

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

## SIT Digital Collections

---

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

---

Fall 2019

### La Comunicación Intercultural entre Pacientes Bolivianos y Trabajadores de Salud en Buenos Aires, Argentina / Intercultural Communication between Bolivian Patients and Health-Care Workers in Buenos Aires, Argentina

Lilly Snellman  
*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)



Part of the [Health Communication Commons](#), [Health Policy Commons](#), [International and Intercultural Communication Commons](#), [International Public Health Commons](#), [Latin American Languages and Societies Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Migration Studies Commons](#), [Race and Ethnicity Commons](#), [Race, Ethnicity and Post-Colonial Studies Commons](#), and the [Social and Cultural Anthropology Commons](#)

---

#### Recommended Citation

Snellman, Lilly, "La Comunicación Intercultural entre Pacientes Bolivianos y Trabajadores de Salud en Buenos Aires, Argentina / Intercultural Communication between Bolivian Patients and Health-Care Workers in Buenos Aires, Argentina" (2019). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3232. [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/3232](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3232)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

**La Comunicación Intercultural entre Pacientes  
Bolivianos y Trabajadores de Salud en Buenos  
Aires, Argentina**

Intercultural Communication between Bolivian Patients and  
Health-Care Workers in Buenos Aires, Argentina

Lilly Snellman

Consejeros: Federico Rodrigo y Ana Rita Díaz-Muñoz

Buenos Aires, Argentina

Noviembre 2019

SIT Bolivia: Multiculturalism, Globalization, and Social Change

Directora del Programa: Heidi Baer-Positgo

## Resumen

Según la Ley de Migraciones 25.871 de 2004, los inmigrantes en Argentina tienen el mismo derecho a la atención médica que los argentinos nativos. El sistema de salud argentina es uno de los más inclusivos en el mundo, pero todavía hay barreras al acceso para comunidades e individuos marginados. Muchas veces los migrantes bolivianos son discriminados en la sociedad argentina por sus rasgos raciales, bajo nivel socioeconómico y diferencias culturales. Tres clases importantes de barreras para el acceso a la atención médica para los migrantes son las económicas, estructurales y comunicativas. En este estudio, decidí enfocarme en las brechas de comunicación entre migrantes bolivianos y los efectores de la salud. Investigué este tema a través de entrevistas con varios profesionales de salud y una experiencia de observación de una semana con la Dra. María Miguel, la jefa de trabajo social en el Hospital Gandulfo en Lomas de Zamora, Buenos Aires. En este informe primero explicaré el contexto de la población boliviana en la provincia de Buenos Aires y su relación con el sistema de salud. Luego describiré mis observaciones sobre la comunicación intercultural con pacientes bolivianos y también lo que supe sobre la comunicación efectiva y la creación de confianza en entornos clínicos.

Under Argentina's 2004 Law of Migraciones (25.871) immigrants are guaranteed the same access to healthcare as native Argentines. The Argentine healthcare system is one of the most inclusive in the world, but barriers to access still exist for historically marginalized communities. Bolivian migrants are often discriminated against in Argentine society because of their historically low socioeconomic level, cultural differences and racial characteristics. Three significant classes of barriers to healthcare access for migrants are economic, structural, and communicative. In this study, I chose to focus on communicative gaps between Bolivian migrants and healthcare workers. I investigated this topic through interviews with various healthcare providers and a one-week shadowing experience with Dr. María Miguel, the head of social work at Hospital Gandulfo in Lomas de Zamora, Buenos Aires. This report will first provide context about the Bolivian population in Buenos Aires province and their relation to the healthcare system. I will then describe my observations concerning intercultural communication with Bolivian patients and what I learned about effective communication and trust-building in medical settings.

Keywords: Regional Studies: Latin America, Public Health, Sociology

## Índice

Agradecimientos.....	3
Introducción.....	4
La Población Boliviana en Buenos Aires.....	5
El Derecho al Sistema de Salud.....	6
Barreras Culturales .....	8
La Comunicación Intercultural.....	9
Metodología.....	10
Descripción del Estudio.....	9
Información sobre las Entrevistas.....	11
Limitaciones.....	12
Ética.....	13
Desarrollo.....	14
La Comunidad Boliviana y Comunicación Intercultural.....	14
Barreras y Facilitadores de la Comunicación.....	16
Reflexiones Personales.....	16
Conclusión.....	19
Bibliografía.....	21

## **Agradecimientos**

Primero quiero agradecer a María Miguel, la jefa de servicios sociales en el Hospital Gandulfo. Esta investigación no hubiera sido posible sin su apoyo y cariño. Aprendí muchísimo de ella, mi experiencia en el Hospital Gandulfo siempre va a impactar mi perspectiva sobre la salud y la comunicación. También quiero agradecer al equipo de servicios sociales y a todos los profesionales de salud que entrevisté, por su tiempo, pensamientos y paciencia.

