

# Multiculturalismul profesional în domeniul medical

**Abstract:** *Articolul de față are ca scop să ilustreze multiculturalismul profesional în domeniul medical, pornind de la o analiză a definițiilor multiculturalismului din literatura de specialitate, remarcându-se trei abordări principale în discursul public (ideologic-normativ, programatic-politic, demografic-descriptiv) și preponderența domeniilor socio-umane; am propus o nouă definiție a multiculturalismului ca metodă (încorporarea de elemente din alte culturi în elementele specifice propriei culturi pentru a se crea versiuni de produse, servicii, soluții etc. adaptate unor alte contexte culturale) și ca fenomen din două perspective i) o realitate caracterizată de o diversitate de oameni și/sau valori, bunuri, practici (ș.a.m.d.) cu origini culturale diferite; ii) omul multicultural care a trăit în mai multe țări și a asimilat și integrat în mod sincretic valori din acele culturi. În continuare, am ilustrat modurile în care este abordat conceptul de multiculturalism în discursul academic și profesional din domeniul medical: a) diversitate umană etnic-culturală prin: propunerea conceptului de „competență culturală” ca și strategie și abilitate dezvoltată de unitățile medicale pentru a-și îmbunătăți serviciile medicale pentru pacienții de origini culturale diverse; diversitatea culturală a studenților medici internaționali, dar și a personalului medical și implicațiile sale; b) cooperările internaționale dintre unitățile medicale și organizații, instituții guvernamentale sau neguvernamentale din domeniul medical. În final, am expus forme și aspecte sub care se regăsește multiculturalismul în mediul clinic privat din România în relație cu procesul inovator de adoptare a tehnologiilor medicale avansate, fiind totodată linii directoare în cercetare.*

**Keywords:** multiculturalism, competență culturală, mediul clinic privat, tehnologie medicală, cooperare internațională,, inginerie clinică

**Jel Codes:** I15, M16, 039

## 1. Introducere. Definirea multiculturalismului în context global

Multiculturalismul este o forță, o necesitate mare planetară. Organizațiile cu activitate internațională/transnațională sau măcar interculturală, pornind de la cele de afaceri, au nevoie de multiculturalism pentru a se putea adapta și dezvolta în contextul unei piețe atinse deja de globalizare de zeci de ani și în care au loc mutații importante:

- 1) Necesitatea ca organizațiile să devină cât mai originale, să găsească soluții, strategii inovative de dezvoltare
- 2) Necesitatea ca organizațiile să fie capabile să adapteze fiecare „rețetă” a lor (strategii, produse, servicii, politici ș.a.m.d.) la nevoile clienților/beneficiarilor

Practic, organizațiile au nevoie de multiculturalism ca metodă inovativă de pliere la culturile locale din piețele în care operează. În acest sens, multiculturalismul le ajută să-și selecteze membrii, să-și personalizeze valorile, produsele, serviciile, politicile și strategiile de management, marketing, vânzări, Public Relations, CSR, să-și gestioneze contabilitatea ș.a.m.d.

Conceptul de multiculturalism este foarte complex, fiind abordat din 3 perspective în discursul public: demografic-descriptiv, ideologic-normativ și programatic-politic (The International Federation of Library Associations and Institutions -IFLA).

- din punct de vedere demografic-descriptiv, cuvântul „multicultural” este folosit cu referire la existența unor segmente etnice sau rasiale diverse în cadrul populației unei societăți sau a unui stat;

- în utilizarea programatic-politică „multiculturalism” se referă la anumite tipuri de programe și inițiative politice menite să răspundă și să gestioneze diversitatea etnică;
- accepțiunea ideologică-normativă a multiculturalismului constituie un slogan și un model pentru o acțiune politică bazată pe teoretizare sociologică și o abordare etic-filosofică a locului celor cu identități culturale distincte în societatea contemporană.

Multiculturalismul ca metodă constă în a încorpora elemente din alte culturi în elementele clasice ale propriei culturi de proveniență din care s-au creat produsele/serviciile/politicile/strategiile (ș.a.m.d.) originale, având ca rezultat versiuni adaptate contextelor culturale locale respective.

Multiculturalismul ca fenomen este abordat în lucrarea de față, parte a unui proiect mai amplu, din două perspective:

- a) Definirea omului multicultural drept o persoană care a trăit, a muncit, s-a dezvoltat, a creat în mai multe culturi, în mai multe țări și a asimilat și integrat în mod sincretic valori din acele culturi. Oamenii și organizațiile profesionale multiculturale au experiență de viață și profesională reală, practică. Ei sunt nevoiți nu doar să trăiască și să lucreze în alte culturi, dar și să le înțeleagă caracteristicile pentru a-și putea adapta afacerile/serviciile acelor culturi și a prospera pe piețele lor.

Astfel, lucrarea urmărește să surprindă aspectul multicultural și din perspectiva conducerii organizațiilor străine care și-au stabilit sau extins activitatea pe teritoriul altor țări. Segmentul suprem decident al unei organizații, care variază în funcție de tipul de organizație, de mărimea ei și de specificul ei poate fi: acționariatul principal, managementul de top, fondatorul/propietarul, consiliul de administrație, consiliul director managementul strategic ș.a.m.d.

Rostul unei astfel de abordări despre multiculturalism este de a învăța cum unele organizații de afaceri - în cazul proiectului de față, unități medicale private din România cu conducere sau acționariat străin - au făcut modificări de strategii printr-o abordare multiculturală nu neapărat din respect pentru cultura gazdă, ci pur și simplu din interese economice foarte concrete și foarte calculate care se regăsesc în componentele lor, în special în calitatea produselor și serviciilor și în satisfacția clienților/beneficiarilor (pacienți și personal medical) – lucruri esențiale pentru funcționarea oricărui sistem.

Multiculturalismul astfel abordat are la bază principiul relației de maestru-discipol practică în continuare cu succes în școlile cu sistem de mentorship precum cele din domeniile artistice, sportive și în industria restaurantelor. Potrivit acestui principiu, o entitate – persoană sau organizație, se pliază pe nevoile celeilalte identități ca să o ajute să evolueze prin ea însăși fără a renunța la propria identitate.

Firmele au preluat această viziune la nivel de structuri organizaționale. Pentru a satisface clienții dintr-o altă cultură, firma trebuie să învețe să integreze în identitatea sa valori din acea cultură, dacă ele nu se regăsesc în cultura sa de proveniență (Bibu, 2006:74). Spre exemplu, o companie auto va crea mașini cu design și/sau funcțiuni potrivite condițiilor de mediu, rutiere, fiscale și preferințelor clienților dintr-o anumită țară, păstrându-și calitatea și anumite caracteristici de design specifice culturii sale de origine (VolkswagenAg.com, *Different Countries. Different Models*, 2017; ToyotaGlobal.com.Smart Mobility Society. ITS World Congress 2014) sau își va adapta strategiile de marketing, promovând, de exemplu, același model de mașină în diferite culturi/țări sub diferite denumiri sau branduri specifice din motive ce țin de specificul limbilor locale sau de popularitatea unui brand (Autoguide.com.10 cars with different names in different countries, 2016).

Un rol esențial în satisfacerea nevoilor clienților dintr-o piață nouă îl au angajații organizațiilor de afaceri. Aceștia, atunci când încorporează noi valori aceștia trebuie să îi „simtă” pe clienți - să simtă, să gândească, să trăiască la fel ca aceștia pentru a crea produse, servicii care să-i satisfacă. În ceea ce privește unitățile medicale, clienții sunt pacienții. Conform cercetărilor din domeniu, satisfacția pacienților este direct legată de percepția acestora asupra aptitudinilor de comunicare interpersonală, tehnice, inteligența și calificarea personalului medical. Dintre toate, pentru pacienți prioritare sunt aptitudinile de comunicare interpersonală ale personalului medical. Cu alte cuvinte, trebuie să se pună accent pe identificarea nevoilor pacienților, astfel încât personalul medical să vină în întâmpinarea acestora, utilizând adecvat tehnicile și procedurile medicale (Strategie de dezvoltare – Strategie Spitalul Monza, 2017-2020:5)

