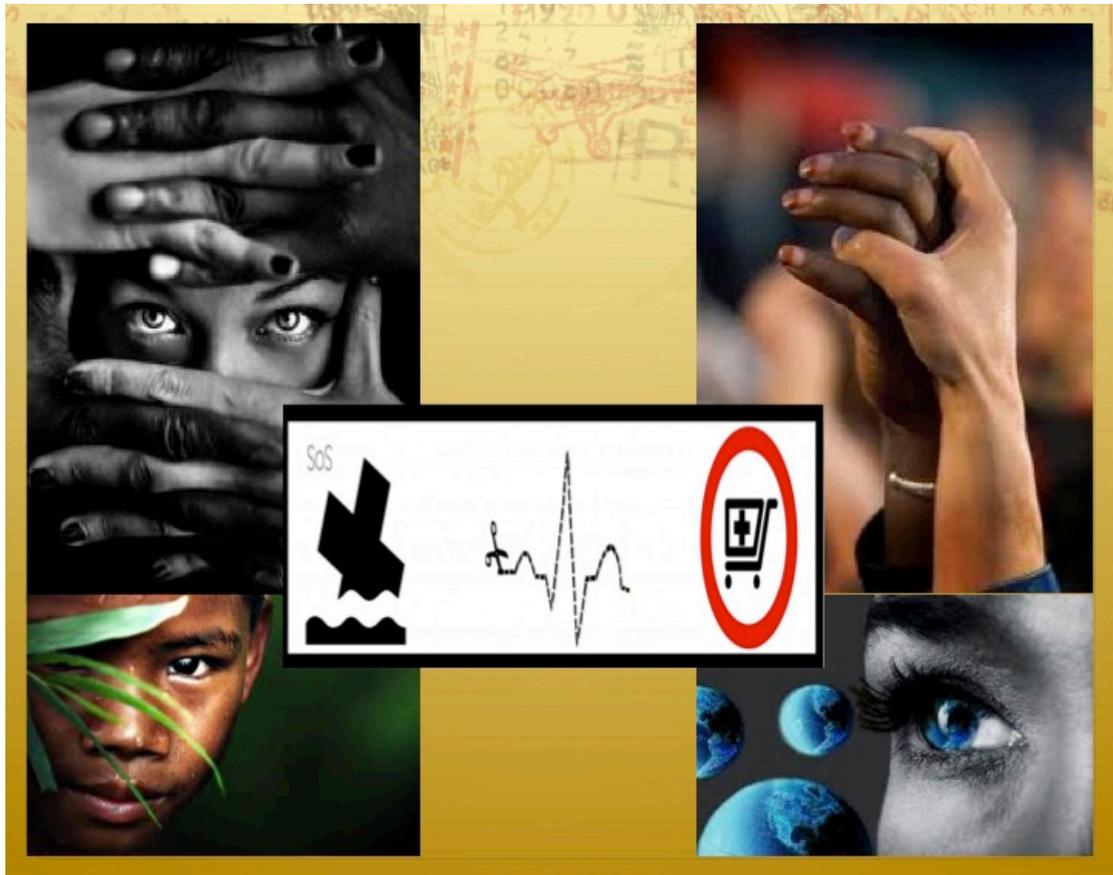


# LA POBLACIÓN INMIGRANTE FRENTE A LAS BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO.



AUTOR: SANDRA LARRAURI CANTERO

DIRECTORA DEL TRABAJO: MARÍA PAZ ZULUETA

FEBRERO 2013

TRABAJO FIN DE GRADO DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE CANTABRIA.

## INDICE

I.	<b>Resumen y palabras clave.....</b>	<b>pag. 3</b>
II.	<b>Introducción.....</b>	<b>pag. 3-7</b>
	1. Reseña histórica.....	pag. 4
	2. Características socio-demográficas.....	pag. 4-6
	3. Determinantes de la salud.....	pag. 7
III.	<b>Objetivos.....</b>	<b>pag. 8</b>
IV.	<b>Material y Métodos.....</b>	<b>pag. 8</b>
V.	<b>Principales barreras para el acceso al sistema sanitario.....</b>	<b>pag. 9-15</b>
	1. Principales barreras administrativas para el acceso.....	pag. 10-12
	2. Principales barreras lingüísticas para el acceso.....	pag. 12-14
	3. Factores sanitarios o de los profesionales.....	pag. 14-15
VI.	<b>Competencia cultural.....</b>	<b>pag. 15-32</b>
	1. Teorías de enfermería.....	pag. 16- 19
	2. Metodología enfermera.....	pag. 19- 22
	3. Aspectos culturales.....	pag. 22- 32
VII.	<b>Conclusiones.....</b>	<b>pag. 32-34</b>
VIII.	<b>Aplicación práctica de esta monografía.....</b>	<b>pag.34</b>
IX.	<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>pag. 35-37</b>
X.	<b>Anexos.....</b>	<b>pag. 38-44</b>

