



**LA PROBLEMÁTICA DEL CONTACTO LINGÜÍSTICO EN CONTEXTOS DE SALUD
EXPLORACIÓN EN UN HOSPITAL DEL SEGUNDO CORDÓN DEL CONURBANO
BONAERENSE**

**THE PROBLEM OF LINGUISTIC CONTACT IN HEALTH SETTINGS
EXPLORATORY STUDY IN A HOSPITAL LOCATED IN THE OUTSKIRTS OF BUENOS
AIRES CITY**

María Cristina Ortiz¹

Universidad de Morón. Argentina
ortizmcristina@gmail.com

Resumen

Los espacios multiculturales plantean consideraciones acerca de las lenguas en contacto. El tema está estudiado en educación, pero muy poco en ámbitos de salud. En esta investigación nos propusimos constatar la existencia de esta problemática en un hospital del Conurbano bonaerense y sus posibles repercusiones negativas en el proceso de atención de la salud. También se atendió a la existencia de respuestas, individuales o institucionales, tendientes a aliviar las diversas situaciones originadas por las lenguas en contacto. El corpus se obtuvo por el método etnográfico; quedó compuesto por el registro de entrevistas orales a profesionales de la salud y pacientes, en muchos casos migrantes o pertenecientes a familias migrantes. El análisis de este material nos permitió corroborar la existencia de situaciones de contacto, así como atribuir a aspectos lingüísticos “efectos no deseados” en el proceso de atención. Se detectaron intentos de sortear las dificultades planteadas por la diversidad cultural y lingüística, tales como: estrategias alternativas de comunicación realizadas en conjunto con los pacientes, creación de un sector hospitalario de salud intercultural y curricularización de la formación en salud intercultural en la educación media dictada en el Hospital. Se verificó también la incorporación de la asignatura Salud Intercultural en la educación universitaria del futuro personal de salud formado en la Universidad del área. Las cuestiones de lenguaje y culturas de las minorías en este contexto hospitalario resultaron, a nuestro parecer, uno de los aspectos a abordar para acercarse a la equidad en la atención de la salud.

Palabras clave: Espacios multiculturales, Salud intercultural, Contacto lingüístico, Atención salud.

Abstract

Multicultural spaces raise considerations about language contact. This subject has been widely studied in education but far less in health settings. The purpose of this study was to gather information about language contact situations and their possible negative impact on the health care process at a hospital located in the outskirts of Buenos Aires City. Also, individual and institutional actions towards these situations were analyzed. The corpus was collected through the ethnographic method and consisted of oral interviews to health professionals and immigrant patients or those who belonged to immigrant families. The analysis of this material allowed us to identify language contact situations and related “unwanted effects” in the health care process. Additionally, we identified some attempts to mitigate cultural diversity by some health care professionals and the institution itself such as alternative communication strategies, an intercultural health sector within the hospital and the incorporation of intercultural health studies in the curricula of middle education courses delivered at this facility. Also, higher education institutions in the area that train future health professionals have included intercultural health in their curricula. As a conclusion, language and culture of minorities in this hospital setting need to be further visibilized and addressed in order to achieve equity.

Key words: Multicultural settings, Intercultural health, Linguistic contact, Health care.

Recepción: 12-10-2020

Aceptación: 20-05-2021

*La lengua no entendemos/que los doctores hablan
tampoco nos entienden/ni nuestra enfermedad.
Y si no nos entienden/tampoco nos respetan
su corazón les dice/que no sabemos nada.*

Fragmento de *En el hospital*. Autor tojolabal anónimo.
En: Fernández Juárez (2004)

INTRODUCCIÓN

El tema del contacto entre diferentes culturas y lenguas producido por migraciones externas o internas está reconocido como relevante en contextos educativos. Se considera que incide de diversas maneras en el aprendizaje y obliga a adoptar estrategias pedagógicas que permitan asegurar la inclusión de todos los alumnos (Speranza, 2012).

Esta problemática ha sido menos abordada en contextos hospitalarios, particularmente en Argentina, pese a que los grandes centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), del Conurbano bonaerense² y de algunas ciudades del interior constituyen espacios comunicativos interculturales. La lengua puede favorecer o ser una barrera para la equidad en la atención de la salud. En este trabajo trasladamos la mirada del contacto de lenguas al campo sanitario por medio de un análisis de caso, en un Hospital del Partido de La Matanza.

En países desarrollados, como Estados Unidos o Canadá, se han incorporado consideraciones lingüísticas en el proceso asistencial. El enfoque está puesto en evitar riesgos y litigios. En 1986 se comenzó a trabajar en los Estados Unidos en la elaboración de protocolos que permitieran la adecuación lingüística y cultural de los servicios. Una de las normas publicadas más tarde, expresa que las organizaciones sanitarias deben proporcionar asistencia lingüística con servicios de intérprete para las personas con capacidad limitada en inglés (*Department of Health and Human Services*, 2001).

Johnstone y Kanitsaki (2006), en una publicación acerca de calidad en la atención, consideran que, si no se abordan las cuestiones de lenguaje y culturas de las minorías en contextos hospitalarios, se expone a los pacientes a inaceptables efectos adversos. En el mismo sentido, Brach y Fraserirector (2000) relacionan las barreras de lenguaje con menor uso de servicios preventivos, entre otros problemas. Señalan que esto ocurre luego de controlar factores como educación, estado de salud, cobertura de atención y varios indicadores económicos.

En Europa, por su parte, el enorme flujo migratorio procedente de países en conflicto, pone en contacto diferentes lenguas y culturas, en condiciones de vida que predisponen a las enfermedades. Dara et al. (2016) han hecho un llamado urgente para diagnosticar y tratar a los refugiados con tuberculosis, una problemática impensada para ese

continente hasta hace algunos años. Figueroa-Saavedra (2009) toma el caso de España y lo relaciona con Estados Unidos y México, haciendo referencia a los marcos legales y estrategias implementadas para encarar las diversidades lingüísticas en estos países.

En Argentina, el tema está invisibilizado y se encuentran pocas publicaciones que aborden estos aspectos, casi todas estas centradas en las diferencias culturales en general, más que en el lenguaje en particular (Lorenzetti, 2017). Stival (2017) toca el tema lingüístico en sus consideraciones acerca de una comunidad *qom* que se atiende en centros de atención primaria de Rosario:

Considero que la superación de ciertos desencuentros lingüísticos a través de una triangulación discursiva con el acompañante no implica que esta sea una problemática resuelta, principalmente debido a que, por un lado, desde la perspectiva de los pacientes *qom* se presenta como un obstáculo para garantizar una atención adecuada, eficiente y oportuna, y por otro, se menoscaba la importancia de la relación lengua-cultura-pensamiento y sus implicancias. (Stival, p.6)

Algunas publicaciones se ocupan de las estrategias posibles para la formación superior de estudiantes de Enfermería y Nutrición procedentes de pueblos originarios del norte del país (Bergagna et al., 2012).

En un trabajo previo³ (Ortiz, 2004), realizamos una entrevista en profundidad a una mujer joven, paraguaya, bilingüe, internada crónicamente en un hospital de la Provincia de Buenos Aires. Quedó evidenciada una jerarquía de prestigio de las cuatro lenguas que ella mencionó (de menor a mayor: jopara, guaraní, español, inglés). Su madre, que solo hablaba guaraní, viajó a Argentina para atender un problema oncológico y necesitó de su intermediación para comunicarse con el equipo de salud, entre ellos con la psicóloga, con la pérdida de intimidad que esto conlleva.

En conversaciones informales, médicos que trabajan en hospitales públicos de la CABA, señalan que el analfabetismo o la inmigración reciente constituyen un problema para la comunicación con sus pacientes⁴. En la entrevista médica, una buena anamnesis, que pone en juego la palabra, lo paraverbal y las subjetividades de los participantes, contribuye con 80 por ciento al diagnóstico.