Toți angajații aderă și se regăsesc în politica internă, în valorile organizației, precum și în cauza comună care îi motivează zi de zi să își desfășoare activitatea în cadrul companiei. Nicio organizație de afaceri nu mai poate exista fără o misiune reală care să răspundă unei nevoi a comunității și în același timp să fie originală și satisfăcătoare pentru angajații ei. Aceștia nu mai sunt motivați exclusiv de resursele financiare primite (altfel ar rămâne simpli mercenari), ci de finalitatea și rezultatul acelei munci în care se regăsesc ca ființe creatoare, oferindu-le un sens în viață și o valoare a acesteia derivată din satisfacția pe care rezultatele muncii lor le oferă comunității. Angajații pot fi comparați cu soldații devotați cauzei pentru care luptă, iar firmele/organizațiile cu armatele performante din imperiile de odinioară (Burcu, 2007:84). Pentru a lucra cu astfel de soldați-angajați, firmele vor opera schimbări în criteriile de recrutare. În prezent criteriile principale sunt experiența și abilitățile profesionale. Însă nu e suficient. Este necesar să devină prioritare criteriile care țin de calitatea umană, morală a persoanelor, de profilul lor psihologic: pasiunea, vocația pentru domeniu; interesul sau cel puțin deschiderea spre cunoașterea culturii de origine a organizației angajatoare și a culturii locale în care aceasta activează, motivație intrinsecă, dorința de a cunoaște alte culturi de la care să învețe. Spre exemplu, angajații români ai unei firme străine activă în România dacă dezvoltă pasiunea pentru cultura țării de origine a firmei, devin ambasadori ai acelei culturi precum și ai organizației în rândul societății românești. Cu alte cuvinte, angajații români, indiferent de funcția sau poziția ocupată, reprezintă puntea de legătură între organizație și piața românească. În calitate de purtători ai valorilor culturii românești, ei sunt cei care îi pot „simți” pe clienții lor conaționali/concetățeni și, dacă au motivația necesară, pot da maxim de randament în crearea de produse și/sau servicii inovative/originalare corespunzătoare nevoilor și preferințelor clienților români și în același timp să rămână reprezentative pentru identitatea companiei și a culturii sale de origine.

Motivarea angajaților, presupune, printre altele, crearea unei context favorabil schimbului de valori, lucru posibil prin crearea de către companii a unor mecanisme speciale de acțiune adaptate noilor realități socio-economice și personalizate contextelor culturale în care operează: de la achiziționarea celor mai talentați angajați, la investiția în continua lor dezvoltare personală, la eficientizarea creativității și originalității, la acțiune în front și tehnici de lucru în echipă; managementul prin obiective, decizii de grup, consens și cooperare etc. (Burcu, 2007:83-84).

- b) O realitate caracterizată de o diversitate de oameni, tehnologii, practici, valori cu origini culturale diferite. Această abordare se aplică în cazul organizațiilor cu echipe multidisciplinare, cu angajați și alte categorii de personal provenind din mai multe culturi; în cadrul lor este necesar un context favorabil pentru a se armoniza unii cu alții, să învețe unii de la alții, pentru a putea colabora în cadrul unui proiect. Dacă fiecare om implicat în proiect aporțează cu valoarea lui și se simte bine făcând

schimb de valori cu ceilalți diferiți de el, atunci fiecare progresează mai mult punând suflet, iar rezultatul final – produs sau serviciu - va fi unul unic, de succes, care va încorpora un grad sporit de originalitate și în același timp se va plia pe cerințele pieței în care operează.

Acestei variante de multiculturalism îi corespunde parțial ceea ce cercetătorii de management numesc „management intercultural” sau „cross cultural management” în limba engleză (Nicolescu & Ionescu, 2011) definit drept „un tip de management care se realizează în organizații în care angajații provin din culturi naționale diverse, prin care se iau în considerare diferențele culturale dintre acestea.” Acest tip de management s-a dezvoltat „odată cu accelerarea procesului de internaționalizare. Atunci când într-o companie lucrează grupuri de oameni proveniți din culturi diferite, managementul trebuie să opereze cu sisteme de valori culturale și religioase diferite, ceea ce implică noi abordări în sistemul motivațional și decizional al companiei. Managementul intercultural este important în prevenirea conflictelor interetnice, iar dacă acestea se produc, în reducerea consecințelor posibile. Managementul intercultural are un rol important în crearea unei culturi organizaționale noi care să integreze valori din fiecare sistem cultural reprezentativ pentru angajații firmei, astfel încât să se evite orice formă de discriminare” (Nicolescu & Ionescu, 2011:46).

Multiculturalismul este un produs personalizabil pentru fiecare persoană, organizație sau comunitate și se poate face doar prin actori vii – persoane fizice sau instituții, organizații. Fiecare are nevoie de o rețetă proprie de succes în care folosește ingredientele necesare în mod personalizat: ritm propriu, în cantități diferite, într-o perioadă de timp mai lungă sau mai scurtă ș.a.m.d. Astfel, avem nevoie să creăm contexte multiculturale și oameni potriviți care sunt deschiși la schimbare. Precum într-o orchestră: prima dată creăm partitura, iar apoi invităm interpreții

Încorporarea de valori multiculturale, flexibilitatea unei organizații, înțelepciunea ei și capacitatea de a se plia pe valorile unei alte culturi sunt un set de virtuți esențiale în noul context global. Ele sunt total opusul globalizării făcute în mod eronat, prin forță, prin impunerea unui model cultural în defavoarea celorlalte.

## **1.2. Fenomene care nu se asociază cu multiculturalismul**

Multiculturalismul nu trebuie confundat sau asociat cu următoarele fenomene:

### **a) Importul valorilor altei culturi și dizolvarea valorilor culturii proprii**

Globalizarea, un proces firesc accelerat odată cu dezvoltarea imperiilor coloniale și mai ales după cel de-al doilea război mondial, odată cu revoluția tehnologică, a avut și efecte mai puțin dorite, iar în prezent are și conotații negative, în contextul de criză socio-economică, din cauza modului greșit în care a fost gestionat în ultimii zeci de ani. Economiiile mai dezvoltate și organizațiile de afaceri din cadrul lor au încercat să dețină monopolul, să-și impună propriul model cultural, incluzând aici și tipurile de servicii, produse, de pe poziții de superioritate și de dominare și beneficiind de resursele piețelor dominate. Astfel, s-a aplicat principiul darwinismului social, de supraviețuire a celui mai puternic („surival of the fittest”) ce a rezultat într-un spirit corporatist de competiție în sens agresiv, de eliminare a concurenței din teama de a nu fi la rândul lor dominate și lipsite de resurse de către aceasta (Bibu, 2006:73). Crizele sociale, economice, politice, morale actuale de la nivel global sunt o consecință și a acestui mod de a gândi și a gestiona relațiile cu terții – persoane, organizații, comunități, state. S-a creat un dezechilibru prin sărăcirea piețelor dominate, fapt care are consecințe și asupra bunăstării statelor cu economii mai dezvoltate.

Globalizarea gestionată în mod corect va folosi o abordare multiculturală bazată pe principii valorice de schimburi echitabile, de transfer de expertiză și valori potrivit nevoilor și specificului fiecărei persoane/entitate/organizație/societate. Organizațiile au început să își dea seama de nevoia de a trăi într-o lume cu mai mulți poli de putere, fiecare cu identitatea și modelul cultural propriu, organizată în rețele pentru a supraviețui. (Flanța, 2012; Badrus & Rădăceanu, 1999:99-101; Lisovschi, 2007:42). Profesorii Gheorghe Badrus și Eduard Rădăceanu (2009:102) afirmă cu privire la economiile naționale că „sunt și rămân un mediu fertil pentru creștere și dezvoltare economică, inclusiv în condițiile globalizării. Pentru a valorifica acest potențial este necesar ca economiile naționale nici să nu fie transformate în bastioane, cu atât mai puțin în insule autarhice (ceea ce nici nu ar fi posibil), și nici în depozite de bunuri vândute străinilor cu toptanul sau sate fără câini lăsate la discreția vânzătorilor transnaționali.”

Noile principii din evoluția societății, și implicit a sistemului economic, mai sus amintite – cooperarea și creativitatea – reconsideră/redefinesc, într-o mare măsură, comportamente de bază vechi ale ființelor vii în general, între care competiția, teritoriul, întâietatea, dorința de putere. În fazele anterioare din evoluția comunității și a economiei, aceste comportamente se manifestau în exterior și se realizau prin raportare, opoziție față de alte sisteme, piețe sau competitori. În prezent, asistăm la tendința ca aceste comportamente să își mute câmpul de manifestare în interiorul ființelor umane, al organizațiilor de afaceri și al comunității în care acestea își desfășoară activitatea. Dorința de putere și de întâietate, precum și simțul competiției rămân la fel de actuale și poate chiar mai puternice decât în fazele anterioare ale evoluției societății și a economiei. Mutația majoră însă este generată de schimbarea setului de valori și implicit a instrumentelor prin care principiile cooperării și ale creativității sunt realizate. Ca să își valideze puterea, superioritatea, valoarea proprie, sistemul economic, întocmai precum ființa umană, nu se mai raportează la elemente externe, ci la propria capacitate de a crea valori și a le exterioriza, precum și gradul de originalitate încorporată. Piețele se evaluează nu după dimensiunile teritoriale sau financiare, ci după capacitatea produselor, serviciilor ori satisfacțiilor de a fideliza clienții, partenerii, furnizorii, comunitatea (Burcu, 2007: 81-82).

