



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL EN EL SECTOR SALUD MEXICANO:
LA COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICOS MEXICANOS Y PACIENTES
ESTADOUNIDENSES.**

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Ciencias de la Comunicación
Opción Terminal en Comunicación Organizacional

Presenta:

María Elizabeth Paredes González

Asesora:

Maestra Adriana Reynaga Morales

México, 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer:

A Dios, por permitirme seguir gozando en cuerpo y alma de la vida.

A mis padres, Víctor Paredes Zarate y Cecilia González Alvear, por darme la vida, por su apoyo y comprensión incondicional, por ser mi amor eterno.

A mis hermanos, Selene Paredes y Víctor R. Paredes, por ser impulso, motivación y ejemplo. Por llevar en alto su nombre de hermandad.

A mi abuelo Theobaldo, por ser mi más bello recuerdo de conocimiento, profesionalismo y trabajo.

A mi familia; mis primos, mis abuelas Porfiria y María, mis tíos y tías Eli, Mago, Maricela, Mirna y Chela, por conformar mi cultura y ser parte fundamental de mi crecimiento y desarrollo humano.

A mis amigos por compartir, por enseñarme el valor de la confianza y crecer a mi lado. Especialmente a Ferchi por ser mi mejor generador de risas y a Arturo, por creer en mí y mirar juntos en la misma dirección.

A mis profesores por darme las bases del conocimiento, por brindarme información, instruirme y guiarme para hoy construir este trabajo. Especialmente a mi asesora, Adriana Reynaga, por su guía y paciencia en este proyecto, así como a los integrantes del jurado por su apoyo en la conclusión del mismo.

A los médicos, pacientes y especialistas en el tema, en especial al profesor Salvador García Liñán, quienes hicieron posible esta tesis con su aportación de conocimiento a través de entrevistas o encuestas.

A CONAPE, Procter, Albuquerque, Gaia y Coaching, por ofrecerme grandes amigos y experiencias que han marcado mi vivir.

A mi entorno; al cielo, a la naturaleza, a la música, a la danza, al arte, a la humanidad, pero sobretodo, al amor, por ser inspiración.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL.....	9
1. HACIA UNA DEFINICIÓN DE CULTURA.	9
2. INTERCULTURALIDAD EN UN MUNDO GLOBALIZADO.....	10
3. COMUNICACIÓN EN LA CULTURA.	13
4. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL	14
4.1. <i>Previo a la comunicación intercultural.....</i>	<i>15</i>
4.1.1. Percepción.....	16
4.1.2. Desafíos de la percepción intercultural.	17
5. ELEMENTOS CULTURALES DISTINTIVOS: ROMPIENDO BARRERAS.	18
5.1. <i>Elementos culturales distintivos manifestados por patrones culturales.</i>	<i>18</i>
5.1.1. Colectivismo e Individualismo.	18
5.1.2. Familia.....	19
5.1.3. Religión.....	20
5.2. <i>Elementos culturales distintivos manifestados por tipos de comunicación.</i>	<i>21</i>
5.2.1. Elementos culturales distintivos en la comunicación intercultural verbal.	21
5.2.2. Elementos culturales distintivos en la comunicación intercultural no verbal.	22
6. DIVERSIDAD CULTURAL: EL PRIMER PASO A LA INTERCULTURALIDAD.....	24
7. REFERENCIAS DEL CAPÍTULO.....	25
III. INTERCULTURALIDAD EN EL SECTOR SALUD MEXICANO.	27
1. HACIA UNA DEFINICIÓN DE INTERCULTURALIDAD DE SALUD.	27
2. CRECIMIENTO DE EXTRANJEROS EN MÉXICO.	27
3. SITUACIÓN DEL TURISMO MÉDICO EN MÉXICO.....	28
4. LAS CULTURAS EN EL SECTOR SALUD: VISIONES, SISTEMAS Y TRATAMIENTOS.....	30
4.1. <i>Significado de salud.....</i>	<i>31</i>
4.1.1. Sistema de creencias y tratamientos de salud:	31
4.1.2. Sistemas de servicios de salud.....	33
4.2. <i>Sistemas de salud por modelo: México frente a EE.UU.</i>	<i>34</i>
4.2.1. Sistema de salud de EE.UU.....	34
4.2.2. Sistema de salud en México	36
4.3. <i>Certificación de hospitales.....</i>	<i>38</i>
4.4. <i>Leyes que reconocen a la interculturalidad.....</i>	<i>43</i>

4.5. Comunicación Médica.	44
4.6. La interculturalidad de salud en México.....	47
5. REFERENCIAS DEL CAPÍTULO.....	50
IV. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL EN EL SECTOR SALUD MEXICANO.....	54
1. INTERCULTURALIDAD ENTRE MÉDICOS MEXICANOS Y PACIENTES ESTADOUNIDENSES.....	54
2. ELEMENTOS CULTURALES DISTINTIVOS ENTRE EL MÉDICO MEXICANO Y EL PACIENTE ESTADOUNIDENSE, Y SUS BARRERAS.	55
2.1. Barreras de comunicación intercultural verbal.	55
2.2. Barreras de comunicación intercultural no verbal.....	57
2.3. Barreras culturales en la comunicación intercultural	57
3. ESTUDIO DE CASO: CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS MEXICANOS EN INTERCULTURALIDAD Y SU INFLUENCIA EN LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES ESTADOUNIDENSES.....	59
3.1. Conocimiento de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales distintivos del paciente estadounidense para una comunicación efectiva.....	60
3.1.1. Conocimiento de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales del paciente estadounidense por educación.	60
3.1.2. Conocimiento de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales del paciente estadounidense por encuesta.....	62
3.1.2.1. Elementos distintivos de comunicación intercultural verbal.....	63
3.1.2.2. Elementos distintivos de comunicación intercultural no verbal.....	66
3.1.2.3. Elementos distintivos de patrones culturales	67
3.1.3. Conclusiones	70
3.2. La comunicación entre el médico mexicano y el paciente estadounidense a causa del desconocimiento del médico de los elementos distintivos del paciente.....	71
3.2.1. Categorías del proceso comunicativo exitoso y la influencia de los elementos culturales distintivos sobre ellas.....	73
3.2.1.1. Escucha	74
3.2.1.2. Comprensión.....	78
3.2.1.3. Validación.....	82
3.2.1.4. Negociación	87
3.2.1.5. Importancia de las categorías para la comunicación efectiva.	91
3.2.2. Conclusiones	92
4. REFERENCIAS DEL CAPÍTULO.....	94

V. CONCLUSIONES FINALES.....95

VI. PERSPECTIVAS99

VII. ANEXOS..... 100

ANEXO 1..... 100

ANEXO 2..... 106

ANEXO 3..... 111

ANEXO 4..... 116

ANEXO 5..... 118

ANEXO 6..... 122

ANEXO 7..... 124

ANEXO 8..... 128

ANEXO 9..... 131

ANEXO 10..... 134

ANEXO 11..... 139

ANEXO 12..... 141

VIII. REFERENCIAS..... 144

I. INTRODUCCIÓN

Frente a todo lo que el desarrollo de la tecnología nos ofrece, la Era de la interculturalidad hoy es una realidad. Las facilidades para viajar de un país a otro y el conocimiento de otras culturas al alcance de cualquier computadora es lo que permite que se hayan creado distintas políticas internacionales que vuelven más cercana la relación entre comunidades de diferentes partes del mundo, lo que provoca que cada vez sea más común toparse con individuos de países lejanos que vienen a México a conocerlo o habitarlo. Sin importar la razón, la globalización de hoy, brinda la oportunidad de convivir con personas de otras culturas y abre la puerta a prestar atención a nuevas vías de desarrollo para el país, tales como el turismo en algunas de sus variantes.

Este es el caso del turismo médico, al que actualmente la Secretaría de Turismo apuesta como una de las mejores vías para generar inversión, ya que se estima que para el 2015 el país reciba sólo en la región norte a 450mil turistas para compartir tratamientos médicos que dejen una ganancia de mil 350 millones de dólares (Deloitte, 2011). A esto además lo favorece ser el país vecino de Estados Unidos, donde por un lado, la generación de *Baby Boomers*¹ ve a México, por su clima y vida más económica, como un país de descanso para habitar durante su jubilación, y por otro, hay una significativa cantidad de estadounidenses que lo ven como el país más cercano y económico en servicios médicos, pues a pesar de ya estar en proceso la implementación de la “Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible”, aún la mayoría de la población no cuenta con servicios de costos accesibles en su propio país.

Sin embargo, a pesar de que México cuenta con la tecnología, los médicos y clínicas suficientes para atender a extranjeros, es decir, con todas las herramientas a nivel material, las autoridades han dejado de pensar en las consecuencias que la promoción del turismo médico podría tener a nivel social, ya que en ningún momento hablan sobre calidad en la atención que se ofrece dentro de la interacción médico-paciente. Al parecer se olvida que la atención a un paciente no sólo se trata de buenas instalaciones y suficientes profesionales de salud, sino que conlleva una interacción entre individuos de otra cultura, para lo cual es necesario los especialistas estén preparados a enfrentarse con modos de pensar y actuar distintos a los que están acostumbrados.

¹ Se usa el término *Baby Boomers* para referirse a las personas que nacieron a principios de la década de los 40's y finales de los 60's.

Aquí la importancia del conocimiento en interculturalidad y la comunicación como una herramienta inherente a la misma, gracias a la cual se hace posible la transmisión de la cultura y necesaria para entender cómo se dan las relaciones entre personas de distintas comunidades. Bajo este argumento el presente trabajo enfoca su estudio en conocer cómo se da la comulación intercultural en el sector salud mexicano, a partir del conocimiento en interculturalidad de los médicos mexicanos.

Enfocada específicamente en pacientes estadounidenses, la tesis reconoce a la comunicación intercultural como el recurso que logra que el individuo conviva y comparta sus elementos culturales con el otro, por lo que se considera indispensable dentro de la relación médico mexicano – paciente extranjero.

Ahora bien, bajo el supuesto del desconocimiento de la misma por parte de los médicos mexicanos, e inclusive la falta de atención sobre los elementos culturales que son distintos en el paciente estadounidense, se pueden ocasionar ciertas fallas en la interacción entre médico y el paciente. Por ello, reconocer qué tanto afecta este desconocimiento en la comunicación puede resultar un factor clave y decisivo para aumentar la confianza que los extranjeros tienen sobre el sector salud mexicano y la promoción del mismo.

Este trabajo expone desde el punto de vista de la psicología y la antropología, los conceptos fundamentales para el desarrollo de la comunicación intercultural en salud. El proyecto se llevó a cabo a partir de la perspectiva constructivista, la cual utiliza metodología cuantitativa y cualitativa. Las herramientas que la apoyan son el análisis documental y bibliografía para conocer datos del estudio de caso abordado en la investigación, también se realizan entrevistas y encuestas.

En primer lugar se presenta un análisis para entender cómo la diferencia de culturas afecta todo proceso de comunicación, al reconocer qué es la cultura, qué es la comunicación y por tanto la importancia de la primera sobre la segunda. Se presentan además los elementos culturales que pueden ser distintivos entre el médico mexicano y el paciente estadounidense, lo que puede traer consigo diversas barreras de interculturalidad que se pueden superar gracias al conocimiento de comunicación intercultural.

En segundo lugar bajo las perspectivas de desarrollo de turismo médico en el país, se reconoce cómo es la interculturalidad en el sector salud mexicano, se estudia cuáles son los recursos materiales y cognitivos con los que cuenta el sector, y las leyes que apoyan y favorecen la

atención a extranjeros. Además se crea vínculo con los estudios que hay sobre comunicación médica con los pacientes nacionales, para tomarla como un referente hacia cómo podría ser la atención con los extranjeros.

Por último, la aportación más importante del presente trabajo, es dar a conocer cuál es el conocimiento del médico mexicano sobre interculturalidad y de qué manera esto influye sobre la comunicación con el mismo. En general se busca conocer cómo es actualmente la relación médico mexicano - paciente extranjero a partir de la aplicación de técnicas de comunicación intercultural. Así, la presente tesis da a conocer la importancia que tiene el conocimiento de comunicación intercultural por parte del médico mexicano para mejorar su relación con el paciente extranjero.

II. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

1. Hacia una definición de cultura.

No hay país en el mundo que no mantenga sus propias tradiciones ni hay ciudadano que no participe para transformarlas, ya que son ellas las que nos dan identidad y, por tanto, mantienen vivas a las sociedades. Es ésta la gran importancia que reside en la cultura, pues hace el individuo se identifique y reconozca como parte de un grupo social. Tener cultura definitivamente responde a la pregunta que todo ser humano se hace para saber a dónde pertenece.

El conocimiento y las experiencias que desde el nacimiento se van obteniendo gracias a las personas que nos rodean, construyen la cultura. El lenguaje, los valores, las costumbres, las creencias, los hábitos, las normas, las percepciones y las asunciones son los comportamientos característicos que nos forman y definen como parte de un grupo humano con el que se comparten todos esos elementos.

Así pues, todo el conjunto de instrumentos acumulados por el hombre en su historia, incluyendo los objetos y los códigos sociales, los gustos y las ideas (que siempre están en movimiento y evolución) conforman a la cultura. De aquí que, según Trujillo (2010) “la cultura es todo lo que se refiere a las formas de interacción social y a sus resultados; es decir, la parte no biológica de la adaptación de una sociedad a su ambiente” (p. 23).

Si bien, los individuos, a nivel fisiológico no necesitan ningún tipo de conocimiento para sobrevivir, la adaptación es inherente al hombre y esta actitud necesita ser aprendida a través del medio. Al nacer, el hombre no sabe cómo vestirse o qué comer; es el entorno el que le va marcando de qué modo actuar frente a las diversas situaciones y problemáticas que enfrenta. Esta influencia del entorno es, además, parte de lo que se llama transmisión de cultura. Ésta actúa como una respuesta a la necesidad que tiene el ser humano de convivir con los otros, y es, a largo plazo, lo que conforma las costumbres y tradiciones.

Hay que recordar que los antepasados del mexicano aprendieron a seguir a Cristo por influencia de los españoles o que los norteamericanos mantienen el inglés como lengua desde que los anglosajones los colonizaron. Sin duda alguna, civilizar y transmitir la cultura no es

cuestión del presente, es una acción que existe desde hace miles de años y que, con el tiempo, se ha convertido en un importante objeto de estudio.

Si es gracias a la cultura que el individuo descubre la interacción y aprende a socializar, así como transmitir costumbres y tradiciones, se resume que en el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a lo cognitivo, referente a los pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje por el hombre, el mundo de la conceptualización o lo abstracto; y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas (Alarcón, Vidal & Neira, 2003). Esto quiere decir que en la aculturación² por un lado influyen todos los elementos que simboliza el individuo y por otro cómo los manifiesta.

2. Interculturalidad en un mundo globalizado

En la Edad de las Máquinas, cuando la finalidad principal del hombre era entender y explicar el mundo, la movilización de las comunidades era sencilla, bastaba con salir a explorar, buscar tierras, colonizar y civilizar, es decir, darles su propia cultura a los elementos de ese nuevo suelo. Actualmente esa transmisión es aún más sencilla y con grandes diferencias a consecuencia de la tecnología, la cual hace posible la transmisión de la cultura sin que sea necesaria la presencia de un individuo o varios para convivir y reproducirse en nuevas comunidades.

Los medios de comunicación masiva, la televisión, la radio, pero sobre todo, el Internet, han traído para el ser humano una facilidad de movimiento sobre los distintos puntos de la esfera global, lo que permite que podamos conocer los pensamientos y modos de vida que se desarrollan a kilómetros de distancia de nuestra propia colectividad.

A esta interconectividad humana a escala mundial que se produce gracias a los medios de comunicación con los que actualmente se cuentan es a la que Marshall McLuhan y B.R. Powers (1993) nombran "Aldea Global". Los vínculos políticos, económicos y sociales, día con día, se

²Aculturación: Recepción y asimilación de elementos culturales de un grupo humano por parte de otro (Real Academia Española, 2001).

vuelven más estrechos y es por ello que se puede, con mayor facilidad, conocer acerca de los fenómenos sociales que se desarrollan al otro lado del mundo.

La conexión global no incluye solamente la información compartida del exterior, pues también implica las facilidades que, gracias al transporte y los tratados internacionales, han hecho que para el individuo sea más fácil decidir trasladarse a otro país, ya sea de visita o para habitar ahí. Este fenómeno ha dado lugar a la interacción de individuos de diversas culturas en un mismo lugar.

Ante esta globalización y la facilidad de movimiento que actualmente tiene el hombre, la definición de cultura se ha redefinido y ha agregado elementos y conceptos, tales como pluriculturalismo, multiculturalismo e interculturalismo, que es importante reconocer y aclarar para el objeto de estudio de esta tesis.

En primer lugar se puede mencionar el pluriculturalismo, definido como “la coexistencia de distintas culturas que conviven en un mismo espacio, real, mediático o virtual, lo que actúa como un punto de partida que nos permite pensar en el estado de las cosas” (Grimson, 2001, p.46). La situación por sí misma que se da ante la concentración de personas de diferentes países en determinada zona geográfica, como de centroamericanos al sur de México, es un ejemplo de pluriculturalismo.

Por su parte, el multiculturalismo ha sido definido de una manera muy parecida al pluriculturalismo, pero cuando se habla de multiculturalismo es porque los integrantes de una comunidad conformada por diferentes culturas saben y tienen conciencia de ese fenómeno, lo cual se refleja en la convivencia que desarrollan. Para poder hablar de multiculturalismo se consideran las configuraciones que surgen de este y se marcan como un problema a enfrentar o resolver. Es decir, si ya hay conocimiento de una importante migración centroamericana al sur de México, entonces al hacer consciencia de la situación y tomarla en cuenta se habla de multiculturalismo.

Por último, el interculturalismo, concepto que atañe a nuestro tema de estudio, se refiere a la interacción entre las distintas culturas; es decir, este concepto implica la manera cómo se está enfrentando el problema de convivencia entre personas de distintas culturas, así como la búsqueda y selección de las herramientas para afrontarlo. Por ejemplo, una vez que se sabe que hay una importante migración al sur del país, estudiar la interacción entre mexicanos y centroamericanos es parte del interculturalismo.

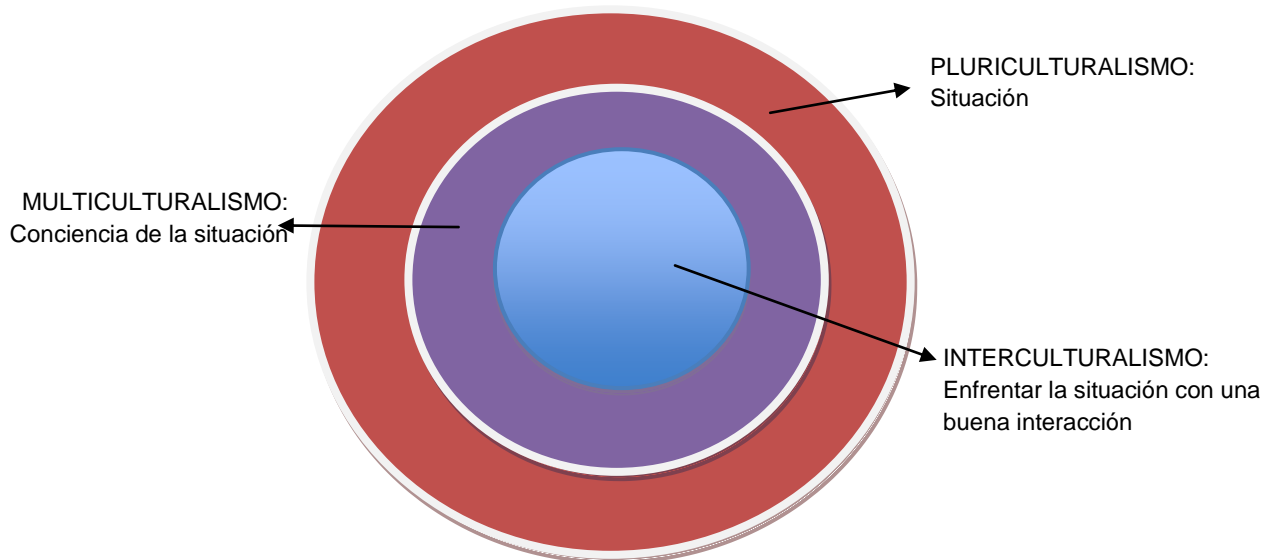


Figura 1. Representación gráfica de la diferencia entre pluriculturalismo, multiculturalismo e interculturalismo, dónde para que exista la última se requiere de la existencia de las dos primeras. El pluriculturalismo representa la situación por si misma de la convivencia entre personas de distintas culturas, el multiculturalismo hace consciencia de la situación y el interculturalismo la enfrenta al buscar una buena interacción. (Elaboración propia con base en Grimson, 2001)

Se entiende, entonces, que a la interacción de dos individuos que provienen de diferentes comunidades se le conoce como intercultural, sin embargo, ésta no sería posible sin el reconocimiento y aceptación del hombre de una determinada comunidad, hacia otro con una cultura muy distinta a la propia.

Para entender cómo surge la interculturalidad es necesario aceptar, antes que nada, que el hombre es un ser social porque siempre ha tenido la necesidad de relacionarse con otros, de agruparse y formar comunidades que a su vez buscan extenderse y evolucionar. De acuerdo con Grimson (2001) “la relación es inherente al hombre en cualquiera de sus formas: contacto, alianza, sometimiento, conflicto, etc.” (p.23) y es gracias a ésta que el día de hoy podemos hablar de diversas comunidades, de creación de cultura y de su transmisión.

Ya no podemos separar una región de otra y donde quiera que haya conexión, existe la necesidad de comunicarse. Esa comunicación es una transferencia no sólo de información, sino de ideas, visiones, formas de pensar y de la propia identidad de la persona. Lo que se exponen son nuestros valores, costumbres, creencias, ideas, ya sean intelectuales, artísticas o

monetarias, y el producto de todo esto es un intercambio, es decir, interculturalidad (Hernández, s.f.).

3. Comunicación en la cultura.

Se destacó que la cultura tiene como principal función brindar al hombre el conocimiento que debe tener para actuar correctamente dentro de su ambiente social, compartir experiencias, objetos y códigos que lo identifican como parte de un grupo específico.

Asimismo, se reconoce que ya no se puede separar una región de otra y estamos constantemente conectados con grupos distintos al propio. Sin embargo, esta conexión no puede lograrse sola, conlleva una técnica necesaria llamada “transmisión-recepción” que trae como resultado el intercambio de cultura.

Dicho de otro modo, donde quiera que haya conexión existe la necesidad de comunicarse, como dice Trujillo (2010, p. 23) “la cultura es algo externo que hacemos parte de nosotros mismos a través de un proceso comunicativo”.

Para el objeto de estudio de esta tesis se retoma la definición de comunicación que Pau Aragonés presenta en su libro “Empresa y medios de Comunicación”

La comunicación es el fundamento de las relaciones entre personas y de su actividad intelectual, cualquiera que sea su forma de expresión, está determinada por la relación del ser humano con su entorno social en el que se identifican o enfrentan sus posiciones utilizando un sistemas de signos comunes (p. 21) .

Es decir, la comunicación es la forma cómo los seres humanos se relacionan y han conformado grupos y sociedades, al acordar significados a través de un código común. La interacción entre individuos conlleva una comunicación inherente, por lo que ha sido definida como el modelo básico de una relación social, propia de una relación conversacional o comunicativa.

Algunas de sus variantes son la comunicación intrapersonal e interpersonal. La primera se refiere a los mensajes que la persona tiene consigo misma, es decir, se trata del pensamiento que conlleva un proceso cognitivo en el que los estímulos sensoriales se transforman, elaboran y almacenan la información. Por su parte la comunicación interpersonal se presenta cuando dos

o más individuos, generalmente cara a cara, tienen un intercambio de mensajes a través de un diálogo.

En este tipo de comunicación es donde se lleva a cabo el intercambio de ideas, creencias y emociones entre personas, por ello, para que sea exitosa y efectiva, es necesario conocer los aspectos culturales de la persona con la que el individuo se comunica.

La comunicación es una transferencia no sólo de información, sino de ideas, visiones, formas de pensar y de la propia identidad de la persona; por tanto lo que se expone en una relación a nivel cultural son los valores, costumbres y creencias ya sean intelectuales, artísticas o monetarias.

Tras comprender a la cultura como un sistema de transmisión de símbolos, significados y normas que definen lo que la gente de una determinada comunidad piensa o siente, y al aceptar que la comunicación es la herramienta que puede utilizar para poder lograr su función; confirmamos que, cultura y comunicación son dos conceptos inseparables, donde uno no funcionaría sin el otro.

4. Comunicación intercultural

Ya se definió la importancia de la comunicación sobre la cultura, reconociéndolos como elementos inseparables y aceptando que la primera es necesaria para que exista una interacción entre individuos y grupos que poseen diferencias culturales. Así, en la búsqueda de conocer las técnicas y herramientas que apoyen a mejorar y hacer más efectiva esta interacción, se encuentra el estudio de la comunicación intercultural.

La comunicación intercultural es definida como “la comunicación interpersonal entre pueblos con diferentes sistemas socioculturales y/o la comunicación entre miembros de diferentes subsistemas, dentro del mismo sistema sociocultural” (Alsina, 1999, p.25).

Para tener claro el concepto de comunicación intercultural, hay que reconocer que existen otros tipos de comunicación parecidos:

- a) Comunicación transcultural: Se refiere a la comparación de formas de comunicación intercultural de distintas culturas. La transculturalidad se da como un híbrido de culturas, cuando tras existir una relación intercultural, una cultura adquiere rasgos de la otra.

- b) Comunicación internacional: Se refiere a los estudios de las relaciones internacionales en la comunicación de los *mass media*, el orden internacional de la información.
- c) Comunicación de masas comparada: Es el tratamiento diferenciado de la información de un mismo acontecimiento en medios de distintos países.

La comunicación intercultural se basa en el proceso básico de comunicación, al tener su coyuntura en la interacción entre el emisor y el receptor. Por su parte la comunicación internacional, la de masas comparada y la transnacional salen del proceso básico para estudiar la información entre naciones, los canales que ésta utiliza y comparar procesos de comunicación.

En pocas palabras es la comunicación intercultural la que permite a los individuos de diversas culturas interactuar. Es gracias a la comunicación intercultural que las personas tienen oportunidad de comprenderse el uno al otro y satisfacer su relación interpersonal, “logra que el individuo conviva y comparta sus valores, creencias, costumbres, hábitos y códigos distintos, si se logra de una manera efectiva” (Alsina, 1999, p.64).

4.1. Previo a la comunicación intercultural

Si bien, el proceso de comunicación interpersonal hace referencia en general a la transmisión de mensajes entre emisor y receptor, hay que reconocer que por tratarse de un proceso intercultural, conlleva también superar ciertos aspectos psico-sociales previos que actúan como desafíos cognitivos en los interactuantes.

Las creencias y valores, son la base de los desafíos interculturales porque representan nuestra forma de significar el mundo. El individuo no nace con información alguna, la construye a partir de normas sociales y códigos culturales que va adoptando de su entorno desde bebé, es decir, el ser humano construye creencias, a partir de significados externos convertidos en experiencias internas.

Las creencias se definen como un código petrificado de uno o varios instantes vividos en el pasado, creadas por repetición o emoción, ya que el individuo las adquiere de manera no consciente e irracional (Flèche y Olivier, 2010). Son ellas las que determinan nuestra realidad, dan sentido a nuestro mundo y al construirse dentro de manera cognitiva y emocional, no las cuestionamos y sólo las aceptamos porque para nosotros son verdad. Por su parte, “los valores

son una extensión de las creencias ligados a las normas sociales, a la organización de reglas controladas para hacer elecciones y resolver conflictos; son ideas compartidas sobre lo cierto y lo correcto” (Samovar y Porter, 2004, p.48).

En general, las creencias y los valores, funcionan como un modelo de percibir al mundo a partir de los significados que adquirimos por la cultura por ello es importante reconocerlos como la base de la percepción.

4.1.1. Percepción.

Cuando se habla de individuos de diferentes comunidades, la única forma de lograr que conformen una significación mutua es a partir de lo que percibe uno del otro. La percepción humana es un proceso complejo el cual seleccionamos, organizamos e interpretamos los estímulos sensoriales, de tal manera que tenga significado para nosotros.

Este es un complejo proceso que se da a través de los sentidos en el cual se hace una selección, cuando se eliminan ciertos estímulos internos y externos del entorno, para enfocar la atención en otros. Una vez seleccionado el estímulo a atender, hay una organización, esta puede ser una oscilación entre el fondo y figura del estímulo atendido o se forman categorías completas con base en la información incompleta que se está captando. Ya por último se interpreta, a partir de la información que el cerebro tiene registrada, se forman juicios o inferencias sobre los estímulos seleccionados (Sereny y Bodoken, 1975).

Para ejemplificar el proceso de percepción habría que imaginar a un rubio alto que se topa con moreno de baja estatura. La selección del rubio se encuentra cuando ha decidido poner atención en el color de piel y la estatura del otro individuo, luego ha organizado dicha información al darle una forma completa al otro a partir de lo que sólo está viendo, después tal vez su interpretación será que se trata de un mexicano porque la información que tiene acerca de las personas de estatura baja y piel morena es que son nativos de México.

La interpretación como último escalón del proceso de percepción tiene gran influencia de las creencias y valores, los cuales a pesar de ser conceptos sumamente subjetivos, cuentan con una estructura de transmisión resistente a cambios, lo cual hace posible generalizar las actuaciones de los individuos de cierta cultura. Sin embargo, dicha generalización es parte de

un mundo de inferencias que se convierten en desafíos que habrá que superar a la hora de enfrentarnos a una convivencia intercultural.

4.1.2. Desafíos de la percepción intercultural.

Desde pequeño al ser humano le es otorgado un mundo predecible para saber cómo actuar frente a las adversidades del entorno, por ello en las relaciones interculturales el individuo se enfrenta a procesos cognitivos y emocionales como los estereotipos o los prejuicios ya que tiene necesidad de reducir incertidumbre e incrementar la confianza al predecir el comportamiento de los extraños (Gudykunst y Kim, 2003).

a) Estereotipos

Estereotipar hace referencia a una representación mental que hacemos con base a un conocimiento afectivo e intelectual de algún miembro, al asociarlo con la psicología generalizada o un determinado rasgo del grupo al que pertenece; todo esto a fin de reducir la incertidumbre.

Los estereotipos según Gudykunst y Kim (2003) son categorizaciones basadas en la experiencia individual, no son buenas ni malas, se piensan de ese modo porque cuando se observa a alguien siempre se espera un comportamiento que a nuestro parecer es bueno, de no ser así, se categoriza hacia lo negativo.

b) Prejuicios

Por su parte, los prejuicios bajo el mismo fin de los estereotipos sobre reducir la incertidumbre, son pensamientos o actitudes, por lo general negativas, que una persona tiene hacia otra persona o grupo de personas a los que considera ajenos a su grupo de referencia. Una vez que categorizan o crean una imagen mental de algo o alguien con base a una imagen compartida por una colectividad, se forma un juicio u opinión previa sin motivo ni conocimiento necesario de algo o alguien (Garrido y Azpilicueta, s.f.).

De modo que, mientras el estereotipo es apenas una representación socio-cultural, una creencia o imagen mental de alguna persona o personas con relación al grupo de pertenencia, lo que lo hace colectivo; el prejuicio, es ya una valoración, comúnmente negativa, de algún miembro de un grupo, y puede ser colectivo o individual.

5. Elementos culturales distintivos: rompiendo barreras.

Una vez entendido que los individuos tienen diversas percepciones de la vida y formas de conducta a consecuencia de sus valores y creencias, en el encuentro intercultural, estas diferencias son los elementos culturales distintivos que afectan significativamente la forma y el resultado del encuentro, siempre manifestados a través de la comunicación.

Estos elementos pueden ser parte del contexto o personales, es decir, dependen del entorno y en qué canal se desarrolla el mensaje, o bien de los interactuantes y su comportamiento. En ambos casos, pueden convertirse en barreras que intervienen en el proceso de comunicación efectiva, ya que dependen en primer lugar de los patrones culturales del individuo, y en segundo, de los tipos de comunicación intercultural, es decir, a la forma cómo se expresa y transmite la información, cómo se comunica el mensaje.

5.1. Elementos culturales distintivos manifestados por patrones culturales.

A continuación se expone de qué manera antropólogos, sociólogos y psicólogos, entre otros estudiosos, han definido ciertos patrones que todas las culturas tienen, y cómo cada uno varía su fondo según los usos y costumbres de cada comunidad.

5.1.1. Colectivismo e Individualismo.

Primero que nada, hay que aclarar que se han clasificado de manera universal los patrones culturales de acuerdo a comportamientos clave que tienen los individuos que conforman cada cultura, otorgando así a cada una ciertas orientaciones que determinan el actuar humano: orientación individualista y orientación colectivista (Samovar y Porter, 2004, p.25).

A partir de estas, el individuo define cómo es su comportamiento con los otros, y las comunidades son identificadas por dicho patrón. De modo que una comunidad individualista es aquella que se conforma por individuos que se sobreponen ante todo, es más importante lo que pase consigo mismo que con cualquier escenario social. Las personas de este tipo de

comunidad ponen la independencia sobre la dependencia y se adaptan a cambiar de grupos con facilidad.

En cambio, el individuo de una cultura colectivista es aquel que comúnmente anda en grupos. Tiene un fuerte arraigo social y prefiere formar sus criterios, necesidades y metas a partir de la opinión grupal que la propia. Es aquel que se preocupa más por las normas sociales definidas en grupo, que tomar un comportamiento que le ofrezca placer a sí mismo, comparte creencias y toma decisiones en grupo. Hay una fuerte lealtad hacia la familia, en este sentido, su forma de laborar y de convivencia con su entorno va influida por la necesidad de la acción grupal.

Esto influye sobre la salud porque es la manera como el individuo toma decisiones en torno al diagnóstico y tratamiento a tomar, los individualistas en el momento lo platican y deciden con el doctor, mientras los colectivistas esperan a poder consultarlo con la familia. Hay culturas que no se sienten cómodos visitando solos al médico, por lo que necesitan la compañía de algún familiar, mientras otras culturas prefieren que sus familiares no sepan acerca de su situación sanitaria.

En este sentido, la cultura mexicana y la estadounidense difieren completamente, mientras la primera dice: “mis logros serán por mi familia y para mi familia”, el estadounidense dice: “mis logros son por mi habilidad e iniciativa”, su comunidad, especialmente su familia, es sólo un apoyo para luego hacer las cosas en su propio beneficio.

5.1.2. Familia.

La familia es la institución humana más fundamental de todos los tiempos ya que es la base de la sobrevivencia de todo ser humano, sin ella no habría educación, reglas de comunicación, o las normas que se nos vinculan desde niños para crecer como parte de una sociedad y no como seres primitivos. “A través de la familia aprendemos a conocer quiénes somos, pues es ésta la que enseña factores de identidad: rol de sexualidad, valores, comportamientos, costumbres y tradiciones” (Purnell y Paulanka, 1998, p.117).

Saber los roles de género comúnmente ofrece pistas importantes de cómo debe ser la comunicación con alguna persona. En el sector salud cuando se sabe claramente la cultura familiar de la que proviene el paciente y cuál es el rol que sigue como parte de la misma, se facilita la interacción con él. Hay culturas, por ejemplo, en las que es difícil recibir atención de un

médico del sexo opuesto o existe resistencia al hablar de temas sexuales. Además en el caso de familias como las mexicanas, donde el papá tiene un rol dominante de figura de autoridad, y al ser colectivista, las decisiones sanitarias no pueden ser tomadas sin su autorización.

Pero no solamente hay que reconocer el valor que las culturas le dan al género, sino a cuestiones importantes como la edad, donde el estadounidense, por ejemplo, se preocupa demasiado por verse jóvenes en lugar de viejos.

En pocas palabras la familia marca cómo el individuo aprende a comunicar, a hacer amigos, qué discutir, en general cómo socializar. El mexicano evita tener un comportamiento agresivo con el otro, intentando ser amable, sonriendo aunque no esté de acuerdo con alguna situación, mientras el estadounidense es más directo hacia sus incomodidades.

Si el médico toma consciencia de la forma como el paciente está acostumbrado a socializar, se puede determinar de una manera más sencilla con quien hablar y de qué manera cuando se toma una decisión de salud. En el caso de los estadounidenses, ya que son de una cultura individualista, hay que dirigirse de una manera clara, sin tabúes sexuales, y considerando hablar directamente al paciente, respetando su propia decisión en torno al tratamiento, además de no obligarle a plantearlo con un familiar ni mucho menos exigirle la compañía de alguno a consulta, a menos que así lo desee el paciente.

5.1.3. Religión.

La religión es de suma importancia para todo individuo porque hace referencia a factores psicológicos y sociales que marcan el desarrollo del individuo en sociedad. La religión ha ayudado a definir y crear culturas a partir de la creencia de algo mejor que el ser humano y ha estado presente durante miles de años. En torno las necesidades psicológicas de mantener una religión se encuentran el reducir la incertidumbre o ansiedad hacia lo desconocido, nos da seguridad y comodidad en tiempos de crisis, nos provee de valores y normas sobre lo bueno y malo, sienta precedentes para aceptar nuestros comportamientos como individuos, ayuda a transferir responsabilidades de los que nos sucede en la vida y sobre la toma de decisiones a poderes sobrenaturales. Sobre factores sociales, es la religión la que refuerza las normas de un grupo, provee las sanciones morales sobre la conducta del individuo (Samovar y Porter, 2004).

5.2. Elementos culturales distintivos manifestados por tipos de comunicación.

Miquel Alsina (1999), hace una división en la comunicación intercultural: la comunicación intercultural interpersonal y la comunicación intercultural interpersonal mediada. La primera se refiere a la forma de comunicación inherente al individuo, los mensajes que transmite sin canales intermediarios y donde interactúan principalmente los comportamientos y el lenguaje de las personas de distintas culturas. Esto ejemplifica la relación directa individuo-individuo, por lo que será retomada por la presente tesis. La segunda se refiere a la transmisión y recepción de información a través de los medios masivos de comunicación como la televisión, los periódicos, Internet, entre otros.

Si bien, la comunicación siempre lleva consigo una intención en cualquier tipo de comunicación interpersonal se reconocen dos vías en interacción necesarias para transmitir un mensaje y que influyen de manera determinante sobre el mismo: la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

Hemos ya dicho que la cultura se manifiesta a través de comunicación, el individuo puede identificar quién tiene rasgos distintos a los propios y puede expresar y comprender de manera efectiva los mensajes del proceso. Así, en este trabajo se presentan los elementos culturales distintivos por tipos de comunicación a partir de las barreras que Miquel Alsina (1999) describe dentro de la comunicación intercultural interpersonal verbal y no verbal.

5.2.1. Elementos culturales distintivos en la comunicación intercultural verbal.

La comunicación intercultural verbal se refiere al comportamiento lingüístico y paralingüístico. Esto representa el elemento más importante que existe a la hora de transmitir cultura y de preservarla, ya que es a través del lenguaje, que el hombre expresa lo que simboliza y significa.

La importancia del lenguaje al hablar de interculturalidad se presenta cuando se reconoce como un proceso verbal en el que existen símbolos y elementos lingüísticos que difieren entre culturas, barreras aunque sea el mismo idioma, impiden enviar un mensaje con asertividad.

- *Barreras de comunicación intercultural verbal (resultado de los elementos culturales diferentes entre emisor y receptor para transmitir un mensaje de manera verbal):*

- a) Diferencia en las palabras: La forma de nombrar, el alfabeto, el modo de marcar el singular o el plural, cómo el pronombre sucede al sujeto y el contraste de tiempos se modifica y cambia según el idioma de cada individuo.
- b) Diferencia de pronunciación: La fonética de las letras y el uso que cada individuo da a la misma define la interpretación y significado del mensaje. Por ejemplo, el español usado en México no es igual al de España, el del segundo país es más rápido y golpeado, lo que puede ser interpretado para el primero como un regaño o mala forma de decir las cosas.
- c) Pensamientos: La forma como se estructura el lenguaje al pensar también es un elemento que interviene sobre la construcción de la comunicación intercultural. En India no hay palabras singulares para tía, en su lugar dicen la hermana mayor de papá. Aunque el lenguaje no determina la forma como se piensa, influye en el modo como se percibe, por tanto afecta el desarrollo de las tareas mentales.
- d) Contextualización: La forma de percibir el entorno influye al proceso cognitivo, la atención que se pone a las distintas cosas que nos rodean y cómo se categorizan es parte de esta diferencia, las reglas que usamos y la lógica para entender los objetos.

5.2.2. Elementos culturales distintivos en la comunicación intercultural no verbal.

La forma en la que el ser humano interactúa e identifica al otro como alguien de una cultura distinta a la propia, no ocurre solamente a través del lenguaje; nuestra gesticulación, el contacto visual y el silencio como tal, son también códigos a través de los cuales se puede transmitir información. La comunicación no verbal es invisible, omnipresente y aprendida, pero esto en ningún momento le resta importancia dentro de la interculturalidad, al contrario, la mayoría de los símbolos y elementos que difieren entre culturas, se ven a través de las acciones, es decir, son no verbales.

- *Barreras de comunicación intercultural no verbal: resultado de los elementos culturales diferentes entre emisor y receptor para transmitir un mensaje de manera no verbal.*

a) Comportamiento Corporal: El vestuario y la apariencia general son parte de este apartado. Se trata de la comúnmente llamada “primera vista”, como una observación meramente superficial, instantánea y general de alguien, donde hacen presencia los prejuicios de belleza y el estilo que representa a cada persona.

b) Movimiento corporal (*Kinesis*): Se refiere a la postura, las gesticulaciones y simbolismos que hemos creado para no tener la necesidad de reproducir palabras y ser entendidos. Llevar el dedo índice a la boca en símbolo de silencio es un claro ejemplo de ello. Esto incluye:

- Expresiones Faciales
- Contacto Visual
- Contacto Corporal
- Olor

c) Espacio y Distancia: Esto es de suma importancia al interactuar con individuos de otra cultura, pues el espacio a la hora de mantener una comunicación interpersonal puede ser decisiva para la interacción (Samovar y Porter, 2004). Habrá para quien parezca natural mantener una distancia de pocos centímetros al tener una conversación, mientras para otros será demasiado ofensivo.

Todos estos elementos son influencia de la cultura, por lo que aún sin ser explícitos, al igual que en el lenguaje, sus significados varían y cambian de cultura a cultura. Su estudio y reconocimiento es indispensable a la hora de hablar de interculturalidad porque son parte de un proceso que, como ya vimos, tiene su base en la percepción.

6. Diversidad Cultural: el primer paso a la interculturalidad.

Los desafíos de la interculturalidad, los estereotipos y los prejuicios, y por tanto las barreras culturales, tienen su origen en el etnocentrismo, el acto a través del cual el ser humano analiza, critica y ve al mundo de acuerdo a los parámetros de la cultura propia (Yvanova, 2008). El individuo considera como válidos los criterios que obtuvo de su propio grupo étnico, lo que lo lleva a juzgar los parámetros de los ajenos, al saberlos diferentes, raros o “incivilizados” en tanto a sus costumbres y comportamientos.

Sin embargo, como una forma de reducir el etnocentrismo, surge la diversidad cultural para recordarnos que cualquier cultura es legítima y digna de ser respetada. En cada comunidad los individuos comparten distintas maneras de ver al mundo, afrontar los problemas, retos, valores y reglas, por lo que cada comunidad se hace particular, otorgando como respuesta un universo de diversidad.

Para que exista una relación intercultural habrá que reflexionar sobre la diversidad cultural, la cual supone contemplar varias cuestiones al mismo tiempo: la definición de la identidad, el reconocimiento, en términos de igualdad, el conocimiento de los otros, el diálogo entre las culturas, la integración social y la comunicación (Samovar y Porter, 2004, p. 54)

La diversidad cultural radica entonces, en las diferentes formas de expresión que los seres humanos tienen de comprender al mundo y de compartir sus costumbres y tradiciones; considera las características específicas que define a los grupos sociales, las expresiones que los diferencian de otros y cómo las comparten, ya sea a través del habla, la escritura, la pintura, etc. y las herramientas que usan como el Internet, teléfono, radio, etc.