También me gustaría darles las gracias a Ana Rita Díaz-Muñoz, Federico Rodrigo, Ana Herrera y Brenda Pereyra por relacionarme con expertos y recursos durante la investigación y responder a todas mis preguntas y dudas.

Finalmente, muchas gracias a todo el equipo de SIT Bolivia por guiarme todo el semestre y prepararme para esta investigación. Específicamente les agradezco a Heidi Baer-Positgo, Paty Parra y Martha Coca Orruel por todo su cariño y dedicación durante este semestre atípico, no puedo imaginar el programa sin ustedes.

## Introducción

Desde el siglo IX, Argentina ha sido un país de inmigrantes. Las primeras migraciones fueron europeas, pero en los años más recientes la gran mayoría de los inmigrantes vienen de los países limítrofes y Perú. La población boliviana en Argentina duplicó entre 1980 y 2001 (118,000 → 233,000) (Cerrutti, 2010). En el pasado, muchos migrantes bolivianos vivieron en el campo y en la región noroeste del país (Jujuy, Salta, Tucumán). Hoy día, la población boliviana vive más en centros urbanos de la Argentina. La provincia de Buenos Aires tiene un 60% de todos los bolivianos en el país (Cerrutti, 2010). Aunque había legislación de inmigración era más restrictiva en el pasado, ahora las fronteras están abiertas y hay leyes para proteger los derechos de los inmigrantes. El sistema de salud es inclusivo para todos los migrantes - Argentina tiene cobertura de salud universal y gratuita. La Ley de Migraciones de 2004 declara que los migrantes tienen el mismo derecho a la educación y la salud que los nativos, y que “no podrá negársela ni restringirla en ningún caso el acceso al derecho a la salud” (Vazquez & Páramo, 2013). Por supuesto, todavía hay barreras al acceso del sistema de salud para mucha gente en la sociedad, especialmente migrantes con niveles socioeconómicos bajos. Estas barreras impactan la salud y calidad de vida de individuos y familias migrantes y causan brechas de tratamiento entre ellos y los argentinos nativos. Investigaciones previas describen las barreras al acceso para los migrantes bolivianos. Las barreras más fuertes son económicas, estructurales y comunicativas (Aizenberg, Rodríguez & Carbonetti, 2014).

Escogí enfocarme en las barreras comunicativas porque no existen tantos estudios sobre el tema, tal vez porque es menos cuantitativo. También me interesa el tema de comunicación porque es más posible crear cambio en el nivel local porque mucho depende de las relaciones personales entre individuos y equipos en vez de la política pública. La relación entre profesionales de salud y pacientes siempre tiene el potencial de complicar y por supuesto es más difícil cuando hay diferencias culturales. La cultura boliviana es muy distinta de la cultura porteña. Hay muchas culturas diferentes en Bolivia, pero en general los bolivianos usan la medicina tradicional más que los porteños, tienen perspectivas más tradicionales de género, y algunos hablan idiomas indígenas incluyendo el Quechua y Aymara. Para mi investigación, pasé una semana en el hospital público Gandulfo en Lomas de Zamora, Buenos Aires con el apoyo y supervisión de Maria Miguel, la jefa de servicios sociales. Entrevisté a 8 trabajadores de la salud en el hospital sobre las estrategias para una buena comunicación y comunicación intercultural. También observé reuniones en el departamento de servicios sociales. En este reportaje describo todo que averigüé sobre la comunicación intercultural y también la comunicación en general porque las dos están entrelazadas.

