se desarrolló en un centro de salud de gestión privada de la localidad de Cosquín en el Valle de Punilla, provincia de Córdoba. Cabe destacar que, en dicha ciudad se ofrecen distintos servicios sanitarios a pacientes de la provincia, de otras provincias y con o sin cobertura de salud, lo que permite entender la diversidad de situaciones que pueden presentarse. Históricamente la localidad de Cosquín se conformó en un enclave sanitario para el denominado “corredor Punilla”; es decir, las localidades situadas a la vera de la ruta provincial 38 que atraviesa el valle de Punilla acuden a Cosquín para cuestiones sanitarias.

Para este fin, se combinó la observación participante con la realización de encuestas a profesionales de la salud, así como a los pacientes de la organización. Se eligió la técnica de recolección de datos debido a que los informes objetivos no cumplen con el propósito del estudio, a causa de que requieren que los participantes comuniquen información a un receptor desprevenido. Y solo si ese receptor repite el mensaje con exactitud, se considera que el emisor es competente.

De igual forma, la observación subjetiva, el autoinforme y el informe del receptor tampoco resultan idóneos para el objetivo de la investigación debido a que la primera requiere que los participantes completen una tarea comunicativa en la que se les brinda una puntuación; el segundo, pide a los encuestados que evalúen su propia capacidad de comunicarse eficazmente; el tercero, solicita que este último evalúe las habilidades de la persona que se ha comunicado con ellos.

La observación participante consiste en la presencia del investigador en terreno, no solo para observar sino para involucrarse de manera activa en las actividades o situaciones que ocurren en el espacio en el que estas suceden. Esta práctica favorece el establecimiento de un *rapport* con los actores a la vez que exige el registro de todo aquello vivenciado y observado. En esta investigación la observación participante se desarrolló en la sala de espera de la organización en distintos momentos del día, en el cambio de turnos de los profesionales de la salud, en horarios de visitas a internados, en horarios de salida laboral y pausas para almorzar, lo que permitió observar cómo los distintos actores se comportan frente a determinadas situaciones además de permitirnos acceder a conversaciones y prácticas cotidianas que se desarrollaban en ese contexto frente a distintos hechos observados. Por otro lado, se eligió la encuesta, específicamente la encuesta semiestructurada como técnica de recolección de datos porque permitió la posibilidad de adentrarse en las consideraciones de los actores.

Los participantes en este estudio fueron 25 médicos y enfermeros y 100 pacientes ambulatorios e internados del centro de salud. La única área que no participó fue el área de pediatría y neonatología. Todos los pacientes que recibieron atención tuvieron la oportunidad de completar la encuesta y, en algunos casos, se profundizó con entrevistas personales. Un total de 91 pacientes, 22 médicos y enfermeros completaron las encuestas. Esto indica una tasa de respuesta del 88 % para los pacientes y del 91 % para los proveedores de servicios médicos. En la muestra de profesionales, 18 eran mujeres y 7 hombres, la edad media era de 46 años, y oscilaba entre los 22 y los 57 años. Los orígenes socioétnicos de los proveedores incluían 13 de la provincia de Córdoba, 1 de Santiago del Estero, 2 de Jujuy, 2 extranjeros, 2 de Santa Fe y 2 de La Rioja. Entre ellos se presentaron médicos de distintas especialidades y enfermeros y del total, 12 indicaron que hablan al menos dos idiomas. Por otro lado, en la muestra de pacientes, 70 eran mujeres y 21 hombres. La edad media era de 28 años y oscilaba

entre los 18 y los 71 años. Los orígenes étnicos de los pacientes comprenden 62 del Valle de Punilla, 6 de Catamarca, 5 de La Rioja, 7 de Santiago del Estero, 6 de Tucumán y 5 extranjeros. De los 91 pacientes, 10 hablan dos o más idiomas.

Las encuestas y la observación participante se completaron con entrevistas en los casos que se consideró oportuno y se realizaron en los espacios ambulatorios. En ellas, se pudo entender que las sutilezas de la voz y la gestualidad, difíciles de captar en la escritura, conllevan ricos significados que permiten mejorar la práctica de las encuestas y la observación participante.

Por otro lado, los datos se obtuvieron a través de una encuesta distribuida a los pacientes del centro de salud y al personal de salud. A estos últimos se les pidió que completaran la encuesta que se distribuyó de manera virtual. Al cabo de una semana de entregada la misma, se envió un correo electrónico recordándoles que debían completar la encuesta. A los pacientes se les distribuyó una encuesta en papel y se les pidió que las entregaran en la recepción. Para aquellos pacientes ambulatorios, al registrarse en la recepción del servicio, se avisó a los pacientes de que tenían la opción de rellenar una encuesta antes o después de recibir la atención médica. Aquellos que aceptaron, devolvieron la encuesta cumplimentada a la recepcionista. Durante dieciocho semanas visitamos el centro de salud y recogimos las encuestas.