Por ello comprender la diversidad cultural es un primer paso para aceptar los elementos culturales que son distintos a los propios. Ella da reconocimiento a los individuos de cualquier cultura y abre la puerta a cualquier persona, incluidos médicos y pacientes, a aceptar que puede darse una convivencia sana entre ambos, por lo que hace posible eliminar las barreras comunicativas que puedan presentarse.

7. Referencias del capítulo.

- **Alarcón, A., Vidal A., Neira J.** (2003), Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*. Vol. 131(9), 1061 – 1065
- **Alsina M.** (1999). *La comunicación intercultural*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- **Aragonés P.** (1998). *Empresa y medios de Comunicación*. Barcelona: Gestión 2000.
- **Deloitte.** (2011). *Turismo médico: Actualización e implicaciones*. Recuperado el 07 de diciembre del 2012, de <http://www.turismomedicoenmexico.com/media/5022fc2e5f96c.pdf>
- **Flèche C. y Olivier F.** (2010) *Creencias y terapia: Cómo modificar nuestras creencias para recuperar la libertad*. México: Selector.
- **Garrido, M., & Azpilicueta M.** (s.f.), *Conocemos los estereotipos y prejuicios para evitar la discriminación*. México: Unidades Didácticas. Educación para la ciudadanía. Recuperado el 5 de Enero del 2013 de http://ryc.educa.aragon.es/sio/admin/admin_1/file/DOC/Secundaria20111130/unidades/02%20edciudadania.pdf
- **Grimson, A.** (2001). *Interculturalidad y comunicación. Enciclopedia latinoamericana de sociocultura y comunicación*. México: Editorial Norma.
- **Gudykunst, William B. & Kim, YoungYun.** (2003). *Communicating with Strangers: An Approach to Intercultural Communication*, EE.UU: McGraw-Hill Education.
- **Guirdham, M.** (1999). *Communicating across culture*. Basingstoke: Macmillan.
- **Hernández E.** (s.f.) *La importancia de la conscientización de las diferencias culturales en la clase de idiomas para una comunicación intercultural efectiva*. Recuperado el 14 de Mayo del 2013 de <https://docs.google.com/file/d/0B9OJ7wTsD4yiLTJjNEtkVlkwRU0/edit?pli=1>
- **McLuhan M. y Powers B.R.** (1993) *La Aldea Global*. (2ª ed.) Barcelona: Gedisa.
- **Purnell, L. & Paulanka, B.** (1998). *Transcultural healthcare: A culturally competent approach*. Philadelphia: F. A. Davis.
- **Real Academia Española.** (2001). Aculturación. En *Diccionario de la lengua española* (22.ª ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=aculturaci%7Bon>
- **Samovar, L. & Porter, R.** (2009). *Communication between Cultures*, Canada: Wadsworth Thomson Learning.

- **Trujillo, F.** (2010). *Cultura, comunicación y lenguaje, reflexiones para la enseñanza de la lengua en contextos multiculturales*. Granada: Octaedro Andalucía.
- **Yvanova J.** (2008) *Identidad Nacional y Frontera*. Recuperado el 16 de Octubre del 2012 en <http://goo.gl/MreYFy>

III. INTERCULTURALIDAD EN EL SECTOR SALUD MEXICANO.

1. Hacia una definición de interculturalidad de salud.

En toda comunidad, la salud, representa uno de los sistemas más importantes, porque al igual que la cultura, es innata al individuo, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (Organización Panamericana de la Salud-Argentina, 2013).

Sin embargo, hablar de bienestar es un aspecto subjetivo que varía su interpretación de individuo a individuo y por tanto de cultura a cultura, lo que hace posible hablar en determinado momento de interculturalidad en el sector salud, cuando interactúan individuos con distintas formas de comprender la salud y la enfermedad.

Si la interculturalidad es entendida como la interacción entre personas o grupos sociales de diversas culturas, y por su parte, la medicina, es la ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano (Real Academia Española, 2001), la medicina intercultural se refiere a todo aquello que involucra a la sanidad en la relación entre personas que mantienen distintos códigos.

Bajo el marco de que la interculturalidad requiere de entendimiento recíproco, que se basa en el respeto y aceptación del individuo que no pertenece a la misma cultura que la comunidad donde se desarrolla la interacción, sin esperar que las culturas se cohesionen o que se ponga una encima de la otra, simplemente en entendimiento mutuo para facilitar y promover los espacios de relación armónica; a lo largo de este capítulo se comprende cómo se desarrolla la interculturalidad en el sector salud en México, sobretodo en relación a la manera cómo la experimentan los estadounidenses que habitan en el país, o bien, que han venido en busca de servicios médicos.

2. Crecimiento de extranjeros en México.

Según un censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) publicado en 2011, en el 2010 México contaba con 961 mil 121 de habitantes que nacieron en otros países, de los

cuales 738 mil 103, es decir, el 76.8%, provienen de Estados Unidos (EE.UU). Además, México es un país con ubicación estratégica y de cercanía, con costos atractivos en el sector salud y representa el lugar favorito por los estadounidenses para ir a vivir tras jubilarse. Para 2010 había 40 millones de retirados estadounidenses y se calcula que dentro de los siguientes 40 años, incrementará a 90 millones (Cámara de Comercio México – Estados Unidos, 2011, p. 4), consecuencia de la jubilación de la generación de los *Baby Boomers* que dará inicio en el año 2015, por ello marca un mercado potencial para nuestro país.

Este tipo de población casi siempre trae resuelto desde EE.UU. su acceso a servicios de salud, sobre todo a través de seguros médicos privados que comúnmente cuentan con sucursales en diversas partes del mundo. En el censo de población y vivienda del INEGI en el año 2000 (citado en Instituto Nacional de Estadística y Geografía, s.f.), dice que la cantidad de estadounidenses residentes en el país era de aproximadamente de medio millón, el 70.5% de ellos declaró no ser derechohabiente a los servicios de salud ofrecidos por las distintas instituciones mexicanas; mientras el 25.5% reportó que sí.

3. Situación del Turismo Médico en México.

No solamente la ola de residentes estadounidenses son los que se deben considerar para estudiar la comunicación intercultural en el sector salud. Desde 2011 la Secretaría de Turismo (SECTUR) en conjunto con la Secretaría de Salud (SSA) buscó posicionar a México como un destino idóneo en atención a la salud, para ello, tomó acciones como el Primer Foro de Turismo de Salud para hablar sobre la campaña y planes para fortalecer el sector, donde se agregó a los objetivos del Acuerdo Nacional por el Turismo trabajar junto con el Consejo de Salubridad General (CSG) por certificar hospitales y clínicas privados para fortalecer la oferta turística en México (Secretaría de Turismo, 2011).

México al contar con ventajas como la cercanía con EE.UU. costos de hospitalización menores en comparación con otros países hasta 70% más baratos (Deloitte, 2011), certificaciones de calidad a las clínicas con estándares internacionales y puntos o activos turísticos consolidados; lo hacen un destino, a visión de los especialistas y autoridades, óptimo para atraer turismo médico.

Se define al turismo médico como una actividad del sector que consiste en personas que viajan de su lugar de origen a otro para someterse a tratamientos médicos. Por tanto el turista médico en México es aquel que viaja fuera de su país para acceder a servicios de salud preventiva con menores costos y tiempos de espera: cirugía cosmética y reconstructiva, tratamientos dentales, reducción de peso, tratamiento de diabetes, operaciones de la vista, oído, cardiovasculares, cirugía cardíaca, tratamientos geriátricos y de cáncer y hasta trasplantes de hígado, riñón y cadera.

Si bien no existe una cifra exacta que indique el número de estadounidenses que viajan fuera de su país en busca de servicios médicos, un estudio por Deloitte (2011) indicó que 2007 viajaron 750,000 estadounidenses con este fin, pero de acuerdo a Hitachy Data Systems (HDS), empresa consultora especializada en atención médica, en el 2011, salieron de EE.UU. dos millones de turistas médicos, y de esa cantidad, el 5% vino a México (“México lanza”, 2011). Para 2009, según Deloitte, el turismo médico generó en México una captación de ingresos por 122 mdd. anuales, de los cuales 90 mdd. representaron el gasto por el uso de servicios médicos y 35 mdd. costos de viajes. No se debe perder de vista que de los estadounidenses encuestados, sólo un 4% declaró que de 2007 a 2009 viajó fuera de su país para consultar un médico o recibir tratamiento y sólo otro 9% dijo que lo haría si pudiera ahorrar 50% de los costos (Figura 2).

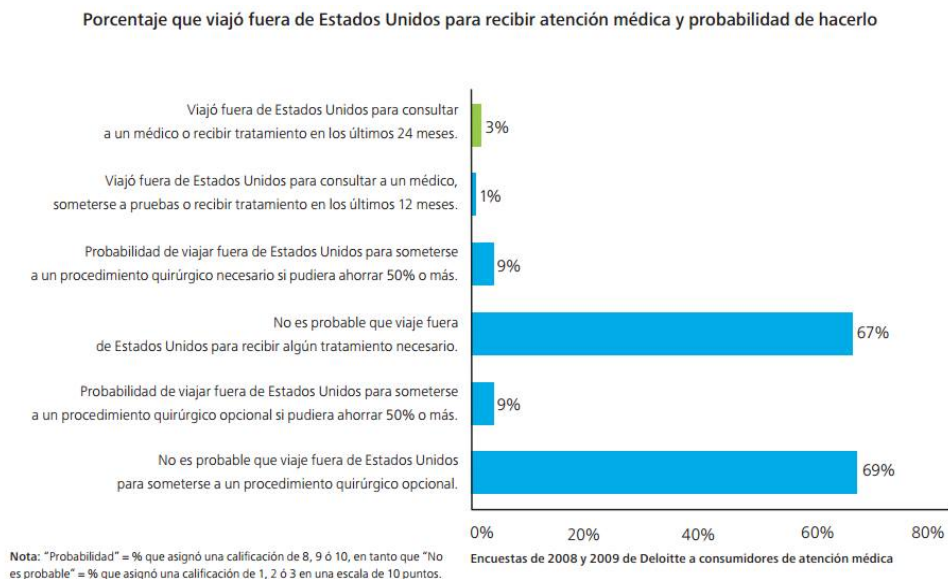


Figura 2. Representación gráfica en porcentaje de estadounidenses entrevistados sobre la probabilidad que dan a viajar fuera de su país para recibir atención médica en otro, con las variantes indicadas en cada barra, o bien, saber quién lo hizo durante los últimos dos años. (Deloitte 2009, citado en Deloitte 2011).

4. Las culturas en el sector salud: visiones, sistemas y tratamientos.

Tanto el número de jubilados, generación de *Baby Boomers* que optan por México como un país para habitar en sus años de retiro, como los esfuerzos del gobierno mexicano por posicionar al país como un destino turístico de atención médica, y por último el incremento de estadounidenses, que aunque sea mínimo, accede a las ventajas que viajar a otras ciudades a operarse, da certeza de que la atención a extranjeros, en los hospitales y clínicas de México, tiene tendencia a crecer en años próximos.

Bajo estos argumentos es importante que el sector salud comprenda la importancia del conocimiento de comunicación, pero para ello, primero habrá que analizar cómo se encuentra la interculturalidad en el sector.

Como ya se mencionó, la interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra. La cultura involucra una dimensión cognitiva y otra material, cuando se presenta una relación intercultural en el sector salud, implica todo lo referente al individuo, el médico, enfermera y pacientes, pero esta relación puede involucrar todo lo que sintetiza al mundo simbólico de las personas, sus pensamientos y creencias lo que hace la dimensión cognitiva, o bien, todo lo que se manifiesta en sus conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas lo que hace la dimensión material o conductual (Alarcón et al. 2003).

La presente tesis pone mayor atención a la dimensión cognitiva, al ser la que involucra específicamente los conocimientos de los médicos y pacientes, y su relación abstracta a nivel comunicacional. En esta dimensión se encuentran el significado de salud, la comunicación médica y la interculturalidad en México; mientras que se menciona la dimensión material que involucra la tecnología, los sistemas de salud, las certificaciones de hospitales, la industria farmacéutica, las medicinas y las leyes de salud, porque son factores de ruido dentro de todo proceso de comunicación. Ambas serán necesarias para entender la calidad de trato al paciente y ofrecerán un marco claro sobre lo que sucede en el intercambio de mensajes con el médico.

4.1. Significado de salud.

En las culturas existen dos visiones de oposición sobre el significado de salud en el individuo y que van a marcar las creencias en torno a toda enfermedad:

- a) Dualística u holística: Se refiere a la relación que hay entre los humanos y la naturaleza. Mientras la filosofía dualista se enfoca en la división y separación del humano con la naturaleza, lo ve como un ente que se puede tratar por partes en mente y cuerpo con intervención médica, el holístico por el contrario, ve al cuerpo como una unidad.

- b) Mecánica y no mecánica: El proceso mecánico se refiere a la razón sobre la intuición, la objetividad sobre la subjetividad y la ciencia sobre la religión. El mundo del universo es visto como un mecanicismo, todo es un sistema operando de manera física, con acciones bien determinadas, científicas y tecnológicas, he aquí los avances de curaciones en torno a la utilización de aparatos. Para otras culturas, sucede lo opuesto, en la curación interviene un proceso no mecánico, dónde lo espiritual cobra mayor importancia, la magia, dioses, y fuerzas sobrenaturales influyen en el proceso (Samovar et. al, 2004).

Bajo estas dos perspectivas en que las culturas se basan para entender el bienestar humano, se desarrollan los sistemas de salud que predominan en el mundo para prevenir y curar la enfermedad. “Salud” por ser un concepto general y ambiguo, se particularizará en la presente tesis en: sistema de creencias y tratamientos de salud, y sistema de servicios de salud.

4.1.1. Sistema de creencias y tratamientos de salud:

- a) Sistema y tratamiento biomédico: Es una visión dualística y mecanizada basada en el diagnóstico y la explicación científica de las enfermedades. La enfermedad es el resultado de alguna anomalía en el funcionamiento o las estructura del cuerpo, de modo que el tratamiento consiste en la intervención médica donde solamente se destruye o remueve lo que causa la enfermedad, se repara la parte afectada del cuerpo o se controla. Este sistema de creencias es el que se encuentra oficialmente aceptado por la OMS, en sus variaciones.

- b) Sistema y tratamiento personalista: Aquí la enfermedad es resultado de una intervención supernatural o humana con superpoderes, como las brujas, donde la persona puede ser víctima de espíritus y los tratamientos varían en relación a la creencia, como poner una moneda en el cuello, recurrir a chamanes o hacer ceremonias en las que se ofrecen animales. En el sistema de Estados Unidos o México, se observa la presencia de estas creencias comúnmente cuando se adjudica a Dios la causa de la enfermedad, por lo que se recurre a rezar o al uso de agua bendita en el cuerpo para sanar.

- c) Sistema y tratamiento naturalista: Las fuerzas impersonales o condiciones de la naturaleza como el frío, el viento, desequilibrando los elementos del cuerpo, causan la enfermedad. Este sistema cree que la enfermedad es un desequilibrio del cuerpo por la alimentación o clima. Aquí se utiliza como tratamiento la medicina alternativa, se hace uso de hierbas o alimentos que lo equilibren. En México hay curanderos, se usan tés, pociones, especias y figuras religiosas para traer la buena suerte (Lustig y Koester 2010).

El sustento del sistema de servicios de salud de Estados Unidos y México, es el sistema de creencias biomédicos, donde se cura a partir de intervenciones médicas. Sin embargo, hay que recordar que siempre puede existir una combinación de los sistemas de tratamientos, donde el individuo por la religión, rol familiar y comunidad, varía en la forma de tratar ciertas enfermedades y la percepción del origen de la misma. Se observan así, casos en México, donde algún individuo con religión cristiana, enfermo de cáncer se trata con quimioterapias pero adjudica su enfermedad a la voluntad de Jesucristo.

De acuerdo al Dr. José María Maya Mejía (2003), un sistema de salud es un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen a un objetivo: un mejor nivel de salud de una comunidad determinada. Es decir, todos estos elementos se organizan para lograr mantener la salud de la población donde se desarrollan, por lo que se administran y optimizan los esfuerzos para lograr de la mejor manera su finalidad.

Si consideramos los sistemas de creencias y tratamientos anteriormente descritos, el único, por sus características que se puede optimizar es el biomédico, mantiene un sustento científico, objetivo, estructurado, avalado por instituciones y legalmente aceptado a nivel mundial.

4.1.2. Sistemas de servicios de salud.

Existen diferentes formas de clasificar los sistemas de servicios de salud, las cuales según el Dr. Maya (2003) dependen del aspecto alrededor del cual se quieran agrupar: organización, financiamiento o modelo de salud.

a) Por organizaciones:

- 1) Sistema único: Se refiere al que ofrece asistencia pública o de seguridad social, dónde existe una red única de servicios financiada con recursos del Estado, oferentes con una normatividad común.
- 2) Sistema mixto: Es aquel que carece de normatividad común, con diferentes sectores prestadores de servicio con diferente desarrollo.

b) Por financiación y provisión:

- 1) Servicio nacional de salud. Cobertura universal y financiación fundamentalmente a partir de impuestos generales. Ej. Reino Unido, Italia.
- 2) Seguridad social. Cobertura universal y financiación fundamentalmente por contribuciones obrero-patronales. Ej. Alemania, Francia.
- 3) Aseguramiento privado. Cobertura con déficit. Financiación en su mayor parte a través de empresas privadas de seguros. Ej. EE.UU.

c) Por modelo:

- 1) Los modelos corresponden al diseño y estructura que algunos países dan a su sistema de servicios de salud con base a su cultura, condiciones geográficas y sociales. "Estos merecen ser conocidos por su integridad y originalidad: Inglaterra, Canadá, Suecia, Francia, Costa Rica, Cuba, Colombia y EE.UU"(Maya, 2003, p.4).

Tanto Estados Unidos como México cuentan con un sistema organizacional mixto, en el que las coberturas son deficientes. México cuenta con un sistema de financiamiento dividido en sector público y privado. En el primero se financia a través de seguridad social con cobertura por contribuciones gubernamentales y obrero-patronales, mientras que en el privado, es a través de aseguradoras privadoras.

4.2. Sistemas de salud por modelo: México frente a EE.UU.

De acuerdo a su cultura, condiciones geográficas y sociales, cada país en el mundo ha diseñado y estructurado su sistema de salud. No existe en realidad un modelo ideal de salud que funcione en cualquier cultura y latitud. El sistema de salud de cada comunidad tendrá, evidentemente, influencia de sus creencias, valores y significados, por lo que cada una difiere en su entendimiento de causas, tratamiento y prevención de enfermedad.

4.2.1. Sistema de salud de EE.UU.

El sistema de salud de los Estados Unidos descansa prácticamente sobre el mercado de salud, al no ser un sistema único, nacional, y al igual que el mexicano, se encuentra dividido en los sectores público y privado.

Según cifras del Banco Mundial (BM) en 2011, Estados Unidos es el país que gasta más dinero per cápita en salud, correspondiente al 17.9% del PIB de dicho año. Su cobertura de salud es deficiente, donde se estima que aproximadamente 35 millones de habitantes que corresponden al segmento por encima de los más pobres, no tienen acceso a la salud, pues no tiene para pagarse un sistema privado pero tampoco califica para alguno de los sistemas propuestos (Maya, 2013).

El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS), forma parte del poder ejecutivo y Congreso de los Estados Unidos de América y es el principal organismo para proteger la salud de todos los estadounidenses y proporcionar servicios sociales esenciales a quien no pueden proveérselos por sí mismo. Dentro de los sistemas públicos se encuentran 4 tipos de programas:

- a) Medicare: El gobierno federal ofrece ayuda a los ancianos² de escasos recursos. Cubre a más de 40 millones de estadounidenses con seguro de hospital, médico complementario, algunos planes de salud privados o medicamentos.

- b) Plan Estándar: Es un plan que apoya con el costo anual de medicamentos, dependiendo la el costo total, el plan se compromete a cubrir desde el 75% cuando existe un gasto entre US \$251 – US \$2,250 y hasta el 95%, cuando se superan los US \$5,101 de gasto (Clínicas de Chile A.G., 2009, p. 3).

- c) Medicaid: Este programa cubre alrededor de 36 millones de personas en situación precaria en términos socioeconómicos, financiada por el gobierno federal y los estatales (Vargas, s.f.)

Para 2009 aproximadamente el 85% de la población estadounidense contaba con seguro médico. De acuerdo a la investigación realizada por el Doctor Arturo Vargas de la Universidad de California, en ese año el 59% tenía un seguro de empleado otorgado por las empresas americanas, el 13% estaba asegurado por Medicaid, tan sólo un 3% con Medicare, y otro 3% con seguro militar. Un 6% se aseguró por su cuenta, mientras el 16% no contó con ningún seguro médico.

La satisfacción de los servicios de salud en EE.UU. varía de acuerdo a la oportunidad de acceso, ya que a pesar de poner atención en fomentar información de los servicios y regular los productos para proteger al consumidor, el gobierno no ha sabido regular el impacto de la tecnología sobre los costos y la incorporación de la misma en el sector. El mercado de servicios de salud ofrece una amplia gama de opciones pero acompañada altos costos, descoordinación por no ser sistema único e inequidad, por olvidar opciones para el segmento de habitantes de clase media.

Por ello en Marzo del 2010 Barak Obama firmó la ley para reformar el sistema de salud, con la finalidad, de incrementar la cobertura de aseguramiento en salud, controlar el incremento en los costos y cambiar las reglas del mercado de aseguramiento, para lo cual se observan medidas como obligar a todos los ciudadanos y residentes legales de EE.UU. a contar con seguro de salud, reducir la duplicidad, el fraude y los abusos por parte de los proveedores y usuarios de

²Según la Organización Mundial de la Salud (s.f.) en países de desarrollo, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada y de 75 a 90 años viejas o ancianas.

salud, además de hacer énfasis en políticas de salud preventiva y pública. Se busca implementar la prohibición de límites de gasto en todos los seguros, planes de subsidios para personas de bajos ingresos, que las pequeñas y grandes empresas ofrezcan seguros a sus empleados, además de establecer la *Independent Payment Advisory Board* (IPAB), un consejo consultivo como mecanismo de control de los costos de atención médica fuera de la influencia de los procesos y las presiones políticas. Otra inclusión será la creación un centro de innovación para probar, evaluar y promover nuevos métodos de pago a proveedores (The White House, s.f.).

4.2.2. Sistema de salud en México

El sistema de salud mexicano, al igual que el de EE.UU se encuentra dividido por los sectores Público y Privado. Se trata de un sistema de salud mixto. En la Figura 3 se muestra de forma general su cómo funciona y a quién ofrece servicios.

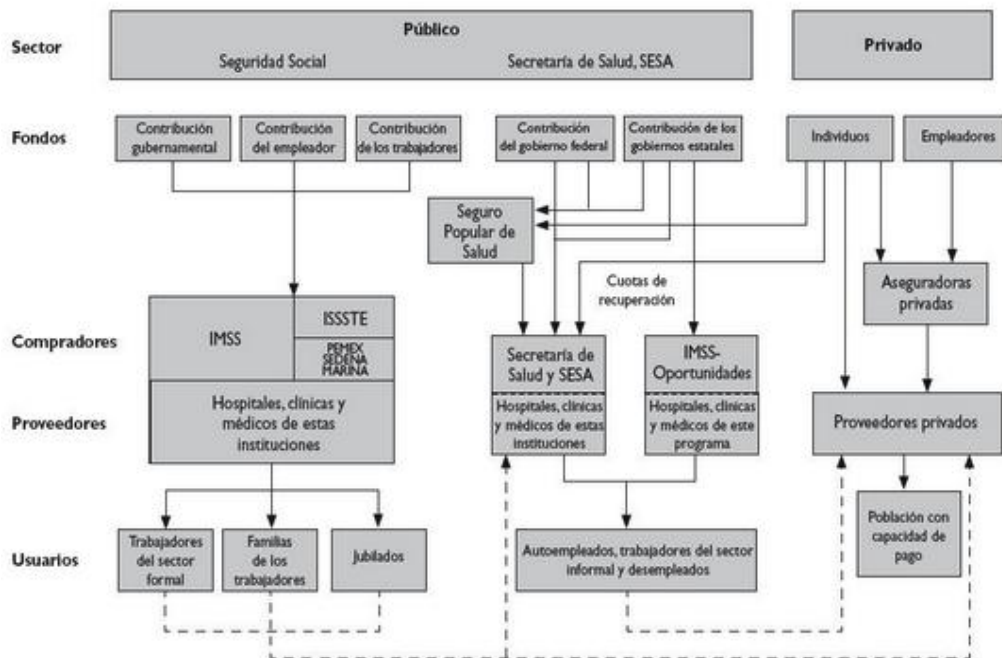


Figura 3. Mapa conceptual que ejemplifica cómo es el sistema de salud público y privado en México. Indica dónde vienen los fondos para sostenerlos, cuáles son las instituciones que los compran, quien los provee y quiénes son los usuarios (Gómez et. al, 2011, p. 221).

El sector público incluye la seguridad social que presta servicios a los trabajadores formales y su financiamiento proviene de las contribuciones gubernamentales y obrero-patronales. Este sector también comprende a las instituciones que protegen a la población sin seguridad social, donde entra la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Seguro Popular de Salud que se financian con recursos del gobierno federal y estatal, más una pequeña cuota de recuperación del usuario.

El sector privado por su parte, presta servicios a la población con capacidad de pago y es así como se financia, con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados.

México, al contrario de EE.UU. registró un gasto total de salud correspondiente al 6.2 % del PIB en 2011 (Banco Mundial). Esto no quiere decir que la forma de financiar sus recursos sea la más adecuada. Un estudio de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE, 2012) muestra que en México más del 50% del gasto total en salud en 2008 procedió del sector privado, lo que sitúa al país, en financiación pública, tres niveles más bajos en comparación a EE.UU.

Según cifras de la SSA y el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM, 2013), actualmente el sistema mexicano de salud se compone a nivel nacional de un sector privado extenso que cuenta con 99 clínicas y hospitales certificados bajo los estándares de calidad de la Secretaría de Salud, mientras solamente 18, son del sector público o financiadas con fondos del Estado, dando un total de 117 hospitales.

Esto tal vez se debe a que si bien, los estándares de certificación, que a continuación se presentan, se basan en la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, las políticas prioritarias de salud y la normatividad vigente; por otro lado exceptúan las finanzas. Por ello se observa que en el sistema de salud mexicano existe poca regulación en torno al financiamiento, sobre todo en el sector privado y en consecuencia, el acceso de la población a los servicios de salud ha sido muy desigual.

4.3. Certificación de hospitales.

El CSG junto con el SiNaCEAM, a cargo de la SSA y otras Secretarías e instituciones de México, presentó en Abril del 2012 la actualización de los “Estándares para la certificación de hospitales” (Consejo de Salubridad General, 2012).

Dicho documento presenta los requisitos necesarios para reconocer a algún establecimiento de salud como hospital o clínica, con el objetivo de brindar un servicio de calidad en la atención y seguridad médica que se les brinda a los pacientes. Por ello, se decidió homologar los estándares del Consejo de Salubridad General con los de *Joint Commission Internacional (JCI)*.

La JCI es una comisión reconocida a nivel internacional por ser un modelo de culto mundial en torno a lo que respecta a la seguridad del paciente y mejoras en la calidad de servicios de salud. Esta comisión trabaja con organizaciones de salud, gobiernos y defensores internacionales para promover estándares rigurosos de atención sanitaria, los cuáles proporcionan mediciones significativas para mejorar la calidad tanto clínica como administrativa de los hospitales.

Entonces, los estándares otorgados por el Consejo de Salubridad General son los mismos que los de la *Joint Commission Internacional (JCI: Accreditation Standardsfor Hospitals, 2010)* con la diferencia de que éste último se encuentra integrado por un grupo calificado de asesores, evaluadores y socios que han recibido acreditación por parte de la Sociedad Internacional de la Calidad en Atención de Salud (ISQua), la cual garantiza que los estándares, la capacitación y los procesos utilizados por dicha comisión cumplen con los más altos parámetros internacionales vinculados a la acreditación de entidades.

Por su parte el CSG, cuenta con la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud quien creó el SiNaCEAM para aunar un fundamento jurídico que fortalezca la certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos. Además, cuenta con un Comité Técnico con representantes de instituciones de salud pública y privada y con miembros de JCI, pero a pesar de contar con el respaldo legal del país, no cuenta con un reconocimiento internacional que sustente la eficacia de sus procesos.

En este sentido existen varios puntos de los estándares para la certificación de hospitales a considerar. En primer lugar, se encuentran divididos en tres secciones: la primera es sobre las

metas internacionales de seguridad del paciente y la segunda sobre los estándares centrados en el paciente como el acceso y continuidad a la atención del paciente, sus derechos y los de su familia, su evaluación, los servicios auxiliares de diagnóstico, sobre la atención quirúrgica, el manejo y uso de medicamentos y la educación del paciente y la de su familia. La tercera es sobre los estándares centrados en la gestión como la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, la prevención y el control de infecciones, el gobierno y la dirección, la seguridad de las instalaciones, las calificaciones y educación del personal, y por último el manejo de la comunicación en información.

Lo importante de dichos documentos, los estándares emitidos por la CSG y los de la JCI, es que ambos cuentan con los estándares necesarios que deben cumplir los hospitales y clínicas para ser abalados por la Secretaría de Salud a nivel nacional o bien, por la misma JCI, a nivel internacional, para atender a cualquier enfermo. Existe un enfoque en la gestión de la comunicación con el paciente que los hospitales certificados deberían cumplir y algunos de ellos en específico, marcan patrones a partir de los cuáles se puede deducir que la atención al paciente extranjero se da en las mismas condiciones que la del paciente nacional.

Es necesario aclarar que los estándares se refieren a “comunicación” como al manejo que se hace de la información dentro y fuera de las clínicas y hospitales, entre los profesionales de la salud, y entre los mismos y los pacientes. Por esto las certificaciones consideran que las organizaciones de salud deben de ser efectivas en identificar las necesidades de información, en diseñar un sistema de manejo de la misma, en capturar datos, analizarlos y transmitirlos. Todo esto se hace con ayuda de la tecnología a fin de mejorar los resultados con los pacientes ya que son las fallas de comunicación las principales causas de los incidentes de seguridad de los pacientes y en la calidad de la atención.

A continuación se enumeran los estándares presentados tanto en el certificado de la Secretaría de Salud como en el de la JCI, que de aplicarse, no sólo marcan la calidad de la comunicación entre médico y paciente, sino que los mismos, por la generalidad en la que se inscriben, marcarían la calidad médico nacional-paciente extranjero.

a) Sección I: Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

- 1) En el punto 2 se refiere a mejorar la comunicación efectiva la cual tiene como objetivo prevenir los errores por órdenes verbales y telefónicas. Para ello se marcan

políticas alrededor del proceso de emisión de órdenes e indicaciones que se dan al paciente: escuchar la orden, que se anote, que el receptor la lea y la confirme.

b) Sección II: Estándares centrados en el paciente.

- 1) Acceso y continuidad de la atención (ACC, Access and Continuity of Care): el punto 1.3 dice que el establecimiento busca reducir las barreras físicas, lingüísticas y culturales al acceso de prestación de servicios. Bajo el entendimiento de la diversidad de pacientes, los cuales pueden hablar varios idiomas, ser de otra cultura o tener otras barreras que dificulten la atención; la organización debe estar familiarizada con dichas barreras e implementar procesos para eliminarlas o reducirlas durante la admisión y la prestación de servicios. Toda organización debe trabajar en identificar las barreras más comunes, en superarlas o limitar su impacto durante la admisión y prestación de servicios e implementar los procesos. (Consejo de Salubridad General, 2012)
- 2) Derechos del paciente y de su familia (PFR, Patient and Family Rights): el punto 5 marca que todos los pacientes son informados acerca de sus derechos, de tal forma que los puedan entender, es decir, la organización debe preparar un documento donde se especifique los derechos de los pacientes y sus familiares durante el proceso de atención, y el documento debe ser adecuado a la edad, nivel de comprensión, idioma y/o lengua de los pacientes.
- 3) Educación del paciente y de su familia (PFE, Patient and Family Education): el punto 5 dice que cuando los certificados se refieren a la educación del paciente y a su familia hacen alusión al conocimiento que ambos necesitan durante el proceso de atención y después del mismo. En este sentido, los métodos de educación deben considerar los valores y preferencias del paciente y de su familia, es decir, los establecimientos deben entender las necesidades de los pacientes y sus familias, y alentarlos a decir lo que piensan o sienten, para asegurarse que existe una correcta comprensión de la información. Ante esto, la organización decide cuando y como reforzar la educación verbal con materiales escritos.

c) Sección III: Estándares centrados en la gestión

- 1) Manejo de la Comunicación e Información o MCI, por sus siglas en inglés de Management of Communication and Information:
- 2) MCI.2: dice que los pacientes y los familiares reciben información de acuerdo a sus condiciones socioculturales sobre los servicios que ofrece el establecimiento y la atención que recibe el paciente.
- 3) MCI.3: pretende que la comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrezcan en un formato, lenguaje e idioma comprensibles. Este punto es básico porque se refiere a la toma de decisiones que hace el paciente en torno al cuidado, el cual sólo se puede lograr si éste comprende correctamente la información que se le otorga. De este modo, se presta especial atención al formato, lenguaje e idioma empleados para comunicarse e impartir educación a los pacientes y sus familiares de acuerdo a su contexto sociocultural. Para lograrlo puede ser necesario que los familiares o interpretes ayuden con la traducción de materiales y cuando falten alguno de estos, serán conscientes de las barreras que pueda tener el paciente para comunicarse o comprender.
- 4) MCI.4: habla de que la comunicación debe ser efectiva en todo el establecimiento, entre los profesionales, familiares pacientes, áreas, servicios y hacia otras organizaciones. La efectividad en comunicación se refiere a que el receptor reciba la información con la misma intensidad con la que el emisor la transmitió.
- 5) MCI.14: trata sobre cómo las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera del establecimiento se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada, de ser necesario se ofrece interpretación y aclaración de datos.

No perdamos de vista que pesar de que las certificaciones en teoría se otorgan a los hospitales por seguir los estándares indicados, en realidad existen situaciones que pueden demostrar lo contrario en la práctica, tal y como se presenta más adelante en el apartado de comunicación médica.

En este mismo sentido, aunque la SSA presenta los requisitos necesarios para que las unidades de salud puedan certificarse, se reconoce que en México hay un rezago en instalaciones certificadas con respecto a otros países emergentes, ya que de las 117 clínicas y hospitales certificadas a nivel nacional mencionadas, solamente 10 cuentan con la acreditación de la JCI (2013):

1. Asisteco México S.A. de C.
2. Clínica Cumbres Chihuahua
3. Hospital CIMA Chihuahua
4. Hospital CIMA Monterrey
5. Hospital Galenia
6. Hospital México Americano, SC
7. Hospital San José Tec. de Monterrey
8. Hospital Y Clínica OCA, S.A. de C.V.
9. The American British Cowdray Medical Center IAP - Observatorio Campus
10. The American British Cowdray Medical Center IAP - Santa Fe Campus

Se aclara que para la certificación de hospitales, el CSG con base en el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del SiNaCEAM; del Diario Oficial de la Federación, del 2008, dio el fundamento jurídico necesario para fortalecer la certificación, la cual reafirma la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes. Dicho Acuerdo, emite que la certificación “es el proceso por el cual se reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes” (Primera Sección, segundo acuerdo).

Con base a este Acuerdo, el CSG través de la SiNaCEAM, cuenta con la obligación de promover y desarrollar las acciones necesarias para la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica, por lo que recae en él la responsabilidad de que no se apliquen los estándares para la certificación de hospitales.

Esto último, demuestra que existen leyes que refuerzan los estándares de calidad en la atención a la salud que reciben los pacientes, tanto nacionales como internacionales, sin embargo no sólo basta con conocer las leyes que dan cuidado a la salud, sino también aquellas que reconocen a los individuos de otras culturas su derecho a acceder a dichos servicios.

4.4. Leyes que reconocen a la interculturalidad.

A pesar de que la interculturalidad es un proceso de relación y comunicación entre grupos culturales y personas con diferentes percepciones de su realidad, para que lleven a cabo una relación armónica, en primer lugar deben tomar en cuenta que conviven en espacios que pertenecen a un territorio específico con un lenguaje y leyes oficiales. Estos tres factores siempre deberán estar presentes en la búsqueda de la interacción que conlleva el respeto mutuo.

Dicho de otro modo en la interculturalidad en el sector salud, en la interacción entre pacientes extranjeros con profesionales de la salud, se debe recordar que ambos cuentan con capacidades para el ejercicio de los derechos que marca el país en torno a la salud y la multiculturalidad, y es de carácter ético, dar respeto a los mismos.

El segundo artículo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM, Capítulo I, Título 1) de las garantías individuales, reconoce a México como una nación pluricultural por comunidades indígenas; por lo que dicho artículo propone mejorar las condiciones de servicios básicos, entre ellas el acceso efectivo a los servicios de salud aprovechando la medicina tradicional.

Esta sería el primer sustento sobre la necesidad de conocimiento intercultural por parte de los prestadores de salud, sin embargo, en relación a los derechos que los extranjeros tienen al recibir atención sanitaria en el país, existen leyes migratorias para el caso de aquellos que buscan habitar aquí.

En este caso, el Diario Oficial de la Federación publicó el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos en materia de Protección a Migrantes del Instituto Nacional de Migración (Secretaría de Gobernación, 2012), en el cual, el artículo 6 dice que la Secretaría de Gobernación podrá celebrar convenios de colaboración y coordinación con otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, estatal o municipal, así como con organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil, para facilitar a migrantes niños, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores, el acceso a los planes y programas en materia de trabajo, salud y educación. Asimismo, el artículo 9 señala que “si la persona migrante se encuentra en una situación que ponga en riesgo su vida o su salud, se le

canalizará de inmediato a las instituciones especializadas donde se le pueda brindar la atención que requiera.”

La CPEUM en su artículo cuarto habla del derecho de toda persona a la protección de la salud. En torno a esto se encuentra el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del SiNaCEAM del Diario Oficial de la Federación ya mencionado en el apartado anterior.

Por último, de no ser migrantes o indígenas, el extranjero puede acceder a servicios de salud en México por el simple hecho de que la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su artículo 25 (Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, 2012), establece que “toda persona y su familia tienen derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vida, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. La propuesta de derechos humanos en la salud, pretende promover y facilitar a que la población cuente con los apoyos necesarios para conocer y demandar mejores servicios sanitarios.

De tal modo que atender a extranjeros en el sector salud mexicano, no es una elección para el profesional, es un derecho que el visitante tiene; lo que incrementa la necesidad del país de contar con médicos capacitados en una atención adecuada hacia el paciente extranjero, pero que según especialistas a veces ni siquiera tiene con los mismos pacientes nacionales.

4.5. Comunicación Médica.

Tras revisar los certificados, estándares, leyes y el funcionamiento de los sistemas de salud, se observa que la comunicación en el sector está enfocada únicamente a obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, incursiona en mayor medida hacia el aspecto biológico del individuo y en pocos puntos es empleada en función de dimensiones psicológicas y sociales.

Si bien, la finalidad de todo servicio de salud es dar diagnóstico y seguimiento al tratamiento que el paciente demanda en busca del bienestar integral, la satisfacción del paciente depende mucho de sus necesidades y expectativas, por lo que la relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se han vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente.

En un estudio realizado por docentes de la Facultad de Medicina de la UNAM (Hernández, Fernández, Irigoyen y Hernández, 2006), se menciona que en México existe una comunicación ineficaz en el sector, e insatisfacción del paciente en la atención, lo cual se hace evidente con algunas quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), no por problemas técnico-médicos, sino de deficiencia en la atención, ya que las personas son tratadas con actitudes de indiferencia y discriminación, no se les escucha ni toman en cuenta sus opiniones (Coordinación de Atención a quejas y orientación al derechohabiente, 2008).

Actualmente, la comunicación en cualquier sector tiene que ser vista de una manera más humanista, en el caso de la medicina, con mayor apertura hacia las necesidades del paciente y su familia, generar mayor empatía, que se sienta escuchado y atendido, y que comprenda en totalidad el significado de su enfermedad para que continúe con confianza el tratamiento.

Si bien, se ha puesto ya atención en información sobre cómo debe de comunicarse un médico y cómo debe ser la relación con su paciente, no hay muchos estudios y escritos que atiendan la situación de la comunicación a un nivel psicológico, social y cultural en México. Existen así, pocos artículos hablen sobre las barreras, deficiencias y la poca preparación de los médicos con la que se topan los pacientes a la hora de visitar algún hospital o clínica en México.

En este sentido hablar de comunicación médica da base y marca un antecedente sobre lo que puede significar la calidad en la atención que se da a los pacientes extranjeros, pues el estadounidense está igualmente expuesto a situaciones en torno al trato otorgado al mexicano, aunque se ha de aclarar que no de la misma manera porque en el primero influyen además diferencias culturales.

Los problemas más comunes de comunicación interpersonal médica en México según el Maestro Salvador García Liñán (Anexo 12), especialista reconocido en comunicación médica, son los siguientes:

- a) La terminología técnica utilizada por el médico, por lo que el 95% de los pacientes recibe la información fragmentada, es decir, no comprende lo que tiene, las causas y consecuencias del tratamiento.
- b) La posible distancia social que se da entre paciente y médico en cuanto a situación económica, edad, raza, sexo, preparación, etc. En nuestra sociedad el médico es visto como una autoridad, precisamente a consecuencia de la educación que muchas veces

demuestra, lo que limita al paciente cuestionar sobre dudas que puedan surgir durante la consulta o tratamiento.

c) Falta de interés por parte del médico en cuanto a la atención que tiene para con el paciente y la empatía que genera con el mismo:

1) El médico suele no escuchar más allá de la información biomédica, dejando de lado la información sociocultural que los sesga del impacto que a veces ocasiona un estudio o revisión. Escuchar más sobre lo que engloba a nivel social la enfermedad, puede evitar que se lleven a cabo procedimientos que ocasionan incomodidad para el paciente, ya sea de manera económica o cultural. Tal es el caso de obligar al paciente a realizarse estudios que tal vez ni siquiera necesita (García Liñán, 2012a).

2) El médico suele dar por hecho que ha realizado el diagnóstico exacto y que el paciente lo ha comprendido por completo, por lo que esperan que éste entienda a la perfección el tratamiento y su administración. Pero la mayoría de las veces esto no sucede, lo ideal es que el médico se cerciore si quedó claro el tratamiento y que además, de seguimiento a las molestias del paciente para detectar si el diagnóstico fue el indicado.

d) Ausencia de higiene por parte de los médicos antes y después de atender a un paciente y además, hay un ruido constante a fuera de una habitación de hospital en la que se alcanzan hasta los 70 decibeles (García Liñán, 2012b).

e) En un hospital se llega a pensar más en las facilidades y comodidad del médico que la del mismo paciente, tal es el ejemplo de que los pacientes están acostados en una cama de 1.25 metros de altura cuando la altura de una cama normal es de .50 metros.

Si es importante que el médico ponga atención a la cultura del paciente cuando se trata de alguien del mismo país y a pesar de compartir los mismos códigos físicos o lingüísticos, será todavía más importante que lo haga cuando se trata de un paciente que no pertenece a la misma cultura, que mantiene costumbres, tradiciones y roles distintos a los del médico. Por ello, poner atención en el marco de la comunicación médica nos ofrece una visión previa de cómo se puede encontrar la interculturalidad en el sector salud mexicano.

4.6. La interculturalidad de salud en México

La interculturalidad en México es un tema al que se le ha puesto atención por la necesidad de dar un trato de igualdad a los grupos indígenas del país³, quienes deberían de ser vistos con los mismos derechos que cualquier otro individuo y procurar comprender sus usos y costumbres para generar una interacción armónica entre mexicanos. La misma CPEUM en su artículo 2, remarca la expresión de la pluriculturalidad en torno al reconocimiento de la existencia de indígenas en el país, su derecho a la libre autodeterminación de sus pueblos, además de la igualdad entre hombres y mujeres.