## **Marco Conceptual**

### **A. La Población Boliviana en Buenos Aires**

La mayoría de los bolivianos en Buenos Aires vienen por trabajo y oportunidades económicas. Hay comunidades grandes en las zonas Flores, Mataderos, Villa lugano, Villa Pompeya y Lomas (Amadeo, 2009) Aunque los migrantes tienen derechos legales y apoyo del gobierno, todavía enfrentan dificultades. Mucho prejuicio contra los

bolivianos viene del racismo contra los rasgos indígenas. También hay estigma porque en general los migrantes tienen bajo nivel socioeconómico y falta de educación formal. 43% de las mujeres bolivianas en Buenos Aires no han completado 7 años de escuela en comparación al 7% de nativos (Cerrutti, 2010). Los trabajos más comunes en la comunidad boliviana son informales. Muchos trabajan con los textiles o en tienditas de verduras. Hombres y mujeres bolivianos trabajan horas largas, otra barrera posible al acceso de la atención médica (Aizenberg, Rodríguez & Carbonetti, 2014).

Las relaciones familiares en comunidades bolivianas son distintas de las costumbres argentinas y las de otros migrantes. Sus redes familiares son más fuertes que las de otros grupos de migrantes. No hay muchos migrantes solteros, la mayoría vienen con su familia o ya tienen familia en Argentina. Casi todas las mujeres vienen acompañadas, y pocas dejan hijos menores de 15 años en Bolivia (Cerrutti, 2010). Las relaciones familiares son más machistas de lo que es normal en Buenos Aires. Hay altas tasas de mujeres abusadas y en muchas familias la violencia interpersonal es normalizada. En las parejas, el hombre tiene la decisión de usar o no usar anticonceptivos (Vazquez & Páramo, 2013). El embarazo adolescente es un fenómeno común en las comunidades de migrantes bolivianas. En el año 2001, un 54.3% de mujeres bolivianas en BA tuvieron hijos en comparación a un 18.0% de mujeres argentinas. Esa diferencia viene de costumbres culturales y también de una falta de conocimiento sobre anticonceptivos (Cerrutti, 2010).

## **B. El Derecho al Sistema de Salud**



El sistema de salud en Argentina es universal, gratuita y pública. Un 84% de la población tiene cobertura pública o de obras sociales (Novick, 2017). Antes de los años noventa, hubo restricciones a los derechos de los migrantes en los sistemas de salud y educación. La Ley Videla del fin de la etapa de las dictaduras fue la más restrictiva para los inmigrantes (Baladrón, 2013). A fines del siglo XX y comienzo del siglo XXI, los migrantes obtuvieron más derechos y acceso a sistemas públicos. En 1994, La Ley Básica de la Salud (153) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) aseguró el derecho a la salud para los inmigrantes de CABA (Baladrón, 2013). En 2004, la Ley de Migraciones (25.871) declaró el derecho al acceso de sistemas de salud y educación para todos los migrantes del país. En la ley 25.871, artículos 6 y 8 hablan específicamente de la salud (Cerutti, 2010):

*Artículo 6:* “El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.”

*Artículo 8:* “No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.”

Aunque la legislación en Argentina es muy avanzada en el campo de la salud, todavía hay necesidad de más esfuerzos para promover el acceso y calidad del sistema

de salud. Para muchos migrantes, hay barreras a la salud a causa de factores culturales, económicos y estructurales.

### **C. Barreras Culturales para la Atención Médica en Comunidades Bolivianas**

Para las comunidades bolivianas en la provincia de Buenos Aires, las diferencias culturales son una barrera grande al acceso y a la confianza en el sistema. Son parte de los determinantes sociales de la salud - las condiciones de vida que influyen diferencias en el nivel de salud entre individuos y comunidades. Estas condiciones pueden ser económicas, culturales o geográficas (WHO, 2019). Una de las diferencias en la concepción de salud entre bolivianos y argentinos es el rol de la medicina tradicional. En Bolivia, el 80% de la población usa medicina tradicional en la primera instancia de la enfermedad (Antezana, 2017). El uso de yuyos (plantas medicinales) no es aceptada por la mayoría de clínicos y médicos argentinos (Vazquez & Páramo, 2013). Otra diferencia está en la posición de dar la luz. Muchas de las migrantes bolivianas prefieren parir en cuclillas en vez de en cama (Cerrutti, 2010). Hay resistencia a esa diferencia en el sistema de salud en Buenos Aires - en el año 2014, sólo cuatro hospitales porteños respetaron la preferencia de la mujer en el proceso de parir (Télam, 2016). Las diferencias en las percepciones de género también afectan su relación con efectores de salud. El estigma de los anticonceptivos en comunidades bolivianas crean una barrera a la salud reproductiva. Las campañas de salud y los efectores de salud dedicados están ayudando a dar más control, a las mujeres bolivianas, sobre sus cuerpos y sexualidad pero todavía hay desafíos culturales sobre el tema (Vazquez & Páramo, 2013).