Entre las limitaciones encontradas en este estudio se debe señalar el número de participantes que representan tanto a los pacientes como a los proveedores de servicios de salud. Además, la muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres. Esto puede deberse al hecho de que las mujeres son más propensas que los hombres a desempeñar roles como enfermeras o, por otro lado, a que busquen tratamiento médico para sus enfermedades. Sin embargo, el escaso número de hombres en esta muestra es probablemente típico de los pacientes y médicos de otras organizaciones sanitarias y no exclusivamente de la aquí presentada.

Una limitación adicional que debe tenerse en cuenta es que la investigación tuvo lugar en una única localidad de Punilla, Cosquín, asiduamente frecuentado por personas de otras localidades en virtud de ser una de las cabeceras más importantes del valle homónimo. En este sentido, los individuos de esta zona tienen más probabilidades de estar expuestos a otras culturas y pueden ser más competentes como comunicadores interculturales.

Por último, la organización examinada en este estudio puede ser atípica para la mayoría de las organizaciones sanitarias. Un gran número de proveedores médicos (82 %) conoce a sus pacientes desde antes de graduarse de la universidad. Es poco probable que un porcentaje tan alto de proveedores médicos en otras organizaciones sanitarias en ciudades capitales posean este tipo de vínculos con sus pacientes. Por lo tanto, los profesionales de este estudio pueden tener niveles elevados de competencia intercultural que no son indicativos de la mayoría de las organizaciones médicas.

#### **4. Análisis**

En el ámbito de la salud se entiende que la comunicación intercultural implica la voluntad de utilizar el conocimiento cultural al interactuar con los pacientes y considerar su cultura durante las discusiones y recomendaciones para el tratamiento. Se puede ilustrar con algunos fragmentos de entrevistas y con algunas charlas que se realizaron durante el trabajo de campo.



Entre las y los entrevistados quienes se encontraban en la institución aguardando para ser atendidos, fue común la respuesta relacionada con *estar nervioso* frente a la visita médica. Por ejemplo, Juan, un paciente que se acercaba por primera vez para ser atendido en el consultorio debido a una dolencia en su mano izquierda expresó:

- (1) ... no me gusta, me da nervios (...) qué me irá a decir... me da nervios.

Igualmente, Aldana, una mujer de 19 años que esperaba a su médica para un control postoperatorio indicaba que:

- (2) estoy nerviosa, la última vez vine y me quede internada para operar (...) espero que esté todo bien (...) viste? Acá te dejan internada sin darte posibilidad a que organices tu casa...

En la misma sala de espera, Gladys, una mujer de 57 años que aguardaba su turno para ser atendida por su médica expresaba:

- (3) ... Me da cosa, me pongo nerviosa porque siempre me reta (...) y eso que la conozco hace 10 años, pero siempre me reta.

Los nervios también aparecen en el grupo de los profesionales de la salud. Un médico señaló:

- (4) Me pongo muy nervioso cuando interactúo con pacientes de una cultura diferente (...) parece que no entienden lo que les digo, les mandó a hacer tal cosa y al mes cuando vuelven hicieron cualquier otra cosa menos la que yo les indiqué (...) se lo toman en broma y muchas veces es cosa seria...

Los ejemplos expuestos buscan ilustrar lo que genera en los pacientes la experiencia previa con profesionales de la salud con poca empatía. Por el contrario, en el caso de un enfermero del interior, que maneja la lengua guaraní que “aprendí de mi tío paraguayo, de San Estanislao”, señaló la cercanía con un paciente paraguayo que debía realizarse una amputación y se negaba a ello,

- (5) Yo me acerqué sabiendo lo que le tenían que hacer y le expliqué lo que le iban a hacer (...) cuando me dijo que necesitaba la autorización de los que saben... los de su pueblo para realizarle la práctica y que tenía que llamarlos por teléfono y que solo hablaban guaraní, le dije que yo los podía llamar (...) finalmente accedió y pudieron realizar el procedimiento. (Álvaro)

Otro aspecto que se repitió en gran parte de las entrevistas fue la *empatía*, debido a que muchos enfermeros indicaron que podían ser empáticos frente a los pacientes, en especial con aquellos *abuelitos y abuelitas que están solos*. (Ayelén)

En relación con los internados, Ana María señalaba:

- (6) Puedo relacionarme bien con los sentimientos de los pacientes de diferentes culturas (...) me pongo en sus zapatos y pienso lo difícil del momento que están viviendo...