Ante esto, con el fin impulsar la transformación de los servicios de salud y mejorar el acceso de la población a los mismos, además de buscar el trato digno que merecen los 18 grupos indígenas que habitan el país, la SSA ha puesto atención en generar programas que consideren a la interculturalidad como un proceso de comunicación e interacción que supone una relación respetuosa entre culturas.

En primer lugar, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2007) básicamente buscó incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud, y promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios para disminuir las barreras culturales.

Otro de los programas propuestos, es una “Política intercultural en salud” para México (Almaguer, Vargas y Vite, 2002), un proyecto que busca incorporar en la planeación y oferta de los servicios de salud, el concepto y las implicaciones del reconocimiento a la diversidad cultural.

Dicha política forma parte del sustento para la creación del Modelo Intercultural para la implementación en los Servicios de Salud (Almaguer et. al, 2005). Con el soporte de la Promoción de la Salud, la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y la Dirección General de Planeación y Desarrollo de la Salud; entre otras instituciones, el Modelo ha puesto atención en sensibilizar a los prestadores de salud en torno al tema de interculturalidad tomando en cuenta la existencia de más de 62 lenguas indígenas diferentes en México.

Si bien existen planes para implantar la política de interculturalidad en los servicios estatales de salud, estos solamente se encuentran completamente enfocados en la Medicina Tradicional, de

³ Según el Consejo Nacional de Población en 2005 eran alrededor de 13 millones 433 mil habitantes indígenas en México, 12.21% de la población.

servicios de salud que se presenta entre médicos e indígenas, para acreditar unidades de salud, encuentros mutuos, impulsar el conocimiento de la misma en escuelas de medicina, etc.

De modo que las únicas prácticas de interculturalidad en el sector salud mexicano que existen actualmente, tienen sustento en la interacción del sistema biomédico con las culturas indígenas, gracias a lo cual se tiene algo de referencia sobre el conocimiento de los médicos en interculturalidad, pero no hay noción sobre cómo es con el paciente extranjero.

Por otro lado, la propuesta de una “Política intercultural en salud”, acepta que existen dificultades en el acceso a los servicios, y los que se encuentran disponibles, tienen baja calidad (Almaguer et. al, 2002).

Según dicha política, las barreras que dificultan la interculturalidad son las económicas, geográficas y culturales. México supera las primeras barreras con un presupuesto de egresos de 485 millones de pesos que se le otorgó en 2013 a la SSA y las geográficas, no son limitante porque este es un país estratégico para la vivienda de jubilados o turismo médico por su cercanía con Estados Unidos y sus recursos naturales.

Las más susceptibles, entonces, son las barreras culturales, las cuales ocupan a la presente tesis porque influyen en la comunicación efectiva con extranjeros al incluir cuestiones de lenguaje, tradiciones, organización de los servicios de salud y la actitud de los prestadores de servicios médicos.

En la medicina actual, no se valora la importancia en la dimensión cognitiva del proceso salud-enfermedad-atención, no hay interés por tener una visión más allá de lo biológico o tecnológico, no existe personal de salud calificado en técnicas culturales y en las Instituciones de Salud se cuestiona por parte del usuario la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato dado por los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto. (Almaguer et. al, 2002, p.3).

Esto quiere decir que uno de los grandes problemas de la interculturalidad en México, tal y como se presentó en el apartado de comunicación médica, es la falta de atención hacia la escucha, respeto y atención por parte del médico a los pensamientos, conocimientos y creencias del otro. Aún así no se debe olvidar que la comunicación no solamente está asociada a diferencias culturales entre el médico paciente, sino a aspectos organizacionales como la administración del hospital, recursos, financiamiento, etc.

Si hay una relación desigual de profesión, estatus económico o imagen entre médicos y pacientes de la misma cultura, esto se potencializa cuando los grupos humanos mejor posicionados imponen otras formas de pensar sobre los grupos con menores oportunidades de desarrollo, lo que los hace sentir devaluados, limitándolos hasta a ejercer sus derechos sociales.

Por último hay que recordar que muchas veces los conflictos interculturales en el sector salud se dan porque el paciente desconoce completamente sus Derechos Humanos y por tanto es incapaz de defenderlos, mientras que en los hospitales hay muchos atropellos a los mismos y poco se consideran sus expectativas. En este sentido hay que fortalecer el derecho de los usuarios extranjeros a decidir la atención a recibir, pues si para algunos ya es difícil, por la diferencia de idioma, comunicar lo que necesitan, más complicado es comentar sus inconformidades al no conocer sus derechos.

Si bien los programas existentes demuestran una preocupación por parte del gobierno hacia la apertura intercultural y la diversidad para reducir la discriminación, en realidad aún es nula la atención que el prestador de salud pone en la calidad de su trato y por tanto a la comunicación con el paciente extranjero. Mientras no se ofrezcan servicios efectivos, seguros, sensibles a la multiculturalidad nacional que respondan a las expectativas de los usuarios, la interculturalidad nunca será una herramienta de acceso de la población a los servicios de salud, ni los va a mejorar.

5. Referencias del capítulo

- **Alarcón, A., Vidal A., Neira J.** (2003), Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*. Vol. 131(9), 1061 – 1065
- **Almaguer JM, Vargas V. y García H.** (2002) *El enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 26 de Enero del 2013 de <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.salud.gob.mx%2Funidades%2Fcdi%2Fdocumentos%2FDOCSAL7540.doc>
- **Almaguer JM, Vargas V. y García H.** (2005) *Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 14 febrero del 2013 de http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/taller_inter/Modelo_Intercultural_09.pdf
- **Banco Mundial** (2011). *Gasto en salud, total (% del PIB)*. Recuperado el 2 de junio del 2013, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- **Cámara de Comercio México-Estados Unidos.** (2011). *Reporte 3: Desarrollo de Turismo, Turismo Médico, y Turismo Seguro en México*. Recuperado el 30 de marzo del 2013, de <http://www.usmccoc.org/papers-current/3-Desarrollo-del-Turismo-Turismo-Medico-y-Turismo-seguro-y-protegido-en-Mexico.pdf>
- **Clínicas de Chile A.G.** (Septiembre, 2009). *Sistema de Salud de USA: Cómo funciona y que propone la Reforma*. Número 21. Recuperado el 3 Marzo del 2013 de http://www.clinicasdechile.cl/Coyuntura_21.pdf
- **Consejo de Salubridad General.** (2012). *Estándares para la certificación de hospitales*. México: Gobierno de México. Recuperado el 13 Enero del 2013 de <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf>
- **Consejo de Salubridad General.** (2013). *Sistema nacional de certificación de establecimientos de atención médica unidades hospitalarias con certificado vigente*. Recuperado el 01 de mayo de 2013 de http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/2-CertificadoVigente_Hospitales-abril22-2013.pdf
- **Consejo Nacional de Población.** (2005) *Proyecciones de indígenas de México y de las entidades federativas 2000 – 2010*. Colección Prospectiva. México: Secretaría de

Gobernación. Recuperado el 12 de Marzo del 2013 de

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indigenas_2010/Proyindigenas.pdf

- **Coordinación de atención a quejas y orientación al derechohabiente IMSS.** (2008). *Quejas, Causa Raíz y Calidad de la Atención*. México: CONAMED. Recuperado el 13 de Abril del 2013
http://www.conamed.gob.mx/eventos/pdf/Quejas_Causa_Raiz_y_Calidad_Atencion.pdf
- **Deloitte.** (2011). *Turismo médico: Actualización e implicaciones*. Recuperado el 07 de diciembre del 2012, de
<http://www.turismomedicoenmexico.com/media/5022fc2e5f96c.pdf>
- **Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.** (2012). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado el 12 de abril del 2013 en
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- **García, S.** (2012a, 10 de mayo). *¿Por qué lo permitieron?* El Financiero, p. 21
- **García, S.** (2012b, 21 de junio). *Sssh... ¡déjenme descansar! / I.* El Financiero, p. 23
- **Gómez O, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk F.** (2011) *Sistema de Salud de México. Salud Pública de México*. Vol. 53(2). 220-232.
- **Hernández I., Fernández MA., Irigoyen A. y Hernández MA.** (2006). *Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar*. Medicina Familiar .Vol. 8(2). 137-144.
- **Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** (2011) *Informativo oportuno, Conociendo...nos todos*. Recuperado el 26 febrero del 2013, de
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/Articulos/sociodemograficas/nacidosenotropais.pdf>
- **Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** (s.f.). *Los extranjeros en México*. Recuperado el 02 febrero del 2013, de
http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/socio-demografico/ext_en_mex/extraen_mex.pdf
- **Joint Commission International.** (2010). *Accreditation standards for hospitals standards lists version*. (4^a ed.). Illinois: Department of Publications Joint Commission Resources.
- **Joint Commission International.** (2013). *Organizaciones acreditadas por Joint Commission International*. Recuperado el 16 de Marzo del 2013 en
<http://es.jointcommissioninternational.org/enes/JCI-Accredited-Organizations/>

- **Lustig M. y Koester J.** (2010). *Intercultural competence: interpersonal communication across cultures*. Boston: Allyn y Bacon.
- **Maya JM.** (2003). *Fundamentos de salud pública tomo II: Administración de la salud pública*. Medellín: Blanco H & Maya JM Eds.
- **Organización Mundial de la Salud** (s.f.). Definition of an older or elderly person. Recuperado el 04 de Agosto del 2013 de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- **Organización Panamericana de la Salud-Argentina.** (2013). *Preguntas frecuentes sobre la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 03 mayo de 2013, de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28&itemid=14
- **Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.** (2012). *Perspectivas OCDE: México Reformas para el Cambio*. Recuperado el 22 de febrero del 2013 de <http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>
- **Real Academia Española.** (2001). Medicina. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/drae/srv/search?id=8oJoChVhoDXX2hWAAUjL>
- *México lanza plan para curar turistas.* (2011, 25 de enero). CNN Expansión. Recuperado el 15 de diciembre del 2012, de <http://www.cnnexpansion.com/expansion/2011/01/25/bienestar-a-la-alza>
- **Samovar, L. & Porter, R.** (2009). *Communication between Cultures*, Canada: Wadsworth Thomson Learning.
- **Secretaría de Gobernación.** (2012). *Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos en materia de Protección a Migrantes del Instituto Nacional de Migración*. Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5280488
- **Secretaría de Salud.** (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012, por un México sano: construyendo alianzas por una mejor salud*. México: Gobierno de México. Recuperado el 24 de Enero del 2013 de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf
- **Secretaría de Turismo.** (2011). *Impulsan SECTUR y SSA Turismo Médico*. Boletín Informativo 144/2011. Recuperado de http://www.sectur.gob.mx/es/sectur/Boletin_144
- **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.** (2013). *Unidades hospitalarias con certificado vigente*. México: Certificado de Salubridad General. Recuperado el 01 de mayo de 2013

http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/2-CertificadoVigente_Hospitales-abril22-2013.pdf

- **The White House Government EE.UU.** (s.f.). *Health Reform in Action*. Recuperado el 01 de marzo del 2013, de <http://www.whitehouse.gov/healthreform>
- **Vargas A.** (s.f.). *La reforma del sistema de salud en EUA y el Mercado de Turismo en México*. Recuperado el 4 de febrero del 2013 de <http://goo.gl/PcJ3Lp>

IV. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL EN EL SECTOR SALUD MEXICANO.

1. Interculturalidad entre médicos mexicanos y pacientes estadounidenses

La finalidad de todo servicio de salud es dar diagnóstico y seguimiento al tratamiento, a modo que se satisfagan las necesidades y expectativas del paciente. El mismo fin persigue el médico en la atención a cualquier paciente, sea o no de su misma comunidad, sin embargo, cuando se tratan de pacientes con rasgos culturales distintos, debe seguir un proceso que tome consciencia de otros factores que rodean a los mismos.

Esta tesis reconoció a la cultura en torno a dos dimensiones: la material o conductual y la cognitiva. Algunos de los choques interculturales en el sector salud surgen en la dimensión material o conductual por la diferencia en los sistemas y tratamientos de salud, Alarcón, Vidal y Neira (2003) consideran que cuando alguno de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico: quién (enfermero, médico, medica, comunidad, etc.), hace qué (cirugía, ritual, purgas, oraciones, etc.), a quién (individuo o comunidad) y con respecto a qué dimensión de la enfermedad (física, social, mental, espiritual, etc.); se interponen a las creencias del paciente o del médico, surge el choque cultural.

Otros choques surgen en la dimensión cognitiva por la falta de entendimiento a la cultura del otro. Aquí se abarca la comprensión de las creencias culturales y las expectativas de los pacientes. En esta dimensión el médico debe aplicar la validación, definida como la aceptación de la legitimidad del modelo médico del paciente, comprenderlo, respetarlo y considerar los elementos relevantes para su diagnóstico. Luego surge un proceso de negociación entre el médico y el paciente, en el que se buscan puntos de acuerdo para llegar a consenso en torno al proceso del tratamiento.

En ambas dimensiones la comunicación es la mejor herramienta para conseguir que dicho proceso terapéutico sea exitoso, donde al haber un proceso comunicativo efectivo se consiga la eliminación de la enfermedad. Por ello, a fin de conocer si la comunicación entre médicos mexicanos y pacientes extranjeros es efectiva, y el conocimiento de interculturalidad de los médicos, la presente tesis, hace un estudio de caso basado en pacientes estadounidenses y médicos mexicanos, para lo cual en primer lugar presenta lo que los médicos deberían de conocer o aplicar en consulta para superar las barreras que pueden surgir a consecuencia de

los patrones y los elementos distintivos culturales que se manifiestan de manera verbal y no verbal en toda relación intercultural.

2. Elementos culturales distintivos entre el médico mexicano y el paciente estadounidense, y sus barreras.

A partir de los elementos de comunicación intercultural verbales y no verbales, y los patrones culturales presentados en el primer capítulo, la tesis estudia cómo es la comunicación intercultural entre médicos mexicanos y pacientes estadounidenses.

Se aclara que en los siguientes apartados la mención a médico y paciente, hacen referencia al médico mexicano y paciente estadounidense, a menos que el texto indique lo contrario.

A continuación se presentan las barreras que surgen a consecuencia del choque de los elementos culturales del estadounidense con los del mexicano y se indica cómo deben superarse por parte del médico mexicano para lograr una terapia exitosa. Con excepción de aquellas en las que se menciona autor, las indicaciones que se dan sobre cómo superar cada barrera se basan en las técnicas específicas de comunicación transcultural presentadas por Luckmann (2000)⁴.

2.1. Barreras de comunicación intercultural verbal.

Resultado de los elementos culturales diferentes entre el médico mexicano y el paciente estadounidense para transmitir un mensaje de manera verbal.

- a) Idioma: el estadounidense habla el idioma inglés mientras el mexicano el idioma español. En este caso el médico mexicano debería tener conocimiento de la lengua del paciente o en su defecto hacer uso de alguna persona que traduzca para poder entenderse con su cliente.

⁴Se utilizaron las técnicas específicas de comunicación transcultural en la salud de Luckmann descritas en las páginas 129-135, 181-186 y 218-221.

- b) Fonética: el estadounidense suele tener una dicción y pronunciación de palabras más rápida que el mexicano en su idioma. Acostumbra a cortar palabras o cambia la pronunciación dependiendo de su ciudad natal. El médico puede confundirse a pesar de dominar el idioma, por lo que debe cuestionarle constantemente lo que dice y pedirle que lo explique con otras palabras que sean más fáciles de comprender.
- c) Tonalidad: el médico mexicano puede creer que hablar más alto o demasiado lento ayudará a que el paciente comprenda de manera más fácil lo que dice, en cambio el paciente estadounidense no está acostumbrado a expresarse con un tono de voz alto. Por ello, lo ideal es que el médico ponga atención en mantener un tono de voz medio, que el paciente escuche pero sin que le cause impresión de enojo por parte del médico.
- d) Contextualización: el médico está acostumbrado a dar las noticias de salud que considera difíciles de asimilar para el paciente de una manera metafórica o intentando suavizar el impacto. Para el estadounidense, por el contrario, es importante recibir los mensajes de manera directa y concisa. Durante el diagnóstico, el médico debe indicar de manera clara el procedimiento que está siguiendo y las razones por las cuáles lo hace, tiene que ser claro con las sospechas en torno a la enfermedad, las causas y consecuencias de la misma.
- e) Tipo de lenguaje: los estadounidenses, al igual que el cualquier paciente, necesitan entender su enfermedad y el tratamiento con palabras que se encuentren en su vocabulario. Es importante que el médico evite tecnicismos y se exprese de manera que el paciente comprenda los mensajes. Aquí el médico puede escuchar qué tipo de palabras usa el paciente, cuál es su educación y parafrasear lo que dice.

Por otro lado al paciente estadounidense le gusta que le hablen de “usted” y lo nombren por su apellido sobretodo, en el trato con personas con las que apenas establece algún tipo de relación. El médico debe procurar hacer el uso de “Miss” o “Mister”, así como cuestionarlo por su apellido por lo menos hasta que pueda entablar una relación de confianza.

2.2. Barreras de comunicación intercultural no verbal.

Son resultado de los elementos culturales diferentes entre el médico mexicano y el paciente estadounidense para transmitir un mensaje de manera no verbal.

- a) Comportamiento corporal: la postura, expresiones faciales y contacto visual.

A pesar de tratarse de comportamientos distintos, la postura, las expresiones faciales y el contacto visual, son tres elementos que funcionan completamente igual tanto para el médico mexicano como para el paciente estadounidense. La postura que debe mantener el médico es de apertura, con los brazos abiertos, sin cruzarlos, sentado frente al paciente deteniendo atención. Mirarlo a los ojos cuando el paciente le habla, con seriedad hacia lo que está expresando, ya que para ambas culturas esto es símbolo de respeto y escucha.

- b) Espacio y Distancia: para el paciente estadounidense es importante que al hablarle exista una distancia de aproximadamente un brazo, mientras que para el médico latino no está mal visto que al hablarle al paciente haya una distancia menor (Evans, s.f.). Asimismo el paciente estadounidense espera ser revisado en un lugar limpio y ordenado. El médico debe cuidar calcular la distancia a la que está acostumbrado al interactuar con las personas y mantener un aspecto de pulcritud en su consultorio.

- c) Tiempo: todo estadounidense ve al tiempo como una mercancía. Mientras que el latino suele ser flexible con el tiempo y está acostumbrado a esperar en una antesala a ser atendido, el paciente estadounidense no tolera la impuntualidad en una cita. El médico en este aspecto debe ser atento con iniciar la consulta a la hora en que citó al paciente y terminarla en un tiempo considerable de no más de una hora (Hernández et al., 2006).

2.3. Barreras culturales en la comunicación intercultural.

Son resultado de los patrones culturales diferentes entre el mexicano y el estadounidense. Estas barreras se pueden manifestar de manera verbal como no verbales:

- a) La religión: como en cualquier país, en Estados Unidos las religiones son diversas, y en ellas los rituales y creencias son clave para construir el tratamiento del paciente, ya que lo que se le recete puede ayudar a que el paciente mejore o empeore. Considerar aspectos como la prohibición en la transfusión de sangre con Testigos de Jehová o el rezo y confesión para los católicos, ayuda al médico a saber qué alternativas tomar para la mejora del paciente y no ofender sus creencias en torno a la vida.
- b) La familia. mientras el paciente latino suele asistir a consulta acompañado y pide apoyo familiar para tomar decisiones de salud, el estadounidense por el rol individualista, suele asistir a consultas médicas sólo y él mismo es quien toma las decisiones de su tratamiento. El médico mexicano debe considerar dar las noticias de enfermedad de cualquier índole directamente al paciente y cuestionarle si cuenta con el apoyo de algún familiar para ayudarlo a su recuperación, sino revisar algún tipo de tratamiento que pueda llevar a cabo a través de sus medios individuales.
- c) Rol de género o sexual: este aspecto funciona de la misma manera tanto en la cultura mexicana como en al estadounidense, en ambas existe una interacción distinta cuando la atención es por parte de un médico del sexo opuesto al paciente. El médico debe considerar la comodidad del paciente en torno a su sexualidad para diagnosticar y recetar, tiene que poner atención al rol de género o sexual del paciente, influenciado por la religión y el rol social, ya que esto puede tener repercusión sobre que la confianza que se genere para examinar al paciente o para cuestionarle de síntomas que se relacionan con su sexo.
- d) Rol Social: tanto en la cultura mexicana como en la estadounidense, el paciente sigue distintos roles en su familia, escuela o trabajo y en general en los grupos sociales a los que pertenece. El médico debe preguntar si es madre, hermana, padre, abuela, estudiante, jefe, etc. a fin de conocer qué tanto su vida cotidiana puede influir con la efectividad del tratamiento.
- e) Estatus económico: mientras en Estados Unidos el paciente paga en dólares en México lo hace en pesos, lo que influye a que el estadounidense suela sentirse satisfecho con los costos del servicio. El médico debe considerar el tipo de hospital al que el paciente está solicitando servicios para darse idea del los recursos aproximados con los que

cuenta para financiar sus gastos médicos, además debe cuestionarle si cuenta con seguro médico o no, y su lugar de residencia, para saber qué tratamientos recomendar.

- f) Sistema Médico: el sistema médico estadounidense y el mexicano varían en diversos aspectos en torno Instrumentos, ambiente y tecnología utilizada, así como el financiamiento de los servicios. Una de las diferencias específicas a las que los pacientes estadounidenses están acostumbrados sobre su sistema de salud, son los procedimientos a seguir para revisión, donde el paciente suele ser atendido primero por una enfermera y luego, sólo de ser necesario es atendido por el médico. Por su parte, en México, el médico siempre es quien revisa al enfermo desde el inicio de su visita. Por otro lado en Estados Unidos, el médico marca el tratamiento como una obligación que debe cumplir el paciente, mientras que en México el doctor nunca obliga al paciente a seguir la receta, cree que queda bajo responsabilidad del paciente cumplir con lo establecido en ella y curarse. El médico aquí debe cuidar conocer cómo funciona el sistema de salud del paciente, cuestionarle si conoce los instrumentos o la tecnología que está usando al examinarlo, saber cómo es su uso de medicina alopática o alternativa, verificar que está consciente de la atención directa con el médico, y recetar pensando que el paciente seguirá al pie de la letra las indicaciones propuestas.

Estos son los elementos culturales que el médico debe conocer a la hora de atender a un paciente estadounidense para poder superar las correspondientes barreras que se pueden presentar y cumplir con un proceso de comunicación intercultural efectivo.

3. Estudio de caso: Conocimiento de los médicos mexicanos en interculturalidad y su influencia en la comunicación con pacientes estadounidenses.

Una vez aclarados los elementos culturales distintivos entre el mexicano y el estadounidense, el análisis de caso de la presente tesis se hizo bajo la hipótesis de: la falta de conocimiento por parte de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales distintivos entre pacientes, lo que conlleva una relación comunicativa deficiente.

El proceso de comprobación de hipótesis se llevo a cabo a través de un estudio de caso, que se hizo en dos partes:

1. Conocer el conocimiento de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales distintivos del paciente estadounidense para una comunicación intercultural efectiva.
2. Análisis de cómo es la comunicación entre los pacientes estadounidenses y el médico mexicano a consecuencia del desconocimiento de los elementos distintivos del paciente por parte del médico.

3.1. Conocimiento de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales distintivos del paciente estadounidense para una comunicación efectiva.

Para conocer el conocimiento de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales distintivos del paciente estadounidense o bien en comunicación intercultural, que incluye conocer acerca de dichos elementos en la interacción con el paciente, primero se consideró cuál es la educación que reciben los médicos desde la escuela en torno a la comunicación con extranjeros y luego a través de una encuesta a médicos de distintos hospitales del país se les cuestionó al respecto.

3.1.1. Conocimiento de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales del paciente estadounidense por educación.

Ya se vio la importancia de la intercultural en México en el sector salud, donde tanto la comunicación con el paciente como la multiculturalidad se reconocen en las leyes y certificados de atención. Sin embargo no existe algo que obligue a los médicos a saber sobre comunicación intercultural como tal, pues no todos tratan con pacientes con distintos códigos culturales. Con esto, que no se pierda de vista que México es un país con un alto índice de culturas indígenas, lo que significa que los médicos en su formación por lo menos deberían de contar con información acerca de la diversidad cultural, lo que beneficiaría también a la comunicación.

En un recorrido sobre los planes de estudio de las escuelas de medicina más importantes del país, nos encontramos con vasta información acerca de la comunicación en torno al trato con el paciente, así como nula atención al área de la multiculturalidad.

En la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por ejemplo los estudiantes de medicina tienen en su programa de estudios una materia que se llama “Medicina psicológica y comunicación”, la cual entre otras cosas tiene como objetivo adquirir habilidades de expresión verbal, no verbal y escrita en forma clara y comprensible en diferentes escenarios adecuándose a la diversidad cultural de las personas.

En este sentido se les enseña a identificar a través del interrogatorio los síntomas y signos del estado del paciente para lo que deben incluir los antecedentes en relación al mismo, observar datos acerca de sus rasgos, los principales conflictos en su vida familiar, laboral y social, su actitud ante la enfermedad, las sus interrelaciones familiares y las consecuencias psicológicas, económicas y sociales de la enfermedad (UNAM, 2010).

En el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM, 2011) desde el primer semestre se capacita al alumno sobre análisis y expresión verbal profesional así como la comprensión de una lengua extranjera, esto con el fin de desarrollar el pensamiento crítico y de análisis del médico. Por parte de la multiculturalidad tienen cuentan con una materia de salud global y medicina preventiva que justo tiene la finalidad de que el médico reconozcan los aspectos de la salud en torno a diversos sistemas que varían alrededor del mundo y que se busca identificar cómo funciona la educación, equidad, productividad laboral, desarrollo económico, social y educación en cada uno.

Por su parte tanto la Universidad Anáhuac (UA) como la Universidad del Valle de México (UVM) cuentan con materias de refuerzo de la lengua inglesa pero no tienen materias directamente relacionadas con la comunicación o enfocadas a la psicología o cultura del paciente. Tienen materias de desarrollo humano y social, medicina comunitaria o dignidad humana, que abarcan el tema de reconocimiento al individuo considerando su diversidad cultural (UA, 2010; UVM, 2011).

Por ello el conocimiento en interculturalidad que se otorga en las escuelas es poco, a pesar de que las universidades más importantes del país consideren el tema en el programa, en realidad se abarca dentro de alguna materia relacionada como psicología o comunicación, mientras que en Estados Unidos ya existe hasta la especialización de enfermería transcultural.

Así, seguramente los médicos que se encuentran en México instruidos en interculturalidad, es porque han hecho estudios al respecto fuera del país, o bien, su conocimiento se basa más en la práctica que en la teoría.

3.1.2. Conocimiento de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales del paciente estadounidense por encuesta.

A consecuencia del poco conocimiento teórico que tienen los médicos sobre comunicación intercultural, se hizo una encuesta a 30 médicos mexicanos de distintos hospitales del país privados y especializados en la atención a extranjeros entre los que se incluyen el Hospital Médica Sur Pedregal, Hospital los Ángeles de Tijuana, el ABC Observatorio, el San José de Monterrey, y el Hospital Español de la Ciudad de México, con el objetivo de medir, cuánto es su conocimiento práctico de los elementos culturales plasmados al inicio del capítulo.

Lo primero que se les cuestionó fue si conocían los elementos culturales que diferencian al paciente estadounidense del mexicano, donde el 33% de ellos indicó que conocían mucho al respecto y 67% un poco.

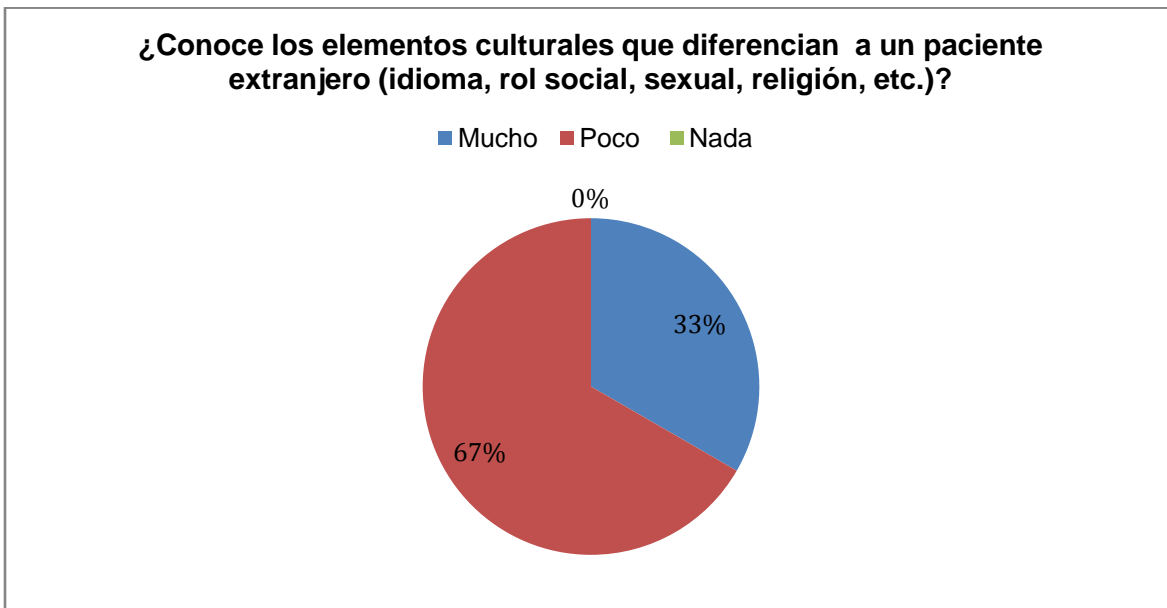


Figura 4. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre su conocimiento en los elementos culturales que lo diferencian del paciente estadounidense: idioma, rol social, sexual, religión, etc. (Anexo 4, gráfica 1).

A pesar de esta respuesta, se verificó cuánto en realidad era su conocimiento de los elementos culturales del paciente. Cada pregunta de la encuesta se hizo únicamente a médicos que han tratado con pacientes de origen estadounidense y tienen como objetivo saber qué tanto los

médicos conocen sobre los elementos culturales distintivos del paciente, así como la importancia que dan a conocer acerca de los mismos durante la consulta.

Todas las preguntas consideran los elementos culturales distintivos mencionados en el apartado 1, son cerradas de respuesta múltiple, en algunos casos siguiendo el modelo de la escala de Likert, donde las opciones fueron ordenadas de la respuesta más favorable a la menos favorable; de este modo, entre más médicos seleccionaron las primeras opciones de respuesta, mejor se consideró que era su conocimiento de interculturalidad. Otras preguntas son de respuestas alternantes donde se les pidió marcar los aspectos que consideraron frente a diversas situaciones de interculturalidad a la hora de diagnosticar al paciente. El impacto de la respuesta fue muy alto cuando más del 80% de los médicos la seleccionó, alto cuando entre el 60 y 80%, medio entre el 40 y 60%, poco entre el 20 y 40% y nulo cuando menos del 20% la eligió.

Para la presentación de resultados, las preguntas fueron clasificadas por categorías a partir de los elementos culturales distintivos del paciente: elementos distintivos de comunicación intercultural verbal (Anexo 5), elementos distintivos de comunicación intercultural no verbal (Anexo 6), y elementos culturales distintivos (Anexo 7).

3.1.2.1. Elementos distintivos de comunicación intercultural verbal

En este apartado se cuestionó a los médicos cuánto sabían de los diversos elementos distintivos de idioma, fonética, tonalidad, contextualización y tipo de lenguaje.

El 87% de los médicos indicaron comunicarse en inglés con sus pacientes y el 13% en español. Dentro del porcentaje de médicos que hablan inglés, el 81% de los médicos mencionaron tener un dominio bueno y el 6% excelente (Anexo 5, gráfica 2). Esto representa el conocimiento del elemento de comunicación más útil en el área verbal que es saber el idioma del paciente.

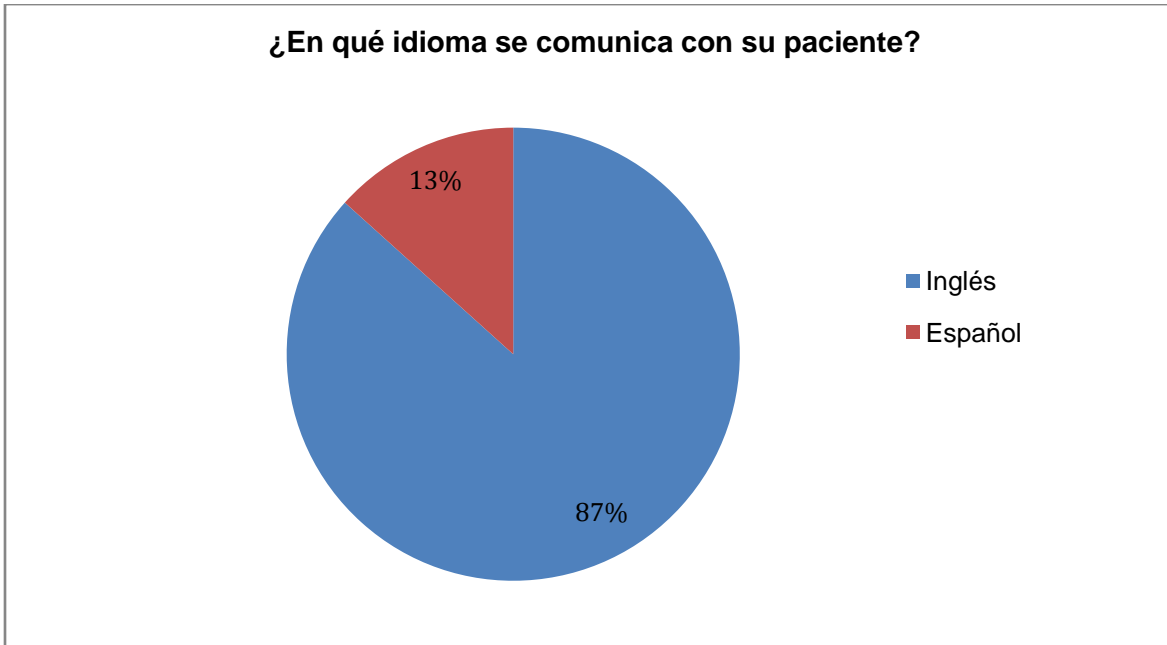


Figura 5. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre el idioma con el que se comunicaron con el paciente: inglés o español. (Anexo 5, gráfica 1)

Además del idioma, para el 100% de los médicos es importante mantener un volumen de voz adecuado y explicar las causas y consecuencias de la enfermedad (Anexo 5, gráfica 6), mientras que para otro 60% a 80% es importante cuidar aspectos como dirigirse al paciente de usted y sin tecnicismos (Anexo 5, gráfica 4), parafrasear los comentarios del paciente antes de cuestionarlo y utilizar ademanes, tarjetas o instrumentos que ejemplifiquen lo que se quiere comunicar. Sólo 43% de los médicos ponen atención a mantener una dicción lenta y clara, lo que es necesario para asegurar que el paciente está comprendiendo el tratamiento (Figura 6)

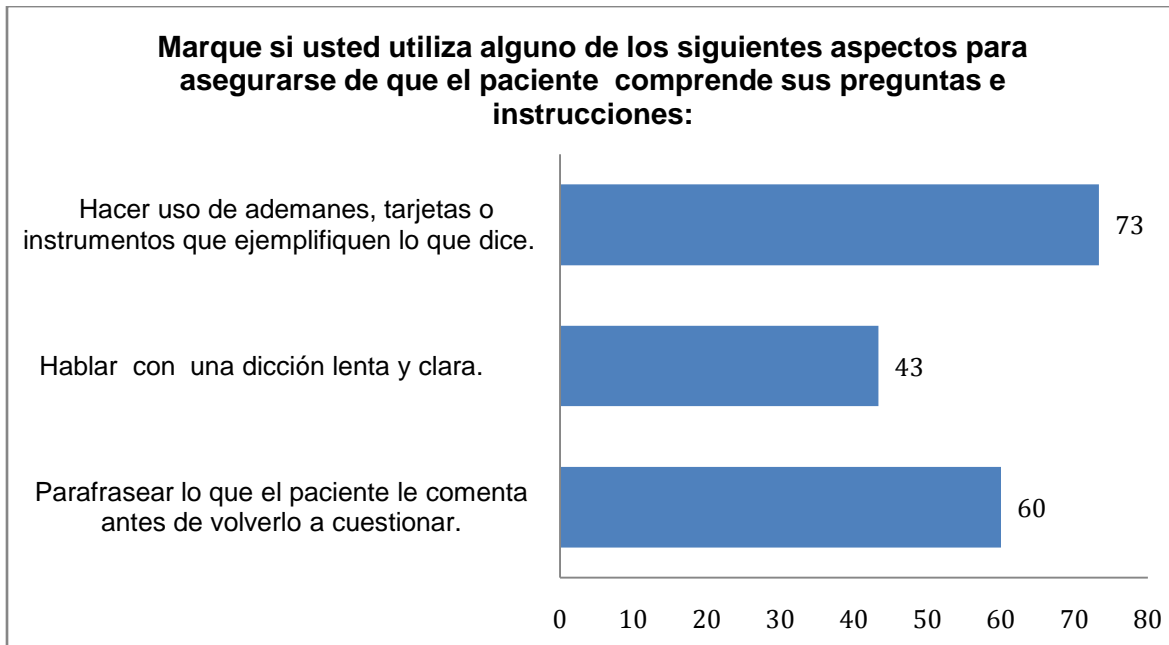


Figura 6. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre los aspectos que utilizan para asegurarse de que el paciente comprende las instrucciones a partir de los siguientes aspectos:

1. El médico hace uso de ademanes, tarjetas o instrumentos que ejemplifiquen lo que le dice al paciente.
2. El médico habla con una dicción lenta y clara
3. El médico parafrasea lo que el paciente le comenta antes de volverlo a cuestionar.

(Anexo 5, gráfica 5)

Análisis de resultados

Todo esto quiere decir que aunque el dominio de inglés del médico no es excelente, hace uso de otros medios verbales para que el paciente comprenda lo que le está expresando. Por todo lo anterior, se deduce que el conocimiento de los médicos sobre elementos distintivos de comunicación intercultural verbal es alto, con 87% de los médicos que dominan el inglés y con una constante entre 60 a 80% que ponen atención al tipo de lenguaje y fonética, al tono de voz y a los elementos de contextualización del paciente al comunicarse.

3.1.2.2. Elementos distintivos de comunicación intercultural no verbal

En este apartado se identificó la importancia que los médicos otorgaron a los elementos culturales distintivos no verbales, tales como la postura de apertura y la distancia al hablar con el paciente.

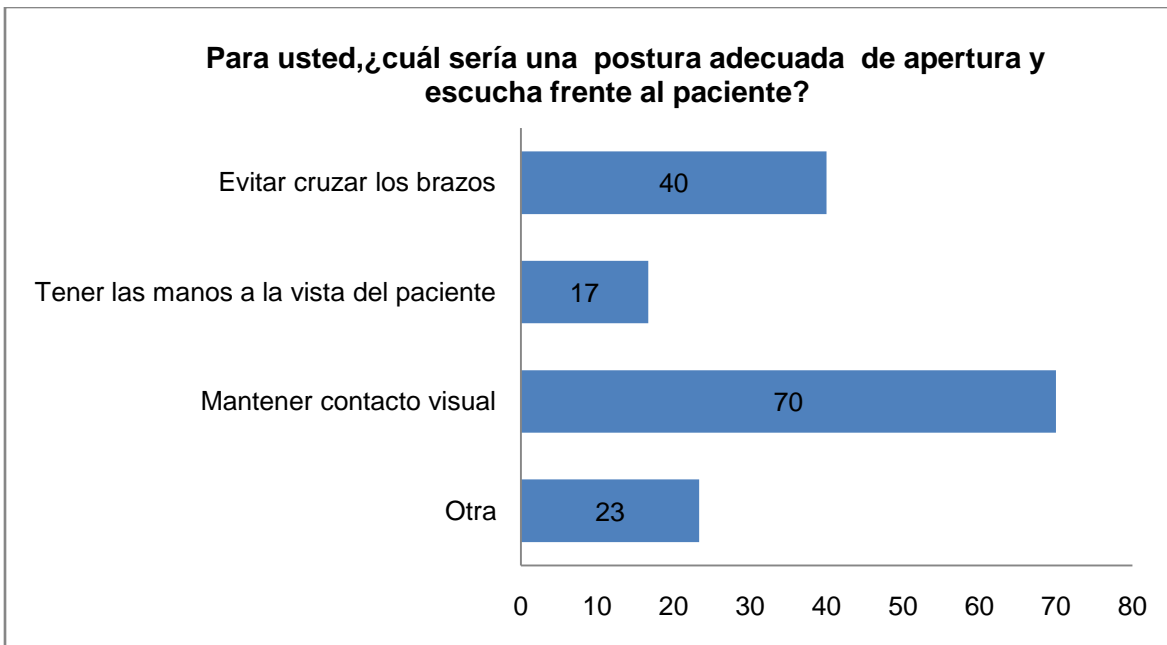


Figura 7. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre cuál de los siguientes aspectos consideraron necesarios para mantener una postura de apertura y escucha frente al paciente:

1. Evitar cruzar los brazos frente al paciente.
2. Tener las manos a la vista del paciente.
3. Mantener contacto visual con el paciente.
4. Otra.

(Anexo 6, gráfica 1)

Como muestra la Figura 7, el 70% de los médicos indicaron que una postura adecuada conlleva mantener contacto visual con el paciente, mientras que el 40% consideró evitar cruzar los brazos y el 17% tener las manos a la vista del paciente. Por otro lado el 42% de los médicos comentaron que una distancia adecuada al dialogar con el paciente es de 50 cm o un brazo, para el 36% es mayor y para el 16% es menor a un brazo (Anexo 6, gráfica 2)

Análisis de resultados.

Con dichos resultados se ve que existe poco conocimiento acerca de los elementos interculturales no verbales, ya que de acuerdo con Luckmann (2000) todas las opciones de apertura son importantes y 70% de los médicos no consideraron, por ejemplo, evitar cruzar los brazos o mantener las manos a la vista del paciente. La repuesta de distancia fue adecuada por 42% de los médicos pero el otro 58% mencionó mantener una distancia más grande, menor o diferente a un brazo, lo que no concuerda con el espacio recomendado en la presente tesis.

3.1.2.3. Elementos distintivos de patrones culturales

En este apartado se cuestionó a los médicos cuánto sabían de los diversos elementos distintivos de patrones culturales que se consideran en el capítulo I como la familia, religión y sistema de salud. Se agregó además aquellos que Luckmann (2000) considera los valores que tienen mayor influencia en el comportamiento individual, independientemente de la cultura, tales como la edad, género, ocupación, nivel de educación, clase socioeconómica, etc. (p.50).

En la Figura 8 se presenta qué tanto es el conocimiento que los médicos sobre cada uno de los patrones culturales del paciente a la hora de diagnosticarlo, en la cual otorgaron a cada patrón un número del 1 al 5, donde el 1 representó tener mucho conocimiento y 5 nulo. Así se observa que 100% de los médicos dicen saber mucho la edad y el sexo, mientras el 57%, 53% y 50% el lugar de nacimiento, el de residencia y la forma de financiamiento de consulta del paciente, respectivamente. En el número 2, 63% de los médicos conocen la ocupación del paciente y el 53% su religión. En el número 3 no existió una cantidad representativa de médicos que dieran este grado de importancia a algún patrón, 23% de los médicos mencionaron que conocen lo necesario tanto del lugar de nacimiento, como del grado de estudio y el lugar de residencia. Por su parte, 60% de los médicos indicaron que saben poco sobre la forma como el paciente financia la consulta, al darle un número 4, y por último, 30% dijo no saber nada sobre la religión al diagnosticar y un 10% desconoce completamente sobre el seguro médico del paciente.