El estigma social contra la población boliviana también puede influir en su calidad de trato y relación con el sistema médico. Además del racismo, hay percepciones de que las mujeres bolivianas son sumisas, dóciles y que no entienden mucho sobre temas de salud (Aizenberg, Rodriguez & Carbonetti, 2014). Estos estereotipos afectan el trato a las pacientes bolivianas independientemente de su verdad (Cerrutti, 2010). Finalmente, los políticos de la derecha han popularizado la idea de que muchos migrantes sólo vienen a Argentina para aprovechar los sistemas gratuitos de salud y educación. Aunque los estudios muestran que hay poca verdad en este sentimiento, todavía hay estigma (Cerutti, 2009).

#### **D. La Comunicación Intercultural**

Hay factores estructurales que limitan la comunicación intercultural. Es importante entender eso para crear un cambio real y sostenible. Algunas barreras para la comunicación vienen del entrenamiento de los médicos. La práctica médica moderna en Argentina y otros países occidentales está basada en “un modelo hegemónico que codifica y homogeniza las historias y cuerpos de mujeres.” (Vazquez & Páramo, 2013). La idea de igualdad es más popular que la idea de equidad, pero cuando todos los pacientes son tratados como si tuvieran las mismas necesidades es un sistema menos efectivo y accesible, especialmente para migrantes y comunidades originarias.

Cuando los pacientes tienen perspectivas diferentes sobre la salud, aunque muchos médicos respetan a sus pacientes no hay esfuerzo para incorporar perspectivas alternativas en el sistema de salud. Parte de la comunicación intercultural es la descolonización de la medicina. Es importante que los médicos cuestionen las

relaciones de poder en su hospital y aprendan sobre la validez de otras perspectivas (Vazquez & Páramo, 2013).

## **Metodología**

Para investigar el tema de comunicación entre migrantes bolivianos y efectores de salud, hice una pasantía en el hospital Gandulfo en Lomas de Zamora, Buenos Aires, con la supervisión de Maria Miguel. Pase 6 días en el Hospital, observando y entrevistando de 8:30 a 13:00. El hospital Gandulfo es el hospital público del municipio de Lomas de Zamora, tiene 1300 empleados y atiende a 500 pacientes por día. El municipio de Lomas tiene casi un millón de personas. Hay 42 centros de salud (CAPS) conectados al hospital. Tiene pacientes del segundo conurbano de Buenos Aires, incluyendo una población grande de migrantes e individuos que sufren pobreza. Es uno de los municipios en Buenos Aires que tiene niveles socioeconómicos más bajos (María Eugenia).

Mi mentora y supervisora en el hospital, María Miguel, es la jefa del departamento de servicios sociales. Hay 4 trabajadores sociales y unos voluntarios en su departamento. Ella tiene más de 30 años de experiencia, y tiene su doctorado en salud mental comunitaria. Además es docente de salud pública y formación profesional en la Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de Lomas de Zamora, y la Universidad Nacional de Lanús. Su trabajo es muy interdisciplinario y tiene un enfoque en los determinantes sociales de salud. Ella trabaja con otros profesionales, pacientes, familias y estructuras externas. Pasa mucho de su tiempo en interconsultas cuando hay

abuso, pacientes sin hogar, ancianos sin familia y otras situaciones complicadas. Tuve la oportunidad de observar su trabajo y el trabajo de sus compañeros.

Además de entrevistar a María Miguel, hice siete entrevistas semiestructuradas con varios efectores de salud en el hospital Gandulfo, les pregunte sobre la comunicación intercultural y las estrategias para una comunicación efectiva (apéndice

1). Hablé con los siguientes individuos

1. Suni - Jefa de servicios sociales en el municipio Lomas

Suni ha trabajado en el hospital Gandulfo por 20 años. María Miguel es una de sus mentoras más importantes. Trabaja para asegurar el cumplimiento del tratamiento de enfermedades como la tuberculosis y la sífilis . También hace trabajos de salud comunitario - ella va a los colegios para promover el uso de anticonceptivos.

