

Construcción de indicadores de accesibilidad al sistema de salud sensibles a la cultura

Construction of Accessibility Indicators to the Health System Sensitive to Culture



Stella Maris Orzuza

Facultad de Psicología UNR. Instituto Rosarino de Ciencias de la Educación CONICET.

stella.m.orzuza@gmail.com

Cómo citar Citation

Orzuza, S. M. (2017). Construcción de indicadores de accesibilidad al sistema de salud sensibles a la cultura. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9, doi: 10.5872/psiencia/9.2.31

Recibido Received

17 / 5 / 2016

Aceptado Accepted

29 / 8 / 2016

Copyright

© 2017 Orzuza

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), lo que permite compartirlo o adaptarlo, sin fines comerciales, con indicación del autor y la fuente original.

This is an open access article under Creative Commons [BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) license, which allows sharing or adapting it in any medium, without commercial purposes, giving credit to original author and source.

Resumen

Se presenta el análisis de publicaciones correspondientes a estudios de accesibilidad/acceso al sistema de salud que han incluido en sus indagaciones la dimensión cultural del fenómeno en estudio. Las sociedades modernas se caracterizan por una amplia diversidad cultural, como consecuencia de ello, coexisten diversas formas de comprender la salud y la enfermedad y modos distintos de respuesta. Ello ha llevado a una serie de inadecuaciones entre la prestación de servicios de salud y la población beneficiaria. Metodología: se realizó una revisión crítica de la literatura científica sobre acceso/accesibilidad cultural al sistema de salud para identificar la interpretación de la dimensión cultural de la accesibilidad y su operacionalización. Resultados: Fueron seleccionados 65 artículos de las bases de datos LILACS, Pubmed y Scielo. Se observa un aumento progresivo de artículos sobre este tema a medida que avanzan los años. La población que fue mayormente indagada presenta como característica la etnicidad. Predominan los estudios cualitativos. Las formas de nominación de las variables y sus operacionalizaciones varían tanto en los estudios cualitativos como cuantitativos. Las variables representaciones son las más utilizadas. Conclusiones: se observa una pluralidad de formas de comprender y operacionalizar la dimensión cultural en los estudios de accesibilidad al sistema de salud señalando la necesidad de seguir discutiendo la construcción de indicadores culturalmente sensibles.

Palabras clave

Accesibilidad a los Servicios de Salud, Diversidad cultural, Metodología

Abstract

This article presents the analysis of publications for studies of accessibility to health system have included in their inquiries the cultural dimension of the phenomenon under study. Modern societies are characterized by a wide cultural diversity in its population, as a result, the population coexist in different ways of understanding health and disease and different ways of response. This has led to a number of inadequacies between the provision of health services and the beneficiary population. Methodology: A critical review of the scientific literature on access / accessibility to health care culture is performed to identify the interpretation of the cultural dimension of accessibility and its operationalization. Results: A total of 65 articles were selected from the Latindex, Pubmed and Scielo databases. There is a progressive increase of articles on this topic as the years progress. The population that was most investigated presents ethnicity as a characteristic. Qualitative studies predominate. The forms of nomination of variables and their operationalization vary both in qualitative and quantitative studies. The representations variables are the most used. Conclusions: we observed a plurality of ways of understanding and operationalising the cultural dimension in studies of accessibility to health care. Deeping this discussion becomes a fertile field and a necessary contribution to the study of the health situation of indigenous peoples and their relationship with the health system.

Keywords

Health Services Accessibility- Cultural Diversity – Methodology.

Introducción

La accesibilidad al sistema de salud emerge como problema de los Estados a partir de la ratificación de la Declaración de Alma Ata. En la Declaración asumida como compromiso por 134 Estados en 1978, se define la Atención Primaria de la Salud (APS) como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La accesibilidad se constituye en uno de los elementos fundamentales de la APS, como sigue reafirmandose hasta la actualidad. Sin embargo, si bien el concepto de accesibilidad ha sido utilizado en numerosos trabajos científicos y documentos institucionales, muchas veces su uso es impreciso o se emplea con limitada profundidad conceptual, y ello es particularmente notorio en lo que se refiere a la dimensión cultural de la accesibilidad, como han demostrado Landini, González Cowes & D' Amore (2014).

Arrivillaga y Borrero (2016) sistematizan los modelos conceptuales que respaldan la investigación publicada en el periodo 1970-2013 referida a acceso al sistema de salud, construyendo cinco categorías que reflejan las lógicas internas de los desarrollos empíricos: 1) acceso a servicios de salud en la lógica de los "mínimos decentes", 2) de mercado, 3) de factores y multicausalidad, 4) de necesidades y 5) de justicia social y derecho a la salud. Sólo en las categorías 3 y 5, se incluyen indicadores culturales en los modelos conceptuales. En la categoría 3, integrada por modelos como el de Aday y Andersen (1974) y Shengelia et. al (2003), se incluyen características individuales o de grupos de tipo cultural y social como factores de predisposición al acceso. El modelo de Levesque y cols (2000) propone dimensiones del acceso, ordenadas también como factores. Siendo la aceptabilidad una de ellas, se relaciona con aspectos culturales y sociales que influyen en la aceptación del servicio. Por otro lado, en la categoría de justicia social y derecho a la salud, organizado también por dimensiones, se integra igualmente lo cultural en la dimensión aceptabilidad, entendida como "atención diferencial de grupos diversos con sus modos de vida, programas de atención según diversidades de género, étnicas, socioeconómicas y socioculturales y recurso humano con formación en salud intercultural". Esta quinta categoría se encuentra en desarrollo, si bien se presenta como superador a los anteriores según las autoras, se trata de perspectivas más políticas que conceptuales, entendiéndose que existen vacíos teóricos vinculados a su menor tiempo de desarrollo.