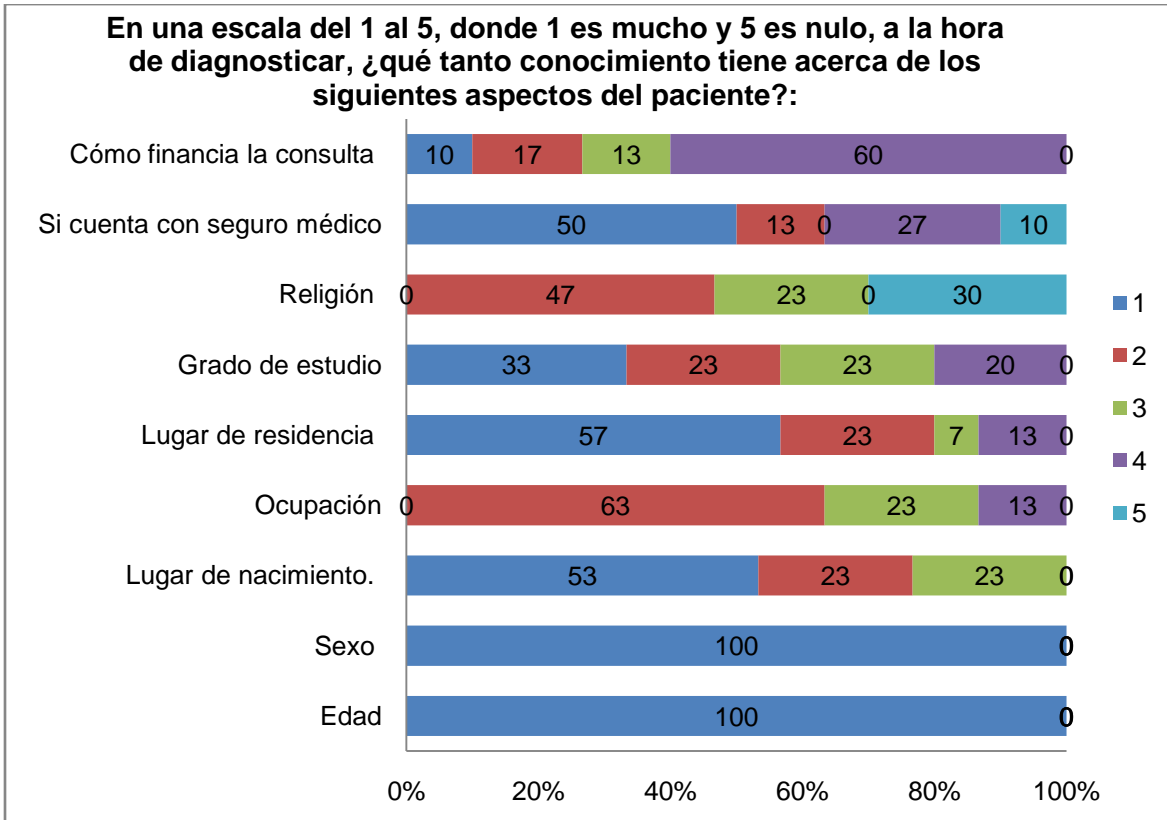


Figura 8. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre qué tanto conocimiento del 1 al 5 (donde 1 es mucho y 5 es nulo) tienen sobre los siguientes aspectos culturales del paciente:

1. Forma en que el paciente financia la consulta.
2. Si el paciente cuenta con seguro médico
3. La religión que practica el paciente
4. El lugar de residencia del paciente
5. La ocupación del paciente
6. El lugar de nacimiento del paciente
7. El sexo del paciente
8. La edad del paciente.

(Anexo 7, gráfica 1)

Ahora bien, a pesar de no saber los patrones culturales al diagnosticar se cuestionó si consideraran algunos de ellos al recetar. Como se muestra en la Figura 9, entre el 60% y 70% de los médicos consideran lo necesario acerca del uso de medicina alternativa del paciente y si este considera con algún familiar la decisión de seguir el tratamiento, entre el 40% y 60% dijo tomar en cuenta lo necesario de las diferencias entre en el sistema médico estadounidense y el mexicano, así como si la religión les permite tomar cualquier tratamiento. Sin embargo, de estos últimos dos aspectos, el primero con 60% y el segundo con 43% de respuestas, se consideran poco al recetar. Aunado a esto un 60%, los médicos que creen poco necesario recomendar rituales sociales que ayuden a mejorar al paciente, como asistir a la iglesia o convivir con su familia.

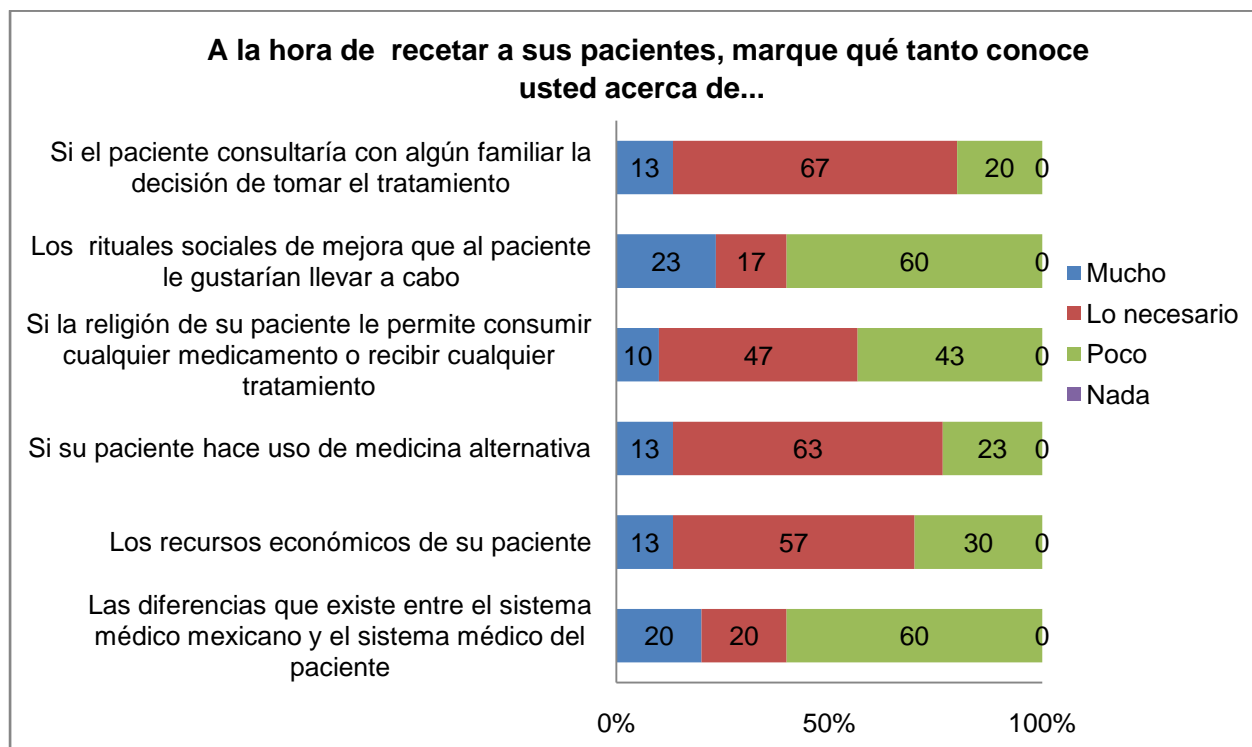


Figura 9. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre qué tanto conocimiento tienen sobre los siguientes aspectos al recetar al paciente:

1. Si el paciente consultaría con algún familiar la decisión de tomar el tratamiento.
 2. Los rituales sociales de mejora que al paciente le gustaría llevar a cabo.
 3. Si la religión del paciente le permite consumir cualquier medicamento o recibir cualquier tratamiento.
 4. Si el paciente hace uso de medicina alternativa.
 5. Los recursos económicos del paciente.
 6. Las diferencias que existen entre el sistema médico mexicano y el sistema médico del paciente
- (Anexo 7, gráfica 2)

Entender cómo se siente el paciente de estar enfermo y qué tanto interviene la enfermedad con sus actividades cotidianas también fueron aspectos muy considerados entre el 60% y 80% de los médicos mientras que saber cómo piensa el paciente que debe ser tratada su enfermedad, es un aspecto que se observa mucho por el 30% de los médicos, lo necesario por el 40% y poco por el 30% (Anexo 7, gráfica 3).

Análisis de resultados

Todo esto marca una pauta relevante para el conocimiento del médico en torno a los elementos culturales del paciente, ya que el médico no cree importante conocer cómo debe ser tratada la enfermedad desde la percepción de su cliente. A pesar de que más del 70% de los médicos confirmaron que cuando la situación económica o religión del paciente se interpone con el tratamiento, buscan opciones para cambiar el mismo (Anexo 7, gráfica 5), es contradictorio que lo hagan si están confirmando que existe poco interés por cuestionar al respecto, por tanto pocas veces están enterados si alguno de estos últimos patrones se contraponen, lo que marca un conocimiento bajo hacia los elementos culturales distintivos.

3.1.3. Conclusiones

En resumen el conocimiento por parte de los médicos de los elementos distintivos de comunicación intercultural verbal fue alto y el no verbal fue bajo, mientras que el de los patrones culturales fue medio al considerar sólo lo necesario.

Se observa que en la Figura 8 que 5 patrones de 9, fueron considerados por más del 50% de los médicos con el número 1 de conocimiento y por más del 60% la ocupación estuvo en el número 2. En este sentido más del 60% de los médicos sí tienen un buen conocimiento de los aspectos culturales al diagnosticar; sin embargo en la Figura 9, al recetar, los 6 elementos mencionados son considerados poco o lo necesario, por más del 70% de los médicos.

Entonces, por un lado más del 60% de los médicos tiene un conocimiento muy amplio sobre los elementos de comunicación intercultural verbal, con un buen dominio de inglés, modulación de voz, atención al lenguaje y la contextualización del mismo. En los elementos culturales, consideran aspectos de relevancia como la edad, la sexualidad, la ocupación y su visión de la

enfermedad, pero por otro lado, todos estos son los elementos poco distintivos entre el paciente mexicano y el estadounidense.

Ahora bien, los aspectos culturales más distintivos, además del idioma, como hablar lento y claro para que el paciente comprenda el inglés del médico, considerar la distancia y actitud de apertura adecuada, la religión, el sistema médico, los rituales sociales y los recursos económicos, tuvieron poca consideración por más del 60% de los médicos tanto al diagnosticar como al recetar.

Aunado a esto la deficiencia de estudios en interculturalidad que los médicos tienen en la escuela, concluimos que su conocimiento sobre los elementos culturales del paciente estadounidense es bajo, ya que en realidad lo que saben al respecto, a excepción del idioma, es sólo una respuesta a los mismos aspectos que toman en cuenta con cualquier tipo de paciente.

Se confirma entonces que la respuesta de la Figura 4, presentada al inicio del apartado, es verdad, los médicos carecen de conocimiento sobre los elementos culturales distintivos con el paciente estadounidense.

3.2. La comunicación entre el médico mexicano y el paciente estadounidense a causa del desconocimiento del médico de los elementos distintivos del paciente.

Una vez sabido que el nivel de conocimiento por parte de los médicos en torno a los elementos culturales distintivos del paciente estadounidense es poco, se analizó cómo es la comunicación intercultural entre estos actores, a fin de saber cómo influye este desconocimiento en la superación de las barreras presentadas en el apartado 1 de este capítulo.

Primero, hay que recordar que se definió la comunicación intercultural de salud como una transferencia de información e ideas en la interacción entre individuos con valores, costumbres, creencias e ideas diferentes con la finalidad de llegar a un diagnóstico o tratamiento que sea satisfactorio para ambas partes. Como se mencionó al principio del presente apartado, todo

proceso terapéutico exitoso, supone la eliminación de la enfermedad; lo que necesita un proceso de comunicación intercultural efectivo.

Berlin y Fowkes (1998) dicen que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: "escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar", o el llamado *Modelo LEARN*, por sus siglas en inglés.

En la presente tesis, para conocer la efectividad de la comunicación entre el médico mexicano y el paciente estadounidense se reducen dichos elementos a cuatro:

- a) Escucha: Significa la atención que el médico pone a lo expresado por el paciente. Se manifiesta durante la consulta en su postura, sus expresiones faciales, las respuestas que da al paciente y los cuestionamientos que le hace.
- b) Comprensión: Significa la empatía entre los actores. Se manifiesta en la explicación de los procesos, donde el médico debe de ser capaz de generar confianza con el paciente y explicarle a fin de que entienda la enfermedad y el tratamiento.
- c) Validación: Esto es el respeto a la cultura del paciente, sin que signifique adoptarla. Es el reconocimiento a sus pensamientos, creencias y valores para saber cómo vive la enfermedad.
- d) Negociación: Se refiere a conseguir y recomendar un tratamiento que coincida con la metodología del médico y el sistema médico al que está acostumbrado el paciente. Se busca que ambos actores queden satisfechos, tanto el médico con su trabajo como el paciente con el tratamiento.

A partir de estas 4 categorías se observó cómo es influenciada la comunicación por la falta de conocimiento por parte del médico sobre los elementos culturales del paciente. Para ello se hizo otra encuesta a los mismos 30 médicos que indicaron tener dicho desconocimiento, así como a 30 pacientes de origen estadounidense que se han atendido en los mismos hospitales de los médicos.

Las preguntas y respuestas se basan en la aplicación o no por parte del médico de las técnicas de comunicación presentadas en el apartado 1 del presente capítulo, que son utilizadas para superar las barreras que surgen a consecuencia del desconocimiento de los elementos culturales distintivos, para así conocer cómo influye éste sobre la efectividad de cada categoría (escucha, comprensión, validación y negociación) que supone una comunicación exitosa.

Una vez más, se plantean 9 preguntas cerradas de respuesta múltiple y alternante sobre cómo fue la comunicación entre médico y el paciente en alguna consulta. Las primeras en algunos casos siguen el modelo de la escala de Likert, donde las opciones fueron ordenadas de la respuesta más favorable a la menos; de este modo, entre más médicos seleccionaron las primeras opciones, más efectiva se consideró que fue la comunicación. En las alternantes se les pidió marcar acciones que los médicos llevaron a cabo para lograr la efectividad del proceso comunicativo o bien, enumerar ciertos aspectos que tuvieron influencia sobre la comunicación. El impacto de la respuesta fue muy alto cuando más del 80% de los médicos la seleccionó, alto cuando entre el 60% y 80% lo hicieron, medio entre el 40% y 60%, poco entre el 20% y 40% y nulo cuando menos del 20% la eligió.

Para la presentación de resultados se dividieron tanto la respuesta de los médicos como la de los pacientes en las 4 categorías ya mencionadas: escucha (Anexo 8), comprensión (Anexo 9), validación 8 (Anexo 10) y negociación (Anexo 11).

Las mismas preguntas que se dirigieron a los médicos, se hicieron a los pacientes, todas considerando las barreras de interculturalidad. Se aclara que algunas preguntas, a pesar de ser las mismas, tienen un sentido distinto según el actor al que se cuestionó, es decir, se modificó la pregunta dependiendo quién fue el encuestado. Por ejemplo, al cuestionar al paciente si comprendió todo lo que dijo el médico, al médico se le cuestionó si comprendió todo lo que dijo el paciente. Este cambio se señaló en la grafica con un “medico/paciente”.

3.2.1. Categorías del proceso comunicativo exitoso y la influencia de los elementos culturales distintivos sobre ellas.

A continuación se presentan los resultados en gráficas de porcentaje obtenidas de las respuestas de una n total de 30 médicos y 30 pacientes estadounidenses, sobre cómo fue en alguna consulta su comunicación con el paciente o el médico, según fue el caso. Se clasifican

por categoría para observar cómo es el proceso de comunicación a partir del conocimiento por parte del médico sobre los elementos culturales del paciente.

3.2.1.1. Escucha

En este apartado se analizó cómo fue el entendimiento por parte del médico y del paciente sobre los mensajes que recibían uno del otro. Se consideró que tanta fue la atención visual y auditiva que ambos pusieron tanto al escuchar como al hablar, así como el interés por parte del emisor a las respuestas del receptor.

Las primeras preguntas que se hicieron tanto a médico como al paciente se relacionaron con el entendimiento por parte del receptor sobre lo que el emisor decía. El hecho de que comprendieran las palabras y la actitud que el emisor tomó al decirlo son indicadores claves de escucha en la comunicación.

De esta forma, al cuestionar si el paciente entendió todo lo que el médico señaló, el 77% de los médicos y el 80% de los pacientes dijeron que casi siempre, mientras el 20% restante respondió que siempre. Alrededor del 70% de los médicos y pacientes mencionaron que siempre el médico mantuvo un tono de voz adecuado, el restante con un 13% y 17% dijo que casi siempre. Al cuestionar si el paciente siguió sin problema las instrucciones, más del 80% de los pacientes señalaron que siempre y el 13% que algunas veces; mientras que de los médicos, el 57% dijo que siempre y un 33% que casi siempre. Sobre el contacto visual el 43% de los pacientes creen que siempre fue constante y un 57% casi siempre, mientras que para el 70% de los médicos siempre y para el 17% casi siempre (Figura 10).

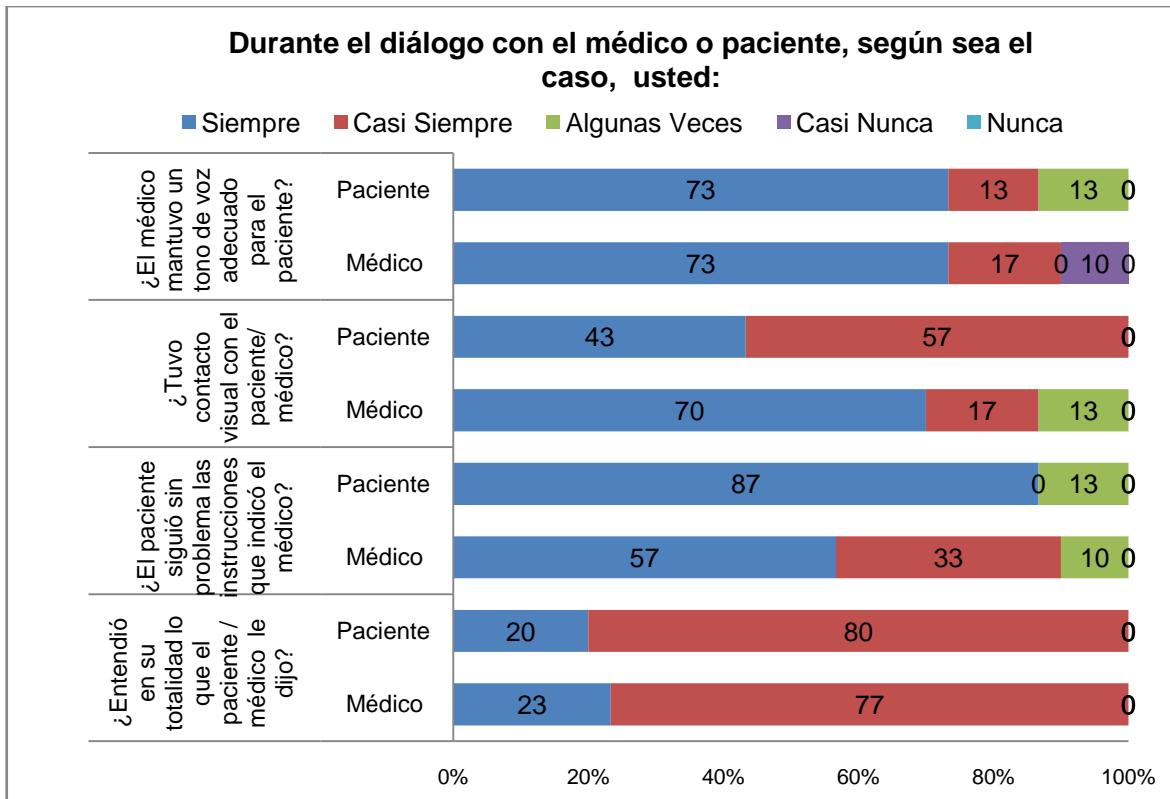


Figura 10. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre cómo fue el diálogo entre el médico y el paciente a partir de la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que se presentaron los siguientes aspectos:

1. El médico mantuvo un tono de voz adecuando para el paciente.
2. El médico y el paciente tuvo constante contacto visual con el paciente o médico, respectivamente.
3. El paciente siguió sin problema las instrucciones que indicó el médico.
4. El médico y paciente entendió en su totalidad lo que el paciente o el médico le dijo, respectivamente, (Anexo 8, gráfica 1)

Al cuestionarles sobre cómo fue la escucha al examinar, más del 80% de ambos actores señalaron que el paciente siempre entendió claramente el tratamiento. Mientras más del 80% de los médicos dijeron que siempre y casi siempre el paciente siguió sin problema las instrucciones, sólo el 70% de los estos lo creyó así. Por otro lado 63% de los médicos y pacientes indicaron que desde la primera vez el paciente comprendió las preguntas que hizo el médico, mientras que el resto de los médicos y el 20% de los pacientes, indicaron que sólo algunas veces lo comprendieron. El 17% de los pacientes dijeron que casi nunca lo hicieron (Figura 11).

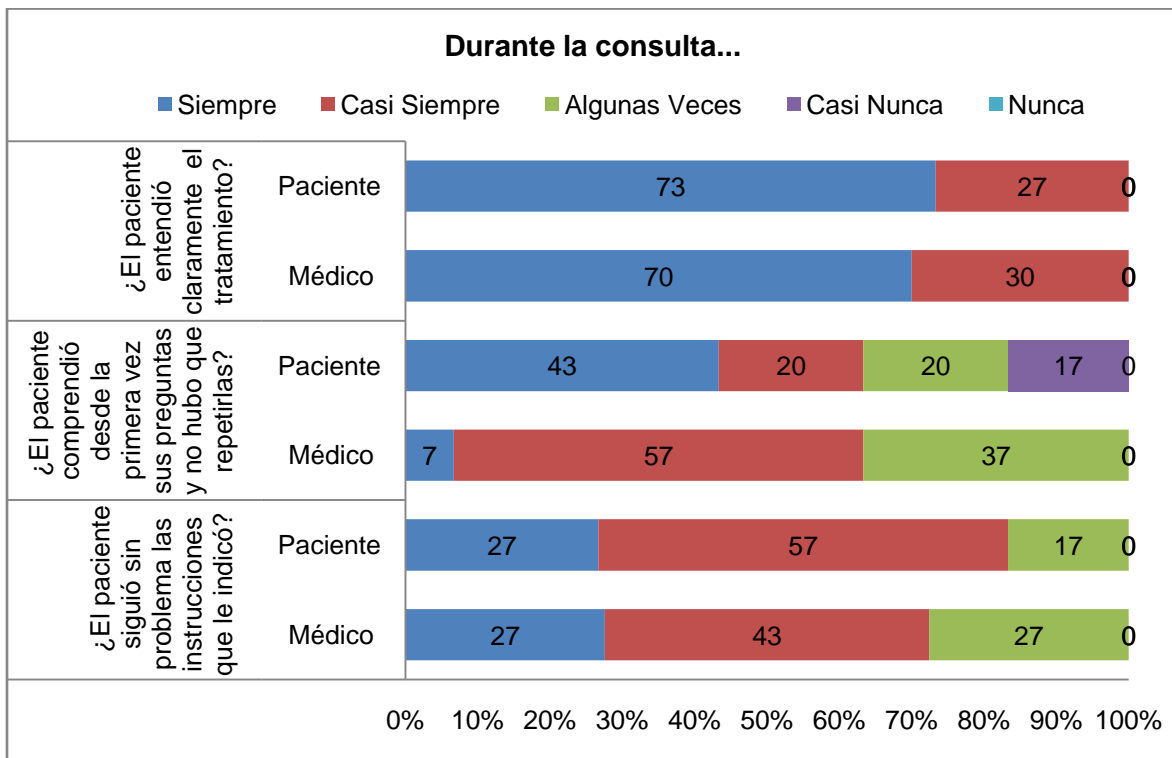


Figura 11. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que se presentaron los siguientes aspectos durante la consulta:

1. El paciente entendió claramente el tratamiento
2. El paciente comprendió las preguntas desde la primera vez y no hubo que repetirlas.
3. El paciente siguió sin problema las instrucciones que el médico indicó.

(Anexo 8, gráfica 4)

Según Luckmann (2000) la escucha con el paciente se muestra en las expresiones faciales, en una postura relajada con brazos abiertos y con constante contacto visual por parte del receptor

(p.127). Por ello, cuando se cuestionó cuánta presencia hubo de dichos elementos para saber qué tanto el emisor sintió que su receptor estuvo atento a sus palabras, el 100% de médicos y pacientes contestaron que se sintieron muy escuchados y escuchados tanto por las respuestas del receptor, como por sus expresiones faciales y corporales, así como por su postura (Figura 12).

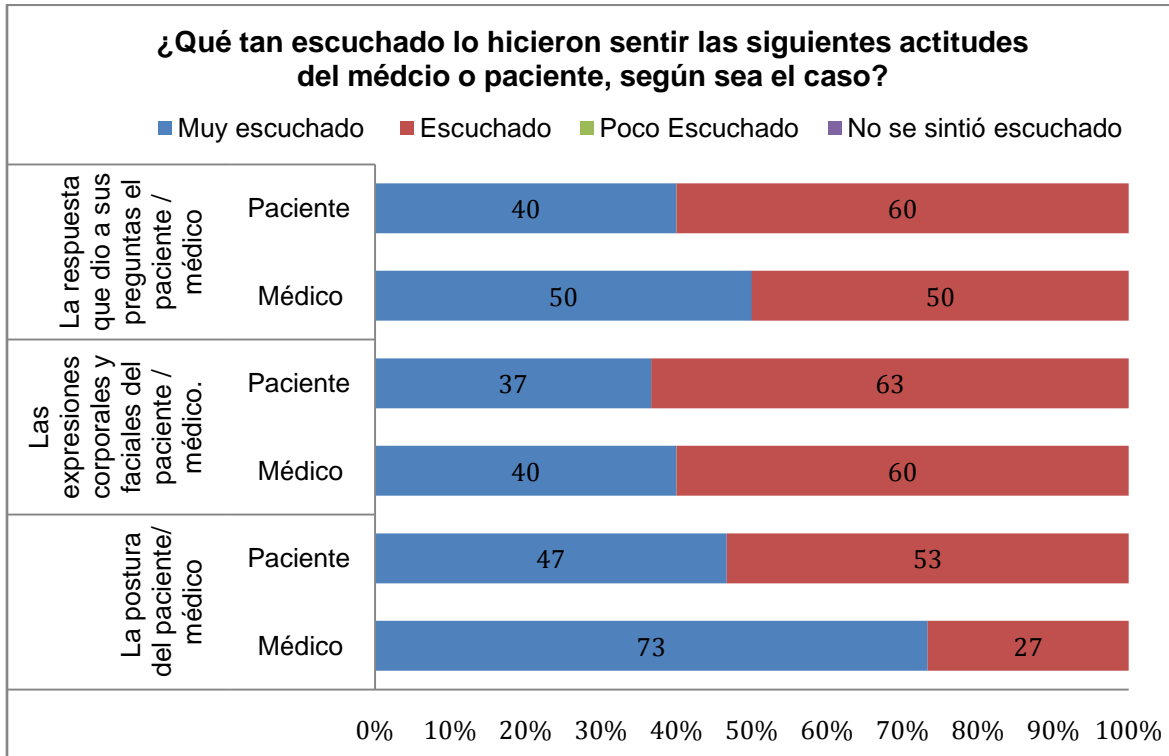


Figura 12. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre qué tan escuchado (muy escuchado, escuchado, poco escuchado, no se sintió escuchado) se sintió el médico y el paciente a partir de las siguientes actitudes por parte del paciente o del médico, respectivamente:

1. Las respuestas que el médico o el paciente dio al paciente y al médico, respectivamente.
2. Las expresiones corporales y faciales del médico o del paciente, según fue el caso.
3. La postura del médico o del paciente, según fue el caso. (Anexo 8, gráfica 2)

Análisis de resultados

En general se percibe una tendencia de más del 80% de los médicos que contestaron siempre y casi siempre a la presencia de todos los elementos de escucha durante el diálogo con una respuesta menor a 15% de algunas veces de presencia. A la hora de examinar se observa una

tendencia mayor al 70% de siempre y casi siempre de presencia a los elementos, con una respuesta entre el 15% y 30% de algunas veces al preguntar si el paciente comprendió desde la primera vez las preguntas y si siguió sin problema las instrucciones.

Por el alto índice de respuestas positivas, que incluye más del 80% de los médicos y pacientes que indicaron una fuerte presencia de los elementos de escucha considerados en la presente tesis, se concluye que hay un alto grado de la misma durante la consulta, superando barreras de elementos culturales verbales y no verbales tales como el idioma, la tonalidad, la fonética y la apertura.

3.2.1.2. Comprensión

En este apartado se revisó que tan comprensiva y empática fue la relación entre el médico y el paciente, la confianza que se generó entre ambos para cuestionar y responder acerca de los síntomas así como su apertura durante proceso de revisión para hablar de ellos a detalle

Con base a las técnicas específicas de Luckmann (2000) para conocer la visión sobre la enfermedad este apartado analiza:

- a) Si el médico se preocupó porque el paciente entendiera a la perfección las razones de la revisión y conociera la función de los instrumentos que utilizó el médico, y si el paciente cooperó para seguir sus indicaciones.

- b) Si el paciente se sintió la confianza de expresar cuáles eran sus síntomas, así como cuestionar por los mismos y lucir contento con la consulta.

De esta forma, al cuestionar sobre los síntomas del paciente, entre el 50% y 70% de los médicos indicaron que siempre o casi siempre hicieron analogías o dieron ejemplos al preguntar de ellos, pero sólo entre el 20% y 50% de los pacientes pensaron que siempre o casi siempre se dio esta situación. El 20% de los médicos dijeron que casi nunca lo consideraron. Por su parte al cuestionar sobre la apertura del paciente al responder y preguntar de los síntomas, el 100% de estos y más del 80% de los médicos dijeron que siempre o casi siempre la hubo. Otro 80% de los pacientes y el 66% de los médicos señalaron que siempre o casi siempre el paciente habló de forma fluida, mientras que el 20% y el 33%, respectivamente indicó que sólo algunas veces (Figura 13).

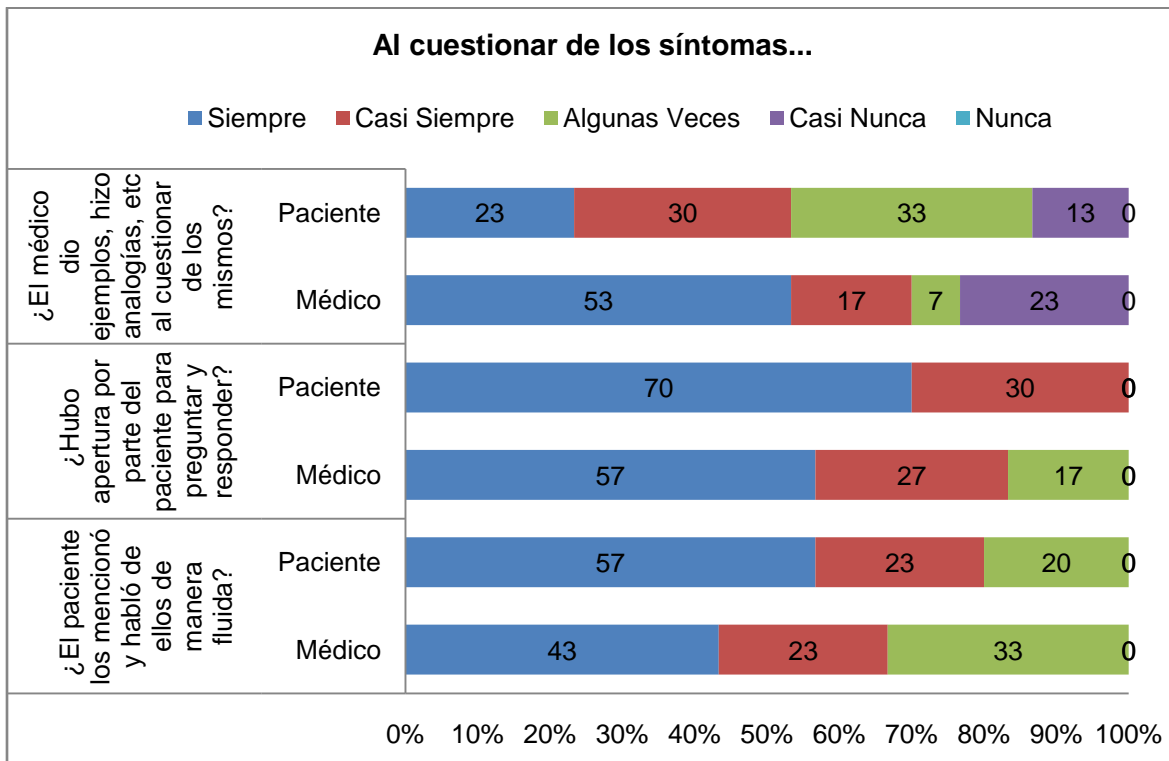


Figura 13. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que se presentaron los siguientes aspectos al cuestionar de los síntomas:

1. El médico dio ejemplos, hizo analogías, etc. al cuestionar de los síntomas.
2. El paciente comprendió las preguntas desde la primera vez y no hubo que repetirlas.
3. El paciente los mencionó y habló de los síntomas de manera fluida.

(Anexo 9, gráfica 1)

Se cuestionó también si el paciente se mostró cómodo con el tiempo de consulta, ya que para el estadounidense el tiempo es una mercancía y es de suma importancia respetarse (Hernández et al., 2006). A lo que 27% de los pacientes contra un 53% de los médicos respondió que siempre y 47% de los pacientes contra el 27% de los médicos contestó que casi siempre. Hubo un 10% de pacientes y 13% de médicos que respondieron que casi nunca. La misma oposición de respuesta se notó al cuestionar sobre qué tanto el paciente comprendió los procedimientos que tomó el médico a examinarlo, donde 30% de los estadounidenses contra un 100% de los mexicanos respondió que siempre, un 43% de los pacientes dijo que casi siempre y otro 27% que algunas veces (Figura 14).

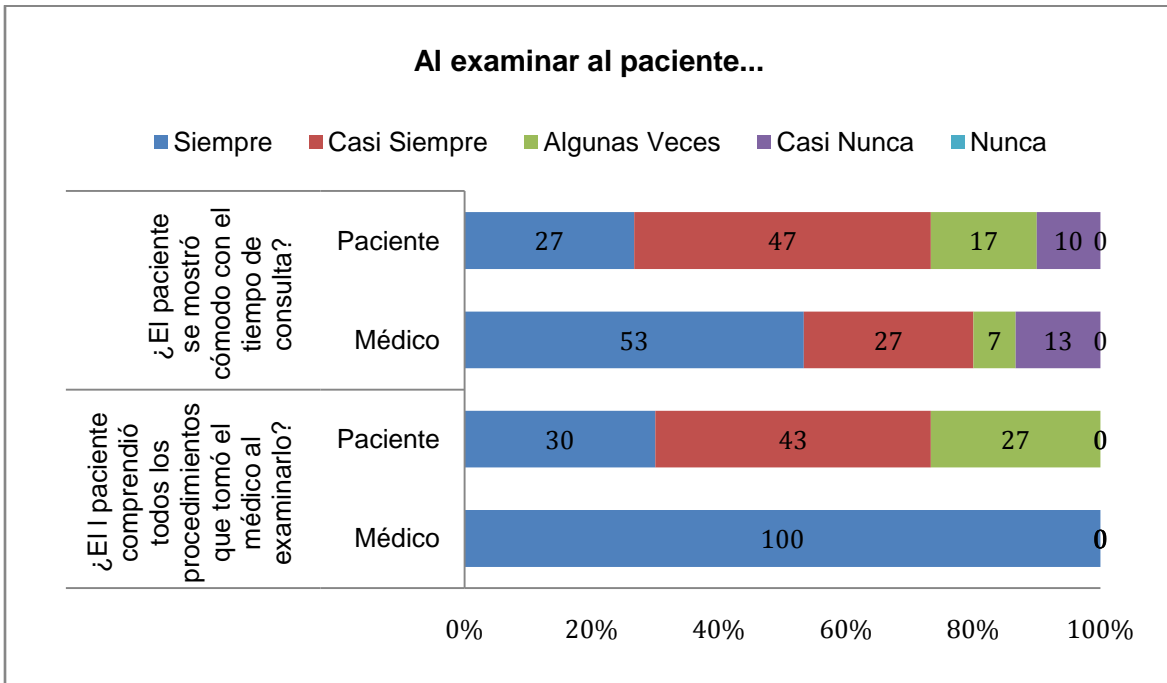


Figura 14. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre con qué frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) se presentaron los siguientes aspectos al examinar al paciente:

1. El paciente se mostró cómodo con el tiempo de consulta.
2. El paciente comprendió todos los procedimientos que el médico tomó al examinarlo.

(Anexo 9, gráfica 2)

Esto hace un contraste fuerte entre lo que el médico y el paciente detectaron en torno a la confianza, por ello se hace evidente una deficiencia comunicativa sobre la comprensión y empatía que se crea entre ambos.

Por último al cuestionar al médico sobre las actitudes que le indicaron la confianza del paciente, hubo unanimidad en torno a las respuestas, con una constante del 33% que dijo que tanto su postura como expresiones faciales y corporales, así como sus respuestas, siempre mostraron confianza. Entre el 57% y 67% de los médicos mencionaron que casi siempre fue así. Por su parte el 33% de los pacientes señalaron que siempre se sintieron cómodos, 37% dijo que casi siempre y otro 30% que algunas veces (Figuras 15 y 16).

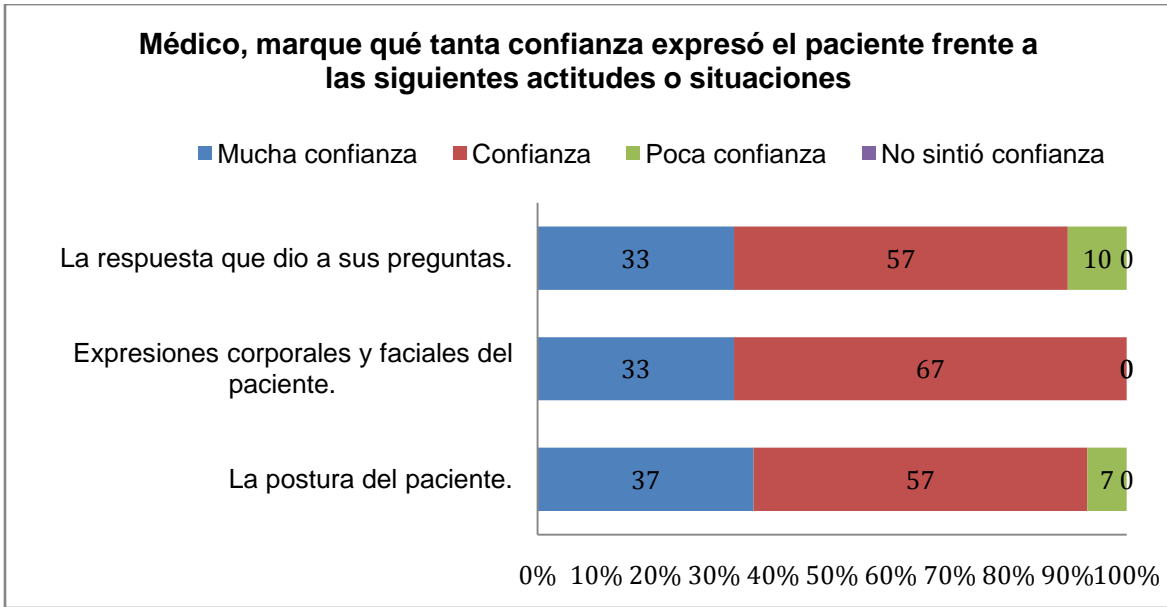


Figura 15. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre cuánta confianza (muchísima confianza, confianza, poca confianza, no sintió confianza) expresó el paciente frente a las siguientes actitudes o situaciones:

1. Las respuestas que el paciente dio a las preguntas del médico,
2. Las expresiones corporales y faciales del paciente
3. La postura del paciente

(Anexo 9, gráfica 4)

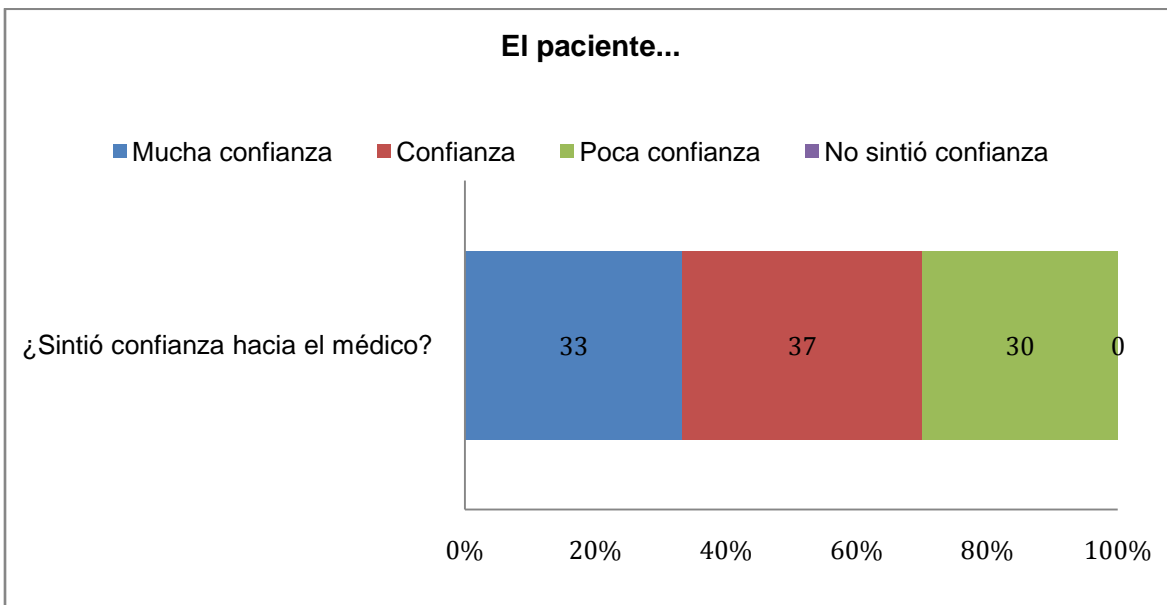


Figura 16. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 pacientes estadounidenses sobre cuánta confianza (muchísima confianza, confianza, poca confianza, no sintió confianza) sintió hacia el médico. (Anexo 9, gráfica 5)

Análisis de resultados

Ante estos contrastes, se observan las respuestas de los pacientes y las de los médicos, con el 20% al 35% de los primeros contra 50% de los segundos que dijo que “siempre” hubo la presencia de analogías que ejemplificaran los síntomas, la comodidad del tiempo de consulta, claridad en los procedimientos y la comodidad del paciente en general.

Con ello se deduce que no existió la suficiente comprensión entre médico y paciente. Si bien es notorio que el médico procuró crear confianza, la respuesta de los pacientes tiene un rango diferencial de entre un 15% y 20% contra la de los médicos. En resumen, se reconoce que la mayoría de las respuestas incluyen el siempre y el casi siempre, lo cual quiere decir que sí hubo interés en lograr empatía pero faltó atención a ciertos factores que no lograron hacer sentir completamente cómodo al paciente con el médico. En esto quizá interfirió el desconocimiento sobre elementos culturales como el tiempo, el uso de ademanes o tarjetas al dialogar, y hablar lento y claro al explicar los procedimientos.

3.2.1.3. Validación

Aquí se revisó cómo fue el respeto de parte del paciente y el médico hacia la cultura de cada uno. Se observaron las consideraciones que el médico hizo en relación a los valores y creencias del paciente: su religión, su significación de enfermedad, sus implicaciones en torno a su vida psico-social, su estatus económico, su género, etc. El objetivo fue saber si el médico pudo entender y explicar al paciente las diferencias con el tratamiento del sistema de salud de su país y así eliminar la mayoría de las barreras dadas en toda relación intercultural.