2. Karina - Médica

Karina practica la medicina interna. Empezó trabajando en el hospital Gandulfo desde 1993. Trabaja mucho con María Miguel y los servicios sociales.

3. María Eugenia - La jefa de neonatología

María Eugenia trabaja 24 años en el hospital Gandulfo y en el campo. Decidió trabajar en neonatología porque había una ausencia de médicos en este campo, le interesa trabajar con pacientes prematuras.

4. Patricia y Claudio – Obstetras

Los dos médicos han trabajado en el hospital Lomas por toda su carrera. Patricia tiene 33 años de experiencia y Claudio tiene 31. Tienen muchos pacientes migrantes de Bolivia, Perú, Paraguay, y China.

#### 5. Seraya – Pediatra

Seraya es de Potosí, Bolivia y vino a Argentina para trabajar. Ha trabajado en Gandulfo por un año. Ella trabaja en la maternidad. Tiene muchos pacientes bolivianos. Ella habla quechua.

#### 6. Isabel - Pediatra

Isabel es de un pueblo cerca de Sucre, Bolivia y vino a Argentina para su residencia. Ha trabajado en Gandulfo por un año. Tiene muchos pacientes bolivianos y habla un poco de quechua.

#### 7. Victor Florian - Médico infectólogo pediatra y jefe de la referencia

Ha trabajado como médico desde 1984. Su primer trabajo fue en la provincia Formosa en el noroeste Argentino. En Formosa, trabajó con muchos pacientes que sufrían de tuberculosis y lepra. Después vino al Hospital Gandulfo para hacer su residencia en pediatría. Ahora trabaja mucho con enfermedades infecciosas que pasan de mamás embarazadas a sus bebés (infecciones de transmisión vertical). También comunica mucho con los CAPS para promover conocimiento y prevención de infecciones de transmisión vertical, incluyendo HIV, Sífilis y Chagas .

Antes de mi pasantía, también hice una entrevista fuera del hospital Gandulfo con la psicóloga Lic. Karina Cammarota. Ella trabaja en el centro de salud 34 en el barrio Flores. Trabaja con mujeres, niños, y parejas.

### **Limitaciones de la Investigación**

Una de las limitaciones de este proyecto fue mi falta de conocimiento sobre el sistema de salud argentino. Aunque aprendí mucho durante la investigación, cuando empecé no supe el contexto. Pienso que con más conocimiento sobre el sistema argentino, pudiera diseñar un estudio más específico. Otra limitación fue la falta de tiempo. Porque solo tuve poco tiempo pienso que fue valioso pasar la mayoría de mi tiempo en el Hospital Gandulfo para entender el tema con más profundidad. Tuve la oportunidad de ver patrones de comunicación y observar similitudes y diferencias entre las perspectivas de diferentes efectores de salud en un contexto familiar. Con más tiempo, hubiera hecho entrevistas con profesionales de salud en más clínicos. Es posible que los efectores de salud en el hospital Gandulfo tienen perspectivas diferentes que otros profesionales y en una investigación completa siempre es importante tener una mezcla de perspectivas. Aunque no fui a muchos clínicos/hospitales, trate de hablar con personas de especialidades muy distintas para oír una multitud de ideas sobre el tema.

### **Ética**

Decidí a no hablar con pacientes por razones éticos. Este reportaje no incluye los apellidos de los efectores de salud que entrevisté para proteger su privacidad. Cuando oía información confidencial en el clínico, no hablaba del contenido con otros. El Hospital Gandulfo es un hospital de enseñanza así no fue raro que estuve con María Miguel observando y entrevistando. Siempre estaba considerada con el tiempo de los efectores de salud y no hice entrevistas muy largas.

## **Desarrollo**

### **Perspectivas sobre la Comunidad Boliviana y Comunicación Intercultural**

Todos los doctores que entrevisté tienen pacientes bolivianos. El departamento de maternidad tiene la mayor cantidad de bolivianas (Claudio & Patricia, 2019). El departamento de servicios sociales ve muchos casos de abuso de mujeres bolivianas (María Miguel, 2019). Suni, una trabajadora social, dijo que aunque el abuso ocurre en todas clases de la población, es muy difícil dejar su pareja para las mujeres bolivianas. Ellas no tienen los recursos para salir y son partes de redes familiares muy fuertes. Similar a otras comunidades de migrantes, la población tiene altas tasas de alcoholismo y uso de paco (Suni, 2019). Casi todos los pacientes bolivianos hablan español y el idioma no es una barrera grande en el hospital. Algunos doctores hablan Quechua y ellos sirven a los pacientes que hablan menos español.