Pero como señalan Villareal Rios et. al (2000) muchos de los estudios empíricos de accesibilidad se han orientado específicamente al análisis de alguno de los componentes de los modelos conceptuales, y preferentemente se han centrado en la evaluación de barreras. Aday et. al, (2013) realizan un estudio para determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia. Para el análisis, utilizan el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi (1978). En este modelo, las barreras se organizan en cuatro dimensiones, incluyéndose en la dimensión aceptabilidad de los servicios indicadores culturales, siendo entendida como dependiente de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros. En el modelo desarrollado por Tanahashi, lo cultural se incluye también en la dimensión aceptabilidad como en los modelos referidos previamente. Volviendo al análisis realizado por Aday y cols, los autores observaron que, de las cinco barreras que aparecieron con mayor frecuencia, tres corresponden a la dimensión aceptabilidad. Este resultado señala la importancia atribuida a lo cultural y lo social en los estudios de accesibilidad, implicando una

importante indagación sobre los mimos, al mismo tiempo que señala lo poco que se ha podido avanzar en la reducción de estas barreras.

Otros autores, incluyen indicadores culturales en la dimensión "accesibilidad". Tal es así que Landini, González Cowes & D' Amore (2014) consideran necesario diferenciar una "accesibilidad cultural", entendida como interfaz social, como un espacio de actualización de discontinuidades sociales, en el que se encuentran actores que poseen diferentes racionalidades culturales o que forman parte de grupos sociales diferentes (referido a profesionales de los servicios de salud y la población beneficiaria). Los autores, sostenidos en una revisión crítica bibliográfica, entienden que resulta evidente que las diferencias culturales pueden tener impactos patentes en el acceso al sistema de salud y a sus beneficios.

En este artículo, el análisis de la dimensión cultural de la accesibilidad al sistema de salud se enmarca en la comprensión de la salud como derecho humano universal. Las sociedades modernas se caracterizan por una amplia diversidad cultural en su población, debido a los procesos de colonización, la organización del espacio (urbano-rural) y los movimientos migratorios pasados y presentes. Como consecuencia de ello, coexisten en la población diversas formas de comprender la salud y la enfermedad y también modos distintos de respuesta. Ello ha llevado a una serie de inadecuaciones entre la prestación de servicios de salud estatales o privados y la población beneficiaria. Contemplar las particularidades culturales y las relaciones interculturales que se establecen en la utilización de los servicios de salud se hace necesario para alcanzar sistemas de salud universalmente accesibles.

En el marco de la tesis doctoral "XXX.....XXX" se presenta el análisis de publicaciones correspondientes a estudios de accesibilidad al sistema de salud que han incluido en sus indagaciones la dimensión cultural del fenómeno en estudio. El objetivo de esta revisión crítica es identificar las formas en que se comprende y operacionaliza el concepto de "cultura" en los estudios que evalúan la accesibilidad cultural o en estudios que incluyen lo cultural entre las dimensiones o factores que evalúan de la accesibilidad al sistema de salud. Este análisis parte de la afirmación, asumida como hipótesis, que el concepto de cultura se comprende de diversas formas en las investigaciones sobre el tema, respondiendo a distintas perspectivas teórico-metodológicas y políticas, posiblemente no explicitadas. En este sentido, este artículo contribuye al reconocimiento de esta polisemia y a su problematización en la búsqueda de aportar a la construcción de indicadores culturalmente sensibles para evaluar la accesibilidad al sistema de salud.

Método

Diseño

El diseño de este estudio es descriptivo-exploratorio de revisión crítica de la producción científica sobre accesibilidad al sistema de salud. Los artículos analizados se recuperaron de la base de datos LILACS en el día 25-01-16 con el objetivo de identificar las formas en que se comprende y operacionaliza el concepto de "cultura" en estudios que evalúan la accesibilidad cultural o en investigaciones que incluyen lo cultural entre las dimensiones que evalúan de la accesibilidad al sistema de salud. Desde la clasificación de Montero y Leon (2007) este trabajo puede considerarse como un estudio historiográfico bibliométrico.

Procedimiento

La búsqueda se realizó en la base de datos LILACS, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, el día 25-01-16 sin determinación de un periodo de

tiempo definido. Para complementar esta búsqueda, en fecha 22-11-16 se realizó también en la base PubMed y Scielo. La búsqueda no se hizo más extensiva, ya que se entiende este análisis como una primera indagación, exploratoria, sobre el tema.

La búsqueda se circunscribió a artículos realizados en Latinoamérica en función de los objetivos de la tesis doctoral de la cual se desprende el presente artículo. La tesis en cuestión pretende indagar y analizar la accesibilidad cultural al sistema de salud en pueblos originarios. Los países latinoamericanos comparten la presencia de un amplio espectro de herencias y ascendencias culturales que permiten identificar algunos segmentos de la población como grupos étnico/raciales, autodenominados "pueblos originarios". Si bien esta población representa más del 25% de la población total de la región (OPS, 2003), en la mayoría de los países los grupos étnicos comparten características de alta vulnerabilidad y de exclusión social, presentando brechas desfavorables e injustas en sus condiciones de vida y en el acceso a los servicios. Esta similitud de condiciones dadas en el contexto regional, define que la indagación realizada se circunscriba a este contexto, en la suposición de que la similitud de condiciones de los pueblos originarios en Latinoamérica haya determinado miradas "latinoamericanas" al problema en estudio.