Dada esta centralidad del lenguaje, en situaciones de contacto vale la pena explorar si se reconoce y se aborda esta cuestión. Como punto de partida asumimos, por el conocimiento previo, que existe en el contexto estudiado una situación de contacto lingüístico. Ahora bien, ¿tiene algún impacto en las características de la atención?, ¿es productora de efectos indeseados?, ¿se observa alguna respuesta a esta problemática? Así, el presente trabajo al poner la mirada lingüística sobre el campo de la salud, se propone registrar posibles inequidades vinculadas con hablar variedades de la lengua estándar, en un área particular de contacto, el hospital.

Marco teórico

Este trabajo se inserta en el espacio teórico vinculado con el contacto de lenguas, más particularmente con la sociolingüística, dado que se enfoca en el uso real de la lengua, en un contexto particular. El relato etnográfico, las entrevistas, el análisis cualitativo de casos, ponen en juego conceptos de la antropología lingüística de Duranti (1992). De la etnografía de la comunicación, tal como la conciben Hymes (1996) y Hernández Campoy y Almeida (2005), se toma al lenguaje en interacción social, en una comunidad de habla. Del Hymes (1996) puede considerarse el fundador de la etnografía de la comunicación pues sistematizó las relaciones entre lenguaje y vida social. Por su parte, Hernández Campoy y Almeida (2005) destacan las diversas valoraciones hacia las lenguas. La lengua estándar se asimila a lo correcto, adecuado, estético y tiene el mayor prestigio lo que incide en las relaciones de poder. Las sociedades mayoritarias rechazan lo diferente y así desvalorizan las lenguas y culturas minoritarias. Esto lleva a que los hablantes de variedades distintas de la mayoritaria muestren cierta inseguridad lingüística, perciban que su autoeficacia es menor. En el hospital, si a eso se une un padecimiento físico, insuficiencia de recursos de diverso tipo, se comprende que el aspecto lingüístico constituye una barrera más para la equidad. Ocurre además que, en muchas ocasiones, son los propios miembros del equipo de salud los que pertenecen a una minoría lingüística y, como se ejemplificará más adelante, tienen dificultades para relacionarse con colegas de la variedad mayoritaria y hasta desarrollan conductas de evitación. Denise Jodelet (2000) se ocupa de estas representaciones sociales a las que define como “una forma de conocimiento socialmente elaborada y compartida que tiene una meta práctica y que coopera en la construcción de una realidad común a un conjunto social” (1989, citado en Jodelet 2000, p. 36). Podemos hablar más específicamente de representaciones sociolingüísticas como aquellas que involucran ideas socialmente compartidas acerca de una lengua. Se refieren a objetos lingüísticos (lenguas, variedades, registros, etc.) y a los sujetos con los que se asocian; aparece una vinculación explícita entre el orden lingüístico y el orden social (Narvaja de Arnoux y Bein, 1999).

Dado que el contacto lingüístico es parte de un fenómeno mayor que es el contacto de culturas, tomaremos las concepciones de multiculturalidad e interculturalidad tal como las entienden, entre otros, Diez (2004) y Godenzzi (2007). El término multiculturalidad se refiere a la coexistencia de diferentes comunidades a las que se debe tolerancia y respeto. Surge como respuesta al fracaso de la asimilación en países de migración, típicamente en los Estados Unidos. La interculturalidad, por su parte, sugiere un intercambio efectivo, en el que las relaciones se proponen dialógicas y basadas en reconocer la diversidad.

Para Diez (2004), la opción intercultural implica una modificación de conductas dogmáticas, no apunta a la mera tolerancia ni al respeto sino a procesos de cambio,

construidos socialmente. Si bien muchos de estos conceptos se refieren al ámbito escolar, pueden aplicarse a una comunidad hospitalaria. La competencia cultural, señala esta autora, es una aspiración que atañe no solo a los individuos, sino que se espera que los sistemas (en este caso de salud) en su totalidad, sean culturalmente competentes, que se constituya en norma y no en excepción.

En cuanto al campo de la Medicina narrativa, se considera que la relación entre lenguaje y medicina es una de las maneras posibles de entrenar la empatía de los profesionales. Rita Charon (2001) sostiene que “junto con las capacidades científicas, los médicos necesitan la habilidad de escuchar la narrativa de sus pacientes, aprehender sus significados para poder obrar en su beneficio” (p.1897). El conocimiento narrativo permite entender el sentido de las historias, su significado, a través de lo simbólico y afectivo. “La narración de la historia del paciente es un acto terapéutico central ya que encontrar las palabras para contener un desorden y el sufrimiento asociado, da forma y permite el control del caos de la enfermedad”⁵ (Charon, 2001, p.1898).

En relación a este marco teórico, el aporte principal de nuestra investigación es llevar la lingüística al campo de la salud, un terreno fértil donde todavía queda mucho por hacer, tanto desde el punto de vista de los diferentes contextos (hospital, centro de atención primaria, consultorio) como de las acciones a instrumentar y la evaluación de su eventual eficacia.

Metodología y trabajo de campo

Se realizó un estudio cualitativo, de análisis de casos. El contexto elegido fue el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Dr. Diego Paroissien ya que, pese a estar situado a pocos kilómetros del centro geográfico de la CABA, asiste a una población procedente de países limítrofes y migrantes del norte y centro del país, con una problemática de salud que en muchos casos reproduce las condiciones de vida de sus lugares de origen. Se ubica en el Partido de La Matanza, un área donde gran parte de la población es vulnerable desde varios puntos de vista. Tiene una dotación de 310 camas, realiza más de 350.000 consultas por año y produce unos 15.000 egresos anuales. Construido sobre terrenos inundables, sufrió diversas adversidades que lo llevaron a ser evacuado completamente en 1985, hasta que en 1992 se realizaron las obras de ingeniería definitivas. La elección del Hospital Paroissien para este trabajo se debió también, y no menos importante, a un criterio de factibilidad ya que esta autora trabajó durante más de dos décadas en ese ámbito hospitalario.

El Comité de Docencia e Investigación aprobó el protocolo y los formularios presentados y por las características del estudio eximió de dar consentimiento informado a los entrevistados. Se aseguró la confidencialidad de los datos, los registros grabados se codificaron⁶.

El trabajo en terreno se realizó entre el 31 de agosto de 2017 y el 19 de enero de 2018. Se adaptaron las guías de entrevistas de la Cátedra de Lingüística de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de La Plata (Álvarez Garriga, 2013). Se elaboró un protocolo de escritura que podría asimilarse al diario de campo.

El corpus se recolectó con un método de exploración etnográfica. Se compuso de entrevistas a migrantes de zonas con contacto español, quechua y guaraní que se atienden en el Hospital Paroissien y personal de salud. Los pacientes entrevistados eran migrantes o procedentes de familias migrantes y se encontraban disponibles el día de concurrencia al campo. El personal de salud (médicas/os, enfermeras/os, antropólogo, trabajadoras sociales) pertenecía a distintos servicios y en algunos casos se los entrevistó por considerarlos consultantes claves. Los testimonios fueron orales, grabados y se desgrabaron manualmente. Solo uno de ellos (docente de la Universidad Nacional de La Matanza, UNLaM) fue entrevistado por correo electrónico y se recibió respuesta escrita por este medio. Los entrevistados fueron doce, seis de ellos personal de salud, un docente del Bachillerato en Salud y cinco personas que se atendían por diversos problemas en el Hospital. Hubo catorce grabaciones, ya que dos miembros del equipo de salud se entrevistaron dos veces.

Al analizar las respuestas surgieron elementos recurrentes que se agruparon para constituir los resultados que reseñaremos a continuación.

RESULTADOS

Heterogeneidad lingüística y cultural en los colectivos de profesionales y pacientes

El primer hallazgo de este trabajo fue comprobar la existencia de identidades no lineales ni unívocas en los distintos colectivos participantes. Tanto el personal de salud como los pacientes mostraron heterogeneidad cultural y lingüística en las situaciones analizadas. Si bien la presencia de migrantes entre el personal está lejos de ser exclusiva de este hospital, desde 2012 se implementaron en el Paroissien las residencias para médicos extranjeros y entre ese año y el 2017 egresaron 60 de ellos, la mayoría pertenecientes a la comunidad boliviana (Dapena, 2017).