## **LA POBLACIÓN INMIGRANTE FRENTE A LAS BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO.**

### **I. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES:**

En España en el año 2012, la población inmigrante suponía el 12,13% y en Cantabria el 6,61%. La publicación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones ha modificado el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario. Tras una revisión bibliográfica con la base de datos PubMed y CUIDENplus podemos decir que las personas inmigrantes son parte de nuestra sociedad, pero se enfrentan a dificultades para acceder al sistema sanitario como pueden ser las barreras administrativas, lingüísticas y factores relacionados con la interacción de los profesionales sanitarios. A continuación se describen todas estas barreras, pero más detalladamente lo que concierne al personal sanitario. El profesional sanitario se ha tenido que adaptar a esta nueva situación social, pero se carece de formación en competencia cultural para aplicar cuidados de calidad. Es imposible conocer todas las tradiciones, pero lo que debemos conocer como profesionales son los aspectos que pueden variar, es decir, la percepción de la enfermedad, las actitudes hacia ella, los tratamientos y los cuidados.

Palabras clave: Inmigración, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Barreras de Comunicación, Competencia Cultural.

#### **ABSTRACT:**

In Spain In 2012, the immigrant population stood at 12.13% and in Cantabria at 6.61%. The publication of the Royal Decree-Law 16/2012, April 20, on urgent measures to ensure the sustainability of the National Health System (NHS) and improve the quality and safety of their benefits, has changed immigrants access to the health system. After a review of the literature with database PubMed and CUIDENplus, we can say that immigrants are part of our society, but face difficulties in accessing healthcare such as administrative & linguistic barriers and matters relating to their interaction with healthcare workers. Staff in the healthcare sector have had to adapt to this new social situation but lack the necessary training in cultural competence to be able to provide quality of care. It's impossible to have knowledge of all types of traditions, but as professionals we need to know about those factors which can vary, that is the perception of illness and attitudes towards illness, treatment and care.

Keywords: Emigration and Immigration, Health Services Accessibility, Communication Barriers, Cultural Competency.

### **II. INTRODUCCIÓN:**

En nuestra práctica diaria nos encontramos con frecuencia con pacientes de otras nacionalidades, que no comprenden nuestro idioma ni nosotros el suyo. El creciente aumento de la inmigración, así como la presencia de población extranjera en nuestra área geográfica por motivos turísticos es una realidad que los profesionales sanitarios tenemos que asumir y adaptarnos a dicho cambio social.

La barrera del lenguaje genera preocupación e inseguridad, ya que nos dificulta la obtención de información necesaria en nuestro trabajo, exponiendo al paciente a riesgos innecesarios. Para el usuario además, es una fuente de estrés añadida a la situación de indefensión que supone su presencia en un medio sanitario. El paciente inmigrante se encuentra con la barrera lingüística que a priori parece la más importante, pero además hay aspectos como los administrativos y los culturales que como profesionales no debemos ignorar.

La demanda social y la falta de conocimientos sobre la población inmigrante, me ha motivado para desarrollar este tema. Como profesional asistencial necesito adquirir conocimientos sobre competencia cultural para aplicar cuidados de calidad.

## II.1 Reseña Histórica.

Desde la antigüedad, las personas han viajado por el mundo en busca de una vida mejor. El flujo de inmigrantes en los dos últimos siglos se producía mayoritariamente desde los países europeos hacia Estados Unidos, Canadá, Brasil, Argentina y Australia. Sin embargo actualmente el origen de la migración se encuentra en los países de Iberoamérica, Asia y África, y los países receptores son los países norteamericanos y las naciones de Europa occidental<sup>1</sup>.

La crisis económica de 1973, provocó un aumento de los problemas para las personas inmigrantes en Europa. Por un lado, los Estados se veían en la tesitura de emplear políticas sociales para colectivos a priori no deseados. Por otro, se creía que la mayoría de los inmigrantes regresarían a sus casas, por lo que el esfuerzo por parte de las instituciones sociales para la integración de los inmigrantes no fue muy desmesurado<sup>2</sup>.