Los descriptores utilizados fueron "accesibilidad" y "cultural" y "Latinoamérica" en español, portugués e inglés. También se utilizaron los descriptores "acceso" y "cultural" y "Latinoamérica". Los resultados de la búsqueda por base de datos se presentan en la tabla nº 1.

Tabla 1. Número de artículos identificados en la revisión según las palabras claves seleccionadas.

Base de datos	"accesibilidad" y "cultural" "Latinoamérica"	"acceso" "cultural" "Latinoamérica"	Repetidos	Sub-Total	Excluidos	Final
Lilacs	87	192	67	212	157	55
pubmed	47	104	6	145	136	09
Scielo	3	15	4	14	13	01

Fuente: elaboración propia.

El primer filtro utilizado en la búsqueda fue la eliminación de los artículos repetidos. La columna "sub-total" refleja la sumatoria de los artículos identificados a partir de las palabras claves, excluidos los artículos repetidos. Reducida la búsqueda, se leyeron la totalidad de los resúmenes para determinar si correspondían a estudios que analizaran la accesibilidad/acceso al sistema de salud. Luego, se leyeron los artículos completos que superaron la primera etapa, buscando las palabras "cultura" (traducido según el idioma del artículo). La búsqueda de la palabra "cultura" permitió excluir los artículos

donde el término no se utilizó en relación al acceso o accesibilidad al sistema de salud. La columna "excluidos" reflejan la totalidad de artículos eliminados en esta segunda etapa de filtrado. Los motivos de exclusión de los artículos fueron los siguientes:

- . No analizaban el acceso al sistema de salud o la dimensión cultural de la accesibilidad.
- . Sólo se ubicó el título o resumen o eran libros.
- . No corresponden a estudios realizados en Latinoamérica

Se incluyeron tesis y monografías.

En la columna "final" se incluyen los artículos en los cuales se basa el análisis reflejado a continuación (n:65). De la selección final de los artículos, se analizaron los siguientes aspectos: año de publicación, estudios teóricos o empíricos, país de indagación en los estudios empíricos, idioma y población en estudio a partir de la grilla confeccionada ad hoc. Con la lectura de los resúmenes fue suficiente para cumplimentar la tabla.

Luego, para indagar la comprensión y operacionalización de la dimensión cultural en los artículos seleccionados, se utilizó la siguiente grilla confeccionada ad hoc (tabla nº 2). La misma se organizó en cuatro columnas. La primera, titulada "concepto de cultura", indaga cómo se especifica el término de forma conceptual, así como la forma de su "operacionalización", entendida como la forma de medición del concepto. La segunda indica la unidad en la que se indaga lo cultural. Se divide en "población"; "servicios de salud" o "relación intercultural". La tercera columna señala si en el artículo se adscribe a un modelo teórico de los desarrollados sobre acceso al sistema de salud y finalmente, la cuarta columna, describe si se adscribe a una metodología cualitativa o cuantitativa.

Es importante aclarar que sólo se identificó operacionalizaciones del concepto de cultura en 38 artículos (n: 65). En 23 de los artículos, se utilizó el concepto de cultura, se expresó la importancia de considerar la cultura de pertenencia de la población o la necesidad de competencias culturales en los profesionales de salud pero no se acompañó con su especificación conceptual o forma de medición, sin avanzar en su abordaje empírico. En los cuatro artículos restantes, se señala la identificación de barreras culturales o características socioculturales en la población, pero no se describe cuáles son.

Tabla 2. Grilla de análisis de la dimensión cultural de los artículos de acceso/accesibilidad al sistema de salud

ART	concepto de cultura		cultura como propiedad de			modelo teorico	metodología	
	descriptivo	operacionalización	población	servicios de salud	relación intercultural		cualitativa	cuantitativa

Fuente: elaboración propia.

Para la clasificación de los indicadores o expresiones relevadas que remiten a la forma de comprender "lo cultural" se parte de una clasificación existente para los estudios de accesibilidad. Frenk (1985) identifica que la accesibilidad se considera en los artículos empíricos como propiedad de los servicios de salud o de la población usuaria de los servicios. Estudios más recientes, la comprenden de forma relacional. Esta clasificación se utilizó para la comprensión del concepto de cultura y permitió identificar, al interior de cada clase, subdivisiones que se establecieron de manera inductiva. Es importante aclarar que las taxonomías presentadas en este artículo no son clasificaciones de artículos sino una forma de identificar distintas concepciones del concepto de cultura en los artículos analizados y abrir la discusión sobre los supuestos ontológicos que se solapan en ellos.

En los artículos que se explicitaba, se organizaron también en función de los modelos teóricos existentes sobre acceso al sistema de salud a los cuales adscriben. Finalmente, se incluye la utilización de metodologías cualitativa o cuantitativa, considerando que la operacionalización del concepto de cultura es diferente según la metodología empleada.