Astfel, pe scena lumii economice își face intrarea o nouă paradigmă: valoarea unei organizații sau a produselor și serviciilor sale este cu atât mai mare cu cât acestea devin mai agreate de către toți actorii sociali în mod egal: de la mediul ecologic, la cel comunitar, la familie și viața privată a individului ( Burcu, 2007: 81-82).

Această nouă optică din universul procesului economic este cu atât mai necesară pentru actorii sociali activi pe o piață nouă cu o cultură locală distinctă, în care membrii săi pot avea criterii diferite de apreciere a valorii unei organizații sau a rezultatelor muncii ei.

- b) Adaptarea la altă cultură. Dacă, spre exemplu, o persoană dintr-o anumită țară se stabilește în altă țară unde se adaptează din nevoie, fără însă a-și însuși și valori din noua țară, iar la întoarcere are același comportament, stil de viață, mentalități, atunci acea persoană nu poate fi considerată un om multicultural.
- c) Asimilare culturală. Dacă persoana stabilită în altă țară se adaptează și uită complet de identitatea sa național-culturală, înseamnă că a fost asimilată cultural și, din nou, nu este un om multicultural.
- d) Deschiderea, de exemplu, de către o companie, a cinci filiale în cinci țări fără să fi asimilat valori din acele culturi, ci doar impunându-și valorile din cultura de proveniență

De altfel, nu toate corporațiile valorifică multiculturalismul, ci vin cu viziunea proprie pe care o folosesc în toate țările în care operează. Franciza, de exemplu, este un prototip de afacere reprodus peste tot în lume, fără a fi nevoie să se țină cont de culturile locale. Produsele personalizate, adaptate la cultura locală (de exemplu, meniurile McDonalds: McMici în România, McPinto Deluxe în Costa Rica, Maple & Bacon

Poutine în Canada, Deluxe Shrimp Burger în Korea sau McPaneer Royal în India - businessinsider.com.2015) ) sunt inovații care le-au fost permise francizelor locale să le facă într-o anumită țară, pe lângă produsele și/sau serviciile specifice francizei. Cu toate acestea, se observă și în cazul unor francize precum cele din industria alimentară (McDonald's, KFC) nevoia de a introduce pe piețele în care operează mai multe produse/servicii adaptate preferințelor clienților. Nevoia unor astfel de francize de a inova este cu atât mai mare cu cât identitatea culturală locală este mai puternică și cu cât diferențele culturale dintre piața de origine a francizei și cea a pieței locale sunt mai mari.

## **2. Metodologie**

Lucrarea de față, parte a unui program de cercetare mai amplu, are o componentă predominant teoretică, bazată pe o analiză literaturii de specialitate. În cadrul acesteia, am urmărit în primul rând o trecere în revistă a definițiilor multiculturalismului din literatura de specialitate; astfel, am remarcat existența a trei abordări principale ale multiculturalismului în discursul public (demografic-descriptiv, programatic-politic, ideologic-normativ) și faptul că în literatura de specialitate, atât în străinătate cât mai ales în România, multiculturalismul a fost tratat în mare parte în domenii din sfera socio-umană: etnic-național, filosofico-ideologic, diplomație și relații internaționale, comunicare, economie (marketing, resurse umane, management), sociologie (migrația populațiilor), educație/pedagogie. Ulterior, am propus o nouă definiție a multiculturalismului ca metodă (încorporarea de elemente din alte culturi în elementele specifice propriei culturi pentru a se crea versiuni de produse, servicii, soluții etc. adaptate unor alte contexte culturale) și ca fenomen din două perspective cu care se operează în lucrarea de față: i) o realitate caracterizată de o diversitate de oameni, valori, bunuri, practici (ș.a.m.d.) cu origini culturale diferite; diversitate umană cultural-etnică ii) perspectiva omului multicultural care a trăit în mai multe culturi/țări și a asimilat și integrat în mod sincretic valori din acele culturi. În continuare, am ilustrat modurile în care este abordat conceptul de multiculturalism în discursul academic și profesional din domeniul medical: a) diversitate umană etnic-culturală prin: propunerea conceptului de „competență culturală” ca și strategie și abilitate pe care unitățile medicale o dezvoltă pentru a-și îmbunătăți serviciile medicale pentru pacienții de origini culturale diverse; diversitatea culturală a studenților mediciniști internaționali, dar și a personalului medical și implicațiile sale; b) cooperările internaționale dintre unitățile medicale și organizații, instituții guvernamentale sau neguvernamentale din domeniul medical. În final, am expus forme și aspecte sub care se regăsește multiculturalismul în mediul clinic privat din România, fiind totodată linii directoare pentru continuarea cercetării.

## **3. Stadiul cunoașterii domeniului medical din perspectiva multiculturalismului**

Specialiștii din mediile științifice și profesionale din domeniul medical au sesizat impactul schimbărilor de la nivel global asupra rolului, funcțiilor, formei și a modului de operare al sistemelor de îngrijire medicală. Printre schimbările cu influența cea mai mare se numără: importanța crescândă a cunoașterii ca factor de creștere economică în contextul economiei mondiale, revoluția informației și a comunicării, apariția pieței forței de muncă la nivel mondial și transformările socio-politice globale (Graham, 2005).

Globalizarea și multiculturalismul reprezintă o provocare fundamentală a modului în care Occidentul a înțeles, a conceptualizat și a implementat practica medicală. Sistemul medical din societățile occidentale reprezintă un depozit al tradiției și al culturii, al limbii, al cunoașterii și al abilităților care sunt adesea în contradicție cu schimbarea contextelor locale și naționale, care la rândul lor sunt produsul globalizării și al multiculturalismului (Editorial, The Lancet, 2002 citat de Graham, 2005).

Impactul asupra asistenței medicale și educația practicienilor din economia globală a cunoașterii impune mai mult decât pur și simplu stabilirea unor curricule pe teme internaționale în materie de limbi, istorie și

cultură. Sistemele de sănătate sunt puse acum în situația de a concura cu alte sisteme din alte țări, atât pentru pacienți, cât și pentru personal. Acești pacienți și personalul trec granițele într-un ritm ascendent în căutarea schimbărilor de stil de viață, a oportunităților și a opțiunii și, în acest fel, afectează indicatorii de calitate la nivel global. Pe de altă, specialiștii recunosc și efectele mai puțin plăcute: creșterea diferenței dintre națiunile dezvoltate economic și cele sărace. Piața globală a forței de muncă încurajează o scurgere a creierelor și a abilităților care lovește cel mai tare în economiile în curs de dezvoltare sau în cele în tranziție, creând astfel o serie de dileme morale cu care profesioniștii din domeniul sănătății încă nu s-au confruntat (Graham, 2005).

În discursul academic și profesional din domeniul medical, termenul de multiculturalism este utilizat cu precădere cu sensul de diversitate umană etnic-culturală. Din anii 1980' în lumea științifică occidentală s-a propus și s-a dezvoltat conceptul de competență culturală în relație cu organizațiile prestatoare de servicii medicale. Astfel, conceptul de competență culturală este utilizat pentru a descrie o varietate de strategii, abilități, intervenții care au ca scop să îmbunătățească accesibilitatea și eficiența serviciilor de îngrijire medicală pentru oamenii aparținând minorităților rasiale sau etnice. El a apărut ca un răspuns la o nouă realitate: barierele culturale și lingvistice, diferențele culturale în stilurile de comunicare, diferența de cunoaștere a practicilor și normelor de îngrijire medicală dintre furnizorii de servicii medicale și pacienți ar putea afecta calitatea serviciilor de asistență medicală. (Weech-Maldonado et al., 2012; Health Research & Educational Trust.,2013; Jongen et al, 2017; Truong et al, 2014; Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society, 2006 ). Acest lucru presupune ca practicienii din domeniul serviciilor de sănătate să înțeleagă gama de culturi și structuri sociale cu care este posibil să interacționeze în zona în care își desfășoară activitatea. Această înțelegere nu se limitează la modelul de practică medicală, ci include și percepțiile pacienților asupra bolii și a îngrijirii medicale, interpretarea lor cu privire la cauzele bolii și ghinionului/nenorocirii, efectul tehnologiei medicale asupra concepției lor legat de propriul sine și aspectele socio-culturale ale dizabilității și deprecierii fizice (Graham, 2005).

Conceptul de competență culturală s-a dezvoltat în lumea academică și profesională din culturile vestice (America de Nord, Europa de Vest, Australia, Noua Zeelandă) cu largi diversități etnice și se aplică în general în societățile dezvoltate urbanizate, occidentale sau neoccidentale, care au șanse mai mari să manifeste pluralism cultural din punct de vedere etnic, dar și al terapiilor medicale care adesea coexistă și se influențează reciproc. Un exemplu este medicina vestică practică și în China și acupunctura, metodă chinezească adoptată și de țările vestice (Graham, 2005).