En consecuencia se mostró una realidad que no se adecuaba con la imagen preconcebida de que la inmigración desaparece en periodos de recesión. Los Gobiernos idearon estrategias poco efectivas para intentar que la población inmigrante retornara a sus lugares de origen o por lo menos no aumentara. Un ejemplo de una de las estrategias que fue un claro error, fue la que Francia puso en marcha. Se gratificaba económicamente a los inmigrantes que regresasen a sus países de origen. Fue un fracaso, ya que, los inmigrantes que optaron por esta vía ya se habían decidido por regresar, por lo que esta remuneración fue el equivalente a un regalo<sup>2</sup>. Éste es uno de los puntos comunes con cierta corriente actual, en este caso con la idea del retorno al país de origen. Se insiste en políticas que se han demostrado erróneas y, peor aún, se traslada la imagen de que las personas están retornando cuando, de producirse el regreso, éste es más temporal que definitivo<sup>2</sup>.

## II.2 Características Socio-Demográficas.

A continuación se realiza una descripción demográfica básica de la población inmigrante en Europa, España y Cantabria.

En Europa en 2011, 33,3 millones de ciudadanos extranjeros vivían en la UE-27, de los cuales 12,8 millones (2,5% de la población total) eran ciudadanos de otro estado miembro de la UE-27, y los restantes 20,5 millones (4,1%) eran ciudadanos de países fuera de la UE-27<sup>3</sup>.

Las nacionalidades más frecuentes pertenecen a Turquía (2,3 millones), Marruecos (1,9 millones), Albania (1 millón) y China (0,8 millones)<sup>3</sup>.

El número de permisos de residencia se expide a las nacionalidades de los EEUU (alrededor de 212.000), India (200.000), Ucrania (167.000) y Marruecos (157.000)<sup>3</sup>.

El número de permisos para actividades remuneradas representa el 32,5%, 30,2% por razones familiares, por estudios el 20,6% y el 17% por otros (protección, residencia sin derecho a trabajo,...)<sup>3</sup>.

En 2011, a unas 343.000 personas se les negó la entrada en la UE, alrededor de 228.000 pertenecían a inmigrantes solicitantes de su entrada en España<sup>3</sup>.

En el 2011 se detuvieron a 468.500 irregulares con el mayor número en Grecia (89.000) seguido de España (69.000). El número de entradas irregulares a la UE en 2011 es de casi 141.000, 35% más que en el año 2010. La mayoría pertenecían a Túnez (20%), Afganistán (16%) y Pakistán (11%)<sup>3</sup>.

Durante buena parte del siglo XX, España fue un país donde las migraciones tanto internas como externas tuvieron una importancia capital. Por ello el fenómeno de la migración en España no es desconocido. Sin embargo, la evolución y el sentido de los flujos migratorios en los últimos años sí que es un hecho relativamente nuevo<sup>1</sup>. Las causas de esta gran inmigración se podría decir que son dos. Por un lado, la modificación de España en una floreciente democracia y la demanda de mano de obra generada por el auge económico que va desde 1990 hasta la crisis actual. Por otra parte, un régimen migratorio muy liberal, induciendo la inmigración irregular mediante diversos mecanismos de regulación y una situación de irregularidad formalmente reconocida mediante el empadronamiento, que da acceso a amplios derechos sociales<sup>4</sup>. Así, la Ley de Extranjería del año 2000 estableció los canales por los cuales se garantizaba la atención sanitaria completa a las personas inmigrantes empadronadas, a las mujeres embarazadas y a los menores de 18 años<sup>5</sup>.

En España en el 2012, según el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, los extranjeros con certificado de registro de tarjeta de residencia en vigor a 30 de septiembre del 2012 son de 5.363.688 de los cuales 2.626.503 (48,9%) son residentes en Régimen Comunitario y 2.737.185 (51,03%) son residentes en Régimen General<sup>6</sup>.

Las nacionalidades más numerosas son la rumana y la marroquí, ambas suponen el 33% del total de residentes. De las quince principales nacionalidades, siete pertenecen a la Unión Europea: Rumanía (913.405), Reino Unido (246.533), Italia (189.841), Bulgaria (176.333), Portugal (130.955), Alemania (130.020) y Francia (104.724)<sup>6</sup>.

La distribución geográfica de los inmigrantes es desigual. En Cataluña (1.228.754), Comunidad de Madrid (909.042), Comunidad Valenciana (689.011) y Andalucía (688.258) residen un total de 3.515.065 extranjeros, es decir, un 65,57% del total<sup>6</sup>.

