

FORMACIÓN

Atención a la diversidad cultural: perspectivas sobre la competencia cultural de las y los profesionales sanitarios

Attention to cultural diversity: perspectives on the cultural competence of health professionals

Clara Flamarich Gol. Centre d'Atenció Primària Sant Roc. Badalona. Unitat de Suport a la Recerca de la Metropolitana Nord de Barcelona. IDIAP Jordi Gol. Barcelona (España)

Para contactar:

Clara Flamarich Gol.
cflamaricg.mn.ics@gencat.cat

Editor/a responsable:
Juan Antonio García Pastor

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo diagnosticar la competencia cultural de las y los profesionales de la salud, analizando su percepción y conocimiento de la diversidad cultural.

Se estudiarán los antecedentes formativos y el grado de conocimiento sobre la cultura de las personas migradas, así como las experiencias durante la atención. Realizaremos un estudio observacional, transversal, multicéntrico con abordaje mixto cuantitativo y cualitativo sobre una muestra de profesionales de la salud de diferentes niveles asistenciales y categorías profesionales del área metropolitana de Barcelona. La N mínima necesaria para la relevancia estadística de la fase cuantitativa del test CCCTQ-pre sería de 361 sujetos.

A posteriori se harán un mínimo de 18 entrevistas semiestructuradas y 3 entrevistas en profundidad de manera secuencial. La variable principal será la competencia cultural (conocimiento, actitud y habilidades), y la variable secundaria, la definición del profesional (edad, género, nivel asistencial, etc.). Se espera plasmar la situación del sistema sanitario del área de influencia y evaluar los cambios respecto a estudios previos, así como plantear el modelo formativo futuro.

Palabras clave: competencia cultural, inmigración, disparidades sanitarias, sistema sanitario, medicina social.

a sample of healthcare professionals from different levels of care and professional categories in the metropolitan area of Barcelona. Subjects in the quantitative phase will answer a CCCTQ-pre-test.

A minimum of eighteen semi-structured interviews and three in-depth interviews will subsequently be carried out sequentially. The primary endpoint will be cultural competence (knowledge, attitude and skills) and secondary endpoints will be definition of the professional (age, sex, level of care, etc.). It is expected to capture the situation of the healthcare system in the area of influence and evaluate changes in regard to previous studies. Moreover, the future training model will be proposed.

Keywords: Cultural Competency, Immigration, Healthcare Disparities, Healthcare System, Social Medicine.

INTRODUCCIÓN

La atención a la diversidad cultural debe ser una prioridad dado el aumento de personas que migran a nuestro territorio. Actualmente, un 16,1% de la población en Catalunya es inmigrante, sin considerar las personas con antecedentes familiares de migraciones o población con doble nacionalidad¹. En España, el porcentaje de población extranjera ha aumentado de 1,6% en 1998 a 11,7% en 2013² y ha pasado de la posición 21 de los países receptores de inmigrantes en el año 2000 a la posición número 5 en 2020, según datos de la Organización de la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)³.

El territorio de estudio cuenta con áreas básicas de salud (ABS) con una composición demográfica de población con nacionalidad extranjera que se sitúa entre el 4% y el 34,9%. El incremento poblacional de nacionalidades extranjeras que se ha producido en los últimos años nos obliga a adaptarnos a las circunstancias para garantizar el derecho a la salud.

ABSTRACT

Diagnose cultural competence in healthcare professionals by analyzing the perception and knowledge of the professionals.

The educational background and degree of knowledge about the culture of migrant people will be studied, as well as experiences during care. We will perform an observational, cross-sectional, multi-centre study with a mixed quantitative and qualitative approach on



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

El Plan de Salud de Catalunya 2021-2025⁴ contempla como prioridades sistémicas que la persona sea el centro de su salud, que los profesionales de la salud sean el fundamento del sistema, así como la importancia de la calidad de la atención. En este contexto, confluye la atención a la diversidad cultural.

La competencia cultural a nivel sanitario es el término que engloba el trato a las diferencias culturales dentro de una sociedad para mejorar la equidad y la calidad de la atención⁵. De este modo, la competencia cultural se puede dividir en tres áreas: el conocimiento de la cultura, las actitudes respecto a la atención y las habilidades para llevarla a cabo. Otra autora añade también las políticas sanitarias que tiene el sistema o la agencia/empresa que atiende a la población inmigrante y como estas se relacionan con la manera de trabajar y organizarse del conjunto de profesionales para poder desarrollar su trabajo de manera correcta en las situaciones transculturales⁶.