Por supuesto, aunque la mayoría de los migrantes y los efectores de salud hablan el mismo idioma, todavía hay barreras culturales. Una barrera a la comunicación es que las comunidades bolivianas son muy cerradas (Suni, 2019). Otra barrera descrita por casi todos los efectores de salud es la disposición más tímida de la mujer boliviana. Me dijeron que muchas veces necesitan preguntarles poco a poco, y puede ser frustrante para los profesionales. Los obstétricos me dijeron que las mujeres bolivianas tienen una tendencia a responder a preguntas con “sí”, “no”, y números. Aunque las pacientes bolivianas entienden todo, es difícil tener una conversación sobre sus historiales médicos y temas complicados. Dijeron que es útil cuando las mujeres están acompañadas por familia.



Diferencias en costumbres de salud también afectan la relación entre los pacientes y los efectores de la salud. Los bolivianos prefieren usar medicina tradicional antes que vayan al hospital. Usan tecitos de taico para dolor del estómago y varios yuyos para tratar otras enfermedades (María Miguel & Isabel, 2019). Muchas mujeres tratan de usar yuyos para facilitar el aborto (Karina, 2019). Los bolivianos tienen una tendencia de ir al hospital solo cuando tienen enfermedades graves y después de usar la medicina tradicional. Aunque el sistema de salud es gratuito y accesible, muchos no vienen hasta sus enfermedades son difíciles a curar, y eso puede crear frustración para los médicos (Isabel, 2019).

Otra diferencia es que las mujeres bolivianas prefieren dar la luz en cuclillas en vez de en cama. En el hospital Gandulfo, los médicos respetan las diferencias culturales al máximo cuando sea posible pero en casos de niños o emergencias siempre siguen la medicina moderna incluso si hay disputas. Los obstétricos dicen que tienen una preferencia que todas la mujeres de la luz en cama. En mi entrevista con la psicóloga del centro de salud 34, aprendí sobre los esfuerzos del hospital Álvarez para incorporar las prácticas de las pacientes en la departamenta obstétrica. Entre un 40 y 60% de las pacientes en el hospital son bolivianas y después de años de frustración y dificultades de comunicación, algunos médicos hicieron una serie de entrevistas con mujeres bolivianas. Después de las entrevistas, empezó a dar a las mujeres la opción de partir en cuclillas (Karina, 2019).

Aunque hay desafíos en la comunicación, todos los efectores de salud que entrevisté me dijeron que la población migrante (incluyendo los bolivianos) tiene

confianza en el hospital y los médicos. María Miguel me dijo que su confianza es el resultado de mucho diálogo entre efectores de salud y sus pacientes y la comunidad. En general, los migrantes son pacientes agradecidos y más amables a los equipos médicos que los argentinos. Otros países sudamericanos no tienen sistemas de salud tan accesibles y los migrantes valoran su derecho a la salud acá (María Miguel & Suni, 2019).

### **Barreras y Facilitadores de la Comunicación por Parte de los Efectores de Salud**

En el hospital Gandulfo, aprendí mucho sobre las barreras y facilitadores de la comunicación con todos los pacientes, no solo bolivianos. Los problemas de comunicación sistémicos son las raíces de muchas de las dificultades en la comunicación intercultural y son importantes para estudiar para mejorar el sistema y la relación entre efector de salud y paciente. Los médicos hablaron de la falta de entrenamiento en salud pública y comunicación. María Eugenia, la jefa de neonatología, dijo, “No podemos sanar el mundo, pero podemos acompañar los pacientes en su dolor. No aprendemos eso en la universidad.”. La comunicación y la empatía son aspectos importantes de su carrera, pero el entrenamiento solo enfoca en las teorías científicas. Cuando entrevisté a las pediatras bolivianas, aprendí que en Bolivia hay más enfoque en la salud pública y la comunicación intercultural (Soraya y Isabel, 2019). Para obtener su licencia, necesitas pasar tres meses en el campo trabajando en un clínico o en una campaña de salud. Trabajar en el campo es una oportunidad buena para aprender sobre la comunicación intercultural y las barreras del acceso a la atención médica. Otro

médico empezó su carrera en la provincia Formosa y dijo que la experiencia fue formativa (Victor, 2019).