Por Régimen Comunitario nos referimos, al régimen jurídico de extranjería que se aplica a las nacionalidades de países de la Unión Europea (UE) y de los países de la Asociación Europea de Libre Comercio, constituida por Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza (AELC),

así como a sus familiares y los familiares de españoles que sean nacionales de terceros países<sup>6</sup>. El 51,39% de los inmigrantes Comunitarios pertenecen a Rumanía (38,78%), Reino Unido (9,39%) e Italia (7,23%)<sup>6</sup>.

Entre Cataluña (442.026), Comunidad de Madrid (413.159), Comunidad Valenciana (408.088) y Andalucía (398.303) suman el 63,27% de los residentes en Régimen Comunitario, es decir, un total de 1.661.576<sup>6</sup>.

Por Régimen General, nos referimos al régimen jurídico que se aplica a las nacionalidades de terceros países, salvo que les sea de aplicación el Régimen Comunitario. Marruecos es el país con mayor número de residentes en Régimen General, con un total de 822.923 extranjeros, que representa el 30,08% del total. Seguido se encuentra Ecuador y Colombia, con 358.437 y 219.632 residentes respectivamente. Estos tres países suponen el 51,20% del total de este régimen<sup>6</sup>. El 55,20% en Régimen General se encuentran en la Comunidad de Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana<sup>6</sup>.

La población inmigrante es mayoritariamente joven. Un 13,88% son menores de 16 años, un 81,81% se encuentran en edad laboral, es decir, en un intervalo de 16-64 y el 4,29% restante pertenece a mayores de 65 años<sup>6</sup>.

El 47,91% de las autorizaciones temporales son de trabajo por cuenta ajena, la reagrupación familiar es el segundo motivo de este tipo de autorizaciones (27,94%). El número de autorizaciones de residencia y trabajo en vigor ha ido descendiendo progresivamente en los últimos cuatro años, pasando de 904.509 en septiembre de 2009, a 377.567 en septiembre de 2012, esto es, un descenso en 526.942 autorizaciones de trabajo (58,26%)<sup>6</sup>.

Las nacionalidades de África son el colectivo mayoritario en las autorizaciones de larga duración con el 44,66%, seguidos de las nacionalidades de América Central y del Sur con el 37,88%, el continente asiático el 34,85%<sup>6</sup>.

En Cantabria, el fenómeno de la inmigración comienza a hacerse notable a comienzos del siglo XXI. El número de vecinos extranjeros empadronados en Cantabria en el 2012 se situó en los 39.313 vecinos<sup>7</sup>. Por nacionalidades, los extranjeros empadronados en Cantabria son principalmente de países de Europa (45,31%) y de América (40,73%). El mayor volumen de vecinos extranjeros tienen nacionalidades de Rumanía (17%), Colombia (8,49%), Perú (7,32%), Moldavia (6,49%), Marruecos (4,84%), Portugal (5%) y Ecuador (3,91%)<sup>7</sup>.

De los 39313 empadronados en Cantabria, el 95% residen en el Área Costera. Siendo las zonas con mayor proporción de residentes en el área de Santander 22896 (58,24%), La Costera Oriental 6518 (16,57%) y el Área de Torrelavega 5807(14,77%)<sup>8</sup>.

En Cantabria de los 5344 nacimientos en el 2011, 626 pertenecen a mujeres inmigrantes lo que representa un 11,71% frente al 11,98% en el 2010<sup>9</sup>.

## II.3 Determinantes de la salud

### Educación

En cuanto al nivel de estudios se observan diferencias importantes entre la población española y la inmigrante. La mayor diferencia se da en la educación primaria o sin estudios, representando las personas inmigrantes sin estudios el 3,0%, frente al 20,3% de la población general. La siguiente diferencia significativa se da en la educación terciaria o universitaria, con un 29,6% de población inmigrante en posesión de un título universitario frente al 22,2% de población general. Por tanto, se puede decir que la población inmigrante residente en Cantabria tiene un nivel de estudios superior a la media de la población general<sup>10</sup>.

### Vivienda

La vivienda supone una condición necesaria para integrarse en el sistema de garantía de los derechos cívicos y sociales, desde donde solicitar la regularización de su trámite de estancia en España. El lugar de residencia es un requisito indispensable para el empadronamiento y a través de éste, para el acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), al reagrupamiento familiar, a la inscripción escolar y a otros recursos sociales. Entre las barreras al acceso a una vivienda, tanto para la población general como para las personas inmigrantes, figuran los altos precios de alquiler y de venta, y las escasas ayudas. Además, la población inmigrante se enfrenta a barreras y dificultades adicionales debido a los mayores requisitos, exigidos en muchos casos por el hecho de ser personas extranjeras, para el acceso a una vivienda de alquiler<sup>10</sup>.