Registramos las voces de algunas de las personas refiriéndose a su origen y a sus condiciones de trabajo (médica):

Vine hace mucho tiempo, en 2007, estoy acá desde 2007, vine de Sucre, Bolivia. La primera vez que salí de mi país y vine directamente para acá. Nací en Sucre, hice todo desde la primaria, la secundaria y la facultad, todo en Sucre. No tengo hijos. Acá estoy becada porque si bien tengo el trámite ahora de la nacionalidad hecho, por ahora estoy con una beca de extranjero, pero algo formal en sí, no, no tengo, no tengo los mismos beneficios que tienen los que están con un nombramiento, no tengo vacaciones pagas, no tengo semana de *stress*, no tengo aguinaldo tampoco. La beca es solo el sueldo que cobro por ventanilla en cualquier banco. (PB, E8)

V., enfermera que trabaja en el área de tuberculosis, es hija de madre jujeña y su padrastro es boliviano. Conoce las características de esta comunidad en cada una de las escenas del trabajo diario con los pacientes:

Se nota inmediatamente cuando uno ya se presenta con un guardapolvo o un ambo, eh, ya lo primero que te dicen es, la gente que es de Bolivia te dice “doctorita”. Uno le explica que es la enfermera, que está en el servicio, que trabaja junto con el médico, pero igualmente terminan siempre diciéndote “doctorita”. (V, E11)

Los estudiantes del Bachillerato en Salud, en su mayoría aspirantes a enfermeros, también son migrantes o hijos de migrantes. Cuando se le pregunta a C., antropólogo que dicta la materia “Cultura y salud”, sobre la procedencia de los alumnos dice:

Hay alumnas paraguayas, y algunos migrantes bolivianos son descendientes, pero la mayoría, porque, y después tomamos el tema de la migración, y en general muchos no se determinan reconociendo de entrada como migrantes pero cuando uno les da el ambiente como para poder ver de dónde venimos, etc., la mayoría son migrantes de distintos procesos de las provincias del norte, de la década del 50, 60 y son hijos de esa, y otros son directamente migrantes más, de algunos países limítrofes, más recientes. (C, E3)

Refiriéndonos al cruce de categorías, es decir, personal que habla variedades distintas del español rioplatense y pacientes que casi no hablan su lengua de origen, se dio un caso al menos curioso al entrevistar a M., de 26 años, internada en Obstetricia. La secretaria del lugar, luego de explicársele el motivo de la entrevista, sugirió que M. podía ser candidata ya que al tomarle los datos no le había entendido nada, “es de origen boliviano y no habla nada, tuve que preguntarle a una amiga que la acompañaba”. En realidad, se trataba de una joven que no hablaba quechua, estaba en Argentina desde hacía más de 10 años, muy lacónica al contestar y que lo hacía en un tono muy bajo.

- E: ¿Vos hablás quechua?
- M: Castellano. Quiero hablar, pero no puedo hablar quechua
- E: ¿Y en tu casa en qué hablan?
- M: En mi casa hablan normal
- E: ¿Normal?
- M: Castellano. Mi mamá habla quechua, pero con otras personas.
- E: Y vos a tus otros hijos, ¿les hablás algo en quechua?
- M: No, otras palabras sí, pero a veces no, responder me cuesta. Nunca he hablado quechua, sí entiendo cuando me hablan. (M, E12)

Otro paciente vino de Paraguay solo para tratarse, es un inmigrante reciente y aún no sabe si se quedará luego de resuelto su problema de salud.

- E: ¿Cuándo vino para la Argentina usted?
- A: Y... hace como dos meses nomás, sí, dos meses.
- E: ¿Desde dónde vino?
- A: Del Encarnación.
- E: ¿Vino directamente para acá o pasó por otros lados antes?
- A: No, no, no, directamente acá.
- E: ¿Y por qué eligió este lugar?
- A: Y, para, buscamos mejoría del, para, ¿cómo es? El, el, salud.

Al preguntarle cómo era el lugar de procedencia, la forma de vida de la gente en Caaguazú, responde acerca de su falta de trabajo y cuando no puede expresar rápidamente su idea recurre a la esposa con un “¿cómo decimos?”.

Ahora estamos sin trabajo, nada de trabajo, porque la problema de salud, y eso es problema, bastante problemas porque, yo pienso, porque si, mover el trabajo, no decimos, el trabajo del, cuando ¿cómo decimos eso? Contále. Yo pensaba que, ¿cómo decimos?, contále, mi señora. (A, E10)

Respecto del origen de los pacientes en su conjunto, es de destacar que la base de datos de Epidemiología del Hospital no permite conocer su lugar de nacimiento, solo puede inferirse si es extranjero por el número de documento. El *software* utilizado es compartido por todos los hospitales de la Provincia de Buenos Aires. Esto es significativo en cuanto demuestra poco interés acerca de la procedencia de los pacientes.

Estas diferentes identidades culturales y lingüísticas conllevan diferentes representaciones sociales de la lengua de origen. Los hablantes de variedades minoritarias tienen, en general, una representación desfavorable de estas que los lleva a negarlas u ocultarlas, quizás como un modo más de integración a la nueva comunidad. PB. en una sola ocasión se nombra como boliviana. Se registra que baja la voz cuando en vez de “paisana” dice “boliviana”.

Yo me acuerdo puntualmente un caso cuando hice una rotación en un hospital, había una persona que hablaba quechua, y me acuerdo que era muy difícil explicarle, porque primero no es que yo sé quechua, tampoco no lo sé, pero hay una persona que realmente no se puede entender, yo me acuerdo que el médico intentó por todos los medios, pero realmente no se podía, y bueno en un momento la médica se recalentó y dijo: “Este es un maya, estoy explicándole a un inca, porque no me entiende nada”. Entonces, es muy difícil en estos casos y nos ha pasado también a nosotros con pacientes que uno quiere hacerles entender, pero es muy difícil porque... hay términos que yo nos los entiendo y el quechua es algo que por ahora ni yo que siendo, boliviana, no lo puedo entender, no entiendo. (PB, E8)

Un médico argentino de origen quechua (AC) contó fuera de la grabación lo que suele ocurrir cuando él se encuentra en la Emergencia y llega algún médico “extranjero” de un centro de menor complejidad derivando a un paciente. Este médico, por experiencias previas, asume que los otros profesionales lo “maltratarán”, por no ser del plantel del hospital y por la doble condición de “traer trabajo” y “parecer extranjero”. Cuando ve a AC., con su aspecto de coterráneo, se dirige directamente a él y le explica el caso, evitando a los otros. El origen quechua en común predice una mejor recepción. El migrante interno y el del exterior son objeto de diferentes representaciones sociales y un trato acorde. Aunque a veces, el maltrato es la regla:

Y otra cosa que no me gusta, es eh, a veces hay maltrato, no solamente, hay maltrato entre argentinos con el del interior y maltrato del argentino con el extranjero, y eso, no todos, ¿no? pero eso es algo que a mí me disgusta mucho. (PB, E8)

Efectos no deseados de las dificultades en las prácticas comunicativas

Consideramos efecto no deseado en este contexto a todo aquello que no beneficia a la persona que consulta o aún que resulta perjudicial en el proceso de recuperación de la salud. Veremos que hay una mayor incidencia de estos efectos adversos (si es que puede hablarse de un efecto adverso en relaciones interpersonales) entre los hablantes que no emplean la variedad estándar. Aunque no puede responsabilizarse a un solo factor, en los ejemplos siguientes el lenguaje parece jugar un rol central.

Cuenta AC. el caso de una señora que estaba como “perdida”, no sabía cómo comunicarse. Eso es traducido en el hospital como síndrome confusional y se decide internarla con diagnóstico presuntivo de meningitis.