Así, mientras para el latinoamericano puede existir una distancia al dialogar menor a un brazo o 50 cm, de acuerdo con Hernández et al. (2006) debe ser mayor a un brazo con los estadounidenses. A pesar de esto, al cuestionar sobre la comodidad que médico y paciente sintieron en torno a la distancia, más del 80 % de los pacientes respondió que siempre y casi siempre fue buena. Al preguntar sobre la facilidad del paciente para responder preguntas en torno a temas sexuales, del 15% al 20% de médicos y pacientes dijeron que siempre fue sencillo, el 47% de los médicos contra el 13% de pacientes que casi siempre, el 27% de ambos actores que algunas veces, y entre el 5% y el 10% que casi nunca fue fácil.

El 80% de los médicos contra el 27% de los pacientes mencionaron que el médico siempre habló de forma clara y directa sobre las causas y consecuencias de la enfermedad, por el contrario el 73% de los pacientes indicaron que casi siempre fue así contra el 10% de los médicos.

El 47% de los médicos contra el 17% de los pacientes mencionaron que el paciente siempre comprendió las diferencias entre el sistema médico mexicano y el estadounidense mientras el 43% de los pacientes contra el 27% de los médicos señalaron que casi siempre lo comprendió. Por último el 40% de los pacientes indicaron que sólo pasó algunas veces contra un 13% de los médicos (Figura 17).

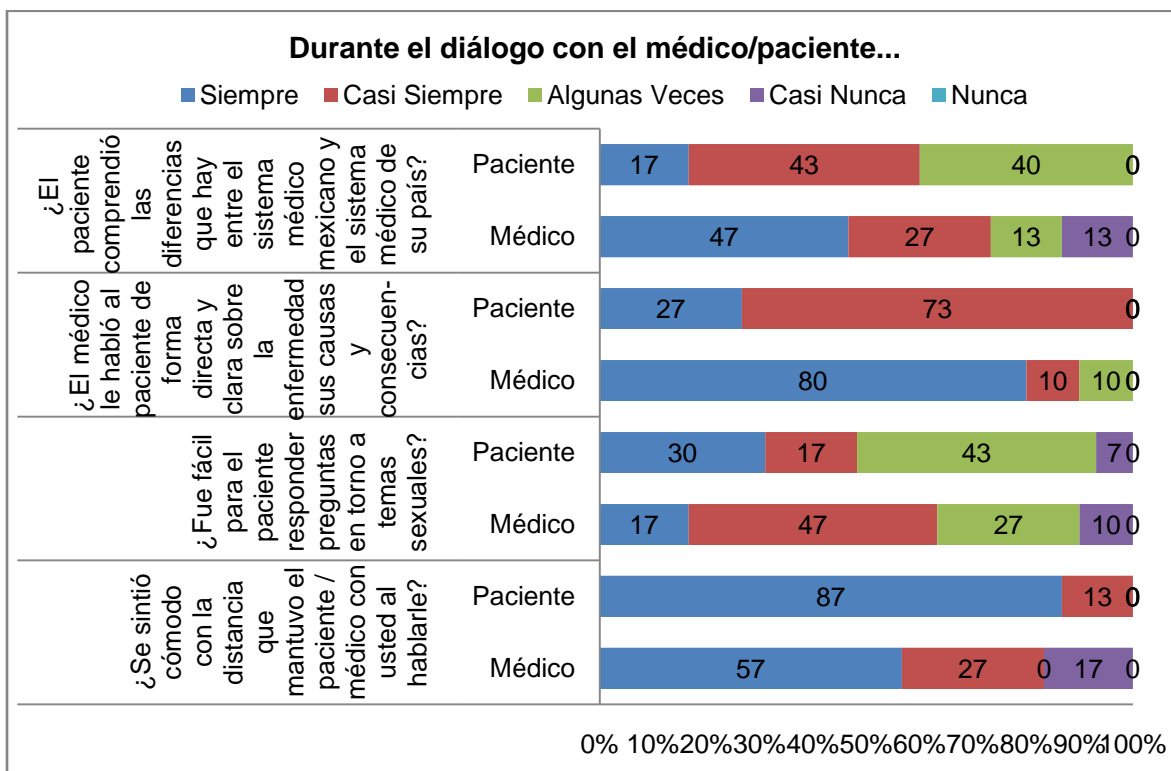


Figura 17. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre con qué frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) se presentaron los siguientes aspectos durante el diálogo con el médico y el paciente, según fue el caso:

1. El paciente comprendió las diferencias que hay entre el sistema médico mexicano y el sistema médico de su país.
2. El médico le habló al paciente de forma directa y clara sobre la enfermedad, sus causas y consecuencias.
3. Fue fácil para el paciente responder preguntas en torno a temas sexuales.
4. El médico y el paciente se sintieron cómodos con la distancia que mantuvo el paciente o el médico, respectivamente, al hablarle. (Anexo 10, gráfica 1)

En cambio, en la Figura 18, se observa que según los médicos el 47% de los pacientes no mencionaron algo relacionado con su religión, 27% lo hizo algunas veces y otro 27% con frecuencia. Asimismo más de 60% platicó con frecuencia de sus costumbres y tradiciones en su país mientras un 70% habló de la atención médica estadounidense. Al cuestionar si el médico consideró las creencias religiosas del paciente más del 80% de médicos y pacientes dijeron que no, en cuanto a la ocupación del paciente, 60% de los pacientes indicaron que sí contra el 60% de los médicos que mencionaron que no. Por último sobre el rol familiar, el 43% de los pacientes creen que sí se tomó en cuenta pero el 73% de los médicos dijeron que no.

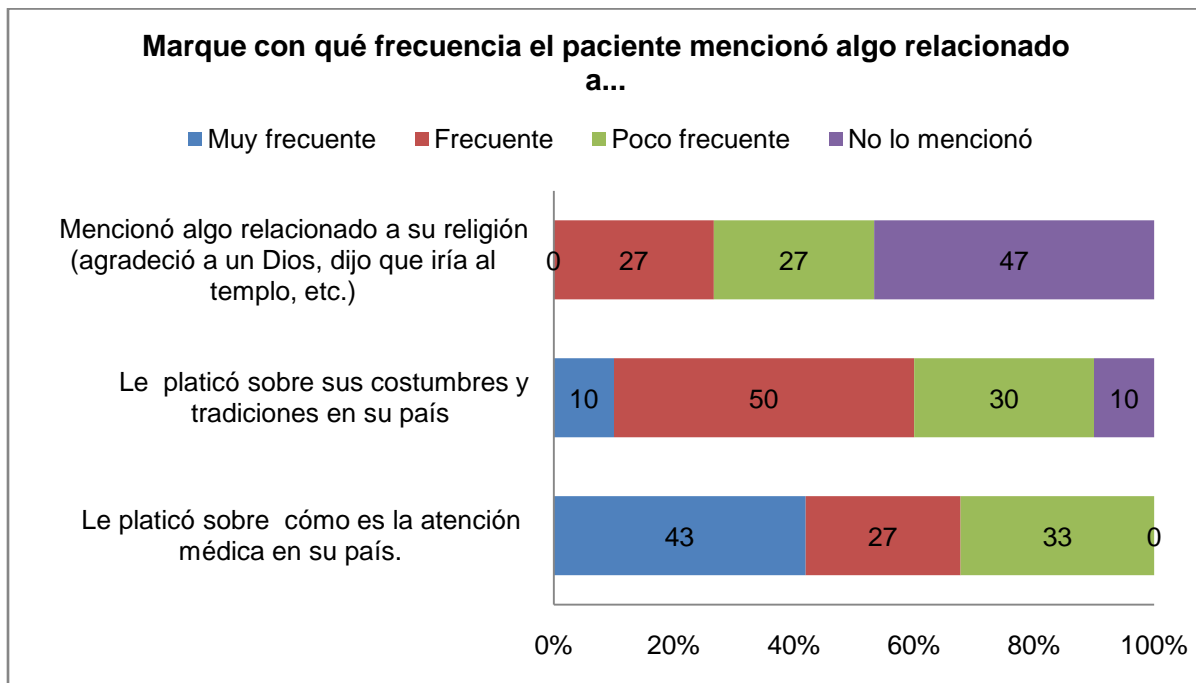


Figura 18. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre la frecuencia (muy frecuente, frecuente, poco frecuente, no lo mencionó) con que el paciente mencionó alguno de los siguientes aspectos:

1. Mencionó algo relacionado a su religión (agradeció a un Dios, si va al templo, etc.)
2. Le platicó sobre las costumbres y tradiciones de su país.
3. Le platicó sobre cómo es la atención médica en su país. (Anexo 10, gráfica 3)

La Figura 19 presenta 8 barreras culturales que son el idioma, la diferencia de género, la actitud del paciente, la actitud del médico, las creencias religiosas del paciente, las diferencias entre los sistemas médicos, el estatus económico y el rol familiar del paciente. Se pidió a ambos que enumeraran del 1 al 8, donde uno es el número más alto, cuál consideraron la mayor barrera dentro de la atención. El 53 % de los médicos y el 73% de los pacientes marcaron el idioma

como la número 1. En el número 2 para el médico está el estatus económico del paciente con un 17% de respuestas, mientras que para el paciente se encontró su actitud, sus creencias religiosas y las diferencias de los sistemas médicos en el mismo sitio con 27% de respuestas. En el número 3, con 27% de respuestas los médicos pusieron las diferencias de los sistemas médicos y los pacientes su estatus económico, mientras que en el número 4 los médicos ubicaron con un 37% la actitud del paciente y con un 27% los pacientes ubicaron la actitud del médico. Otro 57% de médicos marcaron a las creencias religiosas con el número 8, y el mismo porcentaje de pacientes marcaron al rol familiar con el número 7.

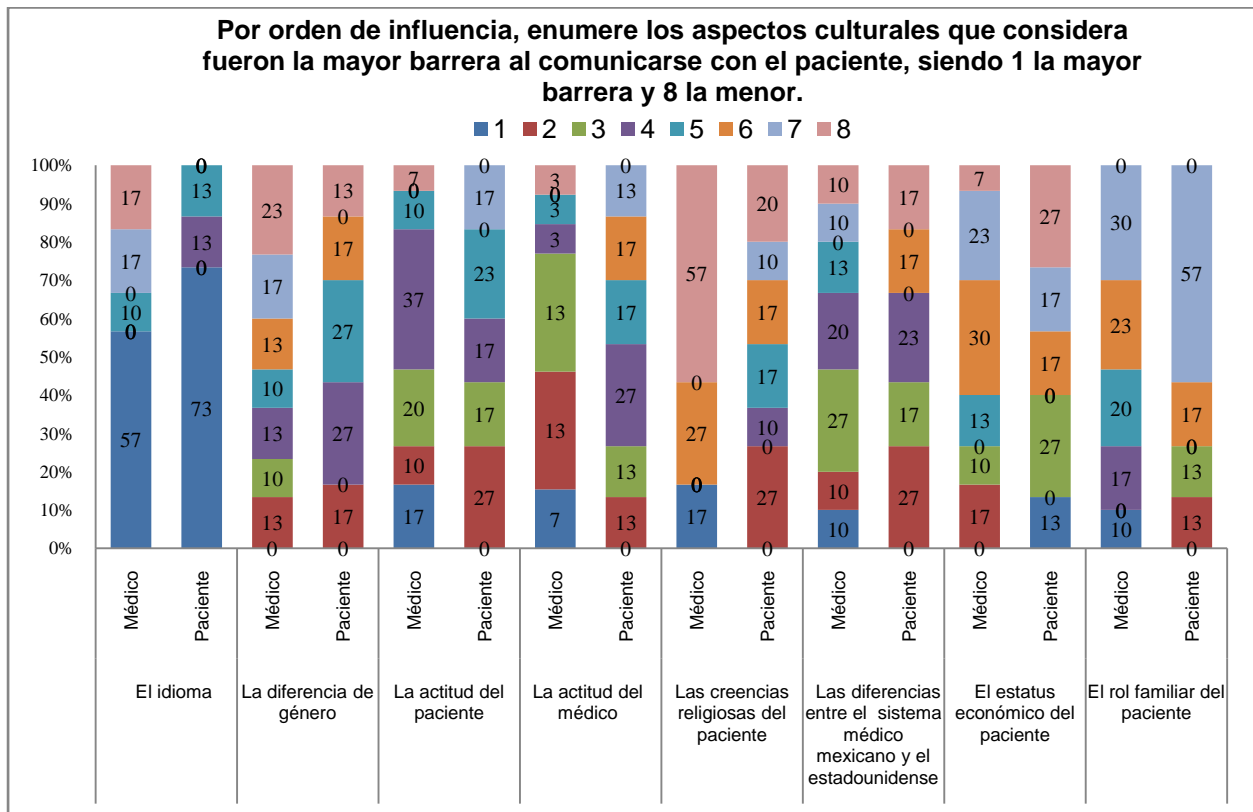


Figura 20. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre el orden de influencia del 1 al 8 de las siguientes barreras al comunicarse, siendo 1 la mayor y 8 la menor:

1. El idioma.
2. La diferencia de género.
3. La actitud del paciente.
4. La actitud del médico.
5. Las creencias religiosas del paciente.
6. Las diferencias entre el sistema médico mexicano y el estadounidense
7. El estatus económico del paciente.
8. El rol familiar

(Anexo 10, gráfica 6)

Por otro lado, al cuestionar al paciente si se sintió con la libertad de hablar de cualquier tema personal, 46% respondió que casi siempre, el 27% que siempre y otro 27% dijo que algunas veces (Anexo 10, gráfica 7). Por su parte el 57% cree que el médico siempre respetó su cultura, 33% que casi siempre y el 10% que algunas veces.

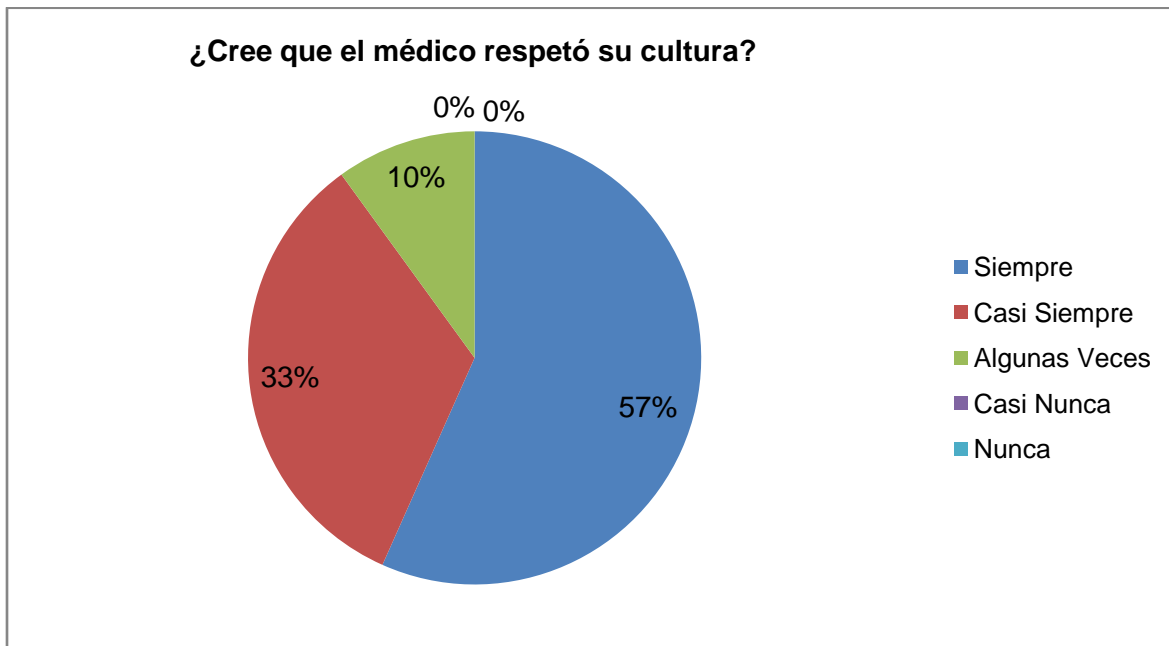


Figura 21. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 pacientes estadounidenses sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que el paciente cree que el médico respetó su cultura. (Anexo 10, gráfica 5)

Análisis de resultados

Con esto último concluimos que no existe una buena validación sobre los elementos culturales del paciente, pues lo ideal sería que siempre se sintieran siempre respetados en torno a sus creencias y valores.

En la Figura 20 se observa que existen diferentes percepciones entre el médico y el paciente sobre cuáles son las mayores barreras a la hora de comunicarse. Si bien aspectos como el idioma y la actitud del médico, se encuentra al mismo nivel de importancia para ambos actores, aspectos como la religión que para la mayoría de los pacientes está en el número 3 y para el médico en el 8, o la diferencia de género que está en el número 8 para el 23% de los médicos y

en el 4 y 5 para el 27% de los pacientes, dan cuenta de que el médico no está observando lo suficiente cuáles patrones culturales son los más importantes para el paciente.

En conclusión, el hecho de que existan tantas diferencias entre médicos y pacientes sobre la posición que dan a las barreras, confirma la falta de atención por parte del médico hacia los factores que realmente complicaron el proceso de comunicación para el paciente, lo que seguro influye sobre el respeto que el médico da a los valores y creencias del mismo, así como a la explicación que le ofrece de las diferencias entre sus patrones culturales y los propios.

Con respecto a la Figura 17, hay que recordar que el sistema médico estadounidense y el mexicano tienen grandes diferencias que abarcan desde la tecnología que se utiliza hasta la atención por parte del médico. En dicha figura se muestra que el paciente no comprende las diferencias de su sistema médico con el mexicano y la ausencia de confianza para hablar de temas sexuales, lo que demuestra que no se genera mucha empatía durante la consulta.

Tal vez si el médico hubiese conocido más sobre las diferencias entre los sistemas médicos, acerca de dirigirse de forma más directa al enfermo, o bien, puesto mayor atención a cuál de los patrones culturales era mayor barrera para el paciente, habría existido más reconocimiento hacia éste y por tanto más apertura para hablar con libertad de temas personales, así como una mayor tendencia a responder “siempre” en lugar de “casi siempre” o “algunas veces”.

3.2.1.4. Negociación

En este apartado se busca generar un tratamiento que coincida con la metodología del médico y el sistema médico al que está acostumbrado el paciente. En este punto el médico hace recomendaciones al paciente de cómo curarse y se buscan opciones de tratamiento que sean aceptables para ambos.

Aquí se cuestionó qué tanto el paciente estuvo de acuerdo con el diagnóstico basado en el sistema médico mexicano, donde entre el 43% de los pacientes y el 57% de los médicos dijeron que siempre, el 37% de los pacientes y el 43% de los médicos señalaron que casi siempre y otro 20% de los pacientes que algunas veces (Anexo 11, gráfica 2). Al considerar si el médico pidió la opinión del paciente sobre cómo tratar la enfermedad, 17% de los pacientes respondieron que siempre contra el 40% de los médicos, mientras 30% de los pacientes

mencionaron que casi siempre contra un 10% de los médicos. El 13% de los pacientes y el 33% de los médicos indicaron que algunas veces, entre un 15% y 20% de ambos actores dijeron que casi nunca y el 20% de los pacientes que nunca (Figura 22).

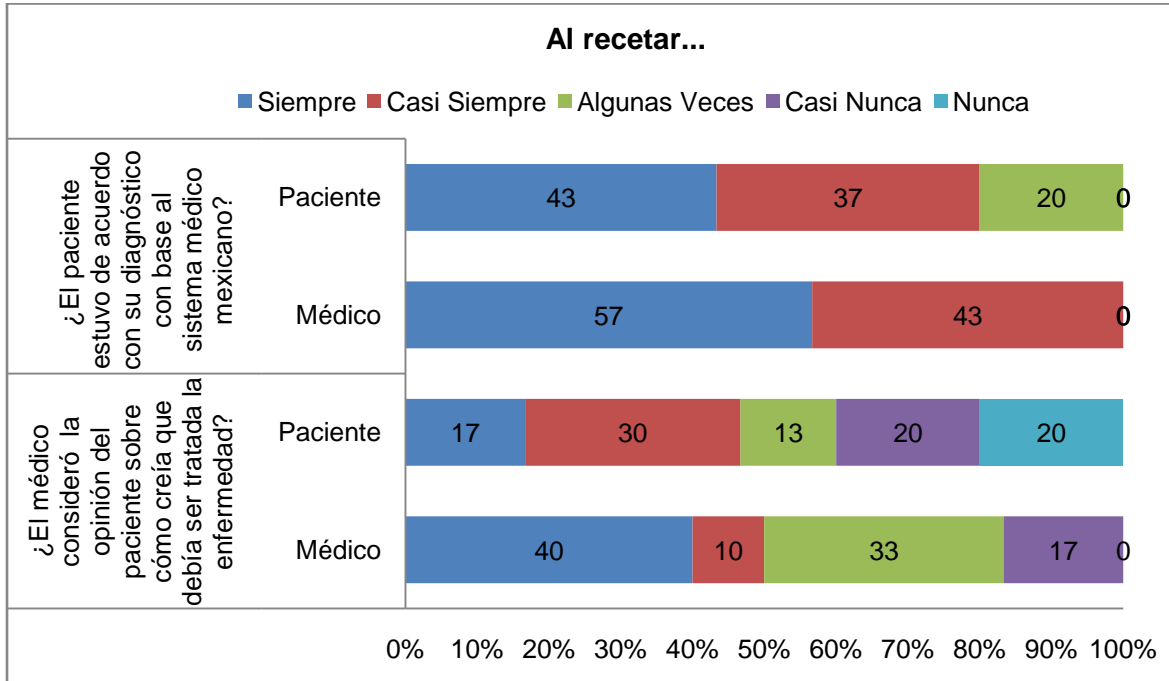


Figura 22. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que el médico al recetar consideró los siguientes aspectos:

1. El paciente estuvo de acuerdo con el diagnóstico con base al sistema médico mexicano.
2. El médico consideró la opinión del paciente sobre cómo creía que debía ser tratada la enfermedad. (Anexo 11, gráfica 1)

En la misma figura al cuestionar qué sucedió cuando el paciente no estuvo de acuerdo con el tratamiento dado por el médico, 57% de los pacientes señalaron que se modificó el tratamiento inicial con base a lo que expresaron, mientras el 43% estuvo de acuerdo con el mismo.

Por su parte, el 33% de los médicos indicaron que mantuvieron el tratamiento inicial, 43% lo modificó con base a lo expresado por el paciente y el 27% cambió completamente el tratamiento (Figura 23).

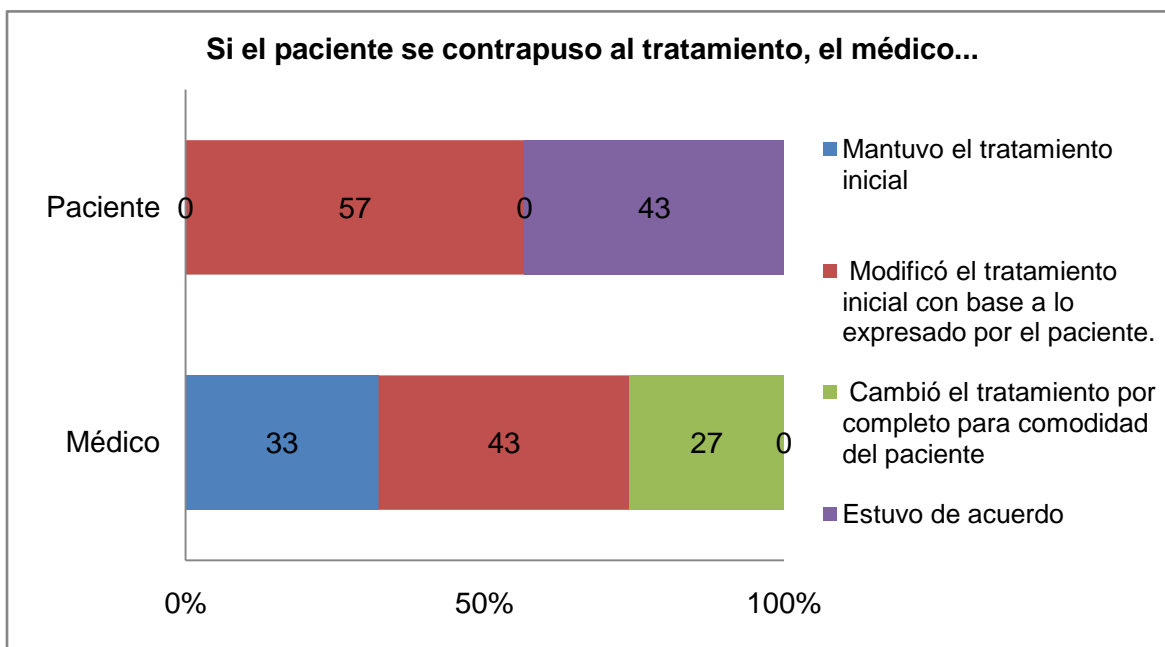


Figura 23. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre la decisión que se tomó en caso de que el paciente no estuviera de acuerdo con el tratamiento:

1. El médico mantuvo el tratamiento inicial
2. El médico modificó el tratamiento inicial con base a lo expresado por el paciente.
3. El médico cambió el tratamiento por completo para comodidad del paciente.
4. El paciente estuvo de acuerdo (Anexo 11, gráfica 2)

Luego se cuestionó qué tan satisfecho quedó el paciente con el tratamiento, donde un 57% de pacientes y el 63% de los médicos indicaron que muy satisfechos, el 27% de ambos satisfechos y al 17% de los pacientes y 10% de los médicos les fue indiferente. (Figura 24)

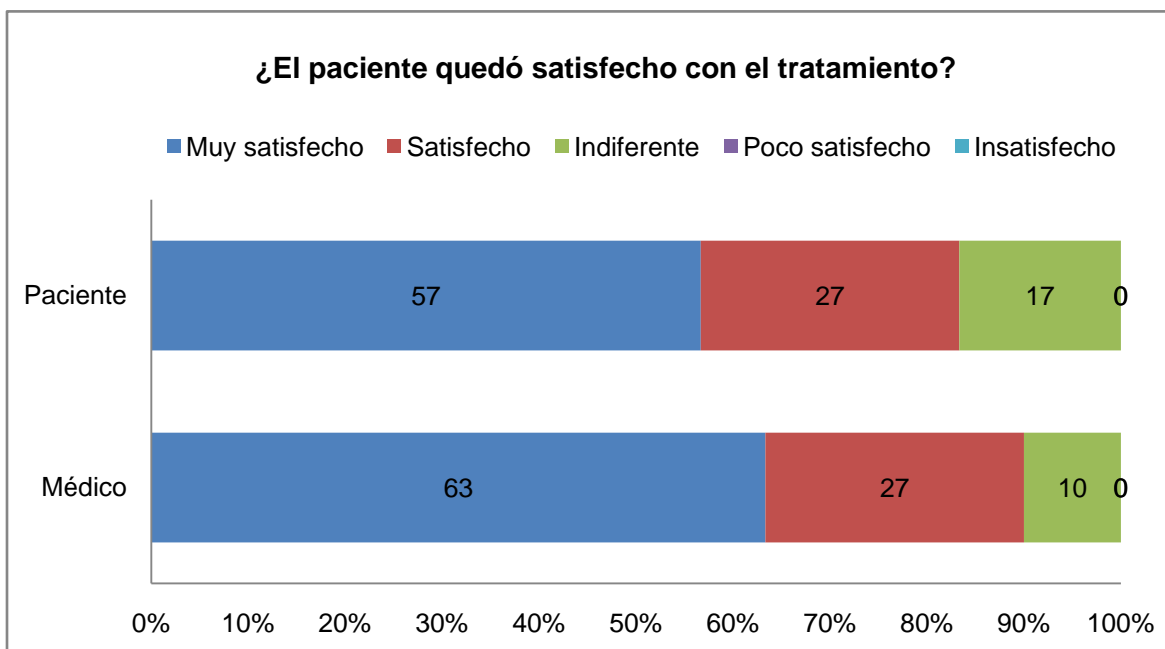


Figura 24. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre qué tan satisfecho (muy satisfecho, satisfecho, indiferente, poco satisfecho, insatisfecho) quedó el paciente con el tratamiento. (Anexo 11, gráfica 3)

De acuerdo con Berlin y Fowkes (1998) la negociación consiste en conocer lo que puede incomodar al paciente del tratamiento y buscar opciones que se ajusten para curarlo de la enfermedad. Por ello en la Figura 23, ver que los médicos respondieron que a pesar de que el paciente no esté de acuerdo con el tratamiento lo siguen manteniendo o en cambio, se modifica el tratamiento por completo, hace evidente el desconocimiento por parte del médico sobre qué hacer en dichos casos, lo que afecta directamente la negociación para llegar a una comunicación efectiva.

Análisis de resultados

En la Figura 22 es justificable que el médico frente a un paciente mexicano no considere su opinión al recetar porque en la cultura mexicana el doctor tiene una posición de autoridad. Sin embargo, con un paciente extranjero, el médico debería ser más considerado sobre modificar el tratamiento inicial o saber más sobre su opinión, ya que su profesión no representa lo mismo para el estadounidense que para el mexicano.

Aunado a esto más del 50% de los pacientes mencionaron que sólo algunas veces, casi nunca y nunca se consideró su opinión para saber cómo debía ser tratada su enfermedad, lo que es

una muestra clara de la falta de atención para llegar a acuerdos, por tanto consideramos que existe una baja negociación dentro de la relación médico – paciente.

3.2.1.5. Importancia de las categorías para la comunicación efectiva.

Por último en la Figura 25 se muestra un comparativo entre qué parte del proceso de comunicación exitosa es más importante para médico y paciente, donde ambos concordaron en orden de importancia, lo que tal vez justifique la satisfacción en el tratamiento por parte de ambos actores a pesar de no haber tenido mutuos acuerdos. De este modo 53% de los médicos y 73% de los pacientes dijo que escuchar es lo más importante, en número 2 quedó que el médico dé negocié un tratamiento satisfactorio con 47% de los médicos y 30% de los pacientes, en número 3 fue la comprensión con 47% de los médicos y 50% de los pacientes y en el 4 la validación con 100% de los médicos y 70% de los pacientes.

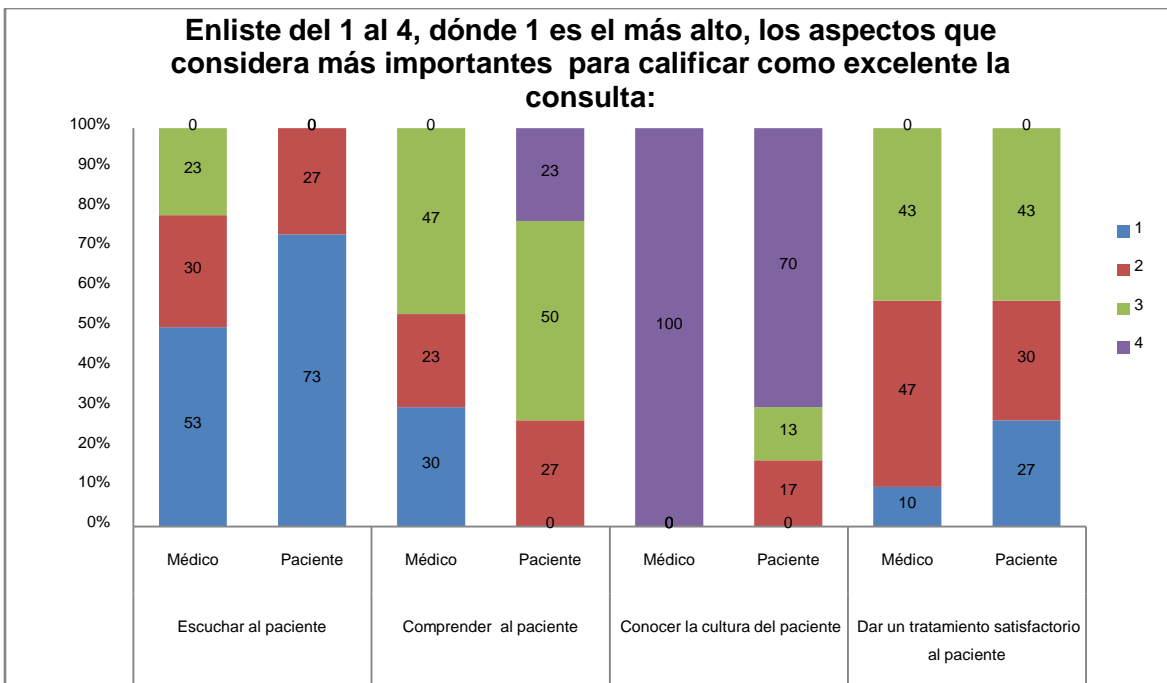


Figura 25. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre el orden de importancia del 1 al 4, donde 1 es el mayor y el 4 el menor, que otorga el médico y el paciente a cada uno de los siguientes aspectos:

1. Escuchar al paciente.
2. Comprender al paciente.
3. Conocer la cultura del paciente.
4. Dar un tratamiento satisfactorio al paciente.

(Anexo 14, gráfica 4)

3.2.2. Conclusiones

A pesar de que existe un alto grado de escucha, ya que tanto médicos como pacientes indicaron que las acciones del receptor fueron de apertura, no hubo suficiente comprensión, validación de la cultura del paciente y negociación a la hora de recetar, lo que demuestra una comunicación deficiente al no cumplir con los elementos del proceso de comunicación exitoso, definido por Berlin y Fowkes (1998).

De este modo, en el escucha deducimos que las barreras a consecuencia de los elementos culturales distintivos como la tonalidad y el idioma fueron superadas de una manera correcta, ya que el 100% dijo sentirse escuchado.

Después, hubo un grado medio de comprensión, donde se hace evidente la intención de los médicos por generar empatía pero al final las respuestas por parte del paciente variaron entre “siempre” y “casi siempre”. Esto quiere decir que hubo deficiencia de los elementos de confianza, donde lo ideal hubiera sido una apertura al 100% frente al médico. Se considera que ésta estuvo influenciada por el desconocimiento de la importancia del tiempo para el paciente, el uso de ademanes al darle indicaciones, así como hablar más lento y claro para que el paciente comprendiera su inglés.

Debido a diferentes percepciones de médicos y pacientes sobre las principales barreras de comunicación, se concluye que la validación también fue baja, ya que el médico puso poca atención hacia qué patrón cultural estaba siendo más difícil de sobrellevar para el paciente. Además de que el paciente, no siempre comprendió las diferencias entre su sistema médico y el mexicano, ni le fue fácil responder preguntas de temas sexuales, lo que marca falta de confianza.

Se considera, que todo esto es consecuencia del desconocimiento del médico sobre los patrones culturales del estadounidense, desde no saber bien cómo funciona su individualismo, lo que tiene influencia sobre su rol familiar, hasta no tomar en cuenta su descendencia de una amplia gama de culturas que van desde ingleses e hispanos hasta orientales. Con ello la gran posibilidad de topar con diversas religiones y roles sexuales.

Por último hubo un bajo grado de negociación, ya que según el paciente, el médico no se preocupó por considerar su opinión sobre el tratamiento. Además, al cuestionar a los médicos sobre qué hacer en caso de oposición, no supieron dar respuesta sobre cómo llegar a acuerdos

con el paciente. Al observar en los resultados, algunos médicos aún consideran mantener el tratamiento inicial o cambiarlo por completo, lo cual brinda un fuerte indicador sobre la falta de atención hacia el tipo de paciente con el que están tratando, quien tal vez no ve al médico como autoridad, por tanto de no quedar satisfecho, probablemente no dará seguimiento al tratamiento

En resumen, a pesar de existir satisfacción tanto por médicos y pacientes sobre el tratamiento y el diagnóstico en la consulta, esto no garantiza que la comunicación sea exitosa pues como ya se mencionó, quedan cabos sueltos sobre la apertura del paciente al cuestionar y responder.

Es decir, la falta de comprensión por parte del paciente hacia las diferencias con el sistema médico mexicano y el desconocimiento de su religión por parte del médico, además de la baja validación a causa de las diversas respuestas que dieron el médico y el paciente sobre cuáles fueron las mayores barreras al interactuar, más el hecho de que el paciente no sintió que se consideró su opinión al recetarle; marcan una deficiente comunicación entre el paciente y el médico.

Con esto se concluye el análisis de cómo es la comunicación entre los pacientes estadounidenses y el médico mexicano. Con una baja presencia de 3 de 4 los elementos que componen el proceso comunicativo exitoso. Se comprueba que hay una comunicación deficiente entre el médico mexicano y el paciente estadounidense, influenciada por el desconocimiento del médico sobre los elementos culturales distintivos del paciente.

Con la comprobación de la falta de conocimiento por parte de los médicos mexicanos de los elementos culturales distintivos del paciente a partir del análisis que se hizo del sistema educativo y la encuesta, más el análisis sobre que tan efectiva es la comunicación entre el paciente estadounidense y médico mexicano a partir de la encuesta hecha a ambos actores; se comprueba la hipótesis de la presente tesis. Con esto se verifica la falta de conocimiento por parte de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales distintivos entre pacientes, lo que conlleva una relación comunicativa deficiente.

4. Referencias del capítulo.

- **Alarcón, A., Vidal A., Neira J.** (2003), Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*. Vol. 131(9), 1061 – 1065
- **Berlin E, Fowkes C.** (1998). *Teaching Framework for Cross-Cultural Health Care*. California: Mayfield Publishing Company.
- **Evans K.** (s.f). *Seis barreras para la comunicación intercultural*. Recuperado el 26 de Enero del 2013 en http://www.ehowenespanol.com/seis-barreras-comunicacion-intercultural-lista_172268/
- **Hernández I., Fernández MA., Irigoyen A. y Hernández MA.** (2006). *Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar*. *Medicina Familiar* .Vol. 8(2). 137-144.
- **Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.** (2011). *Plan de estudio de Médico Cirujano*. México. Recuperado el 18 de Junio del 2013 en: <http://goo.gl/j8ZtbO>
- **Luckmann J.** (2000). *Transcultural communication in healthcare*. Sudáfrica: Delmar Publishers.
- **Universidad Anáhuac.** (2010). *Plan de estudio de la licenciatura de Médico Cirujano*. México. Recuperado el 18 de Junio del 2013 en http://pegaso.anahuac.mx/preuniversitarios/planes_folletos_2010/plan_medico.pdf
- **Universidad del Valle de México.** (2011). *Plan de estudio de licenciatura en Medicina*. México. Recuperado el 18 de Junio del 2013 en <http://www.uvmnet.edu/licenciatura/2011/plan/pdf/medicina.pdf>
- **Universidad Nacional Autónoma de México.** (2010). *Descripción sintética del plan de estudios de licenciatura de Médico Cirujano*. México. Recuperado el 18 de Junio del 2013 en: https://www.dgae.unam.mx/planes/f_medicina/Med-Cir.pdf

V. CONCLUSIONES FINALES.

Frente a un mundo día con día más globalizado, donde las oportunidades de migrar a otros países cada vez son más y México en pleno auge de desarrollo turístico, la presente tesis enfocó su análisis en la interculturalidad aplicada al sector salud mexicano.

Este trabajo tuvo como principal objetivo comprobar la falta de conocimiento por parte de los médicos mexicanos sobre los elementos culturales distintivos entre pacientes, lo que conlleva una relación comunicativa deficiente. Es decir, dar a conocer el desconocimiento que los médicos tienen sobre interculturalidad y ver cómo esto afecta sobre un proceso de comunicación efectiva con pacientes extranjeros.

Para ello primero se analizó y entendió cómo la diferencia de culturas influye en el proceso de comunicación de cualquier relación. Al reconocer que la comunicación es la mejor herramienta de transmisión de la cultura, se observó cuáles son los distintos elementos culturales que se manifiestan de forma verbal y no verbal en la interacción entre individuos que van desde idioma, fonética y postura, hasta la significación distancia y tiempo, así como aquellos más influenciados por la cultura como su rol familiar, su sistema médico o religión.

A partir de esto se marcó la importancia de reconocerlos, ya que de lo contrario, pueden traer consigo barreras difíciles de superar cuando se trata de la comunicación entre personas con distintos códigos culturales.

Ahora bien, ante los esfuerzos actuales de la Secretaría de Turismo por incrementar el flujo de viajeros en México para recibir servicios médicos más baratos, se observa que la mayoría de los extranjeros que vienen a operarse o que han elegido México como un país de vivienda durante su jubilación, son estadounidenses. Por ello cada uno de los objetivos de la presente tesis al mencionar al paciente hizo referencia al estadounidense y su vivencia frente a la atención del sistema médico mexicano.

De este modo, ante el supuesto aumento de estadounidenses que visitan los hospitales del país, del cual se detectó que no existe registro alguno por parte de ninguna organización de salud, por el contrario sólo estudios de Deloitte (2011) que muestran la tendencia a incrementar; lo cierto es que frente a la globalización y el sinfín de posibilidades para migrar a otros países, los médicos cada vez están más sujetos a toparse con pacientes que no pertenecen a su cultura, sobre todo en el caso de México, provenientes del país vecino.

Por ello en el presente trabajo se analizó el conocimiento del médico en interculturalidad, para lo cual se prestó previa atención a la importancia que el sector salud en México otorga al tema, donde aún hace falta mucho que trabajar. Si bien existen leyes y certificaciones de salud que protegen la interculturalidad, la mayoría de las investigaciones del país estudian la interculturalidad sólo dentro de la medicina tradicional, la cual se da entre médicos y etnias indígenas. Además, sobre la comunicación médica hay poca atención hacia la calidad que se ofrece de manera interpersonal entre los médicos y pacientes, donde los esfuerzos se enfocan únicamente en la información que corre a nivel administrativo.

De ahí que se afirme que la interculturalidad del sector salud en México, sobre todo en la dimensión cognitiva que conlleva la comunicación, se encuentre descuidada, por eso los médicos tienen poca información al respecto desde su formación escolar. Al cuestionar a los médicos colaboradores de algunos de los hospitales del país con más experiencia en interculturalidad, no hubo uno sólo que dijera haber estudiado sobre comunicación intercultural o demostrara saber los elementos distintivos del paciente estadounidense. A pesar de que la mayoría de los médicos domina el inglés, mostraron poco conocimiento en los elementos culturales no verbales y los patrones culturales con los que se identifica el paciente.

Esta falta de conocimiento influyó sobre el éxito en el proceso comunicativo, pues si bien, saber de elementos distintivos como del lenguaje, rol sexual del paciente, ocupación o lugar de nacimiento benefició algunos pasos del proceso como la escucha; el desconocimiento y la falta de atención al considerar otros como la religión, las diferencias entre los sistemas médicos, el rol individualista del paciente y la significación de distancia o tiempo, afectaron la comprensión y empatía en la interacción, la validación o respeto de la cultura del paciente y la negociación del tratamiento.

Con esto la hipótesis y objetivo de la tesis presentada al inicio de este apartado queda comprobada, al ver que sí existen deficiencias dentro de la comunicación médico mexicano - paciente estadounidense, a falta del conocimiento de los elementos culturales distintivos por parte del médico. No se busca así decir que el médico es culpable de esto, simplemente hay una falta de interés hacia el tema desde las organizaciones responsables de la sanidad en México y las mismas escuelas, lo cual abre la posibilidad a que el presente trabajo funcione como una herramienta para que los médicos reconozcan la importancia de conocer acerca de comunicación intercultural o por lo menos de reconocer los elementos distintivos de la cultura del paciente extranjero.

A pesar de que la mayoría de los pacientes dijo estar satisfecho con el tratamiento, quizá porque coincidieron con la importancia que los médicos dan a cada paso del proceso de comunicación efectiva, no se sabe con qué claridad hay seguimiento al mismo o si se cumple con el objetivo de un proceso terapéutico exitoso que supone la eliminación de la enfermedad. Entonces, si el conocimiento de los médicos sobre comunicación intercultural fuese mayor, quizás el cien por ciento de los pacientes quedaría satisfecho, las posibilidades de que los extranjeros vinieran a México a atenderse serían mayores y el turismo médico se podría plantear no sólo bajo la visión de costos bajos, sino de un servicio de calidad en el trato interpersonal.