### Empleo

El número de afiliados extranjeros a la Seguridad Social en Diciembre del 2012 en España, es de 1.645.851, según datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social representando el 10,01% del total de afiliados. De los cuales el 37,35% (612.848) pertenecen al Régimen Comunitario y el 62,76% (1.032.953) al Régimen General<sup>11</sup>. El 55,97% de los afiliados corresponden con la industria manufacturera, construcción, comercio, hostelería, servicios agrarios y del hogar<sup>11</sup>.

En Cantabria, los afiliados extranjeros son 10.859, de los cuales 3456 (31,82%) pertenecen al Régimen Comunitario y 7403 (68,17%) al General representando en nuestra Comunidad el 5,52% del total de afiliados<sup>11</sup>. El 72,27% de los afiliados corresponden con la industria manufacturera, construcción, comercio, hostelería, servicios agrarios y del hogar<sup>11</sup>.

Aunque en valores absolutos los trabajadores de nacionalidad rumana y colombiana fueron los que más accidentes sufrieron en el año 2011, 55 y 51 accidentes respectivamente. Sin embargo, en términos de índices de incidencia, la población más desfavorecida ha sido la senegalesa. Sufrieron 10 accidentes (todos ellos hombres) para una población afiliada de únicamente 105 trabajadores, lo que se traduce en un índice de incidencia de 9524 accidentes con baja por cada 100.000 trabajadores. Les siguen los trabajadores de Marruecos y Colombia con índices de 7.225 y 7.183 respectivamente. Esto permite intuir una mayor inseguridad en el trabajo en estos colectivos, que pueden estar en situaciones de mayor precariedad laboral o en trabajos de más alto riesgo<sup>12</sup>.

### III. OBJETIVOS

#### III.1 Objetivo General:

Analizar los aspectos fundamentales sobre las diferentes barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud.

#### III.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar las diferentes barreras administrativas, lingüísticas y de interacción con los profesionales sanitarios, a superar por la población inmigrante.
2. Profundizar en los aspectos más relevantes de la competencia cultural.

### IV. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se han utilizando las bases de datos Dialnet, Google Académico pero principalmente PubMed y CUIDENplus.

Como gestor bibliográfico se ha utilizado Refworks.

Siguiendo el método de búsqueda a través de las palabras clave acotándolo a los últimos cinco años se encontraron los siguientes resultados:

CUIDENplus: Inmigración con 355 resultados, Accesibilidad a los Servicios de Salud 63, Barreras de Comunicación 73 y Competencia Cultural 133 resultados.

Si la búsqueda se realiza utilizando el booleano AND los resultados son: Inmigración AND Accesibilidad a los servicios de Salud 1 resultado, Inmigración AND Barreras de Comunicación 5, Inmigración AND Competencia Cultural 21 resultados y la única combinación de tres palabras claves que ha dado resultado es Inmigración AND Competencia Cultural AND Accesibilidad a los Servicios de Salud 1 resultado.

La cantidad de resultados de búsqueda varía si se realiza a través de Pubmed: Emigration and Inmigration 2379 resultados, Health Services Accessibility 19234, Communication Barriers 1365 y Cultural Competency 1993 resultados. Al igual que ocurre en CUIDENplus si la búsqueda se realiza utilizando el booleano AND el resultado es: Emigration and Inmigration AND Health Services Accessibility 107 resultados, Emigration and Inmigration AND Communication Barriers 26, Emigration and Inmigration AND Cultural Competency 26 resultados.

En PubMed se obtienen más resultados con la suma de tres palabras clave que en CUIDENplus. Emigration and Inmigration AND Cultural Competency AND Health Services Accessibility: 2. Emigration and Inmigration AND Communication Barriers AND Cultural Competency: 5. Emigration and Inmigration AND Communication Barriers AND Health Services Accessibility: 3.

## V. PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO DE SALUD.

Según un estudio sobre los determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria, se dan dos tipos de migraciones. Por un lado, se encuentra el inmigrante cuya migración es temporal y por otro la migración irreversible. Cuando es temporal, el esfuerzo por integrarse en la sociedad es menor. En cambio cuando se trata de una situación permanente aumenta el esfuerzo por integrarse, al igual que la demanda en la igualdad de derechos y el acceso al sistema educativo y sanitario<sup>10</sup>.