Resultados

De los 65 estudios identificados, 57 correspondieron a estudios empíricos mientras que 08 son reflexiones teóricas o artículos de revisión. En relación a los años de publicación, se observa un incremento de publicaciones en los años 2008, 2011 y 2012, manteniendo en los años 2013 y 2014 una mayor frecuencia de artículos como se representa en el gráfico nº 1. Es probable que la baja cantidad de artículos en los años 2015 y 2016 se deba a que, al momento de la búsqueda, no se encontraran indexados en la base de datos seleccionadas la totalidad de los artículos publicados en esos años. Exceptuando dicha situación, se observa un paulatino incremento de estudios que incluyen la dimensión cultural en los estudios de accesibilidad al sistema de salud.

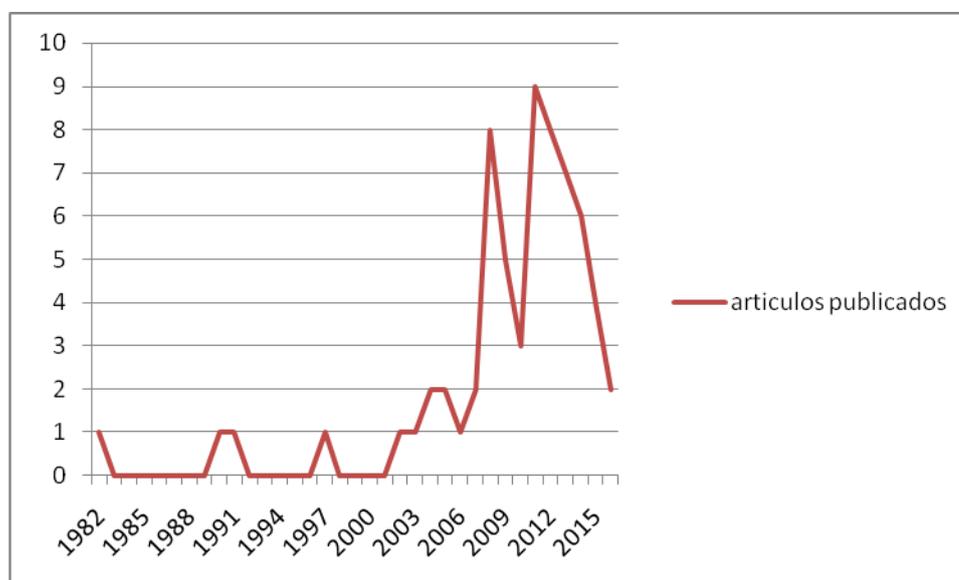


Gráfico 1. *Literatura científica sobre la dimensión cultural del acceso/accesibilidad al sistema de salud según año de publicación.*

Fuente: elaboración propia.

En relación al país en el cual se realizaron las indagaciones, los 65 artículos corresponden a investigaciones realizadas en 14 países, siendo cerca del 60% correspondiente a Brasil y Colombia. La frecuencia de artículos en los restantes países va de 1 a 4. En relación al idioma de la publicación, el 50% fue publicado en español (n: 32), 17 en portugués y 16 en inglés.

Otro dato analizado de las publicaciones es la población en estudio. Pudo identificarse en 59 artículos, de los cuales 55 eran indagaciones empíricas y 4 reflexiones teóricas. Según la clasificación construida ad hoc para este análisis (tabla nº 3), la población que fue mayormente indagada fue determinada por sus características étnicas (indígenas, afrodescendientes y gitanos). En segundo lugar, con una frecuencia igual de artículos, se ubican los estudios determinados por el género de la población objetivo, y los relevamientos en población general. En relación a los estudios por género, el 90% de los artículos se refieren a las mujeres. Cabe aclarar que varios estudios indagaban acceso o

utilización del sistema de salud desde la perspectiva de la población y desde el personal de salud, así como algunos estudios definían su población desde más de un atributo, por ejemplo mujeres de pueblos indígenas o adultos mayores de pueblos indígenas. Para esta clasificación se tomó el primer atributo que se consignaba.

Tabla 3. *Estudios de accesibilidad cultural según la población en estudio*

Población	frecuencia
Por características étnicas (afrodescendientes, indígenas, gitanos)	15
Por género (principalmente mujeres)	10
Población general	10
Usuarios de servicios (incluye con patologías específicas)	8
Por espacio social (rural, migración)	5
Por franja atarea	5
Personal de salud	2
Trabajadores	3

Fuente: elaboración propia.

La forma de nominación de la dimensión cultural permite avanzar sobre la comprensión del concepto de cultura en los estudios indagados. Atendiendo a la clasificación de estudios de accesibilidad, que los divide según consideren atributos de la población, de los servicios de salud (Frenk, 1985) o de la relación intercultural, se observa que esta clasificación se mantiene en los estudios de accesibilidad cultural. En este sentido, la cultura es comprendida como: propiedad de la población o de los grupos sociales; propiedad de los servicios de salud o es analizada en la relación entre la población y los servicios de salud. Al mismo tiempo, de cada una de estas clases, se desprenden subelementos, que son explicitados a continuación y resumidos en la tabla nº 4, donde se recuperan distintas nominaciones de la dimensión cultural recuperados del análisis de los artículos.