Conceptul de „competență culturală” se află în continuă dezvoltare astfel că în prezent nu există o definiție a sa agreată de toată comunitatea științifică, un model sau cadru conceptual definitiv. Spre exemplu, Forumul Național al Calității din S.U.A. (2008:2; Weech-Maldonado et al., 2012:2) definește competența culturală drept „capacitatea continuă a sistemelor, organizațiilor și a profesioniștilor din domeniul medical de a oferi populațiilor diverse de pacienți îngrijire de înaltă calitate, care să fie sigură, axată pe pacienți și familie, bazată pe dovezi și echitabilă.” Cea mai citată definiție este cea oferită de Cross et al. (1989:13) potrivit căreia competența culturală reprezintă „un set de comportamente, atitudini și politici congruente care se reunesc într-un sistem, o agenție sau printre profesioniști care permit acestui sistem, agenție sau profesii să lucreze eficient în situații interculturale.”

Aceste definiții reflectă cerința actuală privind competența culturală, denumită în literatură și prin alți termeni precum „îngrijire adecvată din punct de vedere cultural” („culturally appropriate care”) și „educație multiculturală”, de a fi integrată la toate nivelurile serviciilor și sistemelor de sănătate; astfel, pornind de la nivelul interacțiunii personale dintre practicieni și pacienții clienți, până la nivelul organizațional și chiar de sistem medical, se impune necesitatea încorporării lor în cadre normative competente din punct de vedere cultural (Jongen et al, 2017; Truong et al, 2014; Weech-Maldonado et al, 2012:2).

Competența culturală recomandă elaborarea de „politici, procese de învățare și structuri prin care organizațiile și indivizii să își dezvolte atitudini, comportamente și sisteme necesare interacțiunilor interculturale eficiente” (National Quality Forum, 2008, p. 2). Se pune accentul pe educația profesională a practicienilor din sistemul medical direcționată spre (Abdullah, 1995; Graham, 2005):

- Dezvoltarea cunoașterii diferențelor culturale
- Integrarea contextului multicultural în practică
- Oferirea de oportunități de experiență care să permită practicienilor-cursanți să își dezvolte abordarea lor de îngrijire a pacienților

La nivelul interacțiunii profesionist-pacient s-au dezvoltat în literatură mai multe modele de competență culturală care puneau accent pe dimensiunea cunoașterii (de exemplu: înțelegerea rostului culturii și importanța ei în furnizarea de îngrijire medicală), atitudini (cum ar fi: de a avea respect față de variațiile din normele culturale) și aptitudini (elucidarea modelelor pacienților de explicare a bolii) (Truong et al, 2014)

Multiculturalismul din perspectiva diversității umane etnice în direcția educației și comunicării interculturale este aplicat și în cercetările cu privire la influența limbii și culturii studenților străini de la Facultățile de Medicină din țări vestice asupra proceselor de educație clinică.

Aspectele cu care se confruntă instructorii din mediile academic și clinic în relație cu studenții străini sunt legate de apartenența culturală diferită, chestiunile de autoritate și respect, precum și competența lingvistică. (Ladyszewski,1996; Abu-Arab & Parry 2015, Wang & Greenwood 2015; Wook et al 2016)

#### Apartenența culturală diferită

Furnizarea de servicii medicale într-o societate este influențată în mare măsură de factori culturali de la nivel național, local și organizațional. Clienții-pacienți care vizitează unitatea medicală vin și ei cu propriul background cultural. Toți acești factori culturali sunt deseori separați și străini de viziunea asupra lumii pe care o au studenții provenind din altă cultură. Aceștia se pot simți nepregătiți pentru experiența practică din spital de relaționare cu pacienții întrucât aceasta presupune un nivel înalt de conștientizare a culturii locale și abilități lingvistice conversaționale crescute.

Educația practică în cadrul clinicii este modelată de valorile culturale specifice unei țări. Modelul vestic presupune ca studenții să dezvolte comportamente precum auto-orientarea, asertivitatea prin contribuția cu propriile idei și perspective, abilități de rezolvare independentă a problemelor. Aceste valori pot intra în conflict cu cele ale altor culturi precum cele asiatice în care se pune preț pe menținerea armoniei și asigurarea aprobării normative.

Aceste probleme legate de apartenența culturală diferită au de asemenea un impact asupra calității îngrijirii medicale oferite pacienților de către studenți, astfel încât supervisorii trebuie să fie des alături de studenți pentru a se asigura că se preiau corect și complet nevoile pacienților.

#### Chestiunile legate de autoritate și respect

În culturile asiatice, profesorii au adesea același statut ca și părinții studenților. Prin urmare, exprimarea propriilor opinii și justificarea lor este considerată a fi o dovadă de lipsă de respect față de profesor sau supervisor care are mai multă experiență profesională și de viață. Totodată, în mod tradițional, în culturile orientale nu este încurajată exprimarea publică de către studenți a punctelor slabe ale performanței lor, nici



a celor pozitive pentru a se menține modești. Prin urmare, mulți profesori-supervizori din culturi vestice tind să eticheteze acești studenți drept lipsiți de abilități de autoevaluare și de rezolvare a problemelor.

### Competența lingvistică

Competența lingvistică pentru studenții medici străini aflați într-o țară cu o cultură și limbă diferită reprezintă o altă provocare pentru aceștia. Incapacitatea de a selecta sau a înțelege cuvântul corect poate afecta abilitatea acestora de a dezvolta o relație cu pacientul. În raport cu studenții vorbitori nativi ai unei limbi locale, studenții străini pot întâmpina dificultăți în a înlocui un cuvânt cu altul pe înțelesul pacientului, în a formula propoziții complexe în timp util în relație cu pacienții. Astfel, pentru ei devine dificil să împacheteze comunicarea într-un context cultural. Prin urmare comunicarea pare rece și clinică, lipsită de empatie față de pacient, cu toate că studentul s-ar putea să fie cu adevărat preocupat față de clientul său.

În cadrul unităților medicale diversitatea culturală se poate regăsi și la nivelul personalului. Mișcarea internațională a profesioniștilor din domeniul sănătății a dus la crearea unui personal mai mult sau mai puțin multicultural și multilingv, oferind beneficii precum influxul de competențe specializate. În același timp, apar provocări noi și unice atunci când se încearcă informarea și menținerea celor mai bune practici. Robert Nieves, vicepreședinte Health Informatics, Elsevier, oferă câteva exemple în acest sens:

- Variația standardelor de competență lingvistică și de documentare, care duce la pierderea informațiilor clinice critice.
- Variația în formările profesionale, experiență clinică, domeniile și perioadele de practică și păstrarea cunoștințelor au ca rezultat o variație largă a modurilor în care medicii își practică profesia, influențând în mod direct calitatea îngrijirii și conducând la o slabă aderare la standardele instituționale de bună practică

Chiar și rezultatele pozitive pot crea la rândul lor provocări precum:

- Noi competențe care intră în instituție din specializări care nu au dispus de resurse suficiente. Aceasta, la rândul său, determină necesitatea de training și timp de dezvoltare pentru personalul generalizat sau non-specializat instruit pentru a învăța noi practici.
- În plus, personalul nou s-ar putea să nu se afle în situ, la locul de muncă suficient de mult timp pentru a fi pregătit în mod corespunzător pentru o perioadă de săptămâni sau luni.

În consecință, autorul susține că instituțiile sunt expuse potențialului de evenimente neprevăzute costisitoare, omisiuni în îngrijire, erori în comanda sau delegarea sarcinilor, variabilitate operațională și de cunoștințe și oportunități ratate de obținere a unei îngrijiri și rezultate de înaltă calitate.

Un alt aspect multicultural în domeniul medical abordat în literatura de specialitate vizează activitatea de cooperare internațională. Această cooperare se realizează fie prin acorduri bilaterale sau multilaterale între guverne, cu sau fără coordonarea unor organizații internaționale regionale sau globale, fie prin colaborări alternative, particulare între organizații de profil din țări diferite: unități medicale private sau publice (sau profesioniștii lor) alături de alți actori sociali: organizații non-guvernamentale, asociații profesionale medicale, centre de formare profesională, guverne.