Esto sería en el año 98, si mal no recuerdo, en que había ingresado una paciente traída de la calle, eh, perdida, no sabía cómo comunicarse, este... recuerdo que la trajo la policía. Había perdido aparentemente la dirección de su casa y no sabía cómo volver. El asunto es que quedó internada en la guardia y como no se podía interpretar lo que decía, este... se le hizo una serie de estudios pensando en un cuadro confusional, paciente con un síndrome confusional agudo, tomografía, punción lumbar, laboratorio y quedó internada y no había familiares en ese momento en la que uno pudiera decir el estado actual de la paciente, entonces se internó en Clínica Médica, eh. (AC, E4)

El entrevistado habla de *idioma, esa gente, cultura española, raza, idiomas dialectos*, en distintos momentos de su relato:

Eso fue un fin de semana y al día lunes en que yo como médico residente, este, tomo funciones a la mañana, el lunes, y veo que está en mi sala, preguntándole, castellano no podía hablar, español no podía hablar. Empezó a decir un par de palabras que me hizo acordar al idioma que manejaban mis abuelos, ¿no? Este, en realidad yo sé del idioma ese, sé hablar poquitas cosas, pero más entiendo, ¿no?, lo fundamental de cada situación en la

que vive prácticamente esa gente ¿no?, este. Y bueno, me empezó a decir que, bueno, que ella se había perdido, que no sabía cómo volver a su casa, que tenía dos hijos. Me dijo que tenía dos hijos y que en la calle unas personas la llevaron al hospital. Bueno, obviamente la parte, los análisis clínicos, el actual estado clínico de la paciente era bueno.

Pese a que estaba demostrado que era una persona sana, su rol en el hospital, y, por lo tanto, la manera de designarla, la mantiene como “la paciente”.

La paciente no estaba desnutrida, no tenía ningún tipo de enfermedad crónica ni aguda. Entonces tardaron un par de días hasta ubicar a la familia y cuando vienen, evidentemente la estaban buscando, pobre mujer, y se hallaba en un medio, en el que, bueno había venido hacía poquito de Bolivia, y todavía no sabía, este, bien, este, el idioma. Igualmente ella es de una zona donde no se habla prácticamente el español sino los idiomas dialectos de esa zona.

La familia, bueno, muy afligida, vino, agradeció y se la llevó. El problema había sido la comunicación que hubo entre los profesionales con la paciente, ¿no? Calculo que hoy en día, por ahí, hoy en día creo, ya no ocurre eso, ya está más asimilado, a que la gente, como hay por ahí más población de ese tipo. En esa época había muy poca población acá en La Matanza y más siendo así, del campo ella, de una zona así regional de Bolivia en la que prácticamente no hay acceso a la cultura española, hablando mal y pronto. Sí bueno, agradecida la familia. Yo la entendía bien, que la trajeron como presa, detenida, que quería darse a entender, pero era imposible. (AC, E4)

Si bien la familia estuvo agradecida, la señora fue sometida a una punción lumbar, irradiada para una tomografía, probablemente expuesta a gérmenes hospitalarios y se le realizaron otros estudios que podían haberse evitado si se hubiese comprendido o traducido su idioma al ingreso.

Asimismo, obsérvese, en el próximo tramo de este relato, la remisión al concepto de “concordancia racial y étnica” propuesto por East y Peterson (2000). Ellos observaron que en el área cardiovascular donde trabajaban, cuando un paciente de raza negra era atendido por un médico de raza negra y un blanco por un blanco, disminuía la disparidad. Lo mismo se aplica en Estados Unidos para los pacientes que hablan español y son atendidos por médicos hispanoparlantes nativos: tienen mejor evolución y responden estar más satisfechos que los que se comunican a través de intérpretes ad hoc (Pérez-Stable et al., 1997).

Dijo dos palabras, que, bueno, hablaba así de la religión, “por favor, Dios, por favor”, repetía cosas de la religión, católica obviamente, y que quería encontrarse con sus familiares lo más pronto posible. Obviamente, cuando me ve a mí prácticamente sus mismos rasgos, no es que, ellos lo ven. Yo lo noto actualmente, en la experiencia mía cuando lo atiende un médico que es descendiente o similar a su persona, a su imagen, se siente más en confianza y por ahí puede hablar otras cosas que con otras personas que no es de su religión o, ¿cómo es?, de su raza, este, por ahí más ensimismada, por ahí más con miedo, como le pasó a esta paciente, estaba con mucho temor, quería rápidamente encontrar a su familiar. Estuvo prácticamente 5 a 6 días en el hospital. (AC, E4)

El enunciador asume que él participa de los rasgos físicos de la señora lo que hace que ella se sienta más cómoda, tenga más confianza; es una ventaja en este caso. Sin embargo, esto podría llevar a lo que Juliano (1997) llama “una sociedad escindida: los tobos aquí, los guaraníes allí, las comunidades de distintos orígenes cada una por su parte; lo que llevaría a la construcción de barreras interétnicas y luego a los enfrentamientos” (p.6).

Algunas especialidades son especialmente vulnerables a las dificultades en la comunicación dadas por la lengua. Una de estas es Salud Mental. Una trabajadora social del Hospital relata el caso de una señora que hablaba guaraní en el sector de Emergencias:

Sí, hace 3 años aproximadamente, una señora que ingresa por la guardia, totalmente perdida, eh, sin zapatos inclusive, eh, y nadie le entendía demasiado nada. Lo único que hablaba, lo único que podía decir, es que se había subido a un colectivo amarillo, que la hija pensó que estaba en el colectivo y que no estaba y se bajó del colectivo, y no sabemos cómo llega acá al hospital. El Hospital abre la puerta, termina internada en Salud mental, porque parecía como perdida, que podía tener una cuestión psicótica.

[...] Y, más o menos tendría unos 40 y pico, menos de 50 años, una señora joven, muy dulce, muy amorosa, que aparentemente no nos comprendía demasiado. Sí hablaba de lugares en Paraguay, de muchos lugares, de personas, que nosotros rastreábamos por Google, porque pensábamos que eran sus familiares pero que, bueno, terminaban siendo, qué sé yo, políticos de Paraguay, eran como gente famosa allá.

[...] Hablaba poco en castellano y hablaba en guaraní, por lo cual nosotros en un momento le pedimos a una secretaria de traumato, ¿traumato?, de cirugía, que hablaba, a ver si podía venir y, este, relacionarse con ella. Igualmente, si bien hablaba con esta otra que hablaba su mismo lenguaje, digamos, seguía hablando de gente que no era su familia, no era su familia. (P, E14)

Los dos elementos que señala P. que mejor definen a la señora son: que no tenía zapatos y que solo hablaba guaraní, es decir, para el personal de la variedad estándar del castellano “no hablaba”. Su condición la convirtió en NN, alguien sin identidad, el lenguaje como totalizador: no hablar la lengua del lugar es perder la identidad.

Fue muy difícil, bueno, nosotros hicimos todo un protocolo que ya existía y se hace bastante poco en los hospitales, que es cuando uno encuentra un NN, una persona indocumentada, que no le podés sacar datos hablando con ella, por diversos motivos ¿no?, porque no habla, o porque tiene un retraso, por hicimos ese protocolo y la foto también la empezamos a hacer circular. Yo tenía unos conocidos, por, nada que ver, porque estamos en La Matanza, pero en San Telmo, en un club de hockey, de una chica paraguaya. Esta chica paraguaya tenía su hermana en Paraguay que es abogada. Esta abogada trabajaba en derechos humanos, empieza a hacer circular la foto en Paraguay y es así como aparece un hermano de, bueno, ella decía que se llamaba XX y no se llamaba así, tenía otro nombre que la verdad ahora no recuerdo su verdadero nombre, porque este, nos quedó el, el, el alias.

En este caso hay una admisión de la imposibilidad del equipo de salud de comunicarse con ella, el problema es bidireccional: ella no entiende y nosotros tampoco la entendemos.