Además, aparte de las competencias profesionales y de las actitudes del personal sanitario, Saha y sus colaboradores ponen de manifiesto las diferencias entre la medicina centrada en la persona, donde hay una visión de la enfermedad, y la medicina centrada en el binomio enfermedad-médico, de herencia paternalista. De este modo, se diferencia de la competencia cultural, que nace como motor para reducir las diferencias e inequidades en la atención sanitaria. El nacimiento de la competencia cultural es para centrarse en las personas y las poblaciones en situaciones de riesgo y racializadas⁷. Para desplazar el modelo biomédico tradicional a uno en el que se incluyera la parte social de las personas, convirtiéndose en uno biomédico-social con perspectiva comunitaria. A raíz de este nacimiento, hay diferentes corrientes que van evolucionando con el tiempo, acorde a las narrativas sociales, antropológicas y sistémicas de cada momento, siendo un proceso cambiante.

La competencia cultural, según el modelo de Campinha-Bacote, se define como el proceso en el que las y los profesionales que generan cuidados (para la salud) se esfuerzan para conseguir una habilidad para trabajar de manera adecuada dentro del contexto cultural de una familia, un individuo o una comunidad. Purnell lo define como la adaptación de la atención de forma consciente dentro de un proceso no lineal. Esta definición del proceso se ve afectada por una mirada interseccional bajo la presión de los distintos ejes de poder que condicionan la salud dentro de la sociedad capitalista actual (edad, raza, género, clase social y territorio). Por ello, otros autores americanos critican este concepto, llamándolo competencia estructural, ya que su necesidad recae en la estructura del sistema⁸.

Es en este punto donde, a pesar de ser partícipes en el debate sobre qué se considera competencia cultural, teniendo en cuenta el aumento de población migrante en España, se considera centrar la atención en este trabajo, al revisar qué atención damos a las personas inmigrantes que presentan diferencias culturales respecto al personal sanitario del país receptor.

Otro factor importante es la comunicación intercultural como intercambio de información entre personas de diferentes contextos culturales, y se considera competente cuando se hace de forma sensible y enmarcada en el contexto cultural del otro⁹. En población inmigrante, la barrera idiomática es habitual y supone un obstáculo para la comunicación, seguimiento y comprensión del significado del continuum salud-enfermedad. En comparación con la población local, las personas con dificultades idiomáticas buscan menos atención sanitaria, para evitar malentendidos con problemas psicológicos y sociales derivados de esta situación^{10,11}.

El hecho de que la competencia cultural se centre en adquirir conocimiento, habilidades y actitudes se convierte en un problema, porque sugiere que la competencia cultural se puede adquirir siendo un proceso estático, cuando seguramente se basa en un proceso sin fin, donde no existe zona de confort. Siempre habrá un conocimiento que adquirir, pero no se debería confundir con el bienestar cultural que otorga el proceso reflexivo de ser crítico con uno mismo. El bienestar cultural se alcanza al ser consciente de que el paciente siempre tiene más cosas que enseñarte y aproximándote a los encuentros con humildad cultural¹².

La humildad cultural incorporaría la voluntad de la autoevaluación y la autocrítica y de disponer del tiempo/poder para poder equilibrar las dinámicas de paciente-médica/médico desarrollando un espacio común beneficioso y no paternalista que pusiera en el centro la colaboración entre comunidades y no solo a individuos. El objetivo es aprender juntos siendo conscientes de las influencias del sistema, sin asumir el entenderse o el conocimiento previo de otra cultura que no sea la propia. Un proceso vital de reflexión y autocrítica de la propia cultura para poder acompañar a la otra.

Para poder profundizar en la mejora en la atención a las personas culturalmente diversas, nos planteamos cuáles son las percepciones de los y las profesionales de la sanidad que brindan atención desde el sistema público de salud hacia la diversidad cultural y sus propias competencias para abordarla.

Un análisis detallado de las competencias y necesidades percibidas por el grupo de profesionales de la sanidad debe convertirse en la base para plantear diferentes acciones para mejorar la atención a la diversidad cultural y promover una atención equitativa a fin de mejorar la calidad asistencial y el acceso a la prestación de los servicios.

OBJETIVOS

General: estudiar la competencia cultural del conjunto de profesionales que atienden a pacientes que presenten diversidad cultural en el área metropolitana de Barcelona.