De regulă, cooperarea are loc între țările dezvoltate economic în calitate de furnizoare de expertiză, resurse umane și/sau tehnologice și cele aflate în curs de dezvoltare, în calitate de beneficiari, fiind modelul dominant, cunoscut drept Nord-Sud, după poziționarea geografică a majorității țărilor dezvoltate economic, respectiv a celor în curs de dezvoltare. (Alves et al, 2017: 2224) Adesea, cooperările particulare au ca scop

realizarea unor programe de formare sau perfecționare profesională pentru personalul medical din țările în curs de dezvoltare, utilizarea de noi metode de diagnostic sau tratament sau familiarizarea cu noi tehnologii medicale (Frigiola et al, 2016; Strategie Spitalul Monza, 2017; Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH;)

Cooperarea internațională joacă un rol important în special în rezolvarea unei probleme cu care se confruntă multe țări cu sisteme de sănătate universale: lipsa personalului din domeniul medical, în special în mediul rural; jumătate din populația lumii din zonele rurale are acces la mai puțin de 25% din medicii din lume. Astfel, cooperarea internațională se axează atât pe transfer de tehnologie și furnizare de resurse umane, cât mai ales pe construirea abilității de leadership și promovarea autonomiei, cu scopul de a întări structurile sistemului medical al unei țări (Alves et al, 2017: 2224).

Comunitatea internațională condusă de țările dezvoltate în cadrul Comitetului de Asistență în Dezvoltare din interiorul Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) oferă mai multe inițiative de Asistență Oficială de Dezvoltare care vizează eradicarea sărăciei în țările în curs de dezvoltare, domeniul sănătății regăsindu-se în multe din aceste inițiative. Națiunile Unite au stabilit opt obiective de dezvoltare mileniale (Millennium Development Goals) pentru reducerea sărăciei extreme în jurul anului 2000, iar trei dintre acestea sunt asociate sectorului sănătății: reducerea ratei mortalității infantile (obiectivul nr. 4), reducerea ratei mortalității maternale (obiectivul nr. 5), combaterea HIV/SIDA, malariei, tuberculozei și a altor boli transmisibile (obiectivul nr. 6). (France's strategy for international health cooperation: 2012, 2; Kim:2015, 133-134).

Coreea de Sud, spre exemplu, trimite profesioniști coreeni în țările în curs de dezvoltare în cadrul unui proiect de Asistență Oficială în Dezvoltare prin Agenția Coreană Internațională de Cooperare (KOICA) din cadrul guvernului coreean. În domeniul medical, KOICA expediază medici de cooperare internațională (ICDs) din 19 specialități: asistenți medicali, terapeuți fizici, tehnologi radiologi, nutriționiști, tehnologi medicali de laborator, terapeuți ocupaționali și igienisti dentari în țări, Asia, Africa, America Latină, Oceania, comunitatea statelor independente foste sovietice. (Kim, 2015:133-134)

Modelul Nord-Sud de cooperare are și dezavantajele sale pentru țările în curs de dezvoltare așa cum s-a constatat încă din anii 1970 cauzate de impunerea pe verticală de către unele țări donatoare a priorităților și obiectivelor de cooperare, a resurselor, fără o abordare multiculturală care să țină cont de nevoile, specificul cultural și proiectele deja derulate de țările beneficiare; planificări insuficiente, spre exemplu, au avut ca rezultat activități suprapuse și risipirea de resurse. (Alvez et al, 2017: 2224; Bader, 1977: 443-444).

Dr. Halfdan Mahler, Directorul General al Organizației Mondiale a Sănătății în 1977, afirma că procesul de transfer de tehnologie medicală către țările în curs de dezvoltare „s-a bazat pe un model de dezvoltare a sănătății care s-a dovedit a fi prea uniform pentru lumea noastră pluralistă, iar în unele cazuri chiar contraproductiv.....Într-adevăr, subdezvoltarea sănătății, așa cum a fost sănătatea concepută în Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, este strâns legată de această distorsiune tehnologică de interes social ” (Bader, 1977: 443). Astfel se constata încă de atunci două lucruri: faptul că transferul de tehnologie nu mai este un proces la fel de neutru precum părea înainte întrucât este pătruns de valorile culturii consumatoare ale civilizației din care provine; avansul tehnologic în medicină nu va asigura în sine aplicarea sa sănătoasă la scară socială. (Bader, 1977: 443-444).

Un exemplu de orientare spre modelul occidental al sistemelor de sănătate din țările în curs de dezvoltare din așa-numita Lume a III-a, neadaptat nevoilor reale ale mării mase a populației sunt spitalele construite în aceeași perioadă a anilor 1960-1970. Pe de o parte, construcțiile spitalicești au atras concomitent capital din partea asistenței internaționale și investiție locală motivată politic, încărcând aceste țări cu un cost permanent recurent care se ridică anual la 25% din costul original al spitalului. Prin urmare, puține resurse

au fost alocate serviciilor de îngrijire medicală preventivă și primară care, pe termen lung, pot aduce beneficii mai bune pentru sănătatea populației în raport cu banii cheltuiți. Pe de altă parte spitalele construite nu tratau probleme medicale predominante în rândul populației, ci doar afecțiuni specifice țărilor dezvoltate economic care deserveau o mică parte din populația locală - de regulă înstărită economic, cu un stil de viață occidental și, în consecință, cu probleme medicale specifice populației din Vest. Un exemplu în acest sens este Centrul filipinez al Inimii pentru Asia (Philippine Heart Center for Asia) din capitala Manila, un centru de intervenție chirurgicală cardiopulmonară care a costat milioane de dolari inaugurat într-o țară în care doar 6.4 % suferea de afecțiuni ale inimii, în vremece 41% din decese erau provocate de boli transmisibile care puteau fi prevenite ușor prin servicii de îngrijire primară, simple, incluzând aici monitorizarea hipertensiunii cu manșete de presiune sanguină necostisitoare și prin condiții de igienă adecvate. (Bader, 1977: 447). Un alt exemplu din aceeași perioadă sunt trei unități de intervenții chirurgicale pe cord deschis din Bogota, capitala Columbiei, cu o populație atunci de peste două milioane suferind în mare parte de gastroenterită, boli infecțioase, malnutriție (Navarro, 1974: 11).

Un alt aspect negativ al cooperării Nord-Sud remarcat din primele decenii de după cel de-Al Doilea Război Mondial este legat de politicile de marketing ale corporațiilor multinaționale din domeniul medical, farmaceutice sau producătoare de aparatură medicală, care serveau prea puțin nevoile de îngrijire medicală ale comunităților din țările în curs de dezvoltare, cât mai ales interesul pentru profit și noi piețe de desfacere. Unii cercetători arătau cum companii din țări occidentale vindeau vaccinuri sau medicamente interzise de instituțiile din domeniu ale acelor state (spre exemplu în SUA, Food and Drug Administration), considerate expirate, periculoase, otrăvitoare sau inutile, în țări din lumea a treia în care nu existau instituții de reglementare și control echivalente. În egală măsură, echipamentul de diagnostic și tratament din spitalele nou construite în țările în curs de dezvoltare erau identice cu cele din statele industrializate din care provin corporațiile, lucru care era în defavoarea țărilor din prima categorie, din mai multe motive. Echipamentele medicale precum paturile moderne de spital, incubatoare, echipamente de laborator sau măștile de gaze costau mai mult decât în țările vestice în care erau fabricate, se stricau mai ușor în zonele tropicale, era dificil de reparat și adesea nu erau utilizate (Bader, 1977: 447).

Lipsei de adaptare interculturală, de pliere la nevoile populației din țările în curs de dezvoltare era prezentă și în programele de educație medicală din cadrul școlilor de medicină din Vest la care studenții din Lumea a Treia erau trimiși. Școala medicală din Occident, ca și practica medicală de altfel, pune accent pe îngrijirea medicală curativă și prea puțin pe cea preventivă, precum și pe dobândirea de expertiză în utilizarea de tehnologie medicală sofisticată. Astfel, se semnala nevoia unei abordări pluraliste a educației medicale în țările în curs de dezvoltare, prin crearea de tipuri variate de educație medicală, organizații ofertante de servicii în domeniu, de formare profesională precum și prin recunoașterea nevoii de progrese medicale independente și polivalente (Bader, 1977: 444-445).

Cercetătorii considerau că dacă s-ar aplica pe scară largă îndemnul lui Mahler de „a adapta, mai degrabă decât a adopta” tehnologii, s-ar putea diminua într-o mare măsură inechitățile produse de colonialismul tehnologic din cadrul cooperării internaționale din domeniul sănătății, care servea intereselor financiare ale marilor corporații producătoare de tehnologie ultramodernă și scumpă. Aceasta ar presupune ca tehnologiile medicale costisitoare să fie adaptate printr-o abordare regională, corespunzătoare nevoilor și posibilităților financiare ale țărilor din regiunile în curs de dezvoltare, iar fiecare țară să fie sprijinită de către OMS în aplicarea pentru tehnologie lowcost (Bader, 1977:453); acest lucru se traduce prin ceea ce Bader și Schumacher (1977:453) numeau „tehnologie medicală intermediară”: instrumente de diagnostic și procedură simple, opțiuni farmaceutice limitate, centre medicale rurale mai degrabă decât spitale moderne de chirurgie cardiacă. În privința personalului, s-a constatat că serviciile primare de sănătate predominant necesare în țările în curs de dezvoltare pot fi îndeplinite cu succes de către personalul auxiliar pentru care

costurile de instruire sunt mult mai mici decât cele de formare a doctorilor; în anii 1970, China și Tanzania și-au eficientizat cu succes sistemele medicale bazându-se în mare măsură pe personalul medical auxiliar în zonele rurale (Bader, 1977:453).