Tabla 4. *El concepto de cultura en los estudios de accesibilidad al sistema de salud*

Propiedad a la población	Propiedad de los servicios de salud	Propiedad de la relación intercultural
La cultura como contexto . contexto sociocultural . influencias socioculturales o culturales . entorno cultural . factores culturales o socioculturales . elementos culturales y lingüísticos	La cultura como atributo de los profesionales . competencia cultural/intercultural . cultura dominante . cultura medica . capacidad cultural . sensibilización cultural	La cultura como organizador social . nivel socio-cultural . capital cultural . déficit cultural

<p>La cultura como moldeadora</p> <ul style="list-style-type: none"> . diversidades socioculturales . patrones culturales . singularidades culturales . imaginarios culturales . razones culturales . patrones culturales . prácticas culturales . pautas culturales . hábitos y actitudes culturales . tradiciones culturales 	<p>La cultura como atributo de los servicios o intervenciones</p> <ul style="list-style-type: none"> . adaptación cultural . abordaje transcultural . mediación cultural . abordaje monocultural . universo cultural . intervenciones culturalmente sensibles . servicios de salud culturalmente apropiados . transgresión cultural . enfoque intercultural . acuerdo cultural . congruencia cultural . pertinencia cultural 	<p>La cultura como diferencia</p> <ul style="list-style-type: none"> . barreras culturales . accesibilidad cultural . dimensión cultural de la accesibilidad . integración cultural . discriminación cultural . determinantes culturales . comunicación intercultural . diferencias culturales . asimilación cultural . aculturación
<p>La cultura en el marco de las relaciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> . relaciones complejas de resistencia, poder, hegemonía/ subordinación 		

De los 65 artículos indagados, 51 la analizan como atributo de la población, cinco de los servicios de salud y cinco lo entienden de forma relacional. En los cuatro estudios restantes, lo indagan tanto en la población como en los servicios de salud.

En los artículos en los cuales se identifican características de la población señaladas como "culturales" se presentan tres formas distintas de comprender lo cultural. La primera, que se ha denominado para este artículo "la cultura como contexto", se refiere a la interpretación de las culturas como contexto externo a los individuos y al grupo social, como característica sobreagregada a una esencia común a la humanidad. Esta perspectiva ontológica se corresponde con la concepción ilustrada que plantea una dualidad entre una identidad primaria universal e identidades particulares secundarias. Sobre la idea de la igualdad de la especie humana se funda la identidad primaria y corresponden a las identidades secundarias y accesorias las identidades étnicas, sexuales y de género (Tubino, 2002). El igualitarismo abstracto de la Ilustración niega diferencias que son constitutivas de las identidades individuales y colectivas. La concepción de la cultura como sobreagregado a una esencia común a la humanidad es heredera de esta tradición.

La segunda forma identificada de concebir la cultura como atributo de la población, es comprenderla en su carácter determinante de la mente humana. La concepción simbólica de cultura defiende esta posición. La cultura se coloca en el mismo nivel que la biología y la sociedad, moldeando la naturaleza humana individual (Cole, 1999). De esta forma, las prácticas sociales no pueden interpretarse sin incluir la cultura de pertenencia, a partir de la cual adoptan sentido. La crítica que se realiza a esta perspectiva es que tiende a instituir una percepción del universo humano como espectáculo cuyo significado cabe interpretar, pero se critica que no considera la tensión y al conflicto social que se derivan de las luchas entre los distintos grupos sociales en su pugna por definir el sentido de la situación social de acuerdo con sus propios intereses particulares. En otros términos, la perspectiva simbólica no percibe con suficiente claridad las relaciones de dominación que están presentes en las luchas por el poder que el significado de la acción social otorga (Serrano, 2008).

Por último, heredero de las posiciones críticas de la antropología, la cultura como atributo de la población se entiende también en el marco de las relaciones sociales

entre los grupos, en función del proceso de expansión colonial o en función de procesos de estigmatización y/o de control social. Desde esta posición, lo cultural no puede estudiarse con independencia de lo social. La cultura se entiende como una construcción histórica que se inscribe en la historia de las relaciones de los grupos sociales entre sí, que son siempre relaciones desiguales (Balandier, 1955, citado en Cuchen, 1999). Se incluyen ejemplos de cada posición en la tabla nº 5.

Tabla 5. Ejemplos de las concepciones de la cultura como atributo de la población en estudios de accesibilidad al sistema de salud

Referencia	La cultura como contexto
Bellver Capella (2012)	"El entorno cultural del niño puede fomentar hábitos claramente insalubres. Para ello los profesionales deberán adquirir las competencias en dos ámbitos: los cuidados sanitarios y el adecuado manejo de los hábitos y actitudes culturalmente extraños que traen consigo los jóvenes pacientes y sus familias."
	La cultura como moldeadora
Borghi, Alvarez, Marcon & Carreira (2015)	"Cultural aspects should be taken into consideration when focusing on an indigenous population since their culture directly influences their thoughts, decisions and actions, especially actions regarding care."
	La cultura en el marco de las relaciones sociales
Trad, Castellanos & Guimarães (2012)	"Barreiras econômicas e étnico-raciais destacam-se entre os elementos que indicam a produção de iniquidades e contribuem para a vulnerabilização de diferentes grupos sociais. Classe social e pertença étnica são fatores importantes em processos de estigmatização social."

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, los estudios que indagan la cultura como atributo de los servicios de salud, entienden las prácticas médicas hegemónicas como producciones culturales, ello implica entender que la ciencia moderna es una construcción cultural e histórica. Algunos estudios realizan un cuestionamiento a la construcción de juicios intuitivos de los profesionales médicos en las consultas y a las consideraciones culturales que a veces se colocan por encima del criterio médico (Stival, 2015). En el campo de la salud mental, Duero y Shapoff (2009) aplauden que finalmente, se ha comenzado a reconocer la especial relevancia de las consideraciones culturales, étnicas y de género del propio clínico en la elaboración misma de los diagnósticos y las taxonomías psicopatológicas. La diferenciación que se realiza al interior de esta clasificación de indicadores, es que algunos se evalúan en los mismos profesionales responsables de las prestaciones en salud y otras indagan los servicios e intervenciones en salud.