[...] Entonces la encuentran, encuentran al hermano, el hermano se viene de Paraguay y el día que el hermano llega a buscarla, ella se escapó. Se escapa de acá, eh, bueno, por suerte la vuelve a traer la policía. Con el WhatsApp y qué sé yo, nos volvimos a comunicar con el hermano. Vuelve a buscarla y finalmente se la lleva y aparentemente la señora estaba parando en la casa de su hija. La hija no se sabe si se cansó, o se peleó, había estado un par de meses y el hermano estaba desesperado, porque toda la vida vivió con esta señora. Se la llevó a Paraguay y bueno, y así terminó la historia. Intervino también el Consulado, o sea que hicimos como muchísimas consultas para ver si podíamos recuperar su identidad y su familia, finalmente la encontramos por otra vía más informal, pero bueno. (P, E14)

En ninguno de los dos relatos hubo un desenlace trágico, pero en ambos el sistema (policía, hospital, personal) ejerció “violencia”, trató de encasillar a las personas que no hablaban la lengua estándar con una etiqueta médica, atribuir una patología, un diagnóstico.

Otro ejemplo, hasta cierto punto de grado menor pero muy revelador, es el que cuenta VM., trabajadora social y enfermera:

Voy a contar una anécdota que tuve con una paciente que cuando llega al consultorio tenía todos los síntomas, signos y síntomas, placa, todo, que era tuberculosis. Pero la paciente no, no expectoraba, no podía juntar el catarro para poder mandarlo a analizar. Igualmente se hace, se inicia el tratamiento en forma empírica, pero cada vez que venía le preguntábamos, era muy importante, entonces yo le preguntaba: “¿Vos podés escupir?, ¿podés juntar catarro?”, “No, no” me decía. Y cada vez que venía le preguntábamos: “¿Podes juntar catarro?, ¿hay posibilidades de juntar catarro?”. “No, no, no”, me decía. (VM, E2)

La necesidad de obtener muestra de expectoración antes de iniciar el tratamiento de tuberculosis se basa en que permite confirmar la enfermedad, identificar al germen, conocer su sensibilidad a la medicación, saber si la persona puede transmitir la enfermedad y, en el seguimiento, cuándo deja de hacerlo. Si bien en este caso se realizó el tratamiento sin demoras, no se brindó el mejor estándar de diagnóstico posible, aun contando en el hospital con todos los elementos para realizar examen directo, cultivo y antibiograma.

Entonces, una vez, creo que al tercer mes, le pregunto, porque ya era, nos habíamos hecho amigas, compañeras, así como que ella era... Me comentaba que no quería tener hijos, entonces yo le hablaba de los métodos anticonceptivos, que la medicación, que tenga cuidado que la medicación, los tuberculostáticos, podían bajar la eficacia de las pastillas anticonceptivas, que use también forro, enseñarle a usar. Y entramos como en una confianza así, importante, en la cual ella me dijo: “¿Te puedo hacer una pregunta?”; yo digo: “Pero por supuesto, claro que me podés preguntar”. “¿Que es catarro?” Y yo le digo, me quedé helada, “¿No sabes lo que es catarro?” Me dijo: “No”. Entonces yo le expliqué lo que era catarro. Y

me dice ella: “Pero eso se llama flemita”. O sea que la paciente durante esos tres meses tenía “flemita” y yo no sabía que ella podía identificar a través de la flemita el catarro. Para mí fue un error enorme que a mí ya me quedó grabado que no hay que dar nada por sentado. Me sirvió para otros pacientes, pero para todo, y no solo para el catarro, para identificar fiebre, identificar cualquier palabra que nosotros usemos comúnmente y que lo demos por hecho que el otro lo sabe, no tenemos porqué saber si el otro lo sabe. A mí me enseñó muchísimo. (VM, E2)

La lengua dominante o de más prestigio da por sentado catarro por flemita, las “fricciones” en la comunicación dejan enseñanza a los profesionales: no hay que dar nada por sentado, concluye esta trabajadora social. Las dudas en el otro tardan en expresarse, en este caso hubo menos reticencia para hablar de temas íntimos y personales que del significado de una palabra de uso habitual entre el personal de salud. El lenguaje no es transparente, pero se usa como si lo fuera hasta que aparecen casos como este.

Otro ejemplo en este sentido, pero aquí los que no comprenden son los profesionales excepto uno que oficia de traductor, es el siguiente:

Hace poquito tuve un caso en el que tuve que llevar a una paciente del centro de salud número 3 de Capital Federal, Hospital Santojanni, una paciente que estaba con edemas, insuficiencia cardíaca y bueno. Cuando llega al hospital, bueno, yo la dejo en el Servicio de Guardia, en Clínica Médica, este, y ella, le dan de comer, o sea, le traen comida y lo que pedía, decía: “*kachicito, kachicito*”, eso significa “sal”, si le podían dar sal, porque la comida no tenía sal. Obviamente la comida del hospital no tiene sal, entonces la gente, los que estaban ahí con ella, las chicas del comedor, no sabían lo que les pedía, les comenté que era sal lo que pedía. Igualmente, sal no podía comer porque estaba con un problema cardíaco, así que más o menos la orienté y más o menos lo entendió. Ese era el discurso de la paciente, una señora mayor. (AC, E5)

En el caso de una enfermedad crónica que requerirá tratamiento por el resto de la vida como es la insuficiencia cardíaca, posiblemente también hipertensión arterial, la palabra “sal”, su supresión o reducción en la dieta, es bastante crucial para asegurar una buena evolución.

Una señora de origen boliviano, de 78 años, con 20 años de residencia en el país, relata su sentimiento de ser doblemente extranjera: “Sí, pero acá estoy casi 20 años y no me voy a acostumbrar allá, porque ya he ido varias veces y no me puedo acostumbrar, me vengo, me vengo nomás” (MM, E13). Pero su principal preocupación es el tratamiento que desea para el final de la vida, ligado a la cultura de origen:

[...] No me quiero enterrar acá, porque te entierran acá en una fosa, allá dos metros en profundidad, allá te dan misa, te dan cabo de años, 9 días, acá no hay nada de eso, te morís, de color se ponen y listo, ya está. (MM, E13)

Cabe señalar que, en este reducido número de entrevistas apareció claramente uno de los presupuestos que guiaron el trabajo, es decir, que el lenguaje podía ser una dificultad

en el proceso de atención si no se lo tenía en cuenta. Asimismo, se detectaron algunas estrategias que podrían considerarse respuestas a esta problemática, con distinto grado de organicidad. Haremos mención a algunas de estas en el siguiente apartado.

Estrategias puestas en juego frente a la diversidad lingüística y cultural

Ante la diversidad lingüística surge la necesidad de encontrar mediadores que puedan “traducir” a la variedad mayoritaria. En Argentina, la práctica más común es recurrir a un familiar o acompañante bilingüe o con algún dominio de ambas lenguas o terceros disponibles en el lugar, es decir, personas *ad hoc*. Los problemas de usar este tipo de intérpretes informales se relacionan con: la confidencialidad, el conocimiento incompleto de la terminología médica y la posibilidad de crear problemas intrafamiliares (Brach y Fraserirector, 2000). En el caso de nuestro estudio, los intérpretes fueron una secretaria de cirugía, el sacerdote del Hospital y, en primer lugar, siempre la familia.