Ca urmare a inconvenientelor aduse de modelul dominant de cooperare internațională în domeniul sănătății (Nord-Sud) și a noului context geopolitic global, s-a dezvoltat modelul Sud-Sud de cooperare bazat pe principiile reciprocității, orizontalității și autonomiei. Conform noii paradigme, țările din emisfera sudică cu dificultăți asemănătoare își împart strategii de abordare a problemelor lor și primesc sprijin fără a implica subordonarea. (Alves et al, 2017: 2224)

Un exemplu de model de cooperare Sud-Sud este cel între Brazilia, Angola și Cuba, prezentat de Alves et al (2017). Cooperarea dintre Angola și Brazilia este intermediată de către Agenția Braziliană de Cooperare, afiliată Ministerului de Afaceri Externe, iar cea dintre Cuba și Brazilia – de către Organizația Pan Americană de Sănătate (Pan American Health Organization - PAHO) și de către Unitatea Centrală de Cooperare Medicală (Unidad Central de Cooperación Médica – UCCM) (Alves et al, 2017: 2228)

Inițiativa de cooperare dintre Angola și Brazilia din perioada 2006-2016 a avut ca scop consolidarea capacității tehnice și de instruire, promovarea sănătății și combaterea bolilor endemice și a dus la următoarele acțiuni și rezultate: înființarea Școlii Naționale de Sănătate Publică (pentru crearea de capacități de formare în domeniu); consolidarea Școlilor Tehnice de Sănătate și a Institutului Național Angolez de Sănătate Publică; traininguri și internshipuri de scurtă durată pentru personalul din guvernul angolez; dezvoltarea capacităților tehnice locale în zona educației în sănătate publică prin crearea programului de Master în Sănătate Publică în cadrul Școlii Naționale de Sănătate Publică. Toate aceste acțiuni au fost sprijinite de către Fundația Oswaldo Cruz, aflată în relație cu Ministerul Sănătății din Brazilia și cu expertiză vastă în domeniul sănătății publice (Alves et al, 2016: 2228-2229).

Brazilia și Cuba cooperează încă din anii 1990 prin trimiterea de doctori cubanezi în statele braziliene cu lipsă de personal pentru satisfacerea nevoilor de servicii medicale primare. Cea mai recentă inițiativă, Programul Mais Médicos (Mai mulți Medici n.r.), considerată de guvernul brazilian ca fiind cea mai de amploare inițiativă de a rezolva urgent nevoia de personal medical, a adus 11,400 doctori cubanezi în toate statele, inclusiv în Districtele Sanitare Indigene Speciale (Distritos Sanitários Especiais Indígenas). Aceștia au urmat cursuri specializate de sănătate a familiei pentru a înțelege organizarea sistemului de sănătate brazilian (denumit oficial Sisemul Unic de Sănătate-Sistema Único de Saúde - SUS) și caracteristicile epidemiologice locale. Criteriile de admitere a doctorilor cubanezi includ minim zece ani de experiență profesională (post-absolvire studii universitare) și care anterior au lucrat și în alte țări. Potrivit unei evaluări a UCCM, 29, 8 % dintre doctori profesaseră anterior în mai mult de o țară străină (Alves et al, 2017: 2229).

Cuba și Angola colaborează începând cu anul 1975, cel mai recent printr-un program de tipul Asistență Tehnică Compensată (Asistencia Técnica Compensada - ATC) – una dintre cele mai vechi forme de cooperare internațională practicate de Cuba. Acesta prevede oferirea de servicii de îngrijire medicală și de formare a resurselor umane, ambele la nivele de educație secundară și superioară, precum și management în domeniul sănătății. Trainingul este asigurat prin șapte cursuri tehnice și nouă cursuri universitare de nivel licență în domeniile de medicină și asistență medicală. Programul, care în 2014 a implicat 1893 de profesioniști cubanezi a durat șase ani și s-a bazat pe un model încercat și testat de ELAM – Școala Latino-Americană de Medicină (Escuela Latinoamericana de Medicina) și implementat de profesori cubanezi. În egală măsură, Cuba sprijină organizarea sistemului de sănătate angolez prin inițiative precum proiectul Sistemul de Sănătate Municipal (proyecto Sistema Municipal de Salud) cu scopul de consolidare a managementului guvernământului local și îngrijire primară în provinciile Angolei (Alves et al, 2017: 2229).

Angola continuă să coopereze cu instituții de educație medicală din Cuba, inclusiv într-un program de finanțare care oferă burse studenților angolezi pentru a studia medicină în Cuba.

De altfel, Cuba are un sistem național de sănătate unificat, creat în 1960, care pledează pentru cooperare internațională în mod oficial, inclusiv prin Legea Sănătății Publice din 1983, fiind inclus în politicile sale directe: caracterul statal și social al sistemului de sănătate public; acces gratuit și universal la servicii de sănătate; o abordare preventivă a îngrijirii medicale, încorporând inovații științifice și tehnice; participare comunitară; o abordare intersectorială, universală și regionalizată, orientată către cooperare internațională și solidaritate. Sistemul Național de Sănătate garantează educația și formarea profesională în domeniu, prin intermediul a 13 universități și două școli medicale independente: Școala Latinoamericană de Medicină (Escuela Latinoamericana de Medicina - ELAM) și Școala Națională de Sănătate Publică (Escuela Nacional de Salud Publica). De altfel, educația superioară, la nivel universitar în Cuba este un drept public, iar furnizarea acesteia în conformitate cu cererile forței de muncă necesară este datorată statului (Alves et al, 2017: 2227).

Încă din anii 1960 Cuba a trimis peste 325 000 de profesioniști din domeniul medical în 158 de țări și operează cu următoarele forme de colaborare internațională: (Alves et al, 2017: 2228).

- Asistență Tehnică Compensată (Asistencia Técnica Compensada – ATC), dezvoltat în special cu Angola. În cadrul său, doctorii primesc remunerație, o parte din ea fiind reinvestită în Sistemul Național de Sănătate pentru a asigura autosustenabilitatea altor activități de colaborare;
- Programul Integrat de Sănătate (Programa Integral de Salud - PIS) – cel mai comun mod de cooperare, promovat în 32 de țări diferite. Creat în contextul unor dezastre naturale care au afectat America Centrală în anii 1990, acest program constă în desfășurarea de specialiști în zone îndepărtate lipsite de resurse umane. Aceștia primesc indemnizații de subzistență, iar guvernul participant oferă sprijin logistic.
- Serviciile Medicale Cubaneze (Servicios Médicos Cubanos - SMC) - formă de cooperare finanțată de țara care beneficiază de serviciile medicale, așa cum este cazul Braziliei și Programul Mais Médicos; este din ce în ce mai frecventă în țările din Orientul Mijlociu.
- Operațiunea Miracle (Operação Milagro - OM) - cu accent pe chirurgia oculară, acest program a efectuat 2 667 005 intervenții chirurgicale începând din 2004.
- Cuba a promovat, de asemenea, un program special de cooperare cu Venezuela, numit Misiunea din Interiorul Vecinătății (Misión Barrio Adentro), care a constat în asigurarea unui număr mare de medici și asistente medicale în țară, în special în domeniul asistenței medicale primare.

În 2014, Cuba desfășura programe de cooperare internațională cu 67 de țări: 31 în Africa, 25 în America Latină și în Caraibe, 10 în Asia, Pacific și Orientul Mijlociu și una în Europa.

În egală măsură, politica Cubei de cooperare internațională a contribuit la crearea de școli medicale în 11 țări diferite: Angola, Bolivia, Eritrea, Gambia, Guiana, Guineea Ecuatorială, Guineea-Bissau, Nicaragua, Tanzania, Timorul de Est, și Venezuela. (Alves et al, 2017: 2228)

Astfel, cooperarea promovată dintre aceste țări indică noi tipuri de reforme ale educației medicale, considerate a fi din a treia generație; acestea au evoluat din prima generație în care curricula se baza pe paradigma științifică, până la a doua generație, în care școlile au adoptat o abordare bazată pe probleme,

ajungând în cele din urmă la modelul actual, în care sistemele de educație pentru sănătate sunt integrate în sistemele de sănătate, subliniind importanța integrării perspectivelor globale în competențele absolvenților (Alves et al, 2017: 2231)

Un reper important în acest sens este Codul Global de Practică privind Recrutarea Internațională a Personalului Medical al Organizației Mondiale a Sănătății, aprobat în 2010 la cea de-a 63-a Adunare Mondială pentru Sănătate. Codul stabilește principii și practici voluntare pentru recrutarea internațională a profesioniștilor din domeniul îngrijirii medicale, luând în considerare drepturile, obligațiile și așteptările țărilor implicate. (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010:1; Alves et al, 2017: 2232).