Según en qué etapa migratoria se encuentren o según los factores particulares y situacionales, la población inmigrante establece una serie de prioridades<sup>10</sup>:

1. Trabajo y papeles.
2. Vivienda.
3. Relaciones cercanas, es decir, preocupaciones de la familia en el país de origen.
4. Las reagrupaciones de las parejas e hijos/as y su integración en la sociedad de acogida.
5. Condiciones laborales.
6. Salud Mental y Laboral.

La salud a medida que se van superando sus principales prioridades como trabajo, situación administrativo-legal, vivienda, etc. adquiere mayor importancia<sup>10</sup>.

Las personas que acaban de llegar de otros países muestran mejor salud que las autóctonas, o por lo menos mejor de lo que se podría pensar debido a su situación socioeconómica. Es el llamado “*efecto inmigrante sano*”. Sin embargo, la salud de los inmigrantes se deteriora a medida que transcurre el tiempo de permanencia en el país de acogida, posiblemente se deba a las condiciones socioeconómicas adversas a las que se enfrentan. El “*duelo migratorio*” y las condiciones laborales son los principales factores de riesgo para la salud. El estrés es aún mayor en los inmigrantes “*sin papeles*”<sup>10</sup>.

Los factores mencionados por los inmigrantes como desventaja son: falta de información sobre el sistema y/o su funcionamiento y dificultad a la hora de comunicarse con el personal sanitario. Esta dificultad idiomática incluye desde el idioma hasta la terminología y jerga médica utilizada<sup>10</sup>.

Se identifican dos posiciones; una de trato igualatorio con la población autóctona y otro diferencial. Las dos posturas se aproximan, ya que, incluso los inmigrantes que comienzan argumentando que el trato es igualatorio, a lo largo de diferentes reflexiones argumentan elementos diferenciadores frente a la población autóctona sobre todo en tema de acceso y listas de espera<sup>10</sup>.

Los inmigrantes en primer lugar alaban la calidad de nuestro sistema sanitario y su gratuidad. Al compararlo con los sistemas sanitarios de sus países de origen, perciben al sistema español como poco resolutivo. Es decir, perciben que los sistemas sanitarios de origen son más deficientes pero se resuelven los problemas, aunque en parte pagando<sup>10</sup>.

Un estudio realizado sobre la población inmigrante en Cantabria, plasma en la tabla 1

estas dos posiciones.

#### V.1. Principales Barreras Administrativas.

En los últimos cinco años la deuda pública española pasa de 382,9 miles de millones a 816.891 miles de millones de euros. En términos porcentuales sobre el Producto Interior Bruto pasa del 39,5% al 77,4%<sup>13</sup>. Una economía en recesión, como es la española actualmente, induce a la reducción de otras partidas presupuestarias, en particular la de gastos de personal, salarios y empleo público. Al igual que sucede con los gastos en pensiones, subvenciones, subsidios a parados y familias. En definitiva se reduce gastos y derechos sociales en general en educación, sanidad y cultura<sup>2</sup>.

La publicación del Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, causa rechazo por parte de profesionales y usuarios<sup>14</sup>. Así como la propuesta de hacer pagar a los inmigrantes sin papeles 59,20€ mensuales por la asistencia sanitaria. Suponen la puesta en marcha de iniciativas cuya aplicación ponen en cuestión el propio título del Decreto, que hace mención a palabras como “*garantizar*”, “*sostenibilidad*”, “*mejorar*”, “*calidad*”<sup>15</sup>.

A continuación se enumeran las principales medidas de ahorro que se proponen en el Real Decreto-Ley 16/2012<sup>14</sup>:

1. Pago de prótesis ambulatorias (férulas, muletas, sillas de ruedas...), los productos dietéticos y transporte sanitario no urgente. A estos productos se les considera en el Real Decreto como “*servicios accesorios*”<sup>14</sup>.
2. Modificación del artículo relativo al desarrollo de los servicios comunes, entre los que se incluirán aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de enfermedad<sup>14</sup>.
3. Copago farmacéutico: los activos con una renta igual o superior a 100.000€ deberán abonar el 60% del precio del medicamento, 50% si la renta oscila entre 18.000-100.000€ y 40% si es menor a 18.000€. Los pensionistas con renta inferior a 18.000€ pagarán el 10% con un tope de 8€ mensuales. Aquellos que su renta sea mayor de 18.000€ abonarán un máximo de 18€ al mes y los de mayor de 100.000€ tendrán un límite de 60€<sup>14</sup>.
4. Se excluye la prescripción de fármacos para síntomas menores<sup>14</sup>.
5. Extranjeros indocumentados. Las tarjetas sanitarias de inmigrantes irregulares empadronados desde el 1 de septiembre del 2012 quedan anuladas. Según figura en el Boletín Oficial del Estado (BOE), a partir del 1 de septiembre aquellos “*extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España*” sólo podrán tener acceso a las urgencias para casos de “*enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica*”<sup>14</sup>.