Si bien, es imposible pensar en instruir a todos los médicos del país para que conozcan acerca de interculturalidad, por lo menos se debería pensar que los médicos que laboran en las clínicas que cuentan con las certificaciones internacionales de calidad, y que incluyen la importancia de una comunicación efectiva, deberían tener el conocimiento para dirigirse a pacientes de otra cultura.

Por ello una propuesta es que se integre a los procesos de capacitación de las clínicas con más número de pacientes estadounidenses, las cuáles en su mayoría se ubican en la frontera del norte del país, algún programa o sistema para que los médicos mexicanos se instruyan acerca de los valores del paciente, los acepte e incorpore la validación de los mismos a su tratamiento, tal y como lo plantea la interculturalidad. Los sistemas de capacitación que se pueden incluir son variados, ya sea a partir de la implementación de cursos que enseñe a los médicos el perfil de los pacientes estadounidenses y soluciones al trato con ejemplos prácticos, o bien, a partir de cursos que instruyan a los médicos sobre cómo comunicarse con extranjeros.

Otro sistema de capacitación que propongo es mirar hacia lo que ha hecho Estados Unidos con la contratación de especialistas de salud hispanoamericanos, o con dicha ascendencia, para mejorar su trato a pacientes provenientes de Centroamérica. México entonces podría tomar este ejemplo para contratar especialistas de salud, de origen estadounidense o bien, quienes conozcan acerca de esta cultura, para que apoyen a los médicos mexicanos en la atención a los pacientes extranjeros. Cabe recalcar en este punto que no solamente son médicos y enfermeras quienes podrían tomar el lugar de apoyo para los médicos, cualquier especialista que conozca sobre comunicación interculturalidad y, específicamente sepa acerca de las diferencias en el ámbito de la salud, podría servir de ayuda a las clínicas para mejorar la atención a estadounidenses.

Dichas estas propuestas como posibles soluciones a la situación que la comunicación intercultural en el sector salud mexicano hoy presenta, cabe aclarar que para implementar cualquiera de ellas, primero habría que hacer un estudio mucho más definido y delimitado como se explica a continuación en las perspectivas.

La presente tesis queda así como un acercamiento más hacia lo que es la comunicación intercultural en la salud en México, con el deseo de que se ofrezcan servicios de completa calidad a pacientes extranjeros para que se pueda reconocer una medicina mexicana de excelencia.

Ante todo, el presente trabajo queda como testigo de la importancia de la comunicación en cualquier rubro, en este caso con el complemento de la interculturalidad, porque sin ella y el conocimiento para hacerla efectiva, no hay modo de que los hombres compartan su cultura, interactúen y al final lleguen a acuerdos para tener una sana convivencia.

VI. PERSPECTIVAS.

Debido a los recursos con los que cuento como estudiante, al pedir apoyo a los médicos para responder las encuestas, fue difícil conseguir más de 30 respuestas. Si bien, parece ser un número pequeño comparado con la gran cantidad de médicos que hay en hospitales especializados en extranjeros en México, la aceptación tanto por los profesionales de salud como por los hospitales para apoyarme fue poca, ya que es información que creen les puede afectar a su labor.

Con la presente tesis se abre la posibilidad de lograr con el mismo método de análisis un trabajo más significativo y preciso acerca de la comunicación médico mexicano-paciente extranjero, observando consultas médicas o aplicando encuestas al médico y paciente que compartieron la misma cita médica. Así mismo se puede especificar más el tipo de médicos con los cuales hacer la encuesta, ya sea todos del mismo hospital, egresados de la misma escuela de medicina o bien de la misma especialidad. Pueden existir mayores especificaciones sobre los pacientes a encuestar, a modo de que no solamente se trate de pacientes que tienen la misma nacionalidad, sino que cuenten con la misma religión, edad o género, para que haya una comparación de respuestas más objetiva a partir del reconocimiento de los patrones culturales. Todo esto puede hacer más confiables los resultados con un mayor sustento y rigor científico por tener el campo de estudio más unificado.

Por otro lado, hay que recordar que lo presentado en este trabajo es un primer acercamiento de cómo es la comunicación entre el médico mexicano y el paciente estadounidense. Cuánta escucha, empatía, respeto cultural y negociación hay, lo que puede abrir puertas a cuestionarse qué tan preparados están los médicos para atender pacientes extranjeros o qué tanto influye la comunicación sobre la satisfacción del paciente. Con esto los médicos pueden comenzar a identificar qué elementos necesitan reforzar para mejorar la comunicación con el paciente estadounidense y por tanto la calidad de atención.

Así mismo, esta tesis, con el deseo de que pronto se investigue más a fondo el tema con extranjeros, busca abrir puertas a futuro para que no sólo se conozca cómo es la comunicación con el estadounidense, sino que dé pauta para saber cómo es con cualquier tipo de extranjero, con el europeo u oriental. Por último, como ya se mencionó, este trabajo puede ser un apoyo para preparar a los médicos hacia la interculturalidad en pro al turismo médico, a modo de tener un beneficio sobre la calidad en la atención sanitaria mexicana.

VII. ANEXOS.

Anexo 1.

Encuesta de conocimiento de los médicos mexicanos sobre Interculturalidad

Con base a su trato con los pacientes de origen estadounidenses que hablan inglés, favor de contestar lo siguiente:

Nota: "Paciente" se refiere siempre a los pacientes de origen estadounidense.

1. ¿Conoce los elementos culturales que diferencian a un paciente extranjero (idioma, rol social, sexual, religión, etc.)?

Mucho Poco Nada

Si su respuesta es "mucho" o "poco", continúe con la pregunta siguiente. Si su respuesta es "no", favor de pasar a la pregunta 23

2. ¿En qué idioma se comunica con su paciente procedente de Estados Unidos?

a) Español b) Inglés

3. ¿Cuál su dominio del inglés?

a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Deficiente e) Nulo

4. ¿En algún momento se ha servido de alguna persona traductora?

a) Sí b) No

5. Si se comunica con su paciente en español, marque si se percata de alguno de los siguientes aspectos:

- a) No habla español
- b) El paciente puede leer frases simples en español.
- c) El paciente entiende palabras básicas en español

- d) El paciente puede seguir instrucciones en español
 - e) El acompañante del paciente (familiar o amigo) habla español y es capaz de darle una buena interpretación
6. En una escala del 1 al 5, donde 1 es mucho y 5 es nulo, a la hora de diagnosticar, qué tanto conoce acerca de los siguientes aspectos del paciente:
- a) Edad
 - b) Sexo
 - c) Lugar de nacimiento.
 - d) Ocupación
 - e) Lugar de residencia
 - f) Grado de estudio
 - g) Religión
 - h) Si cuenta con seguro médico
 - i) Forma en que financia la consulta
7. Qué tipo de lenguaje utiliza para dirigirse al paciente:
- a) Le habló de usted y por su apellido a) Médico con tecnicismos
 - b) Le habló de tú y por su nombre b) Coloquial con la jerga del paciente
8. Para usted, ¿cuál de las siguientes actitudes es la primordial para marcar una postura de apertura y escucha frente al paciente?
- a) Evitar cruzar los brazos
 - b) Mantener contacto visual
 - c) Tener las manos a la vista del paciente
 - d) Otra_____
9. Para usted, ¿aproximadamente, cuál sería la distancia adecuada entre usted y el paciente a la hora de dialogar frente a frente?
- a) Menor a 50 cm
 - b) 50 cm o un brazo
 - c) Mayor a 50 cm o un brazo.

10. A la hora de diagnosticar a sus pacientes, marque qué tanto conoce usted acerca de los siguientes aspectos:

a) Las diferencias que existe entre el sistema biomédico mexicano y el estadounidense

Mucho Lo necesario Poco Nada

b) Los recursos económicos de su paciente

Mucho Lo necesario Poco Nada

c) Si el paciente hace uso de medicina alternativa

Mucho Lo necesario Poco Nada

d) Si la religión del paciente le permite consumir cualquier medicamento o recibir cualquier tratamiento

Mucho Lo necesario Poco Nada

e) Los rituales sociales de mejora que al paciente le gustaría llevar a cabo: convivir con la familia, visitar la iglesia, permanecer en casa, etc.

Mucho Lo necesario Poco Nada

f) Si consultaría con algún familiar la decisión de tomar el tratamiento

Mucho Lo necesario Poco Nada

g) Cómo interviene su enfermedad con sus actividades cotidianas

Mucho Lo necesario Poco Nada

h) Cómo se siente de estar enfermo

Mucho Lo necesario Poco Nada

i) Cómo piensa que la enfermedad debe ser tratada

Mucho Lo necesario Poco Nada

11. Durante la consulta, marque qué tan importante es para usted...

- a) Mantener un volumen de voz adecuado
Muy importante Importante Poco importante Nada importante

- b) Mantener constante contacto visual
Muy importante Importante Poco importante Nada importante

- c) Dar consulta con una duración máxima de una hora
Muy importante Importante Poco importante Nada importante

12. Marque si usted utiliza alguno de los siguientes aspectos para asegurarse de que el paciente comprende sus preguntas e instrucciones:

- a) Parafrasear lo que el paciente le comentó antes de volverlo a cuestionar.
Sí No

- b) Hablar con una dicción lenta y clara. Sí No

- c) Hacer uso de ademanes, tarjetas o instrumentos que ejemplifiquen lo que decía. Sí
No

13. Marque si hizo diferencias de género o edad en alguno de los siguientes aspectos:

- a) Al ofrecer recursos y material que le ayudaran a comprender su enfermedad Sí
No

- b) Al examinar la zona corporal afectada indicada por el paciente Sí No

- c) Al cuestionar al paciente sobre sus síntomas. Sí No

14. Si la situación económica del paciente, régimen alimenticio o religión se contraponen al tratamiento necesario, usted:
- a) Mantiene el tratamiento inicial
 - b) Busca opciones en torno a todo lo expresado por el paciente
 - c) Cambia la receta.

15. ¿Tiene conocimiento en comunicación intercultural?

Sí No

Si su respuesta es "sí", continúe con la pregunta siguiente. Si su respuesta es "no", favor de pasar a la pregunta 23

16. ¿Dónde estudio sobre comunicación intercultural? (Escuela, curso, etc.)

17. ¿Utiliza algún método específico para la aplicación de la interculturalidad en el sistema de salud?

18. ¿Qué estrategias son las que usa comúnmente en sus consultas con extranjeros?

19. ¿Conoce cómo funciona el sistema de salud Estadounidense?

Mucho Poco Nulo

Si su respuesta es "sí", continúe con la pregunta siguiente. Si su respuesta es "no", favor de pasar a la pregunta 23

20. ¿Sabe cuál es el significado de salud del estadounidense? Si sí menciónelo

Sí No

21. ¿Cómo cree usted que influye, afecta o beneficia, la visión individualista del estadounidense sobre el sistema de salud mexicano?

22. Considerando el rol individualista del estadounidense, ¿qué estrategias utiliza para comunicarse con él en torno a los elementos mencionados a continuación?

- a) Al escucharlo:
- b) Al examinarlo:
- c) Al hablar de la enfermedad:
- d) Al recetarle:

23. Para fines de retroalimentación. Aproximadamente ¿Cuánto tiempo le llevo responder este cuestionario?

Anexo 2.

Encuesta a médico sobre cómo fue su comunicación en alguna consulta con un paciente estadounidense

Con base a su trato con los pacientes de origen extranjero que tienen como lengua madre otra lengua distinta al español, favor de contestar lo siguiente:

Nota: "Paciente" se refiere siempre a los pacientes extranjeros que tienen como lengua madre un idioma distinto al español, de preferencia inglés. "Consulta" hace referencia a la visita por primera vez del paciente extranjero con el médico correspondiente.

¿En qué idioma se comunicó con el paciente?

Español Inglés Otro _____

1. Durante el diálogo con el paciente, usted:

a. ¿Entendió en su totalidad lo que el paciente le dijo?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

b. ¿Tuvo contacto visual con el paciente?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

c. ¿Procuró mantener un tono de voz adecuado, entendible para el paciente?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

d. ¿Se sintió cómodo con la distancia que mantuvo el paciente con usted al hablarle?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

2. Al cuestionar de los síntomas del paciente:

a. ¿El paciente los mencionó y habló de ellos de manera fluida?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

b. ¿Hubo apertura por parte del paciente para preguntar y responder?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

c. ¿El paciente comprendió desde la primera vez sus preguntas y no hubo que repetirlas?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

d. ¿Fue fácil para el paciente responder preguntas en torno a temas sexuales?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

e. Al cuestionarlo sobre los detalles de los síntomas ¿le dio ejemplos, hizo analogías, hizo preguntas con respuestas múltiples, etc.?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

3. Con base a sus síntomas y respuestas, marque qué tan claro comprendió usted:

a. Cuándo y cómo inició la molestia

Muy Claro Claro Poco Claro No quedo claro

b. Cómo le afectó física y mentalmente al paciente

Muy Claro Claro Poco Claro No quedo claro

c. ¿Qué tan intenso era el dolor de su paciente? *

Muy Claro Claro Poco Claro No quedo claro

4. Al examinarlo...

a. ¿Se preocupó porque el paciente comprendiera todos los procedimientos que tomó al examinarlo, por qué y para qué lo hacía?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

b. ¿El paciente siguió sin problema las instrucciones que le indicó?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

c. ¿El paciente expreso comodidad y conformidad hacia el procedimiento, las instalaciones o la tecnología que utilizó durante la consulta?
Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

d. ¿Le habló de forma directa y clara sobre la enfermedad, sus causas y consecuencias?
Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

e. ¿El paciente comprendió las diferencias que hay entre el sistema médico mexicano y el sistema médico de su país?
Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

f. ¿El paciente se mostró cómodo con el tiempo de consulta?
Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

5. Al recetar...

a. ¿Consideró la opinión del paciente sobre cómo creía que debía ser tratada la enfermedad?
Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

b. ¿Tomó en cuenta algunos de los siguientes aspectos al recetar?

- a) Rol familiar del paciente
- b) Ocupación del paciente
- c) Hábitos alimenticios del paciente
- d) Ninguno de los anteriores

c. ¿El paciente estuvo de acuerdo con su diagnóstico con base al sistema médico mexicano?
Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

d. Si el paciente se contrapuso al tratamiento usted:
Si el paciente no se contrapuso con el tratamiento, responder qué hubiera hecho en el supuesto de que se hubiese contrapuesto

- a) Mantuvo el tratamiento inicial.
- b) Modificó el tratamiento inicial con base a lo expresado por el paciente.
- c) Cambió el tratamiento por completo para comodidad del paciente.

6. Al termino de la consulta...

- a. ¿El paciente entendió a la perfección el tratamiento?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

- b. ¿El paciente quedó satisfecho con el tratamiento?

Muy Satisfecho Satisfecho Indiferente Poco Satisfecho Insatisfecho

7. Durante la consulta...

- a. Marque qué tan escuchado le hicieron sentir las siguientes actitudes por parte del paciente:

- a) La postura del paciente.

Muy escuchado Escuchado Poco escuchado No se sintió escuchado

- b) Las expresiones corporales y faciales del paciente.

Muy escuchado Escuchado Poco escuchado No se sintió escuchado

- c) La respuesta que dio el paciente a las preguntas.

Muy escuchado Escuchado Poco escuchado No se sintió escuchado

- b. Marque que tanta confianza expresó el paciente frente a las siguientes actitudes o situaciones

- a) La postura del paciente.

Mucha confianza Confianza Poca confianza No sintió confianza

- b) Expresiones corporales y faciales del paciente.

Mucha confianza Confianza Poca confianza No sintió confianza

- c) La respuesta que dio a las preguntas.

Mucha confianza Confianza Poca confianza No sintió confianza

c. Marque que frecuencia el paciente...

a) Le platicó sobre cómo es la atención médica en su país.

Muy frecuente Frecuente Poco Frecuente No lo mencionó

b) Le platicó sobre sus costumbres y tradiciones en su país

Muy frecuente Frecuente Poco Frecuente No lo mencionó

c) Mencionó algo relacionado a su religión (agradeció a un Dios, dijo que iría al templo, etc.)

Muy frecuente Frecuente Poco Frecuente No lo mencionó

8. Enliste los aspectos culturales que usted considera que fueron la mayor barrera al comunicarse con el paciente, siendo 1 la mayor barrera y 8 la menor.

- a. El idioma
- b. Su género
- c. Su actitud
- d. Su apertura
- e. Sus creencias religiosas
- f. Las diferencias con sus sistema médico
- g. Su estatus económico
- h. Su rol familiar (si es papá, mamá, hijo, etc.)

9. Enumere por orden de importancia, donde 1 es el más importante y 4 el menos importante, los aspectos que como médico considera más para darle un excelente trato al paciente

- a) Escuchar al paciente
- b) Dar confianza al paciente
- c) Conocer su cultura
- d) Dar un tratamiento satisfactorio.

Anexo 3.

Encuesta a pacientes sobre cómo fue su comunicación en alguna consulta con un médico mexicano.

Based on the treatment by a Spanish-speaking doctor, please answer the following:

You spoke with the physician in...

Spanish English Other _____

1. During the dialogue with the physician

a. Did you understand everything the physician said?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

b. Was there eye contact with the physician?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

c. Did you feel the physician's voice was friendly?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

d. Did you feel comfortable with the distance the physician maintained while speaking with you?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

2. Asking about your symptoms...

a. Did you feel confident talking about your symptoms openly?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

b. Did the physician allow you to ask and answer openly about your symptoms?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

c. Did you understand all the questions the first time the physician asked them?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

d. If the physician asked about sexual subjects, was it easy for you to talk about them?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

e. Did you accept physician's help to answer questions about your symptoms? Did the physician give you examples, or analogies, in order to explain your symptoms?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

3. How well did you think the physician understand...

a. How and when the sickness started

He understood very well

Understood well

Understood a little bit

Misunderstood

b. How the sickness affected yourself mentally

He understood very well

Understood well

Understood a little bit

Misunderstood

c. How intense the pain was

He understood very well

Understood well

Understood a little bit

Misunderstood

4. When the physician was examining...

a. Did you understand all the process the physician took? Te reason because he was examining each body area.

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

b. Was it easy for you to follow the physician´s instructions without any problem?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

c. Did you feel comfort and conformity to the procedure, facilities or technology used during the medical visit?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

d. Do you think the physician was clear and direct talking about your sickness, causes and consequences of it?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

e. Did you understand and accept all the differences between your national health system and the mexican health system?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

f. Did you feel comfortable with query time?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

5. When prescribing...

a. Did the physician ask your opinion about how to treat your sickness?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

b. To prescribe, answer yes or no if the physician asked you about the following aspects

- Your family role Yes No
- Your occupation Yes No
- Your eating habits Yes No

- Your religious beliefs Yes No

c. Did you agree with the diagnosis based on the Mexican health system?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

d. If you did not agree with the prescription, the physician:

a) Kept the initial prescription

b) Sought to change the initial prescription according to your statement.

c) Completely changed the prescription

6. At the end of the medical visit

a. Was the therapy clear for you?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

b. Were you pleased with the therapy?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

7. During the medical visit

a. Did you feel the physician listened to you carefully?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

b. Check how listened did you feel with the following physician's attitudes

a) The physician's stance

Very listened Listened Little Listened He was not listening

b) His facial and corporal expressions

Very listened Listened Little Listened He was not listening

c) The answer he gave to my questions

Very listened Listened Little Listened He was not listening

c. Did you feel confident with the physician?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

d. Did you feel free to ask any kind of question to the physician or to talk about personal subjects?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

e. Did you feel the physician respected your culture?

Always Nearly always Sometimes Rarely Never

8. From 1 to 8, where 1 is the most important and 8 the less important, enumerate in order of importance which of the following aspects was the biggest barrier in the communication process with the physician?

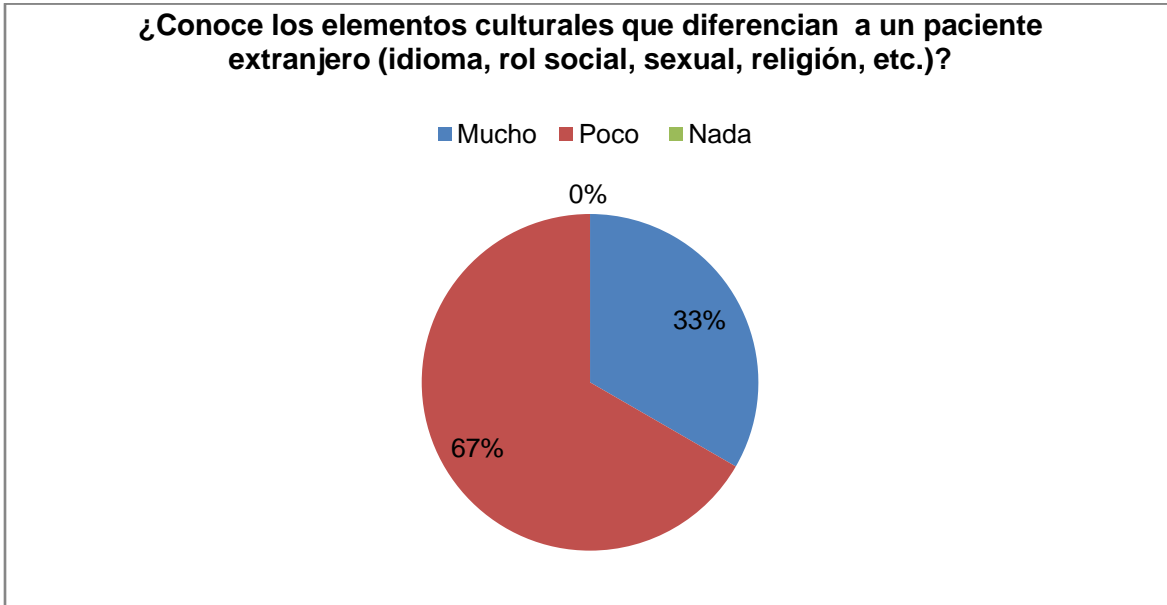
- i. The language difference
- j. Your gender
- k. Your attitude
- l. The physician's attitude
- m. The differences on religious beliefs
- n. The differences with the mexican health care system
- o. Your economic status
- p. Your familiar role.

9. To which of the following aspects do you expect the physician to pay more attention? Enlist them, from 1 to 5, where 1 is the most important and 5 the less important.

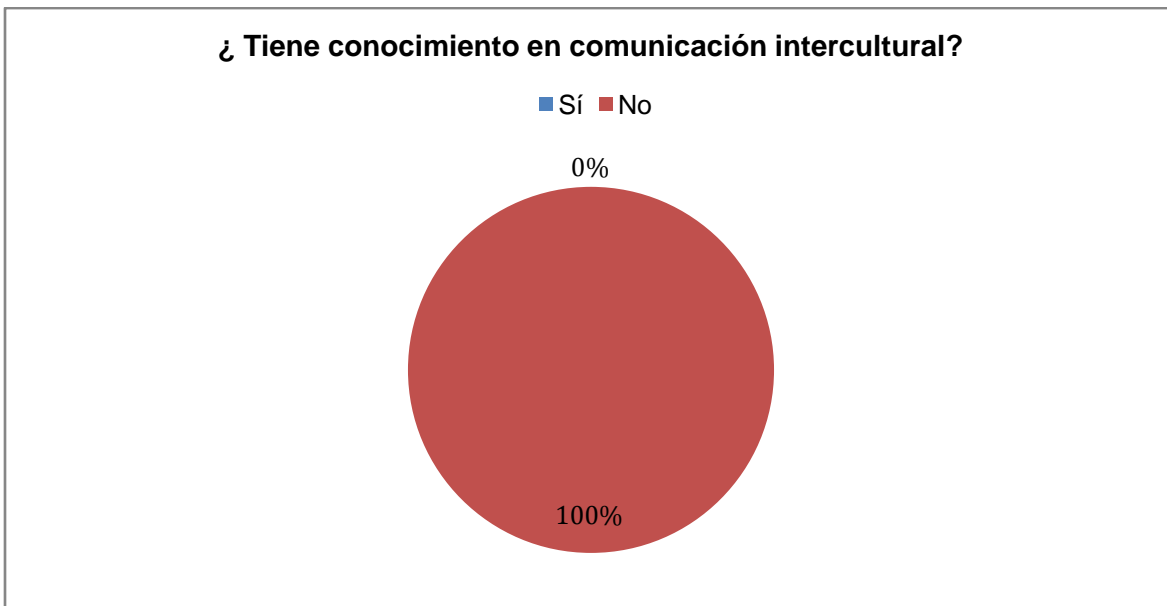
- a) To listen to you
- b) To give you confidence.
- c) To know your culture
- d) To give you a pleased treatment

Anexo 4.

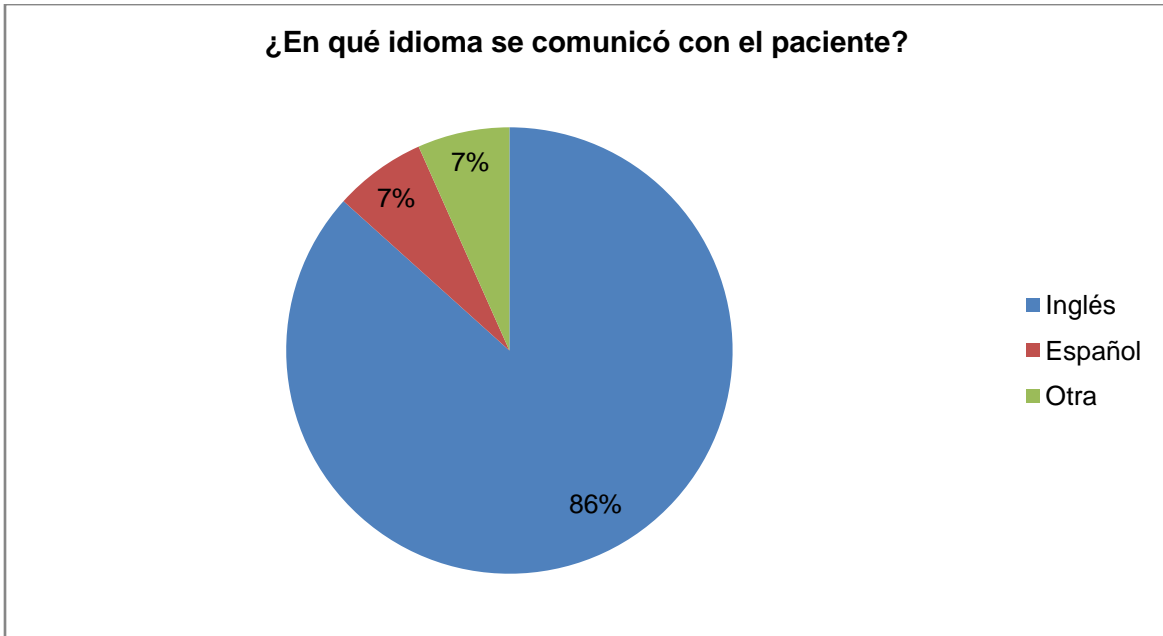
Gráficas de respuesta de médicos sobre preguntas generales en la encuesta de conocimiento en interculturalidad y de comunicación con el paciente.



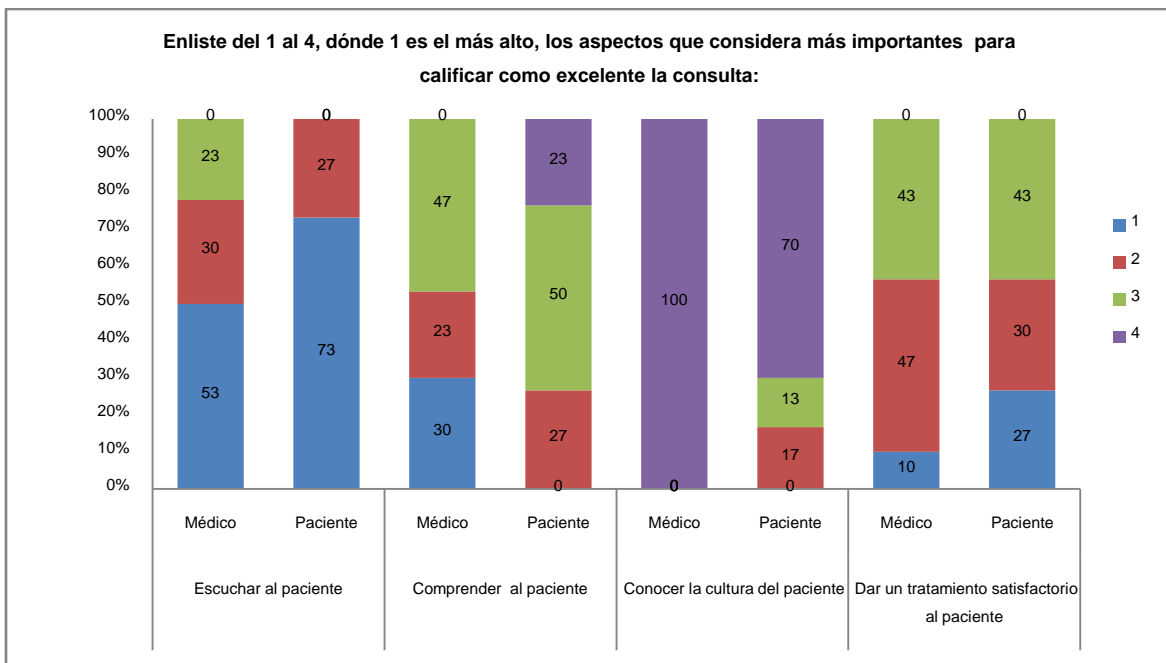
Gráfica 1. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre su conocimiento en los elementos culturales que lo diferencian del paciente estadounidense (idioma, rol social, sexual, religión, etc.)



Gráfica 2. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre su conocimiento en comunicación intercultural.



Gráfica 3. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre el idioma en el que se comunicó con el paciente estadounidense.

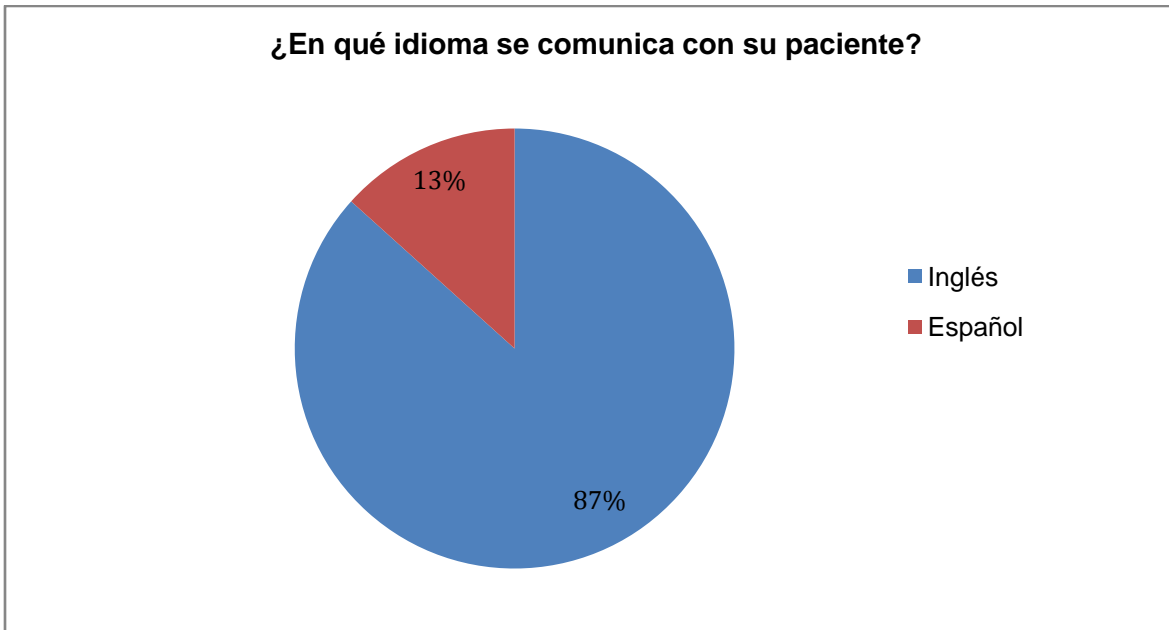


Gráfica 4. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre el orden de importancia del 1 al 4, donde 1 es el mayor y el 4 el menor, que otorga el médico y el paciente a cada uno de los siguientes aspectos:

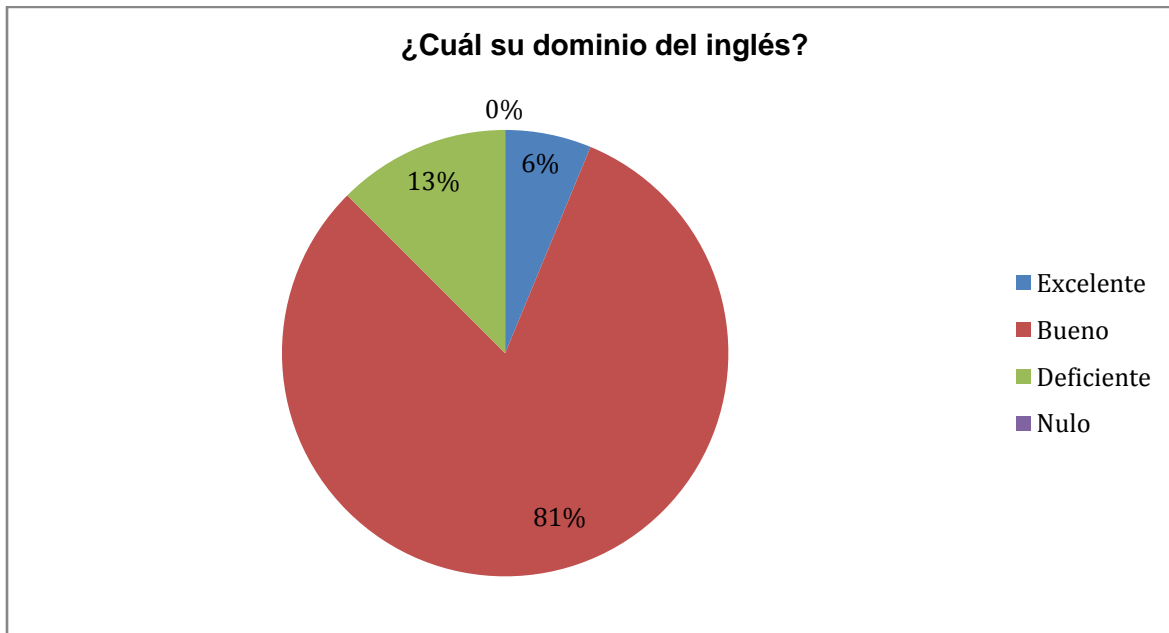
1. Escuchar al paciente.
2. Comprender al paciente.
3. Conocer la cultura del paciente
4. Un tratamiento satisfactorio

Anexo 5.

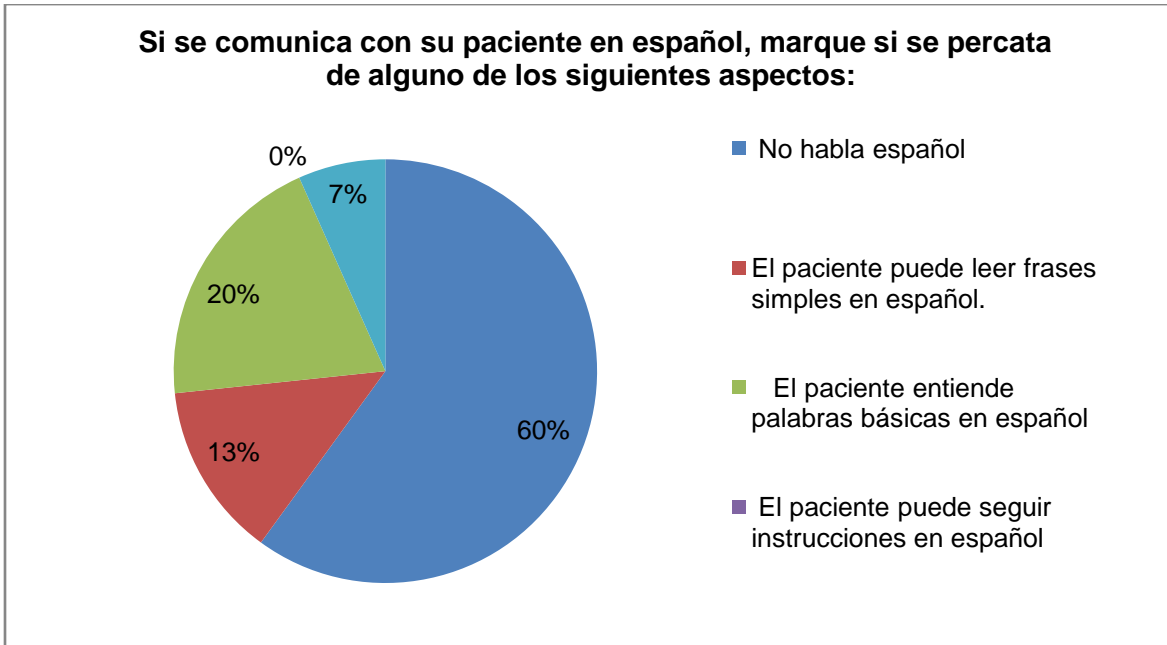
Gráficas de respuesta de médicos sobre su conocimiento en Interculturalidad: Medición de conocimiento de los elementos culturales distintivos de comunicación verbal



Gráfica 1. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre el idioma con el que se comunicaron con el paciente: inglés o español.

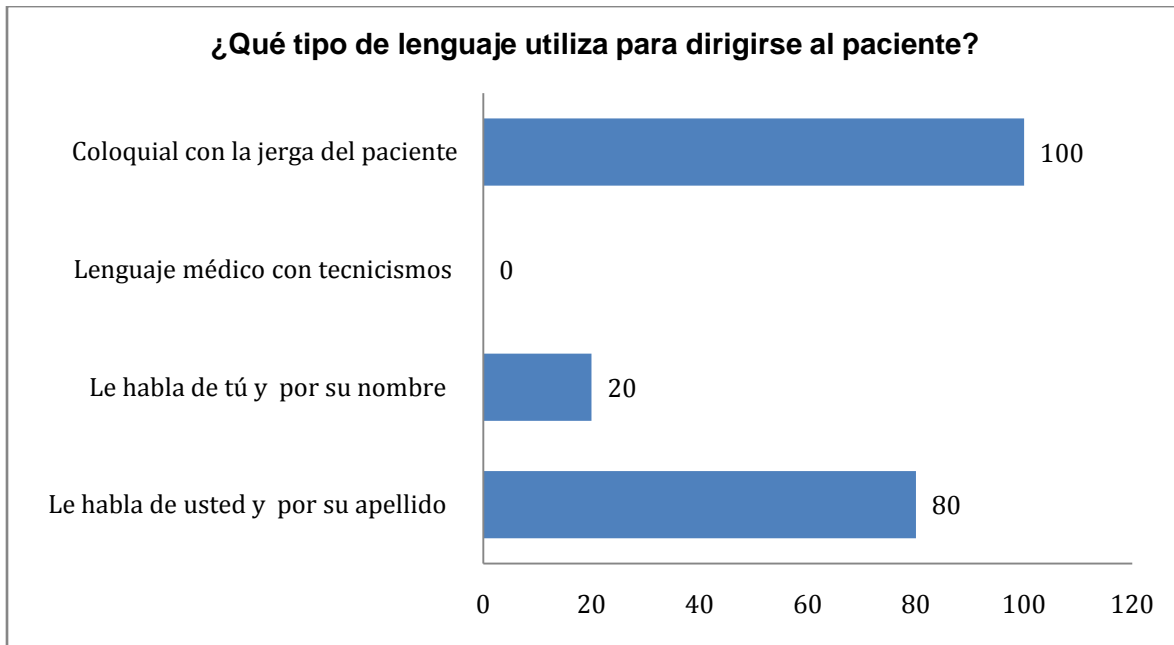


Gráfica 2. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre su dominio del idioma inglés, si fue excelente, bueno, deficiente o nulo.



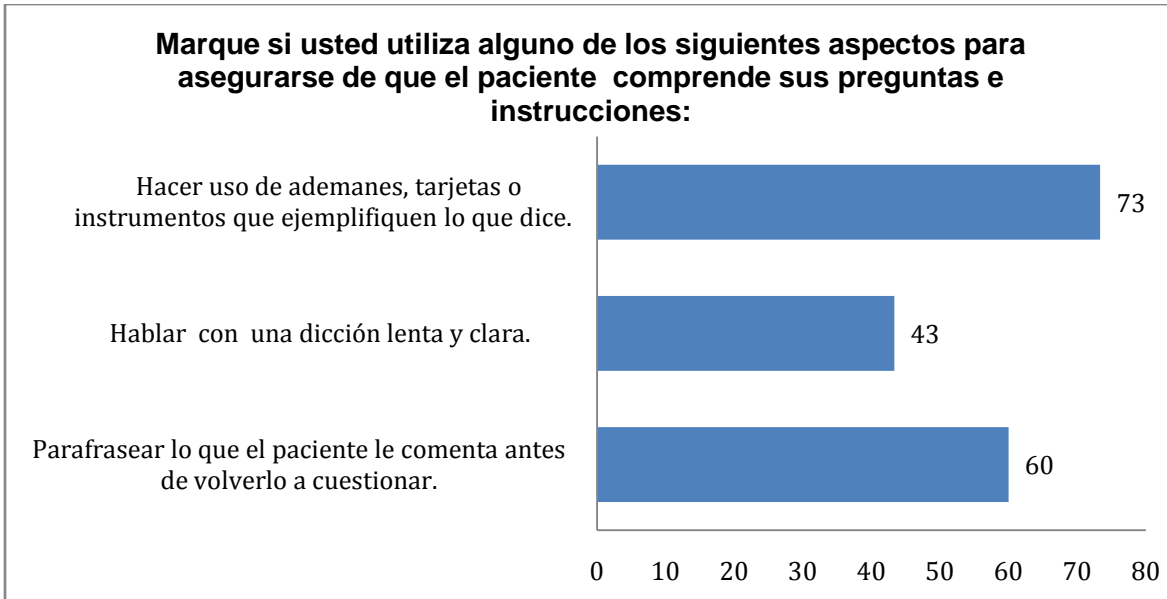
Gráfica 3. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre cuál de los siguientes aspectos se percatan si se comunican en español con el paciente:

1. No habla español.
2. El paciente puede leer frases simples en español.
3. El paciente entiende palabras básicas en español.
4. El paciente puede seguir instrucciones en español.



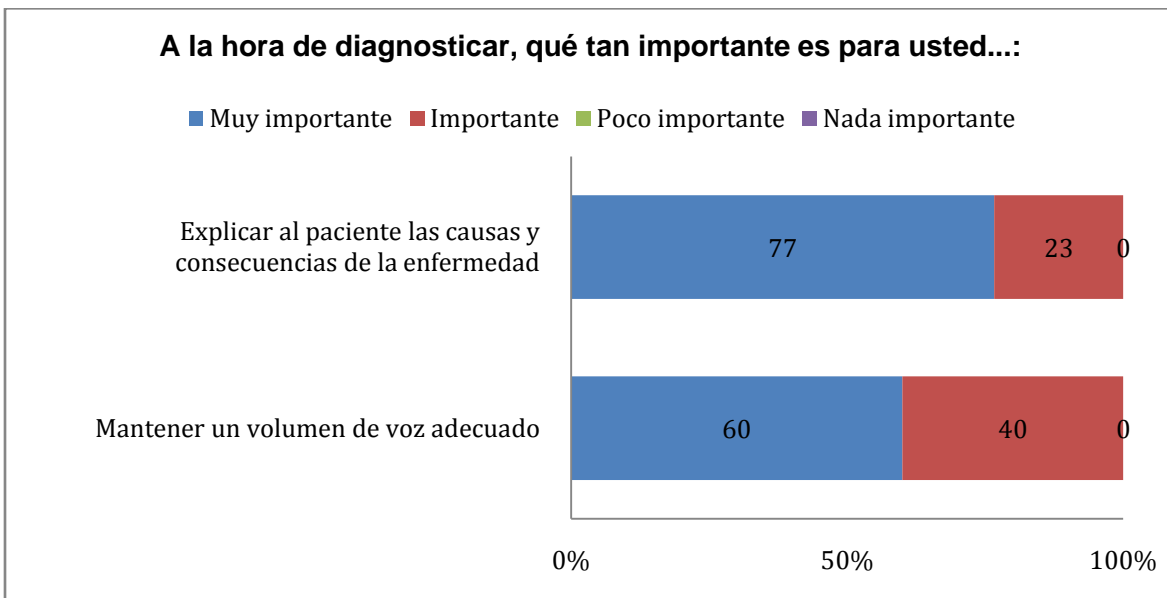
Gráfica 4. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre qué tipo de lenguaje utilizan y cómo se dirigen al paciente:

1. Con un lenguaje coloquial con la jerga del paciente.
 2. Con un lenguaje médico con tecnicismos
- ó
1. Le habla de “tú” al paciente y por su nombre
 2. Le habló de “usted” al paciente y por su apellido.