Finalmente, la última clasificación, se refiere a la identificación de indicadores que no son atribuibles a los grupos sociales o a los servicios de salud, sino que responden a la concepción de la accesibilidad cultural como interfaz social (Landini, Cowes & d Amore, 2014). Indagan lo que sucede en el encuentro/desencuentro entre prestadores de servicios y la población usuaria y se interpreta desde la relación entre los grupos sociales de pertenencia. Se señala el carácter conflictivo en estas relaciones, producto del reconocimiento del carácter subordinado de las culturas a la cultura hegemónica. La diferencia que se realiza al interior de esta clasificación, muestra el solapamiento de criterios discriminatorios en la comprensión de la accesibilidad al sistema de salud. Los indicadores colocados bajo el rotulo "la cultura como organizador social" reproduce la jerarquía entre culturas, utilizando la cultura hegemónica como norma para las demás

culturas. Este es un riesgo siempre presente dada la dificultad de poder ver “con los ojos del otro”. Interpretamos a partir de nuestra propia cultura de pertenencia. Ejemplos de ambas concepciones se incluyen en la tabla nº 6.

Tabla 6. *Ejemplos de las concepciones de la cultura como relación intercultural en estudios de accesibilidad al sistema de salud*

Referencia	La cultura como organizador social
Passos, Araújo, Gomes Filho, & Cruz (2011)	“O capital cultural (grau de instrução) permite acesso ao saber sobre riscos de adoecer e a prevenção”
	La cultura como diferencia
Santagata (2005)	“La conciencia y el contacto con las diferencias culturales nos desafían a enfrentar la ruptura de los modelos médicos universales de cuidados generalizados, para empezar a considerar un modelo de cuidado diversificado, es decir, un modelo médico adaptado a las diferencias culturales.”

Fuente: Elaboración propia.

Esta clasificación requiere algunas aclaraciones. Las categorías relacionales que son seleccionadas, en su operacionalización, pueden identificar características de los grupos sociales o de los servicios de salud. Por ejemplo, como “barreras culturales” pueden identificarse atributos de la comunidad o de los servicios, pero se coloca en la tercer columna porque siempre refiere a algún grado de inadecuación entre la prestación de servicios y las expectativas de la población. Por otro lado, algunos estudios utilizan categorías que responden a distintas columnas al mismo tiempo, por ello es importante aclarar que las taxonomías presentadas en este artículo no son clasificaciones de artículos sino una forma de identificar distintas concepciones del concepto de cultura en los artículos analizados y abrir la discusión sobre los supuestos ontológicos que se solapan en ellos.

En relación a la operacionalización que se realiza del concepto de cultura en los estudios empíricos, una primera diferencia se observa entre los estudios que adscriben a una metodología cualitativa o cuantitativa. En la selección realizada, 55 artículos pudieron clasificarse. Se identifican 15 estudios que utilizan una metodología cuantitativa mientras que 35 adscriben a una metodología cualitativa. Los restantes cinco artículos emplean una metodología mixta integrando enfoques de tipo cuantitativo con acercamientos etnográficos.

Como se refirió previamente, en este análisis también se observa una polisemia de formas de nominación, en este caso de las variables cuantitativas. Por ejemplo, las creencias son nominadas como barreras culturales en algunos estudios y como aspectos culturales en otros. El término mayormente utilizado para nominar la variable es factor cultural, pero al ser baja la frecuencia de artículos, no es posible considerar si esta nominación se utiliza con mayor asiduidad en estos tipos de estudios. En general, la explicitación de la operacionalización solo remite a la descripción de la variable, pero no a su forma de medición. La técnica utilizada en el relevamiento de datos, en los estudios que se explicita (n:13) fue el cuestionario. Todos los artículos remiten a atributos de la población. Los mismos pueden clasificarse en:

- . representacionales: tradiciones, costumbres, creencias, religión, percepciones, opiniones, conocimientos tradicionales, sentimientos.
- . comportamentales: prácticas
- . identitarios: lengua materna, etnicidad
- . occidentales: nivel educativo alcanzado, capital cultural

Con atributos representacionales, se remite en este artículo a la indagación de formas de representación de la realidad particulares para la población en estudio. Los comportamentales refieren a acciones propias del grupo social. Atributos identitarios remiten a diferencias de estos grupos sociales en relación a la cultura occidental, y occidentales, a atributos de la cultura occidental a partir de los cuales se miden a los grupos sociales.