Específicos: conocer los antecedentes formativos de los y las profesionales respecto a la atención a la diversidad cultural. Describir qué grado de conocimiento tienen de las necesidades de la población culturalmente diversa. Explorar, desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud, barreras y facilitadores de la gestión de la diversidad cultural en el encuentro asistencial entre profesional-paciente.

MÉTODOS

Diseño

Estudio multicéntrico con abordaje mixto con diseño secuencial equivalente explicativo: cuantitativo y cualitativo. El fundamento de este diseño es poder utilizar métodos cualitativos para fortalecer el estudio, proporcionando una explicación más profunda y un análisis contextual de los hallazgos cuantitativos. Los resultados cuantitativos y cualitativos se informarán por separado. El estudio se llevará a cabo en tres fases: 1) recogida de encuestas; 2) realización de las entrevistas y 3) las entrevistas en profundidad.

Sujetos de estudio

Profesionales de la sanidad de todos los ámbitos de la Atención Primaria y de la atención especializada del sistema sanitario y diversas categorías profesionales (medicina, pediatría, enfermería, gestión y servicios, odontología, trabajo social, auxiliares de enfermería y psicología).

Inclusión: personal sanitario y no sanitario mayores de 18 años, de diferentes niveles asistenciales y categorías que trabajen dentro del área asistencial de la zona metropolitana de Barcelona.

Exclusión: profesionales que lleven menos de 1 año en el puesto laboral.

Fase cuantitativa

Variables

Principal: competencia cultural de las/los profesionales de la salud en base a tres dimensiones: conocimientos, actitudes, habilidades y efecto. Mediante el cuestionario CCCTQ-Pre.

Secundarias: edad; género; nivel asistencial (Atención Primaria y especializada); categoría profesional (medicina, pediatría, enfermería, trabajo social, odontología, fisioterapia, farmacia, nutrición, psicología, personal de administración y servicios, celadores, auxiliares de clínica, directivos, otros); situación laboral (estatutario, en formación, temporal); centro de trabajo (zona geográfica); nivel de estudios de los profesionales (educación superior obligatoria [ESO], bachillerato, grado medio, grado superior, licenciatura, diplomatura, grado, máster, doctorado); años trabajados; porcentaje de población inmigrante atendida en la población de referencia; descripciones de experiencias en la atención sanitaria relacionadas con la diversidad cultural.

Instrumento de recogida de datos

El instrumento de medida será el test CCTQ-Pre (N = 361) distribuido mediante una invitación al correo corporativo de trabajadores del Institut Català de la Salut (INS) del área metropolitana de Barcelona. El test contempla las esferas que definen la competencia cultural, como son conocimientos, actitudes, habilidades y efecto, obteniendo puntuaciones por esferas del 0-5 para poder definir unos niveles de competencia cultural. Las puntuaciones se logran para cada una de las dimensiones, que en los resultados son cinco subescalas.

Análisis de datos

Descriptivo, correlacional y regresión múltiple. Las variables cuantitativas (resultado del cuestionario CCCTQ-Pre, edad y años trabajados) se describirán con media y desviación estándar. Las variables categóricas (género, nivel asistencial, categoría profesional, situación laboral, centro de trabajo, nivel de estudios, nivel de inmigración atendida) se describirán con frecuencias y porcentajes.

El análisis bivariante se realizará con correlación de Pearson o Spearman según su distribución, entre las variables cuantitativas y X^2 para las variables categóricas. Las variables que muestren asociación con la variable resultado serán introducidas en un modelo de regresión lineal múltiple.

Fase cualitativa

Diseño

Análisis de contenido. Muestreo intencional en el que se tendrá en cuenta la máxima variabilidad en los ejes de género, nivel asistencial y categoría profesional. Se extraen los perfiles según las personas que manifiestan interés en participar en la entrevista y facilitan sus datos de contacto.

Instrumento de recogida de datos

Entrevista semiestructurada con un guion que se desarrollará a partir de los principales resultados de la fase cuantitativa y la revisión de la literatura. Estas permitirán triangular las respuestas de la encuesta (autopercepción) en confrontación con diferentes situaciones (18 entrevistas estratificadas) y entrevistas en profundidad (3 entrevistas). Las entrevistas se estratificarán dentro de la muestra para poder acceder a todos los perfiles profesionales. Como ejemplo inicial, se puede observar la **tabla 1**.