Problemas entre equipos médicos también es una barrera a buenas relaciones con pacientes. Cuando pregunté a la médica María Eugenia sobre la comunicación, me dijo que cuando haya fracturas en su equipo las relaciones con pacientes son peores. Un equipo unido es vital para comunicar bien con pacientes y crear confianza. En el departamento de servicios sociales, los trabajadores sociales empiezan el día sentando juntos y hablan de todos sus casos y pacientes. María Miguel describió el espacio como una “cocina de pensamientos”. El ambiente colaborativo ayuda a ellos a ser más efectivos e informados. Cuando Miguel trabaja con médicos menos empáticos, su estrategia sea tratarlos con mucho cariño y paciencia. Me dijo que cada interacción es una oportunidad a abrir o cerrar la relación. Los pacientes del departamento de servicios sociales tienen mucha confianza en el sistema, y es probable que buenas relaciones entre el equipo es un aspecto importante.

Otra barrera posible es el prejuicio por parte de los efectores de salud. María Miguel explicó que en su juventud tuvo una formación cristiana ortodoxa. Tuvo que reevaluar sus perspectivas sobre los temas de los anticonceptivos para ayudar a sus pacientes al máximo. Ella explicó que los efectores de salud tienen que evaluar sus propios sesgos para mejorar su relación con los pacientes. La humildad es un aspecto integral de este proceso. Los efectores de salud necesitan recordar que muchas veces es imposible saber la verdad. Su “verdad” viene de sus propias experiencias, es probable que su verdad sea diferente que la verdad de los pacientes y otras personas. Es

importante no criticar ni cuestionar y entender que la realidad y perspectiva del paciente son válidas (María Miguel, 2019). Una actitud de humildad facilita el proceso de comunicación y también promueve el uso de nuevas estrategias cuando algo no funciona o hay cambios en la población o epidemiología (María Miguel, 2019). La humildad tiene una conexión a la empatía, un concepto muy importante en el campo de salud. Cuando pregunté a los médicos sobre las barreras a la comunicación intercultural, Víctor me dijo que la barrera más grande es una falta de empatía por parte de los médicos.

Finalmente, la falta de tiempo es otra barrera por parte de los médicos. Los obstétricos me explicaron que tiempo para hablar y preguntar es necesario para crear confianza entre los médicos y los pacientes. Solo tienen 20 minutos por sus reuniones con pacientes. Ellos esperan que haya más médicos en su departamento en el futuro (Pedro, Patricia & Claudio, 2019).

## **Conclusion**

Mi semana en el Hospital Gandulfo era muy impactante. Aunque casi todos mis hallazgos vienen de un hospital, pienso que mis hallazgos en el tema de comunicación podrían aplicarse de manera más amplia. Durante la investigación, aprendí sobre los efectores de salud que los factores más importantes para la comunicación intercultural son la empatía y el diálogo. Por supuesto, hay barreras culturales entre la comunidad boliviana y los profesionales argentinos. Tienen diferentes perspectivas sobre el concepto de la salud, el tratamiento y las relaciones familiares. Los efectores de salud tienen la responsabilidad de comunicar y crear confianza a pesar de las brechas. Todos

los profesionales de salud que entrevistaste tienen estrategias para facilitar la comunicación con pacientes bolivianos. Aunque tienen poco entrenamiento formal de comunicación intercultural, años que experiencia les enseñan estrategias para comunicarse de una manera efectiva.

El Hospital Gandulfo tiene muchos efectores de salud dedicados a ayudar todos sus pacientes al máximo, pero todavía hay problemas sistémicos que impiden la comunicación. La Facultad de Medicina falta cursos sobre la salud pública y la comunicación. Lo social y lo personal son aspectos importantes del trabajo de médico, y su entrenamiento debe incorporar más temas fuera de temas científicos. Algunos médicos dijeron que sus compañeros faltan empatía, y dijeron que más enfoca en la empatía ayudará a facilitar la comunicación intercultural (Victor, María Miguel). Finalmente, algunos aspectos estructurales son barreras a la comunicación por parte de los profesionales. Los médicos sólo tienen 20 minutos con cada paciente (Patricia, Claudio). Con más tiempo podrían crear un vínculo más fuerte con sus pacientes.