En los estudios que utilizan metodología cualitativa, al igual que en los estudios cuantitativos, una diversidad de formas de nombrar la dimensión cultural de la accesibilidad se desprende del análisis. Así también sus formas de operacionalización. Igualmente, se observa una utilización mayor del término barreras culturales. La diversidad de métodos de análisis que permite la metodología cualitativa se refleja en los estudios analizados. Algunos de ellos partieron de categorías predeterminadas, otros presentan categorías emergentes, también se ubican estudios de investigación-acción. Las técnicas de recolección de datos también son plurales: priman entrevistas, grupos focales y la observación. Los estudios que evalúan la adecuación cultural de los servicios de salud, reflejan distintas formas de afrontar la diversidad cultural. Las variables que utilizan los estudios cualitativos pueden clasificarse en:

- . representacionales: creencias, representaciones, conocimientos, valores, concepciones, estereotipos culturales
- . comportamentales: prácticas, actitudes, costumbres, hábitos, medicina tradicional
- . identitarios: lengua
- . occidentales: nivel educativo
- . de los servicios de salud: incorporación de la medicina tradicional, participación indígena, idioma indígena en la atención de salud, capacitación del personal de salud, sensibilidad cultural, búsqueda de intereses comunes, organización de actividades vinculadas a la cultura
- . relacionales: trato abusivo de los profesionales, conflictos de orden sociocultural, exclusión social

A la clasificación previa se incorporan atributos de los servicios de salud y atributos relacionales, referidos a las relaciones entre los grupos sociales de pertenencia de profesionales de los servicios de salud y la población.

Los estudios con metodología mixta, integran técnicas de recolección de datos que responden a tradiciones distintas de investigación. Sólo en tres de ellos pudo recuperarse: nombre de la variable, operacionalización y en dos de ellos las técnicas de recolección de datos. Las variables adoptan los siguientes nombres: contexto cultural, barreras culturales y medidas de aculturación. En relación a la clasificación elaborada para los atributos utilizados para indagar la dimensión cultural de la accesibilidad, el primero remite a un atributo de la población, mientras que los dos siguientes son relacionales.

Finalmente, no se analiza la adscripción a modelos teóricos para el estudio del acceso a los servicios de salud ya que en la mayoría de los artículos no se explicita la utilización a alguno de ellos.

Discusión

La indagación realizada evidencia la preocupación cada vez mayor por la dimensión cultural de la accesibilidad al sistema de salud. Sin embargo, en muchos de los estudios relevados, se señala la importancia de su estudio pero no se avanza en su operacionalización. Para poder avanzar en la construcción de servicios interculturales es necesario confrontar este "deber ser" con experiencias concretas de cómo hacerlo. Al mismo tiempo, en los estudios que avanzan en poder identificar la dimensión cultural de la accesibilidad, se evidencia que actualmente no existe consenso sobre su forma de indagación.

Se observa una mayor utilización de la metodología cualitativa. Ello coincide con la revisión realizada por Aday (et. Al, 2013), donde indagando sobre barreras y facilitadores en la atención de salud, identifican una mayor frecuencia de estudios cualitativos. La identificación de las variables utilizadas, muestra una predominancia por la elección de atributos representaciones, tanto en estudios cualitativos como cuantitativos. Los atributos identificados guardan una estrecha relación con la clasificación del concepto de cultura presentada en la tabla nº 2. Ello implica que según cómo sea comprendida, será operacionalizada. Esta afirmación, que puede resultar obvia, señala la importancia de tener claridad conceptual al momento de definir los atributos que serán indagados tanto a nivel de la población como de los servicios de salud, la necesidad de problematizarla para no caer en prejuicios, interpretar de forma estática las culturas u obviar el marco de relaciones sociales donde se inscriben las relaciones culturales. Así también, como afirma Briones (2008) las diferencias culturales no existen por fuera de las representaciones culturales sobre lo que esa heterogeneidad es, significa o implica.

Neira (1998) analiza las relaciones que la epidemiología moderna ha establecido entre la cultura y los procesos salud-enfermedad. Entre los autores más reconocidos, ubica a Citarella (1995), Trostle y Sommersfeld (1996), Inhorn (1995), Helman y Uzman (1994), Vargas (1989), Janes, Stall y Gifford (1986), Lewando y Forman (1993), Blane (1995), y Oyarce (1997). El autor recupera las controversias que han girado, y giran, en torno a la incorporación de los saberes de la antropología para la comprensión de los procesos salud-enfermedad colectivos. Tres de ellas son: en torno a los enfoques metodológicos (cuantitativo y explicativo vs. cualitativo e interpretativo), los métodos y técnicas de indagación (diseños epidemiológicos vs. técnicas etnográficas) y sus objetos de estudio (enfermedades definidas biomédicamente vs. malestares subjetivos). Estas discusiones también parecen emerger en esta revisión, evidenciándose esta pluralidad de formas de abordaje. También señala que en general se refieren a minorías étnicas o religiosas. Ello se repite en esta revisión, donde son los grupos sociales con características étnicas los mayormente indagados.

Krieger (2002), en su *Glosario de Epidemiología Social*, señala que el concepto de cultura adquiere un sentido particular y es problematizado desde la epidemiología social. Predomina su comprensión como un modo particular de vida, ya sea de un pueblo, un período, un grupo o la humanidad en general, y generalmente se relaciona, teórica y prácticamente, con las creencias y costumbres sobre la salud. En consonancia con ello, la "aculturación" o "desculturación" designa la adopción, por una "cultura", de las creencias y prácticas de otra "cultura" (por lo general, dominante). La autora ubica la abundancia de ejemplos en los que el concepto de "cultura" se combina con el de grupo étnico o raza.

Por otro lado, en relación a la mayor indagación de atributos representacionales de los grupos sociales, Thompson (1993), dice que la reproducción simbólica de los contextos sociales es un tipo particular de reproducción social mediada por la comprensión cotidiana de las formas simbólicas. Los diferentes grupos culturales conciben e interpretan el mundo y el cuerpo de diversa manera, derivados de su particular manera de apropiarse de la naturaleza y, por tanto, de generar una cosmovisión. La experiencia de la enfermedad individual es construida e interpretada en base al orden externo e interno construido culturalmente. Por lo tanto, los procesos de salud enfermedad colectivos, particularmente en áreas de contacto interétnico, no podrán ser comprendidos en su totalidad si no se produce un acercamiento a las formas de interpretarlo por los propios colectivos.