Análisis de datos

Se hará según los preceptos del análisis temático de Braun y Clarke, como familiarización de los datos, anotación de ideas para pasar a la codificación, realización de mapa temático, análisis continuo del tema, generación de definiciones y selección y análisis final de los fragmentos seleccionados.

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados previsibles

Los resultados de este estudio pretenden generar conocimiento sobre cómo las/los profesionales de la sanidad atienden y se sienten al atender población migrante o culturalmente diferente a ellos. Esta investigación pretende aportar un marco teórico robusto analizando la historia detrás de la conocida competencia cultural y observando todos los ejes (de desigualdad) que afectan a esta atención. Se plantea el debate de si deberíamos ir en otra dirección, rumbo a la humildad cultural y la competencia estructural, a la vez que se proponen cambios en todos los niveles: individual, colectivo y sistémico.

Existen trabajos similares a nivel metodológico de hace más de 10 años, pero que no pudieron triangular la percepción de test con entrevistas. Pensamos que este enfoque cualitativo añadido a la clásica metodología cuantitativa aportara más claridad para adoptar la mejor estrategia de acción.

Los resultados esperados serían una autopercepción de gran habilidad en situaciones donde hay menos población migrante con poca variabilidad entre el personal que da atención. Será interesante analizar si en los resultados se percibe un cambio de actitud en la atención a las personas migrantes en relación con un cambio generacional de los trabajadores.

Tabla 1. Muestreo estratificado para la realización de entrevistas semiestructuradas

Participante	Categoría	Género	Edad	Porcentaje de población migrante	Nivel asistencial	Otros
1	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	Mujer	>45	<10%	Primaria	Semirrural
2		Mujer	<45	10%-20%	Secundaria	Competente (culturalmente)
3		Hombre	<25	>20%	Hospital	Residente
4	Personal de enfermería	Hombre	>45	<10%	Primaria	Dirección
5		Hombre	<45	10-20%	Secundaria	No caucásico
6		Mujer	<25	>20%	Hospital	Urbano
7	Personal administrativo	Mujer	>45	<10%	Primaria	Incompetente (culturalmente)
8		Hombre	<45	10%-20%	Secundaria	Sensible (culturalmente)
9		Mujer	<25	>20%	Hospital	Estudios básicos
10		No binario	>45	<10%	Primaria	Estudios superiores
11	Otros colectivos (p. ej., profesionales de trabajo social sanitario, higienistas, etc.)	Mujer	<45	10-20%	Secundaria	
12		Hombre	>45	>20%	Primaria	

En base a la detección, se plantea poder ofertar formación específica en habilidades adaptadas a los déficits competenciales autopercebidos, así como plantear líneas que seguir en el desarrollo del modelo de atención de la Atención Primaria futura. Si no detectamos dónde no somos eficientes y tenemos dificultades, no dispondremos de oportunidad de cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. IDESCAT [Internet]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/>
2. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, García-Subirats I, Aller MB, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;6:715-34.
3. OCDE. International Migration Outlook 2021. [Internet]. OECD; 2021. Disponible en: <https://www.oecd.org/migration/>
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2021.
5. Hudelson P. Managing cultural and linguistic diversity in medicine: Challenges and strategies. Privat-docent Thesis. 2014.
6. Henderson S, Horne M, Hills R, Kendall E. Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health Soc Care Community*. 1 de julio de 2018;26(4):590-603.
7. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *Natl Inst Health*. 2008;100(11):1275-85.
8. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. febrero de 2014;103:126-33.
9. Paternotte E, Van Dulmen S, Van der Lee N, Scherpbier AJJA, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(4):420-45.
10. Torán Monserrat P, Cebrià Andreu J, Arnau Figueras J, Segura Bernal J, Ibars Verdaguer A, Massons Cirera J, et al. Level of distress, somatisation and beliefs on health-disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management: PROMISE. *BMC Family Practice*. 2013;14(1):54.
11. Ramos-Roure F, Feijoo-Cid M, Manresa-Domínguez JM, Segura-Bernal J, García-Sierra R, Fernández-Cano MI, et al. Intercultural communication between long-stay immigrants and catalan primary care nurses: A qualitative approach to rebalancing power. *Int J Environ Res Public Health*. 2 de marzo de 2021;18(6):1-18.
12. Curtis E, Jones R, Tipene-Leach D, Walker C, Loring B, Paine SJ, et al. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *Int J Equity Health*. 14 de noviembre de 2019;18(1).