[...] Muchas veces están los familiares, el problema es cuando no hay familia, como en este caso y nos ha pasado en otras oportunidades que bueno o venía el cura del hospital que también, hemos llamado a varias personas para hablar en guaraní, vamos buscando la vuelta como para podernos comunicar. Por lo general, hay familia que es la que intercede, pero hay muchos casos que no hay. (P, E14)

En el caso ya mencionado de A., que vive en Caaguazú, Paraguay, y vino al país dos meses atrás para tratar un problema de salud, se encuentra internado y su esposa es la que oficia de intérprete. La mira cada vez que no logra evocar la palabra que desea en castellano. Habla en guaraní con ella antes de contestar porqué vino a la Argentina y en varios momentos de la entrevista:

- E: ¿Usted allá consultaba, tenía algún centro de salud?, ¿o tenía que viajar mucho para atenderse? ¿Dónde se atendía?
- A: Hay uno centro de salud el hospital, pero la parte, mal, ¿cómo decimos? Mal, mal, tratamiento porque, no encontramos mejoría, se medicamos y no encontramos mejoría allá.
- E: Y ahora acá, por ejemplo, usted, cuándo lo atendieron la primera vez, que habrá sido en la guardia o en algún consultorio, ¿pudo contar bien lo que le pasaba?, ¿o tuvo dificultad para que el médico le entendiera?
- A: La parte, los médicos es muy buenos de acá.
- Esposa de A: traduce (no se oye)
- A: Eso sí, ese no me acuerdo bien porque, medio amareado, medio amareado. No me acuerdo bien, doctora.
- E: Pero después cuando lo internaron, ahora, acá, ¿Usted siempre necesita que su señora le traduzca, o más o menos entiende?

Pregunta en algo en guaraní.

- Esposa de A: traduce (no se oye)
- A: A veces sí, sí, sí, a veces se confunde. (A, E10)

Se le pregunta si conoce su diagnóstico, lo cual es esencial para realizar el tratamiento y si bien responde que sí, cuando intenta precisar usa frases muy vagas y nuevamente deriva la respuesta a su mujer.

- E: ¿Usted pudo saber de qué estaba enfermo, le dijeron lo que le pasaba?
- A: Sí, exactamente me dijeron todos los problemas que tengo.
- E: ¿Y usted puede nombrar qué le dijeron, qué diagnóstico tenía, si era tema de presión alta, diabetes, alguna enfermedad que Ud. conozca que le hayan dicho que tiene?
- A: Eh, por supuesto, no, no sé. ¿Qué dice?
- Esposa de A: ¿Qué enfermedad es la que tienes?
- A: Sí, Sí, lo que tengo es coagulación de sangre ahora, encontramos y después y otra cosa no, o sea que no me acuerdo más, eso.

En otro momento de la entrevista, pregunto por las “chicas” para referirme a las hijas y eso tiene que ser traducido por la esposa:

- E: Y cómo van a hacer con las chicas, se van a quedar allá, o las van a traer, las van a visitar de vez en cuando.
- A: Mi señora -dice rápidamente y la mira pidiendo traducción.
- Esposa de A: Las hijas.
- A: Ah, mis hijas. Vamo a ver, vamo a ver cuando llamamos, capa que va a venir, porque, la más chiquita, si la más chiquita tendrá que venir. Las otras tienen su familia allá.
- E: ¿Qué cosas le resultaron más difíciles entender de la manera de hablar de acá?
- A: Y po lo meno yo, no es tan difícil pero la parte del porteño esa es más difícil para contestar.
- [...] La verdad que ahora no extraña nada, estoy un poco de aburrido de allá porque necesita curarse y buscamos mejoría de acá. Eso es lo que pensamos. (A, E10)

Puede observarse en estas intervenciones que el hablante varía en género, número y persona al hablar en castellano. Estas respuestas no son las esperadas en términos del estándar, permiten una comunicación elemental, instrumental, pero no acceder a una narrativa muy elaborada de su padecimiento.

La mera existencia de un intérprete *ad hoc* disminuye el riesgo de la atención, si bien se deben cuidar la confidencialidad y la privacidad. Además, dirigirse con la palabra a otro implica el riesgo de no visualizar al que no habla la lengua, hasta a perder de vista su humanidad.

Se registraron otras respuestas individuales entre los entrevistados, como la que relata la enfermera de tuberculosis.

Implementamos como una cartelera pegando las pastillas, poniéndole los nombres, y a la vez se le hace un, se le hace en un recetario el dibujo de los comprimidos, los horarios que los tiene que tomar, y haciéndole tipo carteles como para que se lleven eso a la casa. (V. E11)

Una trabajadora social, que es a la vez enfermera, desarrolló con la comunidad quechua un folleto en esa lengua a partir del reclamo de un paciente:

Siempre me acuerdo de un paciente en una de las reuniones que nosotros hacíamos con, en los talleres, que nos echaba la culpa, fuertemente, ese señor decía: “Entonces la culpa la tienen ustedes”. Y yo le pregunté por qué: “Porque si nosotros hubiéramos sabido que la tuberculosis existía y la forma de prevención, yo no me hubiera enfermado”. Y me dijo: “tendríamos que hacer algo”.

Entonces nosotros empezamos a trabajar sobre un folleto, pero no el folleto que nosotros venimos conociendo de otros municipios, o el folleto que puede hacer el Ministerio de Salud, sino un propio folleto, nuestro, más allá de nuestra propia lengua, como a través de algunos dibujos, porque hay muchos que no saben leer ni escribir, como a través de los dibujos, el paciente también podía entender qué era lo que se estaba transmitiendo.

Respecto de los contenidos de este material, se decidió que abarcarían otros aspectos, más allá de los instrumentales referidos al tratamiento. Las entrevistas en profundidad que se realizaban especialmente al informar el diagnóstico, permitieron conocer otras necesidades:

Y no solamente decir cómo era la toma, o lo que tenía que ver con la tuberculosis, sino los miedos, los mitos, los miedos, esas cosas que ellos mismos me transmiten a mí a través de esa entrevista que es profunda.

[...] Entonces el compromiso de poder elaborar un folleto durante un año con los mitos, las debilidades, los problemas que tiene el sistema, me pareció como un logro. Ese folleto es el que seguimos haciendo hasta el día de hoy. Me parece que es el mejor folleto porque es *mi* comunidad, es *mi* población, son *nuestros* pacientes, es lo que nos pasa a nosotros.

[...] Me parece que es muy importante elaborar un material de escritura, más allá de la escritura, que llegue y en qué forma. Cuando ese paciente sabe que ese folleto lo hizo otro paciente me parece que ya llega de una manera distinta. (VM, E1)

Luego, el folleto elaborado circula y sus efectos pueden ser muy variados. VM reflexiona también acerca de la inferencia automática que se hace entre “no sabe leer ni escribir mi lengua, luego no sabe hablar ni escribir”, cuando bien podría hacerlo en otra lengua.

[...] Y en este folleto quichua, por ejemplo, hoy justamente lo trabajé, una pareja en la cual el varón tenía tuberculosis, acompañado por su esposa, que no sabía leer ni escribir. Yo lo di por hecho que no sabía leer ni escribir, español, capaz que ella quechua sabe leer y escribir, y eso es un error, yo hoy me quedé pensando.

Y así que cuando les comenté que existía un folleto en quichua se pusieron muy felices los dos, y eso me hizo, ¡qué bueno es tener un folleto que ellos puedan permitirme a mí, que ellos conozcan que hay alguien del sistema de salud que piensa en ellos!, que hay una tradición, un folleto y la comunidad, es como si estuvieran en su propio país. (VM, E1)

Seguramente podríamos encontrar otros ejemplos de fuerte compromiso personal con la tarea en todos los sectores. Pero esto no debería depender de individualidades más o menos proclives a la interculturalidad.

En el Hospital Paroissien, aun cuando no se haya considerado explícitamente el tema lingüístico, existe un esbozo de abordaje institucional. Desde 2010, diversos sectores del hospital (Trabajo Social, Cirugía, Terapia Ocupacional, Psiquiatría, entre otros), se integraron en un grupo que trabaja en salud intercultural⁷. Uno de los fundadores del grupo de salud intercultural dice:

El concepto es, si se puede pensar, en 2010 cuando empezamos, ¿se puede pensar en una medicina que tenga un núcleo científico técnico de la mayor jerarquía posible que nos de eficiencia y eficacia, pero rodeado de un marco cultural y ético, de la cual la ciencia no lo tiene, que nos da la sabiduría popular? Nosotros decimos que sí. ¿Lenguaje y cultura? ¿Cómo lo vemos nosotros? Sí, acá le llamamos grupo de salud intercultural porque La Matanza tiene su propia cultura ¿eh?, que es diferente a la cultura occidental donde predomina la racionalidad, el concepto, por eso el lenguaje, ¿eh? En La Matanza aprendimos de la población. (D, E6)

El entrevistado señala la posibilidad de ver la totalidad al integrar los aspectos étnicos y culturales e interpreta la violencia en el marco de choques de cultura.