En relación a la comprensión de los factores sociales y culturales, la Epidemiología sociocultural enumerar una serie de críticas que realiza a la epidemiología clínica y a la medicina basada en evidencias, enfoques hegemónicos en la actualidad (Haro, 2008), atribuyéndoles que hacen:

- Un uso poco preciso de los llamados "factores socioculturales", los cuales se utilizan cada vez más en forma mecánica.
- El abordaje de lo social y lo cultural es reducido en sentido teórico y práctico hacia la caracterización y responsabilidad individual, en un formato de variables que no da cuenta de los procesos.
- Se olvida con frecuencia que cada población tiene su propia historia, cultura, organización y división social y política. Este contexto tiene influencias en cómo y por qué la gente está expuesta a factores participantes.
- Finalmente, critican el uso superficial de métodos y técnicas cualitativas.

Concluida esta revisión y situando las discusiones teóricas existentes, nuevas preguntas se abren luego de esta indagación. El recorte realizado a estudios de Latinoamérica, ¿identificará diferencias con las formas de comprender lo cultural y su operacionalización en otras latitudes? La mayor frecuencia de artículos por características étnicas, ¿se mantendrá?.

Para dar respuesta a estos interrogantes, es necesario realizar una nueva revisión de artículos con un universo más amplio, incluyendo producciones de otras latitudes del mundo, para poder saber si esta revisión refleja una visión Latinoamericana sobre el tema o si las formas de abordaje y comprensión de la dimensión cultural de la accesibilidad identificadas en este artículo son compartidas.

Referencias

- Aday, M, Poffald Angulo, L, Sepúlveda, A, Aguilera Sanhueza, X, Delgado Becerra, I & Vega Morales, J (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33, 223-9.
- Aday, L & Andersen R (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, 9, 208-20.
- Arrivillaga, M, & Borrero, Y (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública*, 32, 1-15.

- Blane, D (1995). Social determinant of health: socioeconomic status, social class and ethnicity. *J Public health*, 85, 903-5.
- Citarella, L (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Chile: Editorial Sudamericana.
- Cole, M (1999). *Psicología Cultural. Una disciplina del pasado y del futuro*. Madrid: Morata.
- Cuchen, D (1999). *La noción de cultura en las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Duero, D. & Shapoff, V (2009). El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico. *Revista CES Psicología*, 2, 20-48.
- Frenk, J (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México*, Sept-oct, 438-453.
- Haro, A (2008) Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural. En: Haro (org) *Epidemiología sociocultural*. Buenos Aires: Lugar.
- Helman (1994), & Uzlan, C. (1994). Cultural factors in epidemiology in: *Culture, health and illness: Introduction for health professionals*. Oxford: Butterworth-Heineman.
- Inhorn, M (1995). Medical anthropology and epidemiology. Divergentes or convergentes? *Soc Scr Med*, 40, 285-290.
- Janes, C, Stall, R & Gifford, S (1986). *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Holland: Reidel Publishing Company.
- Krieger, N (2002). Glosario de Epidemiología social. *Rev Panam Salud Publica*, 11(5-6), 480-90.
- Landini, F, Cowes, V & d Amore, E (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*, 30, 231-244.
- Levesque, J, Harris, M, & Russell, G (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12(18).
- Lewando, G, & Forman, M (1993). Interfacing anthropology and epidemiology: The Bedouin Arab infant feeding study, *Soc. Sci. Med*, 36, 957- 964.
- Montero, I & Leon, O (2007) A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Health Psychol*, 7, 847-862.
- Neira (1998) Epidemia y cultura. Contribución a la crítica de la epidemiología clásica. *Salud problema*, 3, 63-70.
- OMS/OPS, (Junio, 2003) Grupo étnico y salud. 132 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.
- Serrano, J. (2008). Psicología cultural. En Kaulino, & Stecher (Comp) *Cartografía de la Psicología contemporánea. Pluralismo y Modernidad*. Santiago de Chile: LOM.
- Oyarce, A (1997). Sistematización sobre los avances del proyecto enfoque de salud con población mapuche. Documento de trabajo. Temuco, Chile.

- Shengelia, B, Murray, C & Adams, O (2003) Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In: Murray CJL, Evans DB, editores. *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization.
- Stival, M (2015). Aportes al debate sobre los procesos de atención de las poblaciones qom (toba) en contextos urbanos en: Hirsch, Lorenzetti & Salomón (eds) *Procesos de intervención e investigación en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. Buenos Aires: MSal.
- Tanahashi, T (1978) Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*, 56, 295-303.
- Thompson, J (1993) *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- Trostle J. & Sommersfeld, J (1996). Medical Anhpology and Epidemiology. *Annu. Rev. Anthro*, 25, 253-274.
- Tubino, F (2002) Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación positiva. En: Fuller, Norma (ed.): *Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades*. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales el Perú: Lima.
- Vargas, L & Casillas, L (1989). Medical Anthropology in Mexico. *Soc. Sci. Med.*, 28, 1343-1349.
- Villarreal Ríos, E, González Rocha, J, Salinas Martínez, A, Garza Elizondo, M, Núñez Rocha, G & Uribe Martínez, M (2000) Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Atención Primaria*, 25, 475-8.