Gráfica 5. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre los aspectos que utilizan para asegurarse de que el paciente comprende las instrucciones a partir de los siguientes aspectos:

1. El médico hace uso de ademanes, tarjetas o instrumentos que ejemplifiquen lo que le dice al paciente.
2. El médico habla con una dicción lenta y clara
3. El médico parafrasea lo que el paciente le comenta antes de volverlo a cuestionar.

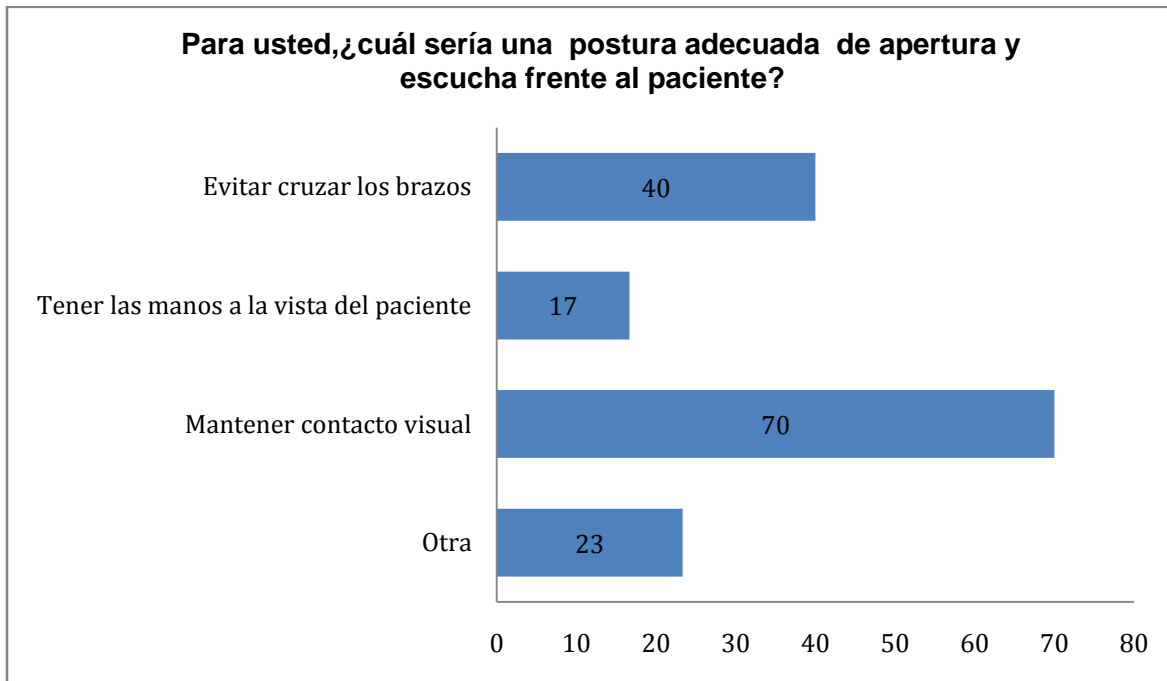


Gráfica 6. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre qué tan importante es considerar los siguientes aspectos a la hora de diagnosticar:

1. Explicar al paciente las causas y consecuencias de la enfermedad
2. Mantener un volumen de voz adecuado.

Anexo 6.

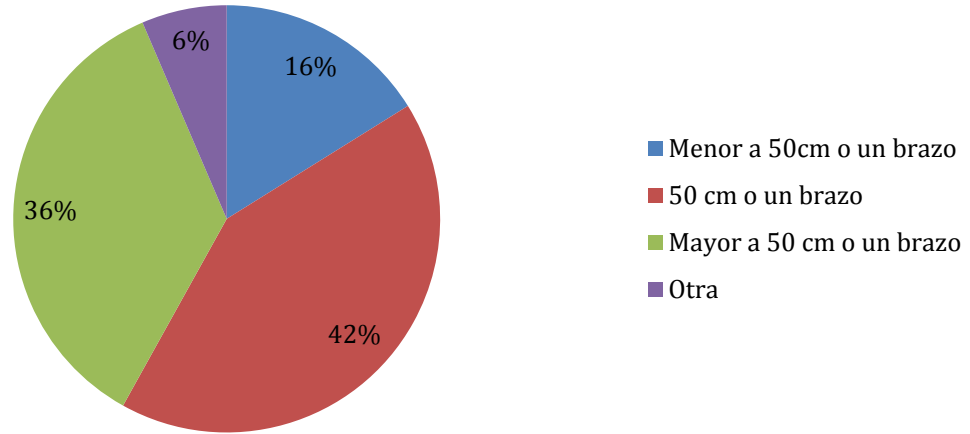
Respuesta de médicos sobre conocimiento en Interculturalidad: medición de conocimiento de los elementos culturales distintivos de comunicación verbal



Gráfica 1. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre cuál de los siguientes aspectos consideraron necesarios para mantener una postura de apertura y escucha frente al paciente:

1. Evitar cruzar los brazos frente al paciente.
2. Tener las manos a la vista del paciente.
3. Mantener contacto visual con el paciente.
4. Otra.

Para usted, ¿aproximadamente, cuál sería la distancia adecuada de apertura y escucha que habría que mantener al hablar con el paciente?

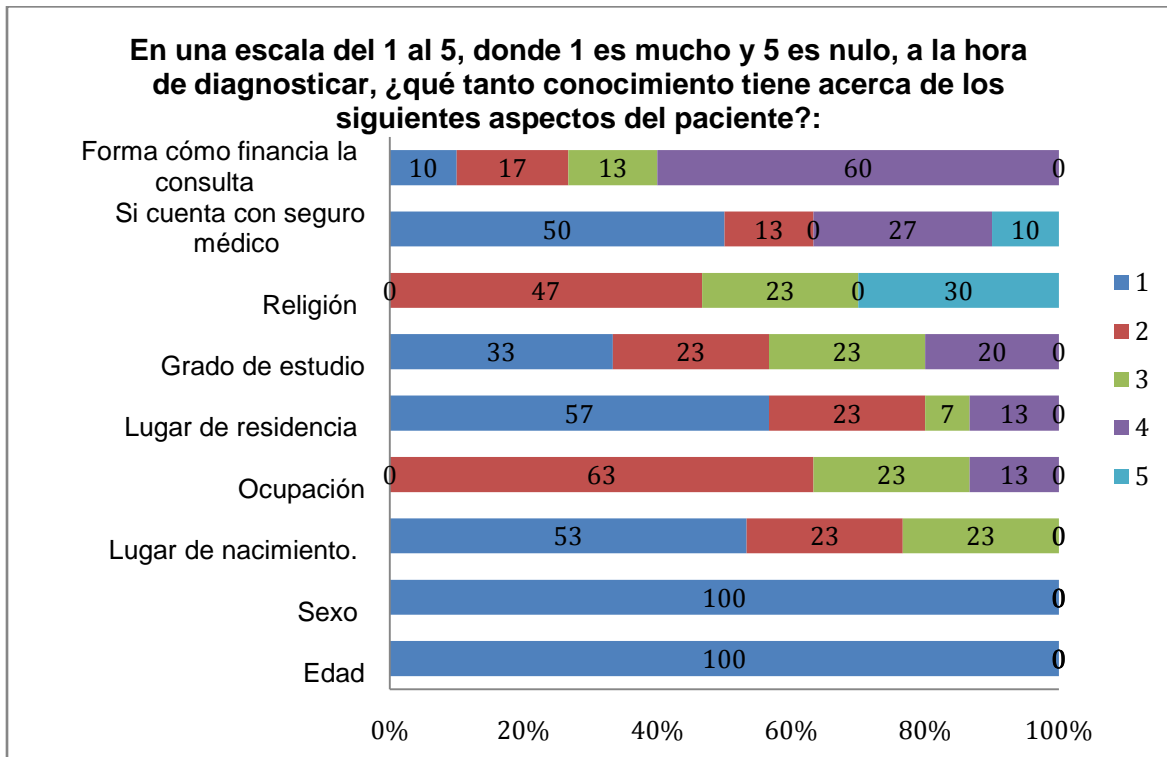


Gráfica 2. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre cuál de las siguientes medidas de distancia consideraron la adecuada para detonar apertura y escucha al hablar con el paciente:

1. Menor a 50cm o un brazo
2. 50 cm o un brazo
3. Mayor a 50 cm o un brazo
4. Otra.

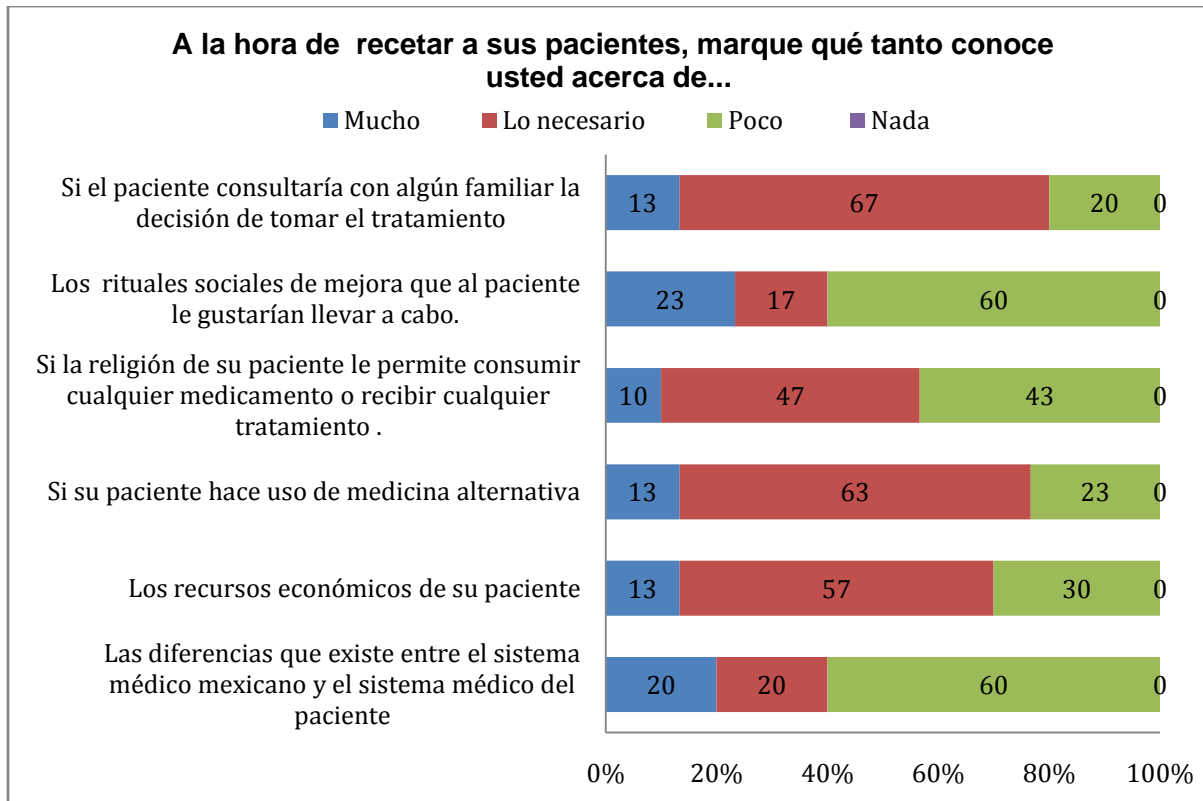
Anexo 7.

Gráficas de respuesta demédicos sobre su conocimiento en Interculturalidad: medición de conocimiento de los elementos culturales distintivos



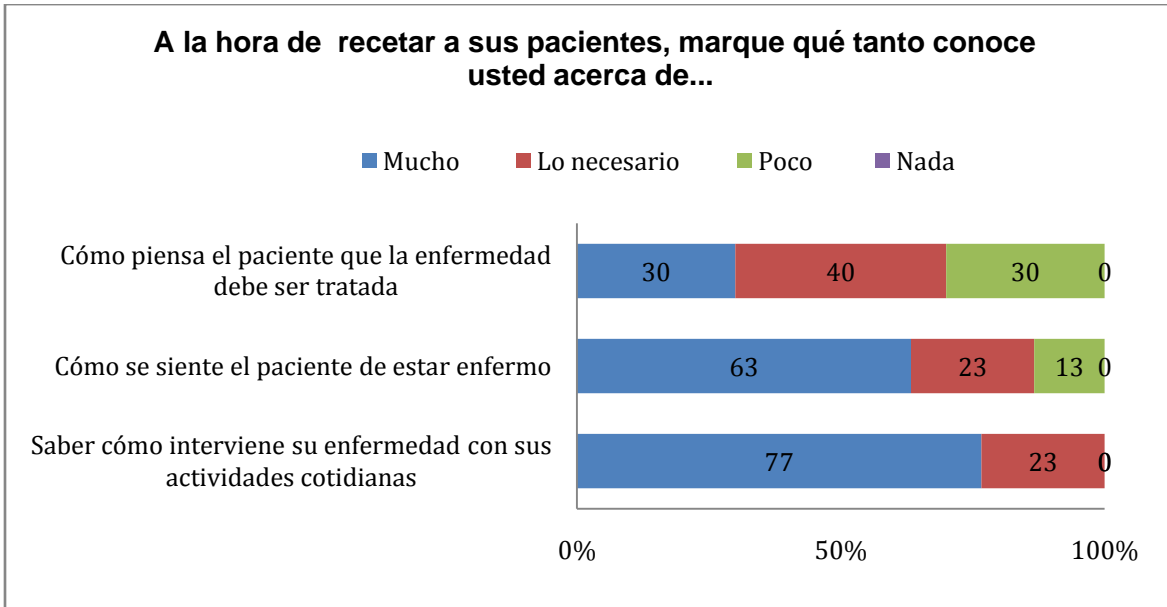
Gráfica 1. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre qué tanto conocimiento del 1 al 5 (donde 1 es mucho y 5 es nulo) tienen sobre los siguientes aspectos culturales del paciente:

1. Forma en que el paciente financia la consulta
2. Si el paciente cuenta con seguro médico
3. La religión que practica el paciente
4. El lugar de residencia del paciente
5. La ocupación del paciente
6. El lugar de nacimiento del paciente
7. El sexo del paciente
8. La edad del paciente.



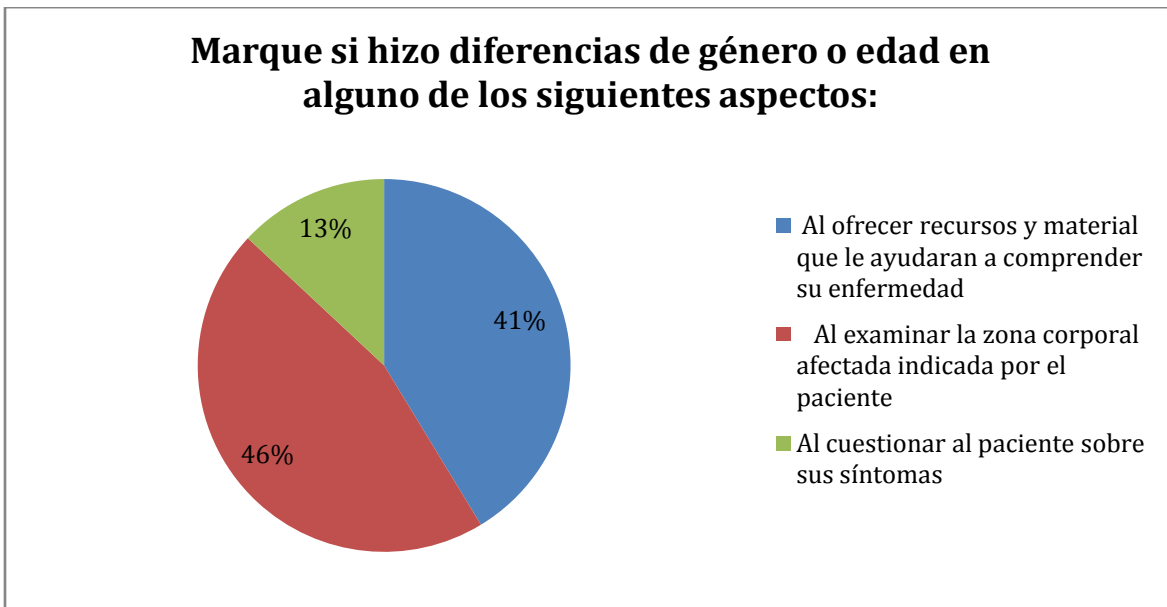
Gráfica 2. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre qué tanto conocimiento tienen sobre los siguientes aspectos al recetar al paciente:

1. Si el paciente consultaría con algún familiar la decisión de tomar el tratamiento.
2. Los rituales sociales de mejora que al paciente le gustaría llevar a cabo.
3. Si la religión del paciente le permite consumir cualquier medicamento o recibir cualquier tratamiento.
4. Si el paciente hace uso de medicina alternativa.
5. Los recursos económicos del paciente.
6. Las diferencias que existe entre el sistema médico mexicano y el sistema médico del paciente.



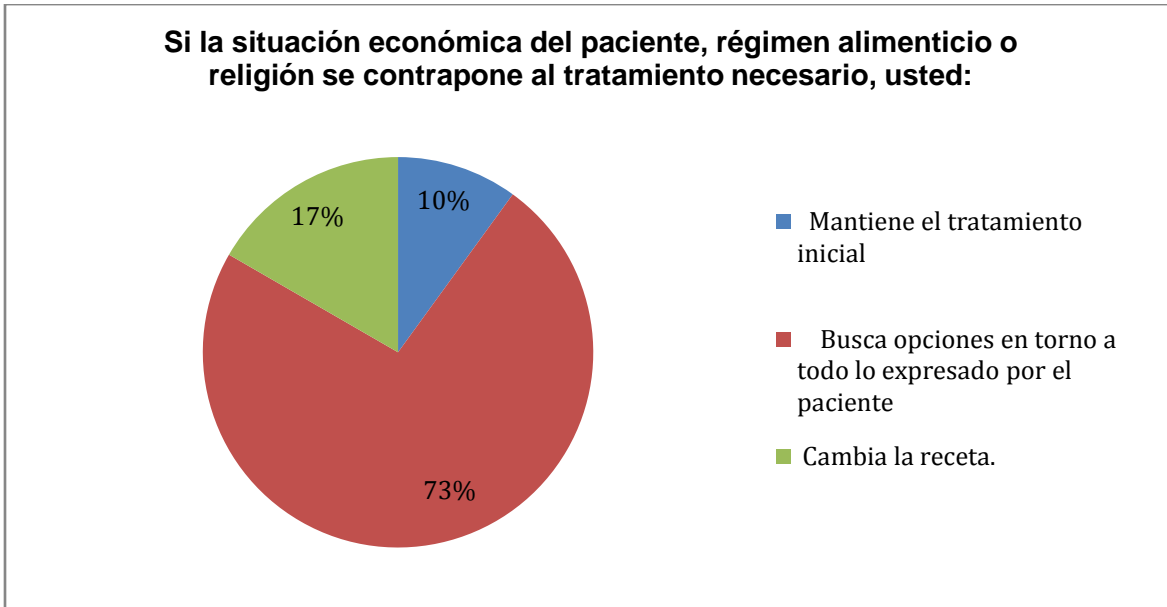
Gráfica 3. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre qué tanto conocimiento tienen sobre los siguientes aspectos al recetar al paciente:

1. Cómo piensa el paciente que la enfermedad deber ser tratada.
2. Cómo se siente el paciente de estar enfermo
3. Cómo interviene la enfermedad del paciente con sus actividades cotidianas.



Gráfica 4. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre si hace diferencias de género o edad del paciente en alguno de los siguientes aspectos:

1. Al ofrecer recursos y material al paciente que ayuden al paciente a comprender su enfermedad.
2. Al examinar la zona corporal afectada indicada por el paciente.
3. Al cuestionar al paciente sobre sus síntomas.

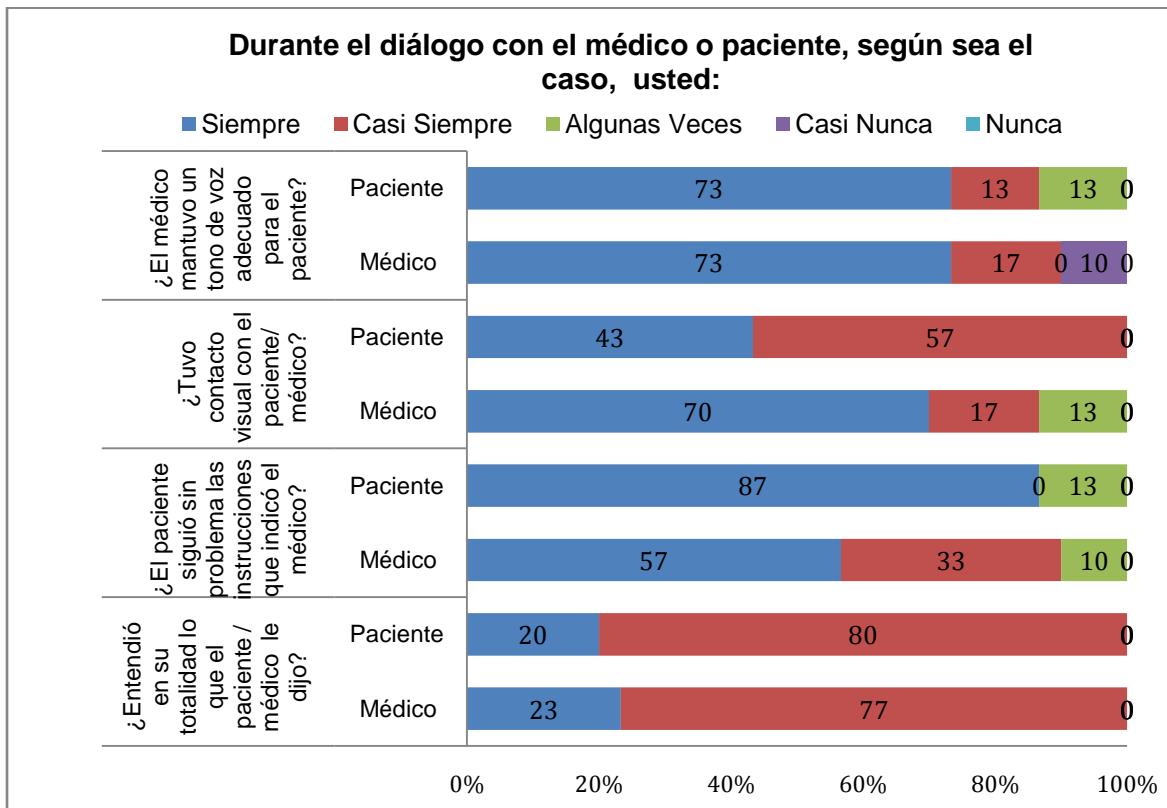


Gráfica 5. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre cuál de las siguientes acciones toma si el paciente el régimen alimenticio o la religión del paciente se contraponen al tratamiento necesario:

1. Mantiene el tratamiento inicial
2. Busca opciones en torno a lo expresado por el paciente
3. Cambia la receta.

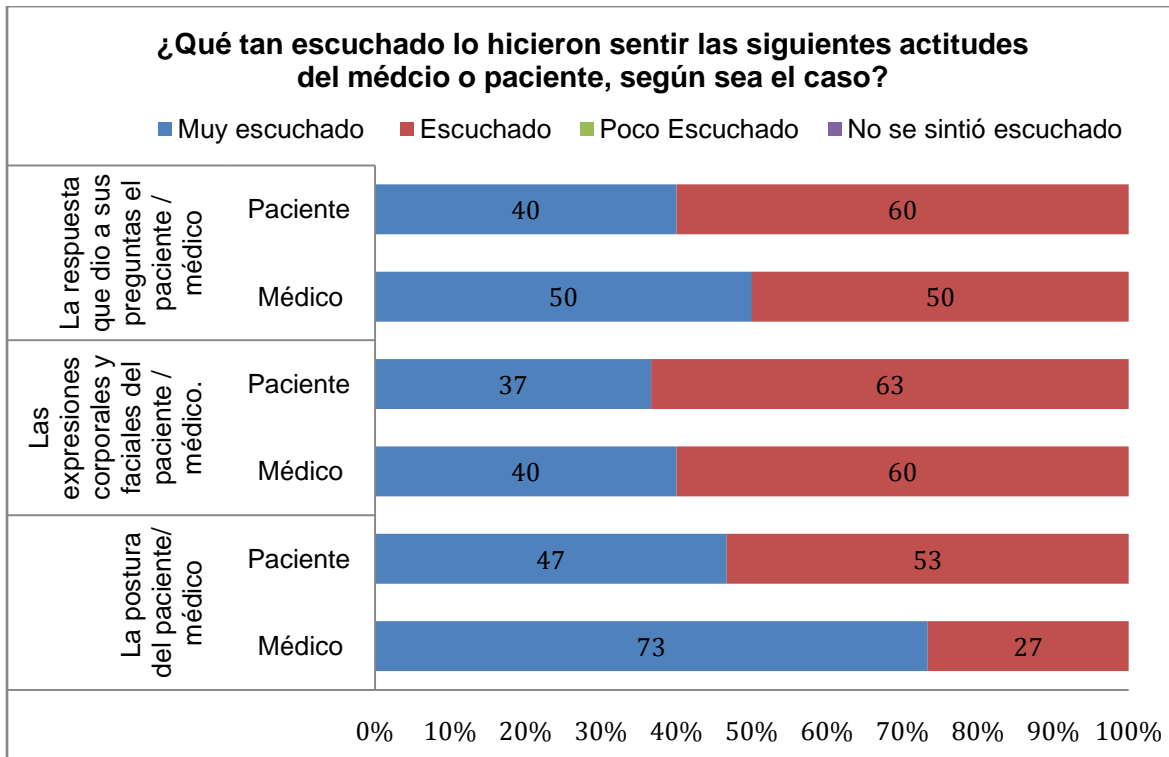
Anexo 8.

Gráficas de respuesta de médicos y pacientes sobre la aplicación por parte del médico de las técnicas de comunicación que son utilizadas para superar las barreras que surgen a consecuencia del desconocimiento de los elementos culturales distintivos, para así conocer cómo influye éste sobre la efectividad de la categoría de ESCUCHA.



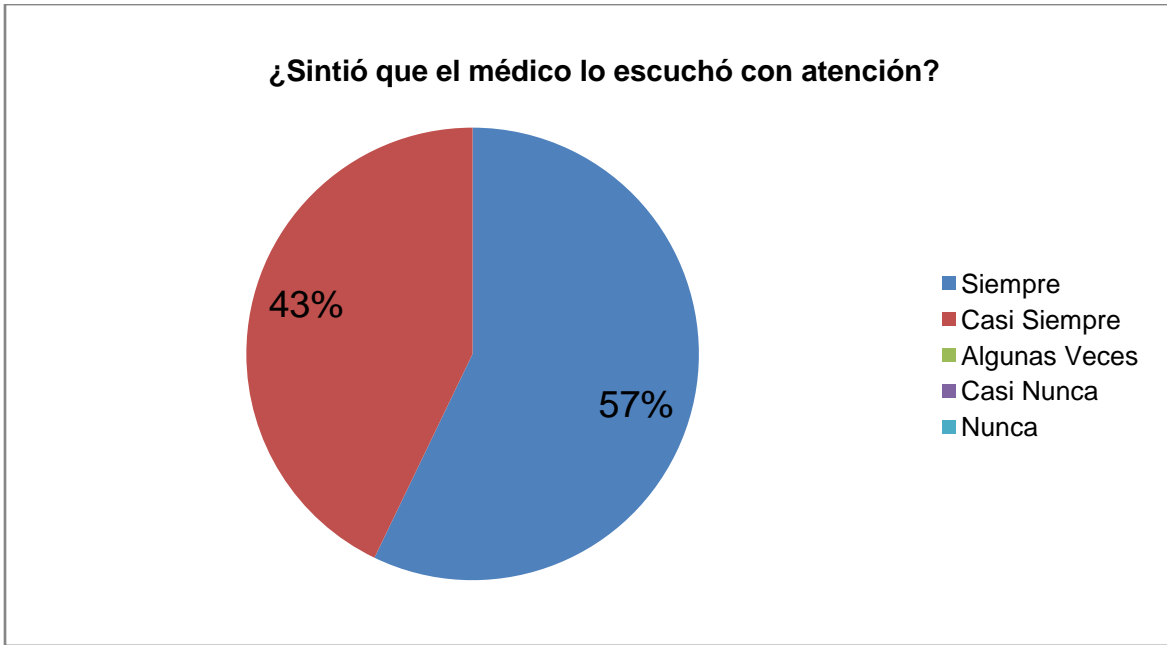
Gráfica 1. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre cómo fue el diálogo entre el médico y el paciente a partir de la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que se presentaron los siguientes aspectos:

5. El médico mantuvo un tono de voz adecuando para el paciente.
6. El médico y el paciente tuvo constante contacto visual con el paciente o médico, respectivamente.
7. El paciente siguió sin problema las instrucciones que indicó el médico.
8. El médico y paciente entendió en su totalidad lo que el paciente o el médico, respectivamente les dijo.

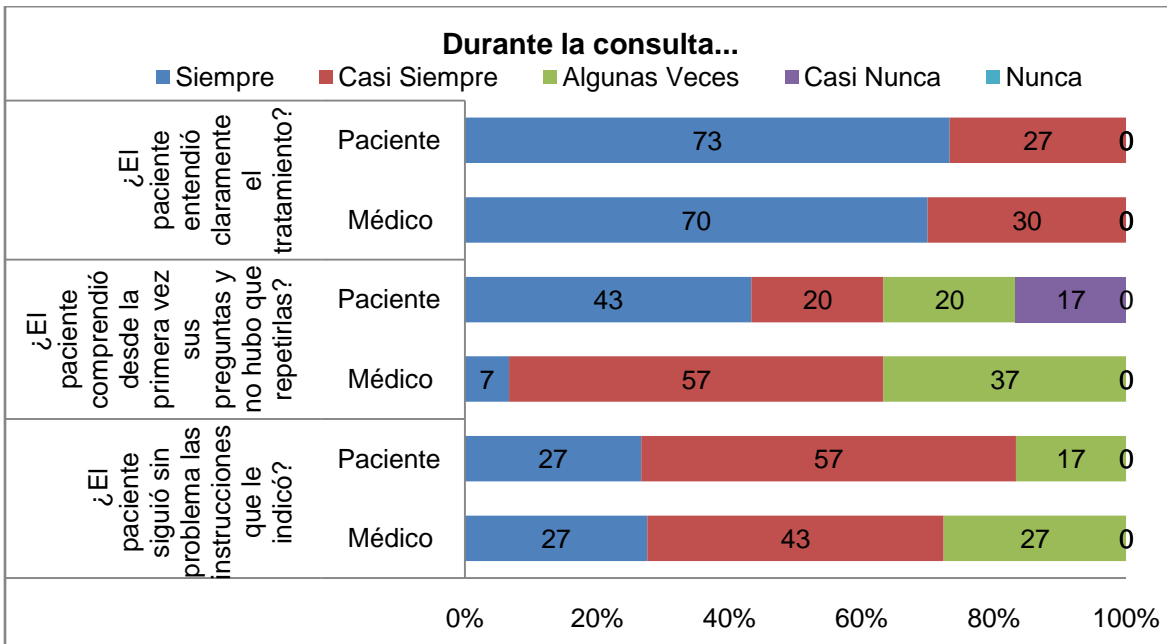


Gráfica 2. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre qué tan escuchado (muy escuchado, escuchado, poco escuchado, no se sintió escuchado) se sintió el médico y el paciente a partir de las siguientes actitudes por parte del paciente o del médico, respectivamente:

4. Las respuestas que el médico o el paciente dio al paciente y al médico, respectivamente.
5. Las expresiones corporales y faciales del médico o del paciente, según fue el caso.
6. La postura del médico o del paciente, según fue el caso.



Gráfica 3. Gráfica en porcentaje de una población de 30 pacientes estadounidenses, sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que sintió que el médico lo escuchó con atención durante la consulta.

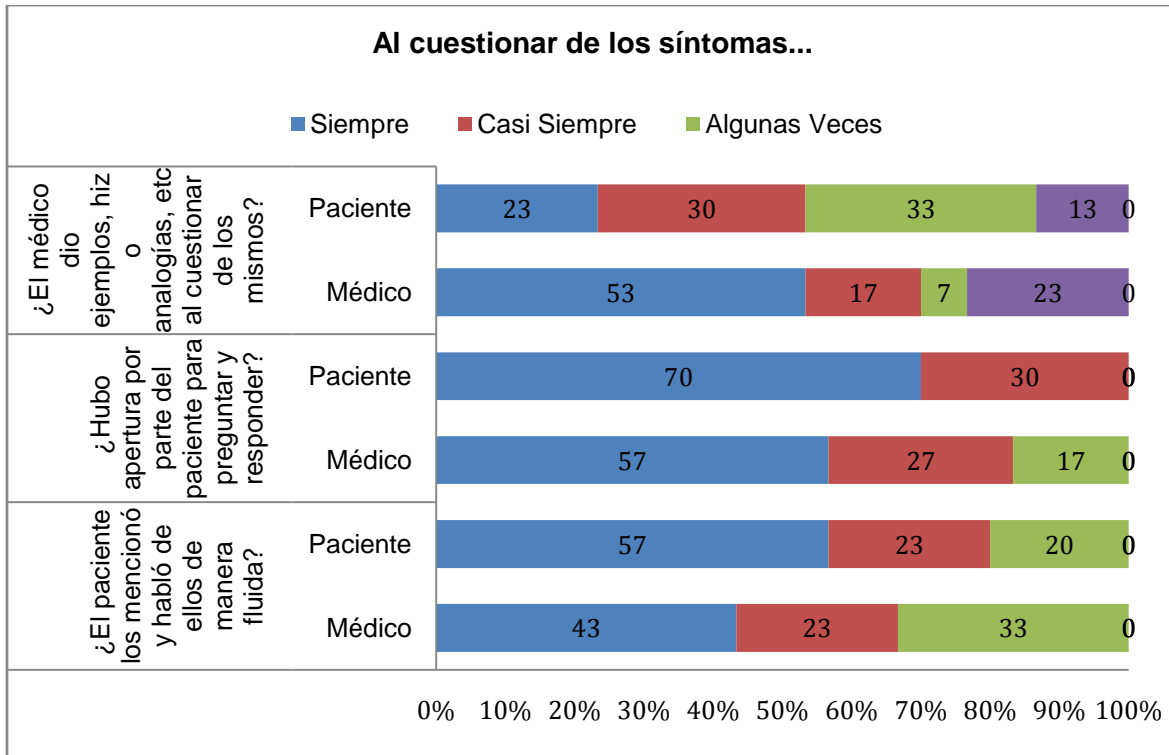


Gráfica 4. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que se presentaron los siguientes aspectos durante la consulta:

4. El paciente entendió claramente el tratamiento
5. El paciente comprendió las preguntas desde la primera vez y no hubo que repetirlas.
6. El paciente siguió sin problema las instrucciones que el médico indicó.

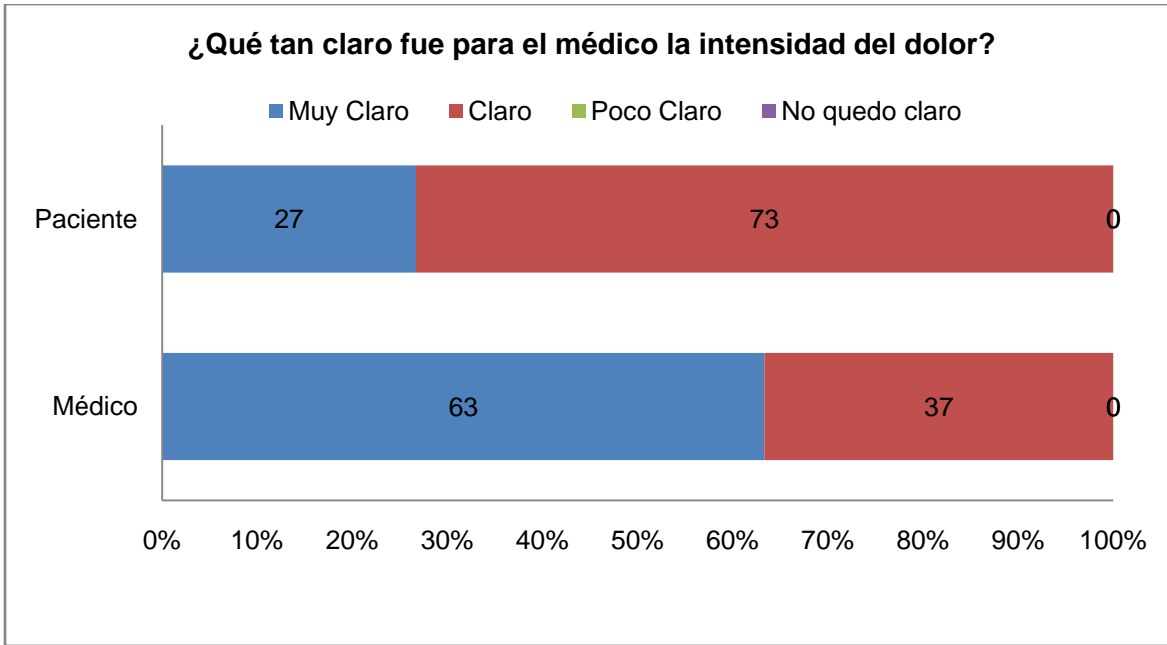
Anexo 9.

Gráficas de respuesta de médicos y pacientes sobre la aplicación por parte del médico de las técnicas de comunicación que son utilizadas para superar las barreras que surgen a consecuencia del desconocimiento de los elementos culturales distintivos, para así conocer cómo influye éste sobre la efectividad de la categoría de **COMPRESIÓN**.

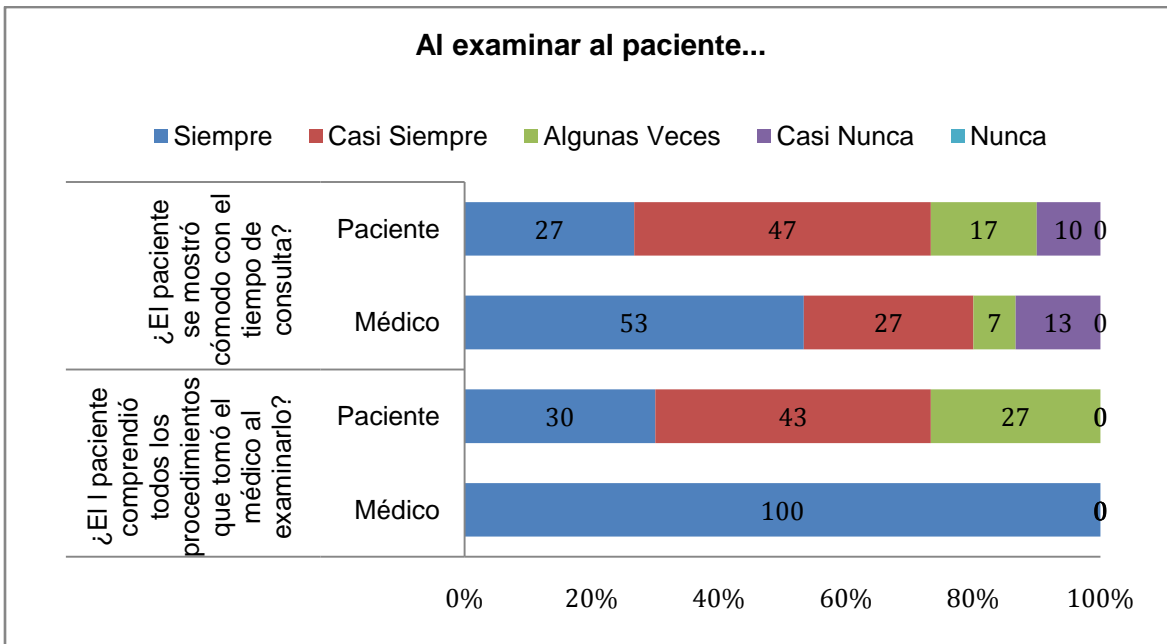


Gráfica 1. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que se presentaron los siguientes aspectos al cuestionar de los síntomas:

4. El médico dio ejemplos, hizo analogías, etc. al cuestionar de los síntomas.
5. El paciente comprendió las preguntas desde la primera vez y no hubo que repetirlas.
6. El paciente los mencionó y habló de los síntomas de manera fluida.

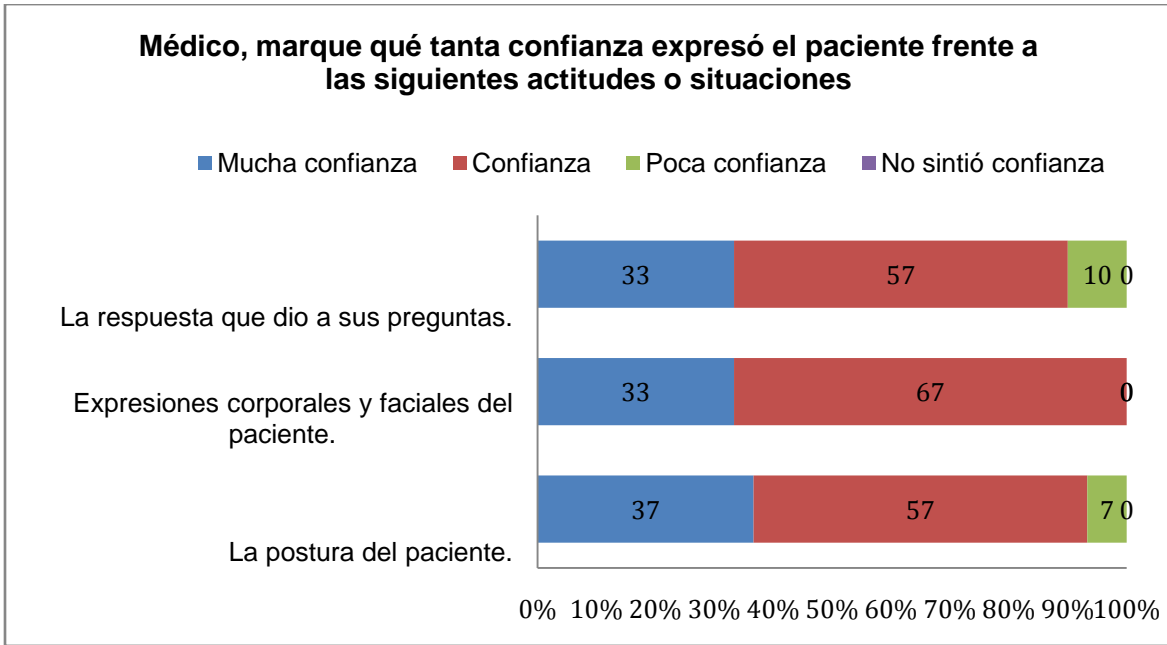


Gráfica 2. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre qué tan claro (muy claro, claro, poco claro, no quedó claro) fue para el médico sobre la intensidad del dolor del paciente.