Unul dintre principiile directoare susține necesitatea ca statele „să se străduiască să creeze o forță de muncă sustenabilă în domeniul sănătății și să stabilească strategii de educație și formare precum și de retenție a forței de muncă pentru a reduce nevoia de recrutare din străinătate” (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010: 3; Alves et al, 2017: 2232).

O altă recomandare relevantă pentru această temă este faptul că țările sursă, ofertante de expertiză și resurse umane și țările de destinație ar trebui să obțină beneficii reciproce, fie prin promovarea dezvoltării resurselor umane și a formării profesionale, fie prin descurajarea recrutării personalului medical din țările în curs de dezvoltare care se confruntă cu o lipsă critică a lucrătorilor din domeniul sănătății. (World Health Organisation.WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010: 4; Alves et al, 2017: 2232)

În acest sens, cooperarea dintre Brazilia, Angola și Cuba susține principiile directoare în următoarele moduri: nu duce la pierderea lucrătorilor din domeniul sanitar din țările care se confruntă cu o lipsă a acestora (cum este cazul în Brazilia și Angola); implică furnizarea de medici de către o țară care are un număr relativ mare de medici la 1.000 de locuitori (Cuba, care are 7.7 medici la 1.000 de locuitori); și se străduiește să creeze o forță de muncă durabilă în fiecare țară. (Alves et al, 2017: 2232)

#### **4. Utilitatea multiculturalismului pentru organizațiile de afaceri din domeniul medical din societatea românească. Perspective de cercetare**

Multiculturalismul se regăsește în mediul clinic privat din România sub diverse forme și aspecte care includ:

- Personalul medical și tehnic de origine străină: doctori, asistenți medicali, tehnicieni sanitari, laboranți, infirmieri ș.a.m.d. În România, atât în unitățile medicale private, cât și în cele de stat, activează în special în domeniile medicale și cetățeni străini, mulți dintre ei fiind absolvenți ai școlilor de medicină din România;
- Fondatori/acționari/patroni/manageri străini – în cazul spitalelor și clinicilor private care fac parte dintr-un grup internațional, au fost înființate ca inițiativă antreprenorială de către o persoană de naționalitate străină sau reprezintă inițiativa unor investitori străini;
- Studenții străini ai facultăților de medicină românești care se află în stagii de practică în unitățile medicale private și/sau învață despre utilizarea noilor tehnologii avansate;
- Clienții-pacienți străini care apelează la serviciile unităților medicale private. Aceste categorii de pacienți pot oferi o perspectivă personală comparativă cu experiența din propria țară de origine;
- Strategiile, soluțiile adoptate de conducerea unităților medicale străine în vederea adaptării valorilor, politici și culturii organizaționale la realitățile și specificul cultural românesc;

- Cooperarea internațională dintre unitățile medicale private și profesioniștii săi și instituții private sau publice străine în vederea îmbunătățirii practicii medicale sub diverse forme: cursuri de formare sau perfecționare profesională, efectuarea de intervenții chirurgicale de către echipe mixte românești-străine, participarea profesioniștilor străini și români la congresele medicale științifice din România și din țara parteneră privind noi terapii, practici medicale sau noi tehnologii; cursuri de instruire cu privire la utilizarea de noi tehnologii medicale;
- Adoptarea de către unitățile medicale private a unor practici, politici, metode de management specifice altor culturi. Exemple de practici din culturile orientale sunt decorul ambiental în stil feng-shui și cromatică care să inducă o stare pozitivă de sănătate fizică și psihică. Grupul medical privat italian Policlinico di Monza, prezent și în România, la București, folosește în acest sens picturi, gravuri și statuete în așa fel încât amenajarea spitalelor să recreeze atmosfera vieții în familie (Strategie de dezvoltare – Strategie Spitalul Monza, 2017-2020:5). O practică occidentală este considerată a fi punerea la dispoziția pacienților a minibroșurilor cu regulamente, dar și cu informații privind utilizarea echipamentelor și tehnologiilor medicale aflate în interacțiune directă cu aceștia.
- Strategii de îmbunătățire a competenței culturale și de promovare a serviciilor medicale în rândul potențialilor-clienți pacienți străini rezidenți în România sau în străinătate (spre exemplu, efectuarea consultațiilor medicale și în limbi străine precum engleza sau franceza, sau maghiara – pentru minoritatea etnică maghiară din România);
- Strategii de atragere a diverselor categorii socio-profesionale de clienți-pacienți români (persoane fizice și juridice) în vederea creșterii cotei de piață;
- Tehnologiile medicale avansate – majoritatea sunt fabricate și patentate în străinătate.
  - alegerea tehnologiilor care se pliază la standardele de siguranță și calitate adoptate în România.
  - colaborarea cu furnizorii și producătorii de tehnologie medicală avansată
  - provocări întâmpinate din partea societății românești în ceea ce privește implementarea și utilizarea tehnologiilor avansate
  - strategii de marketing privind formele de prezentare a tehnologiilor noi în mod adaptat pentru personalul și pacienții români
- Strategii de abordare a personalului medical străin și de integrare a acestuia în rândul personalului medical românesc astfel încât activitatea spitalului să se desfășoare în condiții optime care să nu afecteze calitatea serviciilor medicale;
- Strategii de motivare a personalului medical de a adera la valorile și politicile unității medicale și de a utiliza tehnologiile inovatoare;
- Relația managementului unităților medicale private cu instituțiile guvernamentale românești de resort.

## 5. Concluzii

În plan internațional, multiculturalismul a fost tratat cu preponderență sub aspect filosofico-ideologic, al diversității etnice/naționale (istorice sau contemporane), al Drepturilor Omului (integrarea migranților), al relațiilor internaționale. În domeniul medical, acest fenomen este abordat în mare parte din perspectiva diversității etnice-culturale a populației de pacienți, a personalului medical sau a studenților străini ai școlilor de medicină. O altă realitate ce poate fi asociată cu fenomenul multiculturalismului se referă la cooperarea internațională dintre unitățile medicale private sau de stat din țări diferite și alte entități

organizaționale cu profil medical: instituții guvernamentale, ONG-uri etc. în care s-a demonstrat importanța adaptării soluțiilor la contextele culturale diferite. În România, multiculturalismul este analizat de către disciplinele socio-umane. Domenii mai puțin abordate în relație cu multiculturalismul ca fenomen și ca metodă inovatoare sunt ingineria clinică și procesul de adoptare tehnologiilor avansate; aspectele multiculturale ale acestui proces al inovării în mediul clinic privat se leagă în principal de procesul de adoptare a tehnologiilor medicale avansate, majoritatea fabricate și patentate în străinătate, metode de a le prezenta în mod adaptat societății românești; de factorul uman: fondatori, patroni, acționari, manageri străini, personal medical străin, studenți străini, clienți-pacienți străini, precum și de anumite practici, norme, politici preluate din alte culturi, de metode ale plia cultura și practicile unităților medicale străine la realitatea socio-economică românească, de relația dintre managementul unităților medicale private și instituțiile guvernamentale din domeniu, de cooperarea internațională și interculturală dintre unitățile medicale private din România și entitățile organizaționale de profil din străinătate.

## 6. Referințe

Abdullah, S.N. (1995) „Towards an individualised clients’ care: implications for education. The transcultural approach”. *Journal of Advanced Nursing* 22:715–20;

DOI: 10.1046/j.1365-2648.1995.22040715.x

Abu-Arab., A & Parry, A. (2015) Supervising culturally and linguistically diverse (CALD) nursing students: A challenge for clinical educators. *Nurse Education in Practice* 15 e1-e9

<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.02.006>

Alves, Sandra Mara Campos, Oliveira, Felipe Proenço de, Matos, Mateus Falcão Martins, Santos, Leonor Maria Pacheco, & Delduque, Maria Celia (2017), „International cooperation and shortage of doctors: an analysis of the interaction between Brazil, Angola and Cuba.” *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2223-2235.