Sí queda garantizada la asistencia *“al embarazo, parto y posparto”* y a los *“extranjeros menores de 18 años”*, que *“recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”*, según figura en el BOE<sup>14</sup>.

6. Turistas sanitarios: respecto a los turistas sanitarios procedentes de la UE y de otros estados que forman parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, el Real Decreto fija como condición *“una residencia superior a los tres meses”* en España, que deberá quedar acreditada<sup>14</sup>.

7. Jóvenes mayores de 26 años sin cotizar: a partir de los 26 años, quienes ya no estén cubiertos por la tarjeta sanitaria de sus padres, pero aún no hayan comenzado a cotizar, deben acreditar su falta de ingreso si quieren seguir disfrutando de la sanidad pública española<sup>14</sup>.

El capítulo 1 del RDL realiza un cambio profundo en el SNS, al modificar el contenido del artículo 3 de la Ley de Cohesión 16/2003, que definía como titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a: *“... todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000”*<sup>16</sup>, y que ahora pasa a tener la siguiente redacción: *“La asistencia en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado”*<sup>14</sup>.

El nuevo RDL no hace mención al derecho a la asistencia pública de los colectivos más desfavorecidos que hasta ahora se incluía en la Ley General de Salud Pública, que mediante el redactado de la disposición sexta *“Se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico”*<sup>17</sup>. El derecho a la asistencia sanitaria pública se generalizaba al incluir a colectivos minoritarios que, por deficiencias del desarrollo reglamentario de las normas anteriores, habían quedado sin contemplar<sup>18</sup>.

Hasta ahora, toda aquella persona empadronada o en posesión de la ciudadanía española, le otorgaba el derecho a la asistencia pública sanitaria. Con el nuevo RDL, las personas que necesiten asistencia sanitaria deberán poseer un seguro privado o ser beneficiarios de la Seguridad Social<sup>18</sup>.

El concepto de universalidad de nuestro SNS, se podría decir que casi se había conseguido gracias a normas aceptadas con gran consenso en la Ley General de Sanidad (1986), la financiación de la sanidad por impuestos (1999), las Leyes de Extranjería (2000), la Ley de Cohesión (2003) y la Ley General de Salud Pública (2011). La universalidad deja de tener peso con el Real Decreto, ya que, se pierden derechos para dejar paso a un sistema basado en el aseguramiento<sup>18</sup>.

El Real Decreto Ley establece que *“aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción especial”*<sup>14</sup>.

Ante un RDL, poco puede hacerse. Pero hay asociaciones que van más allá y han creado

campañas en contra. Es el caso de la campaña “Yo Sí sanidad universal”<sup>19</sup>.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU se hace eco de las demandas de las organizaciones de la sociedad civil y cuestiona los recortes sociales en respuesta a la crisis. Veinte organizaciones españolas presentaron información ante el Comité sobre los obstáculos en el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales en España. Entre ellas están: Amnistía Internacional, Asociación Aspacia, Asociación Española para el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (AEDIDH), Center for Economic and Social Rights (CESR), Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), la Coordinadora de ONG para el Desarrollo de España, Creación Positiva, la Federación de Entidades de Apoyo a las Personas sin Hogar (FEPSH), la Fundación Secretariado Gitano, la Fundación Triángulo, Médicos del Mundo, Movimiento Cuarto Mundo España, Observatorio DESC, la Plataforma Unitaria de Encuentro para la Democratización de la ONCE (PUEDO), Provivienda, Red Activas, la Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN), la Red Española contra la Trata de Personas y Save the Children<sup>19</sup>.

*“El ejercicio de la profesión médica lleva aparejadas ciertas obligaciones éticas de las que los médicos no pueden desprenderse. Ni por la conveniencia personal ni por las disposiciones gubernamentales”,* expone Josep Basora, presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. El listado incluía en un principio a médicos/as de familia. Ahora, también se incorporan ciertos profesionales sanitarios, incluidos el personal de enfermería. Sin embargo, el Consejo General de Colegios de Enfermería ha alertado a sus miembros de que seguir atendiendo a inmigrantes sin papeles en horario laboral y con recursos públicos puede suponer una infracción administrativa. *“Nuestros servicios jurídicos han determinado que esa acción no sería objeción de conciencia, sino insumisión”,* explica su presidente, Máximo González Jurado<sup>20</sup>.