Enzo, expresó lo siguiente:

- (7) puedo ser empático (...) viví cuando era chico en Tartagal, al límite con Bolivia, por eso los entiendo.

En simultáneo, Agustina señaló su punto de vista de la siguiente manera:

- (8) Trato de tener empatía, sobre todo con las mujeres que no entienden bien, yo sé que hablo otro idioma que muchas veces no entienden... (en alusión a los conceptos técnicos empleados por los profesionales).

Para determinar la experiencia intercultural, se consultó a los proveedores de servicios si habían pasado al menos tres o meses fuera del país y/o de su provincia de origen. Aproximadamente el 50 % de ellos indicó que había pasado más tiempo fuera de su provincia, lo que les permitía tener una experiencia con las costumbres, las ideas y otras prácticas diferentes a las propias. Algunos mencionaron que haber realizado viajes —aunque de cortos períodos— a otros continentes y países con culturas totalmente diferentes a la occidental, tuvo un efecto muy fuerte en sus experiencias interculturales.

## 5. Conclusiones y recomendaciones

La importancia de las narraciones presentadas es que juegan con la imaginación moral de los individuos, y además, ejerce una suerte de empatía para que el oyente comparta el dilema del narrador. En relación con la empatía y la autoconservación, Jackson (2005) señala que el sujeto negocia entre su propio derecho a existir y el equilibrio recíproco entre el yo y el otro. En este caso, la preservación del yo está vinculada a salvar el propio sentido del ser, mientras que la reciprocidad se ocupa de lograr un equilibrio en las relaciones sociales (Jackson 2005). De esta forma se puede comprender cómo los seres humanos han desarrollado diversas estrategias imaginativas y materiales para mantener la autonomía y la seguridad ontológica mientras consuman el propio ser en relación con los demás. A partir de ello se entiende que la empatía también puede ser una poderosa estrategia para disminuir la distancia del *yo* con el *otro*.

Antes de este estudio se desconocía si factores como la empatía, las experiencias interculturales previas o el bilingüismo tenían influencia en la comunicación intercultural entre profesionales y pacientes. Sin embargo, se ha logrado explicar que la empatía es muy importante para que los profesionales de la salud se comuniquen de manera asertiva con pacientes de culturas diferentes a la suya.

Los resultados de esta investigación presentan una serie de implicaciones para otras organizaciones de la salud en tanto que se pueden identificar factores como la empatía y la experiencia intercultural que contribuyen a las habilidades comunicativas de su personal. Además, otras organizaciones pueden plantearse la posibilidad de contar con una planta de personal multicultural y multilingüe, debido a que se ha aportado evidencia en relación con que aquellos profesionales con estas capacidades son comunicadores interculturales más eficaces.

Al respecto se estima que el hallazgo más significativo del estudio es que la empatía se relaciona positivamente con la competencia comunicativa intercultural según las percepciones de

profesionales y pacientes. Por esta razón, los resultados identifican a los individuos empáticos con mejores habilidades para ser comunicadores interculturales. Además, la investigación ha mostrado una relación más fuerte entre la empatía y la competencia comunicativa intercultural en los informes de los pacientes, lo cual demuestra que la empatía es más importante desde el punto de vista de los pacientes que desde el punto de vista de los profesionales. Asimismo, aquellos profesionales con más de tres meses de experiencia intercultural previa, mejora en gran medida su capacidad para comunicarse con pacientes de culturas diferentes a la suya. Los individuos que han vivido fuera de su provincia de origen y de su país durante un período de más de tres meses demostraron mayores niveles de competencia comunicativa intercultural.

Muchos profesionales de la salud son conscientes de la necesidad de ser empáticos teniendo en cuenta que los pacientes suelen acudir a ellos en un momento muy vulnerable de su vida. La visita al centro de salud suele significar que el paciente ha agotado todos los intentos de cuidar de sí mismo en su hogar. Si a esto se adiciona el hecho de que muchas personas no tienen seguro médico y no pueden permitirse la asistencia social, una cita con el médico puede ser un momento de gran ansiedad que aumenta la importancia de la empatía en los profesionales.