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.03512017>

AutoGuide – 10 cars with different names in different countries (2016)

<http://www.autoguide.com/auto-news/2016/10/10-cars-with-different-names-in-different-countries.html> - accesat 10 mai 2018

Bader, MB.(1977), „The international transfer of medical technology--an analysis and a proposal for effective monitoring”. *International Journal of Health Services*, Volume 7, Number 3

doi: 10.2190/W5NM-M358-5M6L-4V3T

[http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/dtlstict2013d8\\_en.pdf](http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/dtlstict2013d8_en.pdf)

Badrus, Gheorghe; Rădăceanu, Eduard (1999), *Globalitate și management*, București, editura All;

Bibu, Nicolae Aurelian (2006), *Management comparat: abordarea interculturală, o abordare modernă*, Timișoara, editura Mirton;

Burcu, Aurelian (2007), *Fundamente ale evoluției sistemelor economice*, Fundația Mercur, Cluj-Napoca;

Business Insider.com (2015). *26 crazy McDonald’s items you can’t get in America*  
<https://www.businessinsider.com/mcdonalds-international-menu-items-2015-7> - accesat 10 mai 2018



Cross T, Bazron B, Dennis KW, Isaacs MR (1989), Towards a culturally competent system of care. A monograph of effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. Washington DC: CAASPP Technical Assistance Centre, Georgetown University Child Development Center;

<https://spu.edu/~media/academics/school-of-education/Cultural%20Diversity/Towards%20a%20Culturally%20Competent%20System%20of%20Care%20Abridged.ashx>

Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society (2006). Adapting Health Care Services to Cultural Diversity in Multicultural Europe. Paris: Council of Europe;

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH;

<https://www.giz.de/en/worldwide/16071.html> - accesat 14 martie 2018

Flanja, Delia (2012), Provocarea interculturală în epoca globalizării: de la modele culturale la necesitatea unei adaptări interculturale, Teză de doctorat, Universitatea Babeș-Bolyai, Facultatea de Studii Europene, Cluj-Napoca;

Frigiola, Alessandro; Moussaidi, Nadia; Giamberti, Alessandro; Pomé, Giuseppe; Isgrò, Giuseppe; Carminati Youssef, Tammam; Reali, Matteo; Varrica, Alessandro; Nuri, Halkawt A.; Cirri, Silvia; Menicanti, Mario Lorenzo; Ferrari, Roberto; Ranucci, Marco (2016), "International cooperation in healthcare: model of IRCCS Policlinico San Donato and Bambini Cardiopatici nel Mondo Association for congenital heart diseases", European Heart Journal Supplements, Volume 18, Issue suppl\_E, 28 April 2016, Pages E72–E78;

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/suw023> , [https://academic.oup.com/eurheartjsupp/article/18/suppl\\_E/E72/2950028](https://academic.oup.com/eurheartjsupp/article/18/suppl_E/E72/2950028)

France's strategy for international health cooperation (2012)(pdf)

[https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/France\\_s\\_strategy\\_for\\_international\\_health\\_cooperation\\_cle85a144.pdf](https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/France_s_strategy_for_international_health_cooperation_cle85a144.pdf) - accesat 10 mai 2018

Graham, Iain PhD MEd MSc BSc RN RMN (2005), „Globalisation and multiculturalism: what do they mean for healthcare?”, Diversity in Health and Social Care ;2:79–80;

<http://diversityhealthcare.imedpub.com/globalisation-and-multiculturalism-what-do-they-mean-for-healthcare.pdf>

Health Research & Educational Trust. (2013, June). Becoming a culturally competent health care organization. Chicago, IL: Illinois. Health Research & Educational Trust [www.hpoe.org](http://www.hpoe.org). – accesat 10 martie 2018

Hoffman, R. C. 1999. „Organizational innovation: Management influence across cultures.” Multinational Business Review, 7(1): 37–49;

[https://www.researchgate.net/profile/Richard\\_Hoffman4/publication/260177751\\_Organizational\\_Innovations\\_Management\\_Influence\\_Across\\_Cultures/links/00b7d53b18436e47a8000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Richard_Hoffman4/publication/260177751_Organizational_Innovations_Management_Influence_Across_Cultures/links/00b7d53b18436e47a8000000.pdf)

Jongen, Crystal Sky; McCalman, Janya and Bainbridge, Roxanne Gwendalyn (2017) „The Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review”, Frontiers in Public Health;

doi: 10.3389/fpubh.2017.00024..

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28289677>

Kim, Bongyoung (2015), "Review for the Korean Health Professionals and International Cooperation Doctors Dispatched to Peru by the Korea International Cooperation Agency (KOICA)", Osong Public Health and Research Perspectives, Apr; 6(2): 133–139.

doi: 10.1016/j.phrp.2015.02.004

Ladyshefsky, Richard (1996), „East meets West: The influence of language and culture in clinical education”, Australian Journal of Physiotherapy, Volume 42, Issue 4, 1996, Pages 287-

[https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60393-7](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60393-7)

Lim Wook, J., Honey, A., Du Toit, S., Chen, YW, & Mackenzie, L. (2016) „Experiences of international students from Asian backgrounds studying occupational therapy in Australia.” Australian Occupational Therapy Journal 63 303-311

<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12307>

Lisovschi, Anamaria (2007), „Identitate și alteritate în cultura tradițională”, Alternative antropologice și etnologice în cercetarea culturilor, Editura Fundația pentru Studii Europene, Cluj-Napoca;

National Quality Forum (2008). Endorsing a Framework and Preferred Practices for Measuring and Reporting Culturally Competent Care Quality. Washington DC: National Quality Forum;

[https://www.qualityforum.org/Publications/2009/04/A\\_Comprehensive\\_Framework\\_and\\_Prefered\\_Practices\\_for\\_Measuring\\_and\\_Reporting\\_Cultural\\_Competency.aspx](https://www.qualityforum.org/Publications/2009/04/A_Comprehensive_Framework_and_Prefered_Practices_for_Measuring_and_Reporting_Cultural_Competency.aspx) - accesat 10.03.2018

Nicolescu, Ovidiu; Ionescu, Gheorghe (coord.) (2011), Management comparat internațional, seria Minidicționar de Management, București, editura ProUniversitara;

Nieves, Robert. How do you support a multicultural, multilingual workforce to drive down variability in care? Elsevier.

[https://www.elsevier.com/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/540046/HIMSS-Middle-East-White-Paper.pdf](https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0019/540046/HIMSS-Middle-East-White-Paper.pdf) - accesat 14.03.2018

Nolte, Elen; Fry, Caroline Viola; Winpenny, Eleanor; Brereton, Laura (2011), “Use of outcome metrics to measure quality in education and training of healthcare professionals A scoping review of international experiences”, RAND Europe Working Paper series;

[https://www.rand.org/pubs/working\\_papers/WR883.html](https://www.rand.org/pubs/working_papers/WR883.html)

Strategie – Spitalul Monza, București <https://www.spitalulmonza.ro/docs/strategie.pdf> - accesat 13.02.2018

Susan Jackson, Occupational Therapy Practice Placement Co-ordinator. University of Bradford. International Students and Clinical Placement. NET Conference 2017.

[https://www.heacademy.ac.uk/system/files/hub/download/d2st2s6\\_susan\\_jackson.pdf](https://www.heacademy.ac.uk/system/files/hub/download/d2st2s6_susan_jackson.pdf) - accesat 10 martie 2018

Toyota Global, Smart Mobility Society. ITS World Congress (2014)

[http://www.toyota-global.com/innovation/smart\\_mobility\\_society/its\\_world\\_congress\\_2014/](http://www.toyota-global.com/innovation/smart_mobility_society/its_world_congress_2014/) - accesat 10 mai 2018

The International Federation of Library Associations and Institutions (IFLA)

<http://www.ifla.org/publications/defining-multiculturalism> - accesat 9 decembrie 2017

Truong, Mandy; Paradies, Yin and Priest, Naomi (2014) „Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews”, BMC Health Serv Res. (BioMed Central – Health Services Research), 14: 99. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/99>

United Nations, Millennium development goals and beyond 2015. Available from:

<http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml> - accesat 10 mai 2018

Volkswagen AG (2017) Different Countries, Different Models

[https://www.volkswagenag.com/en/news/stories/2017/06/different\\_countries-different\\_models.html](https://www.volkswagenag.com/en/news/stories/2017/06/different_countries-different_models.html) - accesat 10 mai 2018

Wang, C.C. & Greenwood, K.M. (2015) „Chinese nursing students’ culture-related learning styles and behaviours: A discussion paper.” International Journal of Nursing Science 253-258

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.07.009>

World Health Organisation.WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (2010)

<https://www.google.ro/search?q=World+Health+Organisation.WHO+Global+Code+of+Practice+on+the+International+Recruitment+of+Health+Personnel&oq=World+Health+Organisation.WHO+Global+Code+of+Practice+on+the+International+Recruitment+of+Health+Personnel&aqs=chrome..69i57.3453j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Weech-Maldonado, Robert PhD; Elliott, Marc, PhD; RAND, Rohit Pradhan, PhD; Schiller, Cameron MS; Dreachslin, Janice, Ph.D and Hays, Ron D, PhD, (2012). „Moving Towards Culturally Competent Health Systems: Organizational and Market Factors”, Social Science and Medicine, Sep; 75(5): 815–822. National Institute of Health-Public Access, doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.053

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3669592/>

[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/) - accesat 10 mai 2018