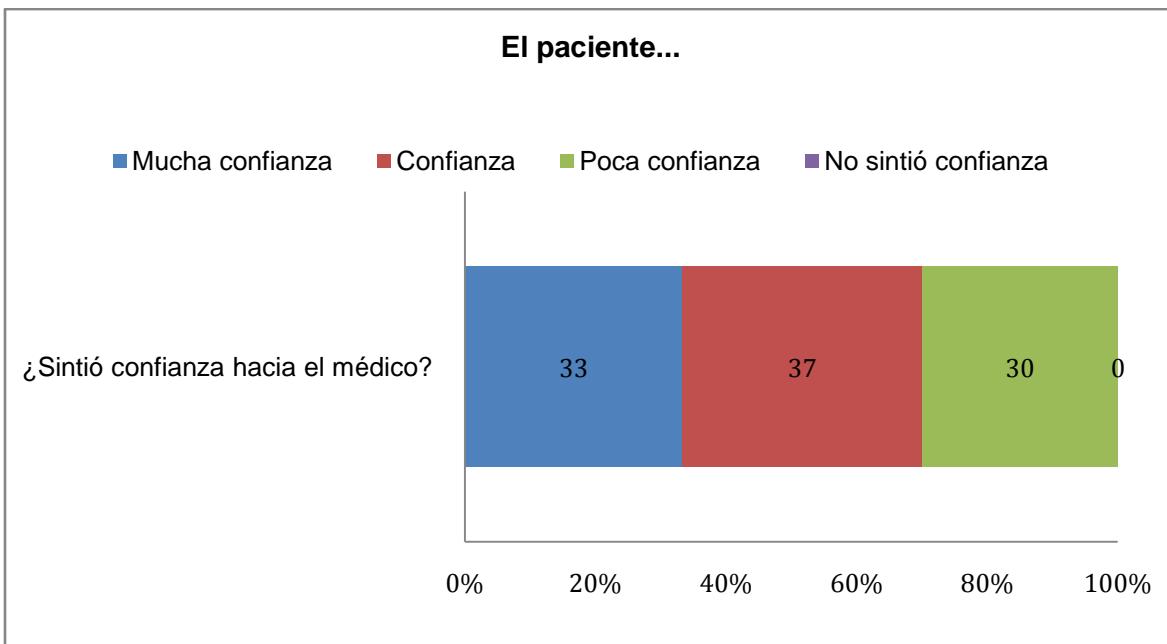
Gráfica 3. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre con qué frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) se presentaron los siguientes aspectos al examinar al paciente:

5. El paciente se mostró cómodo con el tiempo de consulta
6. El paciente comprendió todos los procedimientos que el médico tomó al examinarlo.



Gráfica 4. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre cuánta confianza (muchísima confianza, confianza, poca confianza, no sintió confianza) expresó el paciente frente a las siguientes actitudes o situaciones:

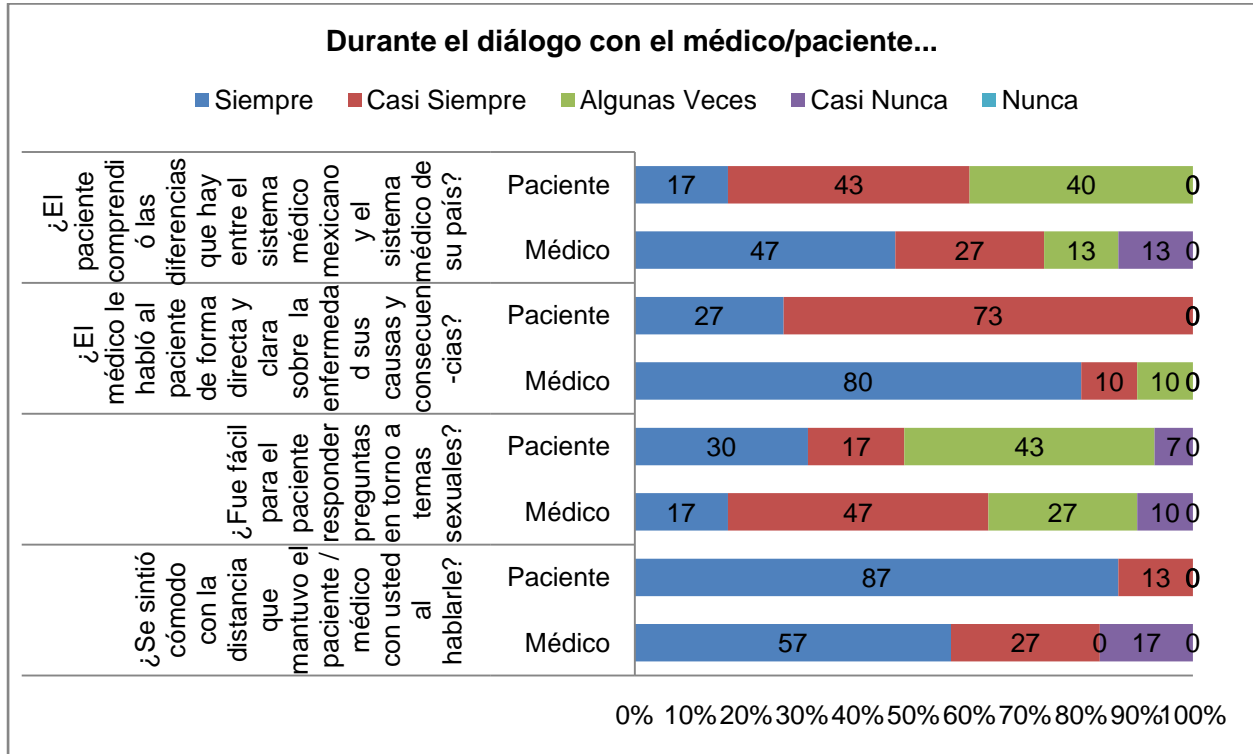
4. Las respuestas que el paciente dio a las preguntas del médico,
5. Las expresiones corporales y faciales del paciente
6. La postura del paciente



Gráfica 5. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 pacientes estadounidenses sobre cuánta confianza (muchísima confianza, confianza, poca confianza, no sintió confianza) sintió hacia el médico.

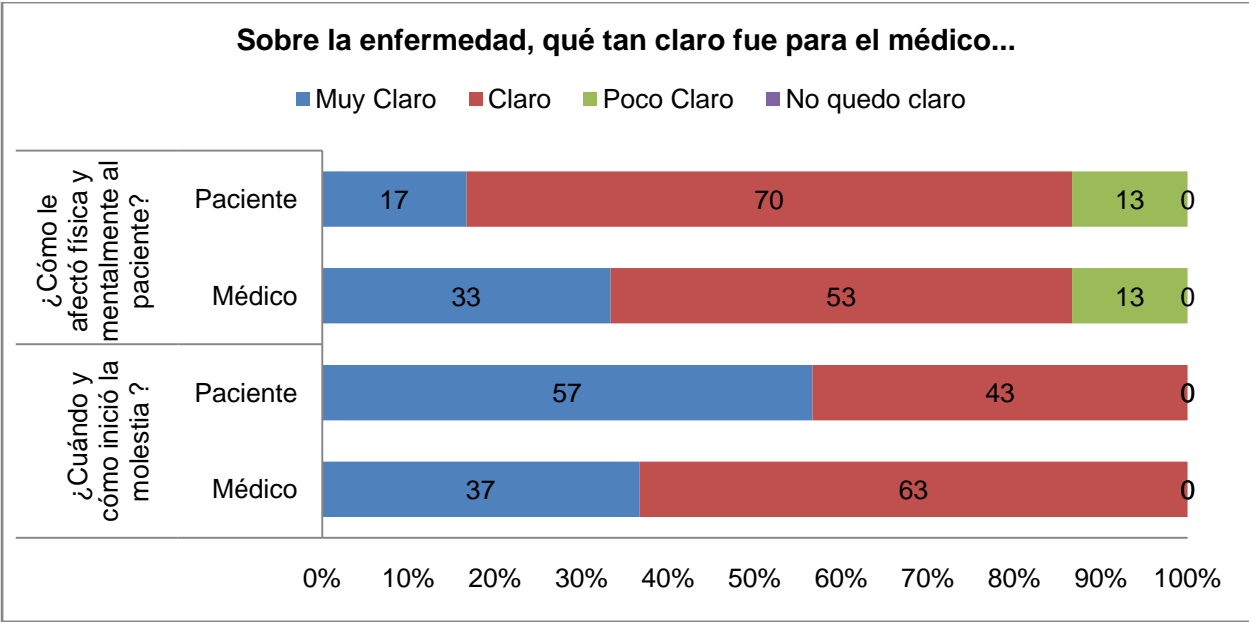
Anexo 10.

Gráficas de respuesta de médicos y pacientes sobre la aplicación por parte del médico de las técnicas de comunicación que son utilizadas para superar las barreras que surgen a consecuencia del desconocimiento de los elementos culturales distintivos, para así conocer cómo influye éste sobre la efectividad de la categoría de VALIDACIÓN.



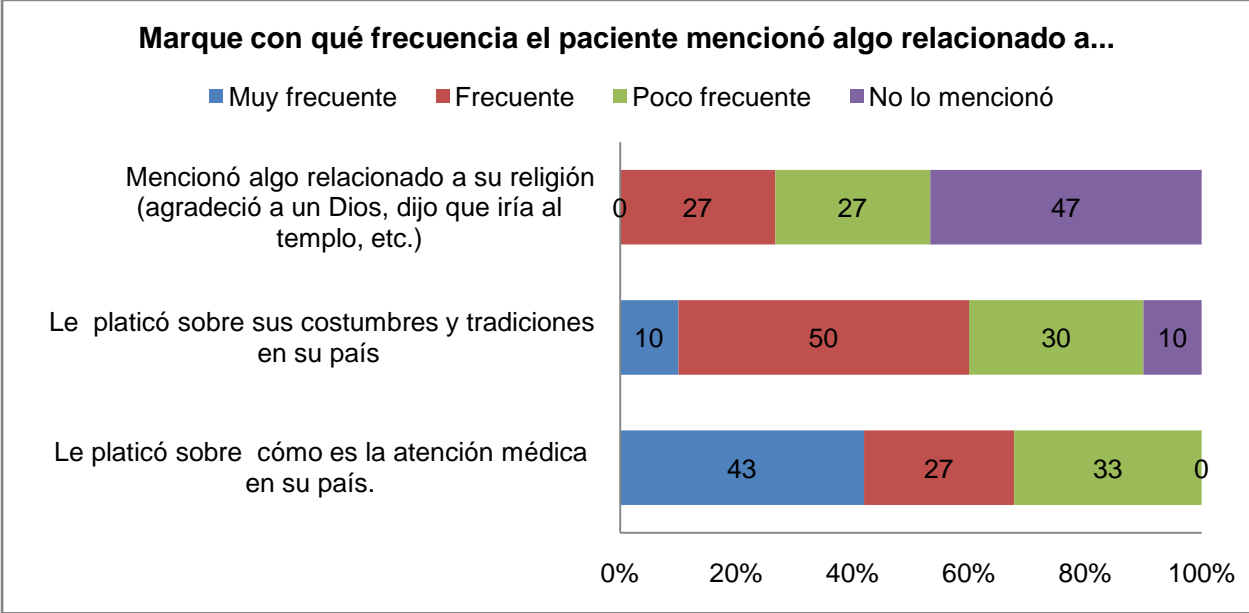
Gráfica 1. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre con qué frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) se presentaron los siguientes aspectos durante el diálogo con el médico y el paciente, según fue el caso:

1. El paciente comprendió las diferencias que hay entre el sistema médico mexicano y el sistema médico de su país.
2. El médico le habló al paciente de forma directa y clara sobre la enfermedad, sus causas y consecuencias.
3. Fue fácil para el paciente responder preguntas en torno a temas sexuales.
4. El médico y el paciente se sintió cómodo con la distancia que mantuvo el paciente o el médico, respectivamente, al hablarle.



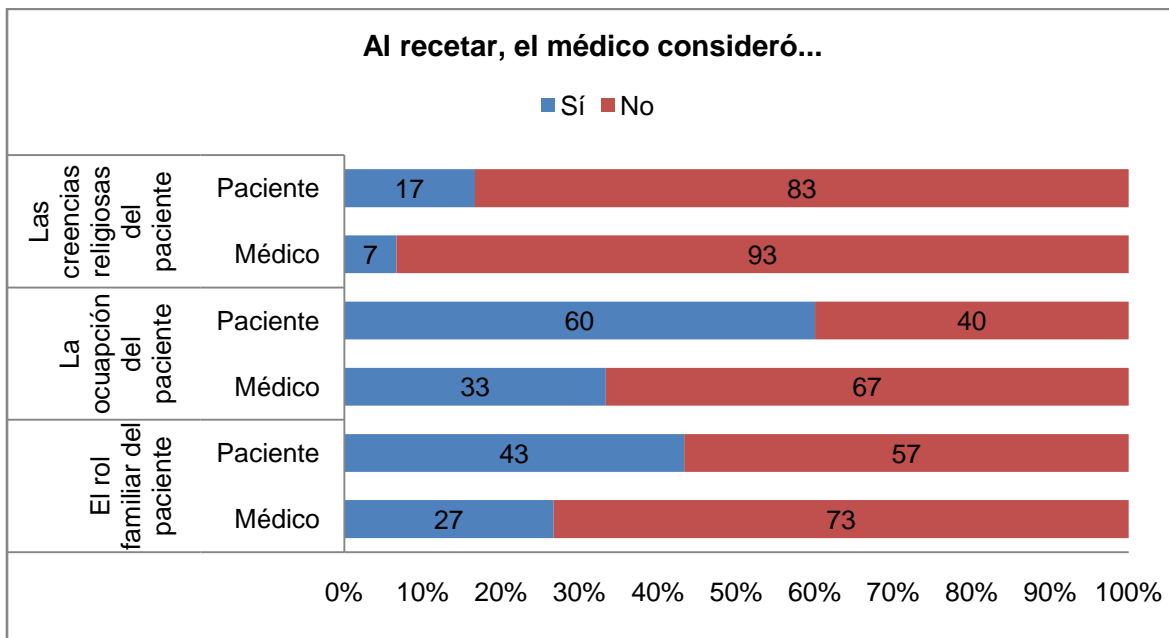
Gráfica 2. Comparación gráfica en porcentaje entre una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre qué tan claro (muy claro, claro, poco claro, no quedo claro) fueron para el médico los siguientes aspectos:

1. Cómo le afectó física y mentalmente al paciente la enfermedad.
2. Cuándo y cómo inició la molestia.



Gráfica 3. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos sobre la frecuencia (muy frecuente, frecuente, poco frecuente, no lo mencionó) con que el paciente mencionó alguno de los siguientes aspectos:

1. Mencionó algo relacionado a su religión (agradeció a un Dios, dijo que iría al templo, etc.)
2. Le platicó sobre las costumbres y tradiciones de su país.
3. Le platicó sobre cómo es la atención médica en su país.

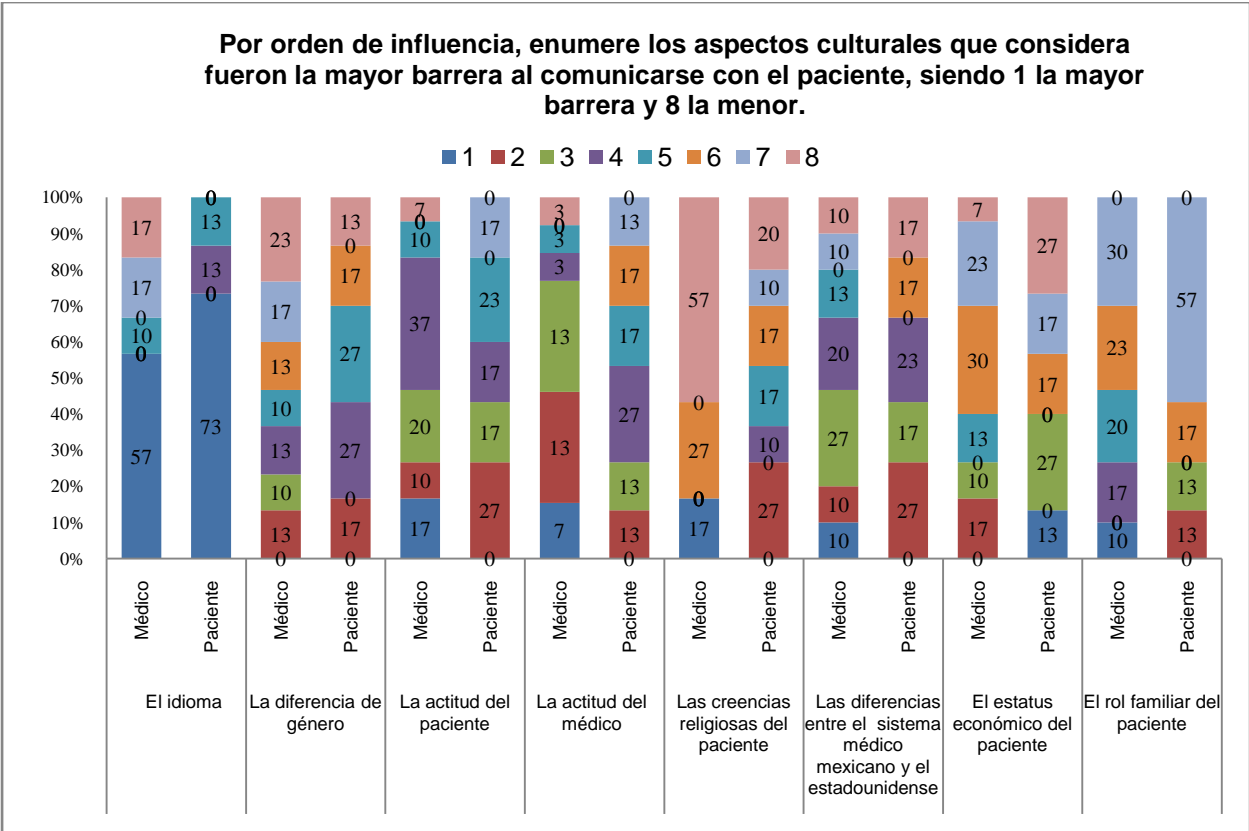


Gráfica 4. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses, sobre si el médico al recetar consideró o no los siguientes aspectos:

1. Las creencias religiosas del paciente
2. La ocupación del paciente
3. El rol familiar del paciente

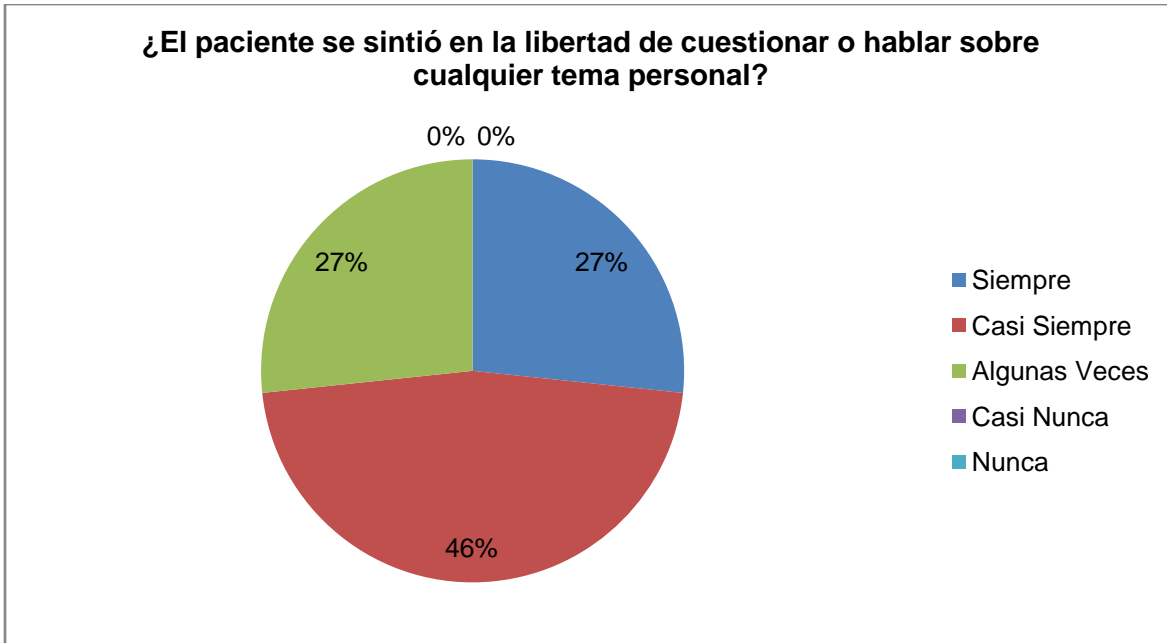


Gráfica 5. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 pacientes estadounidenses sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que el paciente cree que el médico respetó su cultura.



Gráfica 6. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre el orden de influencia del 1 al 8 de las siguientes barreras al comunicarse, siendo 1 la mayor y 8 la menor

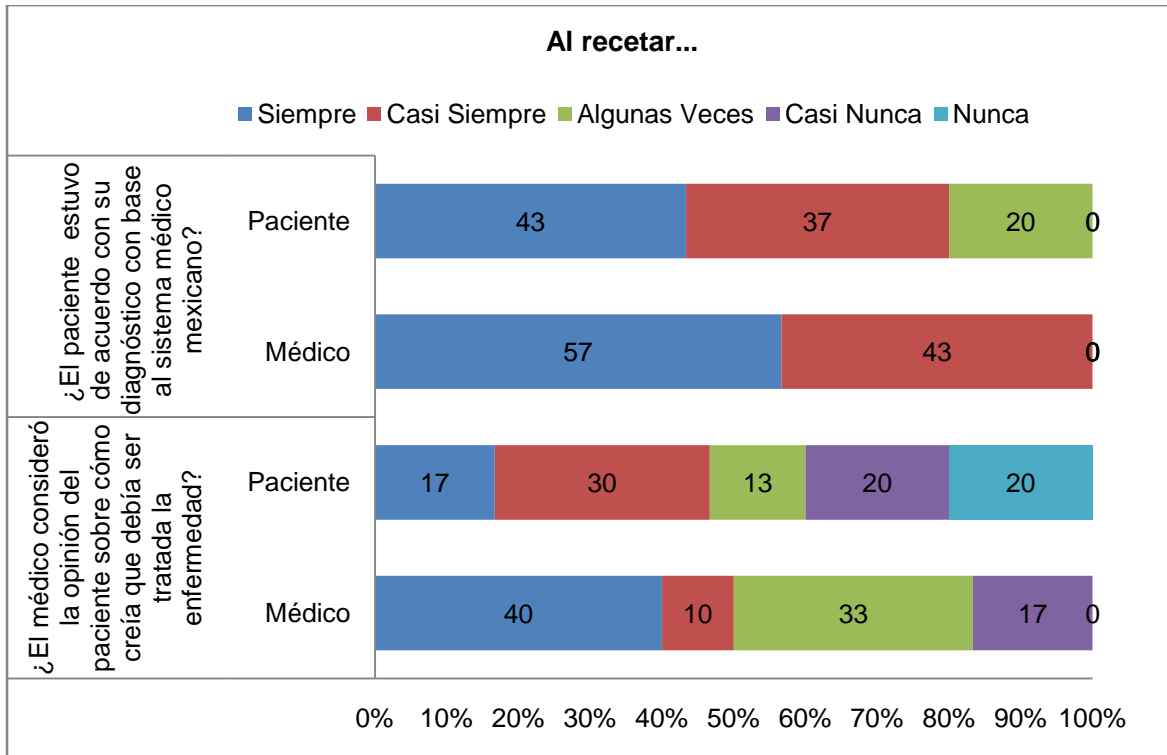
1. El idioma
2. La diferencia de género
3. La actitud del paciente
4. La actitud del médico
5. Las creencias religiosas del paciente
6. Las diferencias entre el sistema médico mexicano y el estadounidense
7. El estatus económico del paciente
8. El rol familiar



Gráfica 7. Representación gráfica en porcentaje de una población de 30 pacientes estadounidenses sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que el paciente se sintió en libertad de cuestionar o hablar sobre cualquier tema personal.

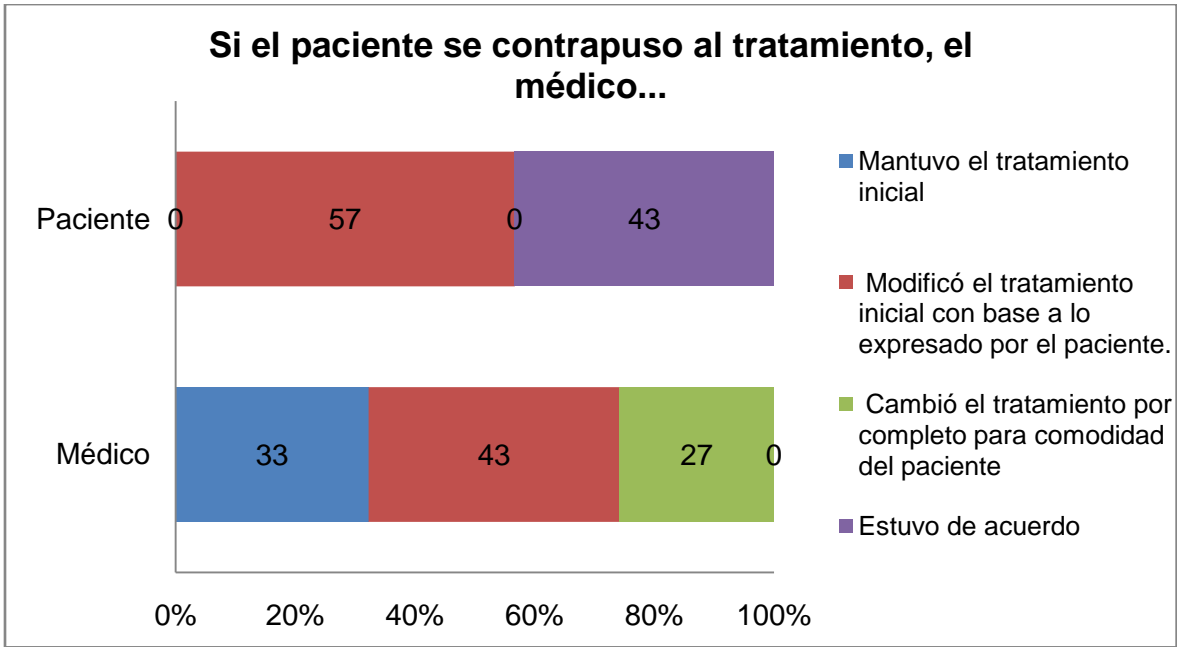
Anexo 11.

Gráficas de respuesta de médicos y pacientes sobre la aplicación por parte del médico de las técnicas de comunicación que son utilizadas para superar las barreras que surgen a consecuencia del desconocimiento de los elementos culturales distintivos, para así conocer cómo influye éste sobre la efectividad de la categoría de **NEGOCIACIÓN**.



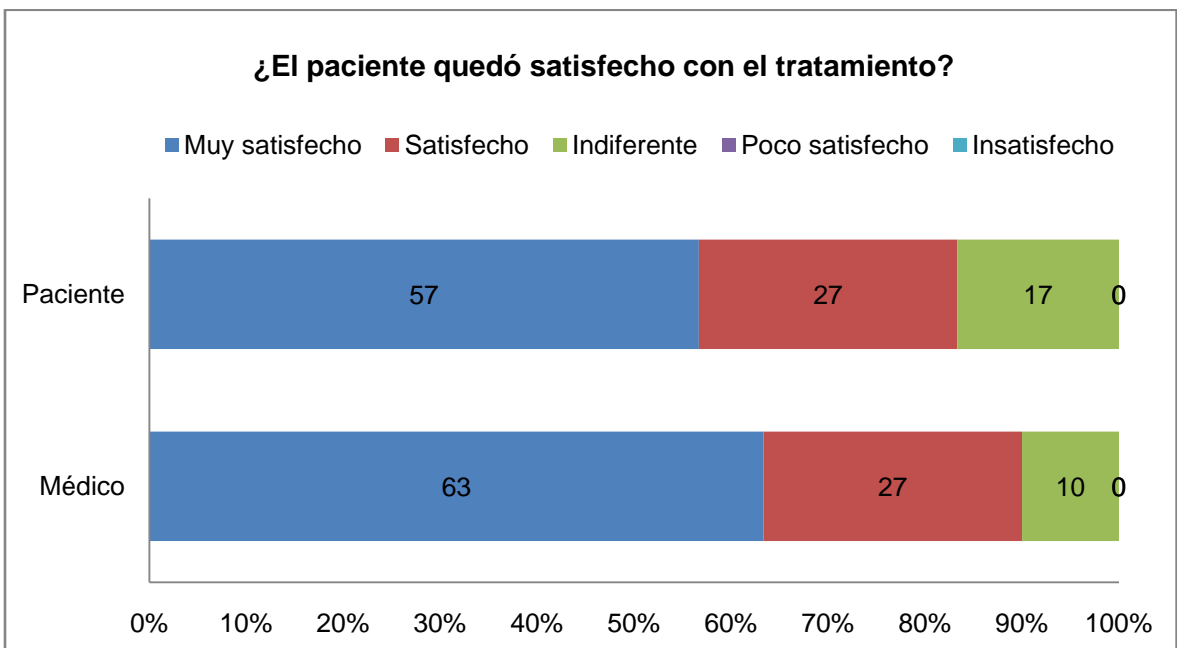
Gráfica 1. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre la frecuencia (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca) con la que el médico al recetar consideró los siguientes aspectos:

7. El paciente estuvo de acuerdo con el diagnóstico con base al sistema médico mexicano.
8. El médico consideró la opinión del paciente sobre cómo creía que debía ser tratada la enfermedad.



Gráfica 2. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre la decisión que se tomó en caso de que el paciente no estuviera de acuerdo con el tratamiento:

5. El médico mantuvo el tratamiento inicial
6. El médico modificó el tratamiento inicial con base a lo expresado por el paciente.
7. El médico cambió el tratamiento por completo para comodidad del paciente.
8. El paciente estuvo de acuerdo.



Gráfica 3. Comparación gráfica en porcentaje de una población de 30 médicos mexicanos y 30 pacientes estadounidenses sobre qué tan satisfecho (muy satisfecho, satisfecho, indiferente, poco satisfecho, insatisfecho) quedó el paciente con el tratamiento.

Anexo 12.

Entrevista al Maestro Salvador García Liñán el día 10 de Agosto del 2012.

Nota: La siguiente entrevista no fue monitoreada por ningún medio más que por notas del entrevistador. Por lo que las respuestas se marcan por puntos, con base a las repuestas del Maestro.

1. ¿Cómo es que surge su interés por estudiar la Comunicación Médica?

- Estuve alrededor de 2 años en hospitales, tanto en privado como público a causa de enfermedades de mis hijas.
- Di cuenta de la falta de atención por parte de los médicos y la negligencia médica en los hospitales se vive.

2. ¿Qué representa en la actualidad la relación entre pacientes y médicos?

- No existe tal relación, los médicos no están interesados en el paciente y sienten autoridad sólo por parte del hospital, lo que los lleva a olvidar al paciente.
- En un hospital se llega a pensar más en las facilidades y comodidad del médico que la del mismo paciente
- No hay cuidado ni en la atención material ni en la atención cognitiva, así como hay usencia de higiene por parte de los médicos antes y después de atender a un paciente, hay ausencia de conocer cómo se siente el paciente en torno a la atención

3. ¿Qué significa la empatía entre médicos y pacientes en México actualmente?

- No hay. Hay una marcada e distancia social que se da entre paciente y médico en cuanto a situación económica, edad, raza, sexo, preparación, etc.
- Los hospitales privados atienden a muchos pacientes de manera rápida por meter más dinero y en los hospitales públicos, atienden con la misma rapidez porque tienen obligación de citar a cierta cantidad de pacientes en un día, para cumplir la cuota no importa el bienestar del paciente, sino cumplir con las exigencias de la clínica.

4. ¿Qué es lo que los pacientes esperan de una consulta médica?
 - Los pacientes no sólo esperan ser curados, sino también esperan serlo con asertividad. Esperan que el médico explique su enfermedad y ofrezca un tratamiento adecuado que los va a sanar, de aquí que esperen atención.
 - Ante esto los médicos no saben sobre sus pacientes, entre más enfermos menos atención les ponen.
 - Los pacientes mayores de 50 años están tomando de 10 a 15 pastillas al día.

5. ¿Cómo es actualmente la comunicación médica y su importancia en México?
 - El médico utiliza mucha terminología técnica por lo que el 95% de los pacientes recibe la información fragmentada, es decir, no comprende lo que tiene, las causas y consecuencias del tratamiento

6. ¿Hacia dónde cree que se dirige y qué hace falta mejorar?
 - Depende hacia dónde se dirija. Al final todo el mundo acude al sistema de salud. Es importante informar al paciente del derecho que tiene a ser bien tratado para que lo exija. Hay que difundir el conocimiento en torno al mal trato, cuidado y mala comunicación por parte de los médicos.

7. ¿Por qué es ignorada e inexistente la comunicación médica en México?
 - Porque la salud es un negocio. La Industria de salud a nivel mundial es preocupante. Las farmacéuticas pagan a las Universidades de Estados Unidos para que un producto que debería durar 10 años en investigación antes de salir al mercado, tarde sólo 15. Luego viene el negocio con los hospitales, donde las farmacéuticas pagan porque el médico recete su medicamento, aún si el paciente no lo necesita.

8. ¿Cuántas personas dejan de seguir un tratamiento por falta de confianza al médico?
 - Muchas. Pero independientemente de ello, son más las personas que dejan de seguir un tratamiento a falta de resultados. Los pacientes gastan en consulta, estudios y operaciones y no obtienen cura. Esto más la ineficiencia del médico, está ocasionando muertes al día.

9. ¿Cómo influye la tecnología sobre el beneficio en la comunicación médica en México?

- Influye mucho pero negativamente. Entre más tecnología existe, los médicos se sienten con mayor libertad de hacer estudios para que el dinero meta más cantidad de dinero. Hacen estudios que son innecesarios y afectan al paciente tanto económica como físicamente.

10. ¿Qué son las principales acciones que habría que tomar para mejorar esta situación?

- Escuchar más sobre lo que engloba a nivel social la enfermedad, puede evitar que se lleven a cabo procedimientos que ocasionan incomodidad para el paciente, ya sea de manera económica o cultura
- Informar a la gente de los malos tratos en los hospitales para que exijan cambios.

VIII. REFERENCIAS.

- **Alarcón, A., Vidal A., Neira J.** (2003), Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*. Vol. 131(9), 1061 – 1065
- **Almaguer JM, Vargas V. y García H.** (2002) *El enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud*. México: Secretaria de Salud. Recuperado el 26 de Enero del 2013 de <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.salud.gob.mx%2FUnidades%2Fcdi%2Fdocumentos%2FDOCSAL7540.doc>
- **Almaguer JM, Vargas V. y García H.** (2005) *Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud*. México: Secretaria de Salud. Recuperado el 14 febrero del 2013 de http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/taller_inter/Modelo_Intercultural_09.pdf
- **Alsina M.** (1999). *La comunicación intercultural*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- **Aragonés P.** (1998). *Empresa y medios de Comunicación*. Barcelona: Gestión 2000.
- **Banco Mundial** (2011). *Gasto en salud, total (% del PIB)*. Recuperado el 2 de junio del 2013, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- **Berlin E, Fowkes C.** (1998). *Teaching Framework for Cross-Cultural Health Care*. California: Mayfield Publishing Company.
- **Cámara de Comercio México-Estados Unidos.** (2011). *Reporte 3: Desarrollo de Turismo, Turismo Médico, y Turismo Seguro en México*. Recuperado el 30 de marzo del 2013, de <http://www.usmcoc.org/papers-current/3-Desarrollo-del-Turismo-Turismo-Medico-y-Turismo-seguro-y-protegido-en-Mexico.pdf>
- **Clínicas de Chile A.G.** (Septiembre, 2009). *Sistema de Salud de USA: Cómo funciona y que propone la Reforma*. Número 21. Recuperado el 3 Marzo del 2013 de http://www.clinicasdechile.cl/Coyuntura_21.pdf
- **Consejo de Salubridad General.** (2012). *Estándares para la certificación de hospitales*. México: Gobierno de México. Recuperado el 13 Enero del 2013 de <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf>
- **Consejo de Salubridad General.** (2013). *Sistema nacional de certificación de establecimientos de atención medica unidades hospitalarias con certificado vigente*.

Recuperado el 01 de mayo de 2013 de

http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/2-CertificadoVigente_Hospitales-abril22-2013.pdf

- **Consejo Nacional de Población.** (2005) *Proyecciones de indígenas de México y de las entidades federativas 2000 – 2010*. Colección Prospectiva. México: Secretaría de Gobernación. Recuperado el 12 de Marzo del 2013 de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indigenas_2010/Proyindigenas.pdf
- **Coordinación de atención a quejas y orientación al derechohabiente IMSS.** (2008). *Quejas, Causa Raíz y Calidad de la Atención*. México: CONAMED. Recuperado el 13 de Abril del 2013 http://www.conamed.gob.mx/eventos/pdf/Quejas_Causa_Raiz_y_Calidad_Atencion.pdf
- **Deloitte.** (2011). *Turismo médico: Actualización e implicaciones*. Recuperado el 07 de diciembre del 2012, de <http://www.turismomedicoenmexico.com/media/5022fc2e5f96c.pdf>
- **Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.** (2012). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado el 12 de abril del 2013 en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- **Evans K.** (s.f). *Seis barreras para la comunicación intercultural*. Recuperado el 26 de Enero del 2013 en http://www.ehowenespanol.com/seis-barreras-comunicacion-intercultural-lista_172268/
- **Flèche C. y Olivier F.** (2010) *Creencias y terapia: Cómo modificar nuestras creencias para recuperar la libertad*. México: Selector.
- **García, S.** (2012a, 10 de mayo). *¿Por qué lo permitieron?* El Financiero, p. 21
- **García, S.** (2012b, 21 de junio). *Sssh... ¡déjenme descansar!* / I. El Financiero, p. 23
- **Garrido, M., & Azpilicueta M.** (s.f.), *Conocemos los estereotipos y prejuicios para evitar la discriminación*. México: Unidades Didácticas. Educación para la ciudadanía. Recuperado el 5 de Enero del 2013 de http://ryc.educa.aragon.es/sio/admin/admin_1/file/DOC/Secundaria20111130/unidades/02%20edciudadania.pdf
- **Gómez O, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk F.** (2011) *Sistema de Salud de México. Salud Pública de México*. Vol. 53(2). 220-232.

- **Grimson, A.** (2001). *Interculturalidad y comunicación. Enciclopedia latinoamericana de sociocultura y comunicación.* México: Editorial Norma.
- **Gudykunst, William B. & Kim, YoungYun.** (2003). *Communicating with Strangers: An Approach to Intercultural Communication,* EE.UU: McGraw-Hill Education.
- **Guirdham, M.** (1999). *Communicating across culture.* Basingstoke: Macmillan.
- **Hernández E.** (s.f.) *La importancia de la conscientización de las diferencias culturales en la clase de idiomas para una comunicación intercultural efectiva.* Recuperado el 14 de Mayo del 2013 de <https://docs.google.com/file/d/0B9OJ7wTsD4yiLTJjNEtkVlkwRU0/edit?pli=1>
- **Hernández I., Fernández MA., Irigoyen A. y Hernández MA.** (2006). *Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar.* Medicina Familiar .Vol. 8(2). 137-144.
- **Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** (2011) *Informativo oportuno, Conociendo...nos todos.* Recuperado el 26 febrero del 2013, de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/Articulos/socio-demograficas/nacidosenotropais.pdf>
- **Instituto Nacional de Estadística y Geografía.** (s.f.). *Los extranjeros en México.* Recuperado el 02 febrero del 2013, de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/ext_en_mex/extraen_mex.pdf
- **Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.** (2011). *Plan de estudio de Médico Cirujano. México.* Recuperado el 18 de Junio del 2013 en: <http://goo.gl/j8ZtbO>
- **Joint Commission International.** (2010). *Accreditation standards for hospitals standards lists version.* (4^a ed.). Illinois: Department of Publications Joint Commission Resources.
- **Joint Commission International.** (2013). *Organizaciones acreditadas por Joint Commission International.* Recuperado el 16 de Marzo del 2013 en <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/JCI-Accredited-Organizations/>
- **Luckmann J.** (2000). *Transcultural communication in healthcare.* Sudáfrica: Delmar Publishers.
- **Lustig M. y Koester J.** (2010). *Intercultural competence: interpersonal communication across cultures.* Boston: Allyn y Bacon.

- **Maya JM.** (2003). *Fundamentos de salud pública tomo II: Administración de la salud pública*. Medellín: Blanco H & Maya JM Eds.
- **McLuhan M. y Powers B.R.** (1993) *La Aldea Global*. (2^a ed.) Barcelona: Gedisa
- *México lanza plan para curar turistas*. (2011, 25 de enero). CNN Expansión. Recuperado el 15 de diciembre del 2012, de <http://www.cnnexpansion.com/expansion/2011/01/25/bienestar-a-la-alza>
- **Organización Mundial de la Salud** (s.f.). Definition of an older or elderly person. Recuperado el 04 de Agosto del 2013 de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- **Organización Panamericana de la Salud-Argentina.** (2013). *Preguntas frecuentes sobre la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 03 mayo de 2013, de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28&itemid=14
- **Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.** (2012). *Perspectivas OCDE: México Reformas para el Cambio*. Recuperado el 22 de febrero del 2013 de <http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>
- **Purnell, L. & Paulanka, B.** (1998). *Transcultural healthcare: A culturally competent approach*. Philadelphia: F. A. Davis.
- **Real Academia Española.** (2001). Aculturación. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=aculturaci%7Bon>
- **Real Academia Española.** (2001). Medicina. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/drae/srv/search?id=8oJoChVhoDXX2hWAAUjL>
- **Samovar, L. & Porter, R.** (2009). *Communication between Cultures*, Canada: Wadsworth Thomson Learning.
- **Secretaría de Gobernación.** (2012). *Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos en materia de Protección a Migrantes del Instituto Nacional de Migración*. Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5280488
- **Secretaría de Salud.** (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012, por un México sano: construyendo alianzas por una mejor salud*. México: Gobierno de México. Recuperado el 24 de Enero del 2013 de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf

- **Secretaría de Turismo.** (2011). *Impulsan SECTUR y SSA Turismo Médico.* Boletín Informativo 144/2011. Recuperado de http://www.sectur.gob.mx/es/sectur/Boletin_144
- **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.** (2013). *Unidades hospitalarias con certificado vigente.* México: Certificado de Salubridad General. Recuperado el 01 de mayo de 2013 http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/2-CertificadoVigente_Hospitales-abril22-2013.pdf
- **The White House Government EE.UU.** (s.f.). *Health Reform in Action.* Recuperado el 01 de marzo del 2013, de <http://www.whitehouse.gov/healthreform>
- **Trujillo, F.** (2010). *Cultura, comunicación y lenguaje, reflexiones para la enseñanza de la lengua en contextos multiculturales.* Granada: Octaedro Andalucía.
- **Universidad Anáhuac.** (2010). *Plan de estudio de la licenciatura de Médico Cirujano.* México. Recuperado el 18 de Junio del 2013 en http://pegaso.anahuac.mx/preuniversitarios/planes_folletos_2010/plan_medico.pdf
- **Universidad del Valle de México.** (2011). *Plan de estudio de licenciatura en Medicina.* México. Recuperado el 18 de Junio del 2013 en <http://www.uvmnet.edu/licenciatura/2011/plan/pdf/medicina.pdf>
- **Universidad Nacional Autónoma de México.** (2010). *Descripción sintética del plan de estudios de licenciatura de Médico Cirujano.* México. Recuperado el 18 de Junio del 2013 en: https://www.dgae.unam.mx/planes/f_medicina/Med-Cir.pdf
- **Vargas A.** (s.f.). *La reforma del sistema de salud en EUA y el Mercado de Turismo en México.* Recuperado el 4 de febrero del 2013 de <http://goo.gl/PcJ3Lp>
- **Yvanova J.** (2008) *Identidad Nacional y Frontera.* Recuperado el 16 de Octubre del 2012 en <http://goo.gl/MreYFy>