### **Reflexiones Personales**

Gracias a la oportunidad de hacer una pasantía en el hospital Gandulfo, mis perspectivas sobre la salud y la comunicación cambiaron y se profundizaron. De María Miguel, aprendí a pensar en la salud como la capacidad de prosperar en lugar de la ausencia de enfermedad. Observando el trabajo de María Miguel, me di cuenta de que la mayoría de sus casos ocurren “después del fuego”. Esta experiencia me mostró la importancia de la salud preventiva. Con mejores campañas y educación de la salud,

quizás algunos de los pacientes nunca hubieran tenido la necesidad de trabajar con servicios sociales.

También aprendí sobre la importancia de reflexión personal. Cuando pregunté a Maria Miguel sobre la dificultad de trabajar con abusadores, me dijo que es muy importante saber sus límites. Explicó que puedes lograr mucho más cuando aceptas que no eres una heroína. Esta humildad es importante para ser profesional de salud efectivo y empático. El único médico que no fue empático a los migrantes bolivianos estaba estresado y apurado. Pienso que cuando no tienes tiempo para pensar y reflexionar es fácil perder perspectiva. Para mí, este fue un buen recordatorio para tratar de no centrarme en mi propio estrés, incluso cuando la vida es una locura.

Aunque hay muchas barreras al sistema de salud para la población boliviana, yo vi que hay muchos efectores de salud que quieren reducir las brechas. Especialmente en el departamento de servicios sociales, los trabajadores están trabajando a mejorar la comunicación y terminar círculos de la pobreza. Maria Miguel me dijo que, “sin la pasión y el espíritu, la medicina es vacía.”. Por supuesto es difícil crear cambio, pero donde hay empatía y pasión siempre es posible. Voy a traer los valores al equipo de trabajadores sociales en Hospital Gandulfo a mis trabajos futuros.

## Bibliografía

- Amadeo, E. (2009). Derechos sexuales y reproductivos de la población en la ciudad autónoma de Buenos Aires 2008-2009. *Informe De Salud*, 11-70.
- Aizenberg, L., Rodriguez, M. & Carbonetti, A. (2014). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad*. 65-94.
- Antezana, R. (2017). La Medicina Natural en Bolivia. Recuperado de <http://lostiempos.com/tendencias/salud/20170805/medicina-natural-bolivia>
- Baladron, M. (2013). Migrantes. *Centro de Estudios Legales y Sociales* 8-43.
- Cerrutti, M. (2007). Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrante limítrofes en la Argentina. *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. 15-32.
- Cerrutti, M. (2009). Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina, serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población. *Buenos Aires: Secretaria de Interior/Ministerio del Interior/Organización para las Migraciones*.
- Cerutti, M. (2010). Salud y migración internacional: Mujeres bolivianas en la Argentina. *Buenos Aires: Latingrafica S.R.L.*
- Novick, G. (2010). Health care organization and delivery in Argentina: A case of fragmentation, inefficiency, and inequality. *Global Policy*. 93-96.

Telman Staff. (2016). Solo cuatro hospitales porteños cumplen las premisas de parto respetado. Recuperado de:

<http://www.telam.com.ar/notas/201606/150204-aaa.php>

Vazquez, V., Paramo, M. (2013). Mujeres subalternas ante los servicios de salud en la región noroeste argentino. *Medicina, Salud y Sociedad*, 1-24.

WHO Staff. (2019). Social Determinants of Health. Recuperado de:

[https://www.who.int/social\\_determinants/en/](https://www.who.int/social_determinants/en/).



## Apéndice

Preguntas para las entrevistas:

1. ¿Nombre? ¿Título de trabajo?
2. ¿Cuántos años en su profesión? ¿Cuántos años en este hospital?
3. ¿ Cuáles fueron sus motivaciones para ser médico/trabajador social?
4. Describa la población que usa sus servicios. ¿Hay muchos inmigrantes? ¿De qué países?
5. ¿Hay dificultades con la comunicación intercultural en su trabajo? ¿Cómo son?
6. ¿En su opinión, qué es lo más importante para crear confianza entre pacientes y los efectores de salud?
7. ¿En su carrera, ha trabajado en salud comunitaria? ¿En qué capacidad?
8. ¿ Cuáles son algunas dificultades administrativas o familiares que usted enfrenta en su carrera?
9. ¿Cómo puede mejorar la relación entre trabajadores de salud y pacientes en su departamento del hospital?