Uno trabaja en algún lugar, tiene que aprender de todo el mundo, y aprender de la población es importante porque esto aumenta la capacidad de poder ver la totalidad de la cuestión porque a nosotros nos dan las normas, las cosas y hay que aplicarlas, eso es muy cortito. Creo yo que esto de la violencia que está en auge ahora, no es tanta como la que debería de ser, y eso es gracias a la población nuestra, que nos entiende más que nosotros a ellos. Entonces a veces se producen estos choques de culturas, son verdaderos choques de cultura y explotan. Cuando explotan decimos “ay nos atacaron, nos atacaron”, en realidad hay un no entendimiento. (D, E6)

En una frase se resume cómo lo que podría ser una desventaja es punto de partida para una mayor conciencia: “Acá tenemos ventajas: estamos en contacto con la injusticia y

eso nos hace ver el concepto de justicia y podemos aprender de nuestra población” (D, E6).

La etapa de formación del personal de salud da una oportunidad única para integrar estas cuestiones en una forma organizada. El Hospital cede sus instalaciones para el dictado de un Bachillerato en Salud al que concurren estudiantes de enfermería, auxiliares, empleados en otras áreas como Farmacia, en su mayoría de hospitales públicos. Una de las materias es *Cultura y salud*.

Lo que trabajo ahí es una especie de antropología de la salud, lo que trabajamos en relación a este tema es la salud migrante pero fundamentalmente trabajamos la salud intercultural, bueno, vemos, eh, o trabajamos las diferentes, la brecha que hay entre el sistema biomédico, la medicina científica y la medicina más tradicional o las prácticas culturales de los pueblos, que no se trata solamente de un problema aislado o que pasa en otros lados sino que en el conurbano bonaerense o en las grandes ciudades también se expresan culturas y lenguajes que tienen que ver con las tradiciones, con las culturas que vienen de antes de migrar. (C, E3)

Si bien estos no son casos cotidianos, como lo resume el entrevistado, no se pueden realizar intervenciones efectivas sin tener en cuenta los procesos culturales:

Por ejemplo, qué se yo, ayer justo le contaba, cómo trabajar en algunas comunidades, cómo trabajar estos problemas, en una comunidad andina de Bolivia, por ejemplo, que hacían un ritual de con algunos enfermos, con algunas epidemias, de quemar por ejemplo el cuerpo y las pertenencias de esa persona y a veces el sistema de salud viene y quiere imponer prácticas que desde el punto de vista científico son correctas pero que no negocian con el ritual, con el jefe de la comunidad o algún tipo de chamán que exista ahí, no para imponer la idea biomédica sino para negociar y poder articular alguna práctica que puede ser beneficiosa y no ponerse en contra del propio. Si no entendemos los procesos culturales es muy difícil. (C, E3)

Cuando se le pide una reflexión sobre el lenguaje, el entrevistado señala el choque entre el lenguaje técnico y el de las comunidades, que va más allá del idioma, las diferencias apuntan a los significados.

En el sistema de salud se produce un choque entre el lenguaje técnico del sistema de salud y el lenguaje de las comunidades. A veces como que hay, se produce como ese choque, no solamente a veces con personas que no hablan el propio idioma, sino que los signos los significados son totalmente distintos, muchas veces dificultan los tratamientos por no entender los significados que tienen para algunas personas y los significados que tiene para el sistema de salud. Justo ayer habíamos leído una poesía, un poema de un indio que murió de leucemia en un pueblo maya en México y que le hablaba como a su comunidad y hablaba del problema del lenguaje, hablaba de los hermanos, decía que acá nadie hace el esfuerzo por entendernos, él decía que teníamos que aprender el castellano pero también los médicos tendrían que aprender nuestro idioma para poder, somos todos humanos, y era bastante dramático pero mostraba cierta dificultad, él decía que entramos a un sistema de salud y deambulamos por los hospitales. (C, E3)⁸

Cabe preguntarse el impacto de la inclusión de estos temas en la práctica futura de estos agentes de salud. “La idea es descubrir que la salud es algo mucho más amplio que eso y que todo lo que tenga que ver con la cultura que uno tiene es muy importante para resolver la salud comunitaria” (C, E3).

En relación al contexto que estamos analizando, se asigna especial relevancia a la Carrera de Medicina de la UNLaM, dado que está ubicada estratégicamente en el partido y a minutos del Hospital. Su enseñanza se propone como innovadora. Los alumnos ingresan al sistema de salud desde el primer año, se consideran parte del equipo como estudiantes y no meros observadores. Las materias se integran en diferentes ciclos y en el de Atención Primaria de la Salud (APS) y orientación comunitaria se dicta Interculturalidad y salud (UNLaM, 2018). Ocupa un cuatrimestre con una carga horaria de 6 horas semanales. En los contenidos mínimos de esta asignatura se señala la complejidad de la población y la necesidad de incorporar la perspectiva intercultural.

Por otra parte, en el marco referencial de la materia, se previene acerca de la necesidad de contemplar las identidades múltiples de los sujetos, que van más allá de sus comunidades de origen u otras características.

La carrera incluye tres escenarios de aprendizaje: Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), Campo y Laboratorios de habilidades clínicas⁹. El escenario Campo es el sitio de salud donde el alumno realiza sus primeras intervenciones (sala periférica, hospital, consultorio, etc.) y el Hospital Paroissien es uno de ellos. Uno de los profesores de Medicina Interna I y II, con sede en el Hospital, fue entrevistado vía email y relató el egreso, al concluir 2017, de los primeros 50 alumnos.

Entre ellos no había extranjeros, pero sí descendientes directos y el 80% era el primer universitario de la familia. Aprobaron un examen integrador similar al conocido como Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO), con la particularidad de que el 15% del puntaje evaluaba saludo, presentación y permiso a cada intervención. En este examen el estudiante pasa por varias instancias que le requieren distintas habilidades por lo que evalúa no solo el conocimiento sino su utilización y la aplicación en simulaciones de la vida real. (CP, E15)

El docente relata algunas situaciones anecdóticas que dan cuenta de estas competencias sensibles a lo cultural que poseen los estudiantes de la UNLaM. “Una alumna, ahora ya recibida, Paula, entrevistando a una señora muy viejita que había ingresado con ACV y síndrome confusional, al hablar en guaraní dejó de estar confusa, (¿o nunca lo estuvo?)” (CP, E15).

En otro caso, una alumna con competencia cultural en la comunidad wichi aclara al médico residente del Hospital la causa por la que una puérpera de este origen se negaba a comer pescado: “O uno de los residentes preguntando a una joven por qué no comía, si no le agradaba. Y la alumna afirmando: El pescado no lo aceptan jamás al dar el pecho” (CP, E15).

CONCLUSIONES

Se confirmó una situación de contacto del español rioplatense con el quechua y el guaraní en el contexto del Hospital Paroissien. No se encontró una forma fehaciente de conocer la procedencia de los pacientes en los registros estadísticos del hospital, solo fue posible deducir su carácter de extranjero o no por el número de documento. Tanto el colectivo de pacientes como el del personal de salud estuvo vinculado con familias migrantes. La heterogeneidad lingüística atravesó todos los estratos con distinta intensidad: hubo quienes entendían y hablaban la lengua de origen, quienes no se consideraban hablantes, pero eran parte de comunidades migrantes, quienes habían nacido o residían desde tiempo atrás en el país y también aquellos que habían viajado circunstancialmente para atenderse. Los grupos migrantes refirieron desventajas y desarraigo relacionados con esta característica y una representación sociolingüística hasta cierto punto negativa de sus lenguas autóctonas, que en ocasiones era necesario intentar borrar para adaptarse.