En relación con el conocimiento de otras lenguas, la habilidad real de un profesional de la salud o de los cuidados puede ser más importante para la comunicación intercultural que su capacidad para hablar una segunda lengua. Las habilidades técnicas necesarias para administrar eficazmente el tratamiento médico pueden superar las diferencias lingüísticas. Quienes residieron en provincias diferentes a la de origen por más de un año, e incluso quienes tuvieron experiencias de vida en un país diferente durante más de tres meses demostraron niveles significativamente más altos de competencia comunicativa intercultural a diferencia de los que carecen de experiencia intercultural. Si bien en algunos casos los viajes internacionales de corta duración mejoran las actitudes hacia la cultura de acogida, tal como señalaron algunos profesionales, se considera que el conocimiento intercultural se adquiere a partir de una inmersión más profunda en un nuevo ambiente cultural. Una experiencia prolongada fuera de la propia cultura tiene un efecto duradero en el conocimiento intercultural del individuo y en su visión general de las diversas culturas.

Las acciones sanitarias, las intervenciones médicas especialmente, no son neutras, ya que, como señala Feltri *et al.* (2006), “en ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera” (p. 302). Aunque esta investigación es limitada, se puede sostener que se ha demostrado que la experiencia intercultural conduce a un mayor conocimiento de otras culturas, lo que hace que los individuos puedan comunicarse mejor entre ellos. Este mayor conocimiento ha sido más frecuente en personas cuya experiencia intercultural consistió en un período de más de tres meses fuera de su lugar de origen.

Al respecto, se considera que la contribución distintiva de la comunicación intercultural de profesionales de la salud es su capacidad para traducir situaciones, diagnósticos e indicaciones más allá de las diferencias lingüísticas, culturales y políticas. Esta capacidad de tender puentes y comprender los contextos en los que viven y en los que piensan los pacientes para hacer posible la traducción, requiere de cualidades bien desarrolladas de empatía y perspectiva. Esto no es solo algo lindo o un aspecto loable de una persona. Sino que la resonancia de la empatía estimula a los participantes más allá de las perspectivas más aisladas hacia las relaciones mutuamente beneficiosas.

La empatía, la experiencia en otras lenguas, la comunicación intercultural puede entenderse con la metáfora de la resonancia del piano. Al afinar un piano uno debe escuchar su propio instrumento en relación con el tono de referencia. Por lo tanto, un primer paso es cultivar la conciencia de uno mismo en los encuentros, porque las dificultades que podrían presentarse pueden deberse menos a creencias o barreras psicológicas que, con personas “desafinadas” trabajando con base en líneas argumentales muy diferentes. Una vez reconocido esto, los pasos siguientes son la autorreflexión y la escucha profunda del otro que puede ayudar a reformular su mensaje de manera que la otra persona pueda entenderlo mejor, que uno se involucre en las líneas de la historia dentro de sí mismo más en sintonía con el otro. Por ejemplo, si una discusión sobre los aspectos médicos de una enfermedad no parece “funcionar”, se podría cambiar a un enfoque más relacional, trabajando más explícitamente para crear confianza y respeto, antes de llegar a alguna decisión. La consideración de la historia de la otra persona requiere suspender el propósito —tratar de salirse con la suya en la conversación— y requiere una búsqueda honesta del sentido dentro de la narrativa del otro, incluso si en la superficie parece no tener sentido. No es necesario estar de acuerdo con ese sentido. Sin embargo, en un mundo cada vez más multicultural pero que presenta serias dificultades para negociar las diferencias culturales, la capacidad de establecer conexiones entre contextos y la capacidad de entender de dónde proviene la gente son activos muy apreciados en los contextos de salud atravesados por la diversidad cultural.