Se detectaron interferencias en la comunicación capaces de producir inequidades en la atención de la salud para los hablantes de variedades en minoría. Cuando hubo intérpretes siempre fueron *ad hoc*, familiares en el mejor de los casos, o circunstanciales. En los migrantes recientes con escaso dominio del castellano resultó difícil obtener una narrativa que fuera más allá de los padecimientos corporales. Esto implica la pérdida de la oportunidad de desentrañar el contenido simbólico de su enfermedad, en ese preciso momento de sus circunstancias vitales.

Se registraron algunos intentos de responder al desafío de la interculturalidad. Una de las respuestas más promisorias nos parece el cambio curricular en la formación de personal de salud de la región. Las nuevas generaciones de profesionales contarán en su bagaje con estrategias para abordar la diversidad lingüística y cultural de las poblaciones a las que asisten o al menos procederán con mayor empatía.

El ambiente hospitalario es solo uno de los sitios posibles donde estudiar esta problemática. Sería muy productivo hacerlo en escenarios de atención primaria o centros periféricos donde habitan muchas de estas comunidades migrantes, con lo que se observaría un despliegue más integral de sus condiciones de vida. Podría emplearse aquí un método etnográfico de aproximación al campo similar al que utilizamos en el caso de esta investigación.

No es posible recortar el habla de las condiciones socioeconómicas de los migrantes. Sin embargo, un primer paso para disminuir las inequidades, sería reconocer que las diferentes valoraciones de lenguas y grupos no son naturales sino socialmente construidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Garriga, D. (2013). Apunte para la instrumentación de entrevistas orales. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades de Ciencias de la Educación. <https://linguisticaunlp.files.wordpress.com/2013/09/apunte-para-la-instrumentacion-de-entrevistas-orales-dolores-c3a1lvarez-garriga.pdf>
- Bergagna, A.; Carrizo, K. y Sacchi, M. (2012). La dimensión intercultural en salud. Experiencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Argentina. *Revista ISEES Inclusión Social y Equidad en la Educación Superior* (11), 123-134.
- Brach, C. y Fraserirector, I. (2000). Can Cultural Competence Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A review and Conceptual Model. *Med Care Res Rev*, 57 (Supp 1), 181-217.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*, 286, 1897-1902.
- Dapena, M. (2017). *Las residencias de médicos extranjeros en el Hospital General de Agudos Dr. Diego Paroissien de La Matanza entre los años 2012-2017*. IPAP taller integrador final. Mimeo.
- Dara, M.; Solovic, I.; Sotgiu, G. et al. (2016). Call for urgent actions to ensure access to early diagnosis and care of tuberculosis among refugees. *Eur Respir J*, 47, 1345–1347.
- Department of Health and Human Services. Office of Minority Health. National Standards for culturally and linguistically appropriated services in health care. (2001). <https://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>
- Diez, M. (2004). *Reflexiones en torno a la interculturalidad. Cuadernos de Antropología Social*, 19. <https://linguisticaunlp.files.wordpress.com/2015/08/apunte-para-la-instrumentacion-de-entrevistas-orales.pdf>
- Duranti, A. (1992). La etnografía del habla: hacia una lingüística de la praxis. En N. F. (Comp), *Panorama de la Lingüística Moderna Tomo IV. El lenguaje: contexto socio-cultural* (pp. 253-274). Editorial Visor.
- East, M.A.; Peterson, E. D. (2000). Understanding racial differences in cardiovascular care and outcomes: issues for the new millennium. *Am Heart J*, 139, 764–766.
- Fernández Juárez, G. (2004). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. Ediciones Abya Yala.

- Figueroa-Saavedra, M. (2009). Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Nueva época*, 12, 149-175.
- Godenzzi, J. (2007). Ciudadanía intercultural y política de lenguas: perspectiva latinoamericana. *Signo y Seña* (18), 19-37.
- Hernández Campoy, J.M. y Almeida, M. (2005). Metodología para el estudio de la planificación inicial. En J. Hernández Campoy, & M. Almeida, *Metodología de la investigación sociolingüística* (págs. 37-112). Editorial Comares.
- Hymes, D. (1996). *Acerca de la competencia comunicativa. Forma y función*. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/formayfuncion/article/view/17051>
- Jodelet, D. (2000). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, 32-63.
- Johnstone, M.J. y Kanitsaki, O. (2006). Culture, language and patient safety: making the link. *International Journal for Quality in health Care*, 5, 383-388.
- Juliano, D. (1997). Universal/particular. Un falso dilema. En R. Bayardo, & M. Lacarrieu, *Globalización e identidad cultural* (págs. pp. 27-37). Ediciones Ciccus.
- Lorenzetti, M. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 148-176.
- Narvaja de Arnoux, E. y Bein, R. (1999). Introducción. Las representaciones del lenguaje. En E. Narvaja de Arnoux; R. Bein, *Prácticas y representaciones del lenguaje* (9-35). Eudeba.
- Ortiz, M. (2014). *La problemática del contacto lingüístico en una comunidad hospitalaria*. Trabajo final Cátedra Contacto Lingüístico, de la Carrera de Especialización en Procesos de Lectura y Escritura, Cátedra Unesco, Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.
- Pérez-Stable, E.J.; Nápoles-Springer, A. y Miramontes, J.M. (1997). The effects of ethnicity and language on medical outcomes of patients with hypertension or diabetes. *Med Care.*, 1212-9.
- Speranza, A. (Coord.); Fernández, G. y Pagliaro, M. (2012). *Identidades lingüísticas y culturales en contextos educativos*. Imprex Ediciones.
- Stival, M. (2017). Tiempo, procesos de atención y pacientes *quom* (toba). Una problematización de las perspectivas de los profesionales y personal de salud.

<http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/05/STIVAL-2017-Tiempos-y-procesos-de-atencion.pdf>

Universidad Nacional de La Matanza. Departamento de Ciencias de la Salud. (2018). Plan de estudio de Medicina. <https://salud.unlam.edu.ar/index.php?seccion=3&idArticulo=14>

¹ Médica, Universidad de Buenos Aires (UBA). Licenciada en Letras, Universidad de Palermo. Especialista en Procesos de Lectura y Escritura, Cátedra UNESCO (UBA).

² Con este término se designa a los 24 partidos que rodean a la Ciudad de Buenos Aires e integran junto con esta el Gran Buenos Aires.

³ Se realizó en el Hospital Nacional Baldomero Sommer, General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires.

⁴ “En el Hospital atendemos una gran cantidad de pacientes bolivianos y paraguayos fundamentalmente, hay casos donde no hablan castellano, te diría que son la inmensa minoría, hablan guaraní o quechua, pero insisto son la minoría, podré ver uno al mes, y siempre han venido acompañados por algún familiar. Genera mucha más limitación el índice de analfabetismo (muy escasa escolaridad o nula en muchos casos) que el no hablar español” (Dr. Salomone, Hospital Piñero, CABA).

⁵ Traducción libre de la autora para los fines de este artículo.

⁶ Se utilizó un sistema de notación que indica la inicial (o iniciales si se prestara a confusión) del nombre y el número con el que se guardó la entrevista.

⁷ Han elaborado y publicado con intermitencias un Boletín en la dirección: http://argentina.indymedia.org/uploads/2012/06/boletin_salud_intercultural_julio_2012.pdf

⁸ Se refiere al poema cuyo inicio está en el epígrafe y que puede encontrarse completo en la cita.

⁹ Escenarios de aprendizaje son lugares donde los conocimientos se traducen en prácticas. Por Aprendizaje basado en problemas (ABP) se entiende el tratamiento de un caso propuesto por el profesor en sus distintos aspectos, con identificación de fortalezas y necesidades de aprendizaje. El Laboratorio de habilidades clínicas incorpora los exámenes complementarios para la integración de un diagnóstico.