## Referencias bibliográficas

- Alarcón, A., Astudillo, P., Barrios, S. y Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Medicina*, 132(9), 1109-1114. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000900013&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000900013&script=sci_arttext)
- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario*, 29(3), 19-27. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003)
- Bautista, E. y Sánchez, C. (2018). Diáspora transnacional de comunidades entre menonitas de México y Brasil. *Revista Mexicana de Sociología*, 80(4), 739-765. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032018000400739&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032018000400739&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Bennett, J. (2005). *Empathic Vision: Affect, Trauma and Contemporary Art*. Stanford University Press.
- Buber, M. (1996). I and Thou (W. Kaufmann, trad.). Touchstone. (Obra original publicada en 1923)
- Corey, G. (2004). *The Consilient Brain: The Bioneurological Basis of Economics and Society, and Politics*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Domínguez, M. (2009). La importancia de la comunicación no verbal en el desarrollo cultural de las sociedades. *Razón y Palabra*, 14(70), 1-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520478047>
- Fajardo, D. (2011). De la competencia comunicativa a la competencia intercultural: una propuesta teórica y didáctica para la educación intercultural en Latinoamérica. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 6(12), 5-38. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-41152011000200001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-41152011000200001)
- Farfán, X. y Rebolledo, F. (2013). Interacciones dialógicas en el consultorio: migrantes haitianos y funcionarios de salud primaria. *Revista Perspectivas*, (24), 111-122. <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/Perspectivas/article/view/478>
- Feltri, A., Arakaki, J., Justo, L., Maglio, F., Pichún, F., Rosenberg, M., Spinelli, H., Testa, M., Torres, A. y Ynoub, R. (2006). Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*, 2(3), 299-316. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2006.v2n3/299-316/es>
- González-Juárez, L. y Noreña-Peña, A. (2011). Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable. *Revista Enfermería Universitaria*, 8(1), 55-60. <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741838008.pdf>
- Grimson, A. (2011). *Los límites de la cultura. Crítica a las teorías de la identidad*. Siglo XXI.
- Hume, D. (2000). *A Treatise of Human Nature* (D. Fate y M. Norton, Eds.). Oxford University Press. (Obra original publicada en 1740)
- García Canclini, N. (1994). *Cultura y Comunicación*. Universidad Taylor.
- García Canclini, N. (1999). *La globalización imaginada*. Paidós.
- Jackson, M. (2005). *Existential Anthropology: Events, Exigencies and Effects*. Berghahn Books.

- Klenner-Loebel, M. y Osses-Bustingorry, S. (2018). Competencia comunicativa intercultural: un desafío para los profesionales de la salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 146(4), 539-540. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872018000400539](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000400539)
- Lerín, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, (15), 111-125 [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Lorente, J. y Arias, M. (2009). La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan*, 13(1), 1-14. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100010)
- Maldonado, C., Peralta, C. y Vieira, E. (2019). Configuraciones culturales en la comunicación indígena. Resistencia y autonomía por comunicadores y comunicadoras de Wallmapu. *Comunicación y Sociedad*, 16, 1-21. <https://doi.org/10.32870/cys.v2019i0.7209>
- Pérez, L. y Alonso-Campo, M. (2019). Un viaje al país del rey Morvan: cómo adquirir la competencia cultural. *Universitas-XXI, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, (30), 129-150. <https://www.redalyc.org/journal/4761/476158404006/html/>
- Podestá, C. (2006). Un acercamiento al concepto de cultura. *Journal of Economics, Finance and Administrative Science*, 11(21), 25-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360733601002>
- Sanhueza, S., Paukner, F., San Martín, V. y Friz, M. (2012). Dimensiones de la competencia comunicativa intercultural y sus implicaciones para la práctica educativa. *Folios*, (36), 131-151. <https://doi.org/10.17227/01234870.36folios131.151>
- Smith, A. (1982). *The Theory of Moral Sentiments* (D. Raphael y L. Macfie, Eds.). Liberty Classics. (Obra original publicada en 1759)
- Turner, V. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Aldine.
- Vila, R. (2012). Los aspectos no verbales en la comunicación intercultural. *Ra Ximhai*, 8(2), 223-239. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46123366010.pdf>
- Wiseman, R. (2002). Intercultural communication competence. In W. Gudykunst y B. Mody (Eds.), *Handbook of International and Intercultural Communication* (pp. 207-224). Sage Publications.

### Contribución del autor

Macarena Perusset ha realizado el trabajo de campo y el análisis de datos correspondiente. La investigación se realizó con el apoyo de la Universidad Siglo 21. La autora aprueba la versión que se publica en la revista.

### Agradecimientos

Sin agradecimientos.

### **Financiamiento**

La investigación se realizó sin financiamiento.

### **Conflicto de intereses**

La autora no presenta conflicto de interés.

**Correspondencia:** [Macarena.Perusset@ues21.edu.ar](mailto:Macarena.Perusset@ues21.edu.ar)

## **Trayectoria académica de la autora**

**Macarena Perusset** es experta universitaria en Interculturalidad, Justicia y Cambio Global por la Universidad de Oviedo. Doctora de la Universidad de Buenos Aires en el área de Antropología sociocultural. Posee estudios de posdoctorado UTN - Conicet en tecnologías sociales para la inclusión social. Previamente obtuvo su título de licenciada en Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires. Posee amplia experiencia en docencia de grado y posgrado y se especializa en temáticas relativas a la diversidad cultural. Actualmente, es directora de Investigación de la Secretaría de Investigación y transferencia científica de la Universidad Siglo 21, en la cual se desempeña también como docente de grado y posgrado y como directora de proyectos de investigación. Es docente de posgrado de la Universidad Nacional de Córdoba.