## V.2. Principales Barreras Lingüísticas.

En los últimos años la población inmigrante ha aumentado considerablemente. Sobre la década de los 90 se le daba importancia a la formación de los profesionales sanitarios en enfermedades tropicales, hasta tal punto de ser objeto de debate nacional<sup>21</sup>. Actualmente la dificultad no se debe al desconocimiento en enfermedades tropicales, sino más bien a problemas de comunicación y diferencias conceptuales de enfermedad y cuidados arraigados culturalmente<sup>22</sup>.

Según la literatura la barrera idiomática es el principal obstáculo para atender a la población inmigrante. Los profesionales se pueden formar en enfermedades propias del colectivo inmigrante, pero si la comunicación no es eficaz difícilmente podremos proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma<sup>22</sup>. Al no ser eficaz la comunicación verbal pueden producirse malentendidos como por ejemplo errores en la toma de medicación, dificultades para realizar una correcta anamnesis y/o exploraciones físicas. En definitiva una verdadera barrera para realizar nuestra labor asistencial.

Uno de los problemas frecuentes en Atención Primaria es la falta de tiempo en las consultas, si a esto se le añade la barrera lingüística, estamos ante un mayor consumo del

recurso “*tiempo*”. Este aspecto genera rechazo pasivo a los profesionales además de inquietud por el diagnóstico y las dudas sobre la comprensión de los diagnósticos y las medidas sanitarias aconsejadas. Los profesionales señalan que la dificultad idiomática conlleva una mayor lentitud en la comunicación y una mayor dificultad en la comprensión, lo cual implica una necesidad de buscar otras formas de comunicación menos rápidas, lo que supone un incremento del tiempo de la atención. Aspecto que se debe tener en cuenta al organizar las agendas de los profesionales<sup>10,22</sup>.

El profesional que interactúa habitualmente con el paciente inmigrante, adquiere una serie de habilidades, palabras claves, un lenguaje no verbal adecuado, etc. aumentando de esta forma la confianza con el paciente<sup>22</sup>.

El profesional debe seguir una serie de principios en la comunicación con el paciente inmigrante<sup>22</sup>:

- La competencia cultural y la entrevista clínica, son la base de la comunicación con el inmigrante.
- Ser consciente de las diferencias culturales, emocionales y lingüísticas.
- La competencia cultural puede aprenderse.
- Las técnicas de entrevista que habitualmente se utilizan con los pacientes autóctonos pueden ser aplicables al paciente inmigrante.

Existen unas herramientas para llevar a cabo la comunicación con el paciente inmigrante<sup>22</sup>:

- La primera impresión es crucial. Debemos hacer sentir al inmigrante, a pesar de las dificultades lingüísticas, que es bienvenido. Este primer contacto es esencial para la relación terapéutica.
- La comunicación no verbal es esencial cuando el lenguaje verbal es limitado.
- Escuchar, respetar los silencios, usar la mirada, los gestos, el tono de voz. Son elementos fundamentales para comunicarse con habilidad.
- Evitar las preguntas muy cerradas e inducidas que pueden llevar a un diagnóstico erróneo. Ante la diferencia intercultural y la diferencia del idioma es habitual cometer este tipo de error.
- La empatía es la herramienta más eficaz de la comunicación terapéutica.
- Hacer uso de la escucha activa. Algunas reglas de este tipo de escucha son: asentir, mirar, parafrasear, no anticipar, no presuponer, antes de terminar reformular lo más importante, no tener miedo a los silencios y evitar dar demasiada información porque puede que el paciente no retenga ni entienda nada.

Cuando el conocimiento de la lengua es un problema verdadero de comunicación es preciso el uso de otra serie de recursos. No siempre están disponibles, pero es beneficioso que el profesional conozca su existencia<sup>22</sup>.

#### Traductor

Consiste en usar a otra persona de traductor. Hay que tener en cuenta que si es alguien de la familia podemos perder información, al igual que sucede con los traductores no profesionales como es el caso de los compañeros de trabajo<sup>23</sup>. Hacer uso de estos

traductores es útil cuando la información a traducir es clara y concisa. No se deben olvidar los posibles conflictos de confidencialidad que se pueden producir. Cuando la persona es ajena a la familia, se debe pedir permiso al paciente<sup>23</sup>.

La falta de acceso a intérpretes capacitados puede explicar en cierta medida la dependencia de intérpretes. Una encuesta realizada en Suiza encontró que sólo el 17% de los servicios tuvieron acceso a intérpretes profesionales. En ese momento, la mayoría de los servicios se basó en familiares de los pacientes, en trabajadores de salud bilingües o personal no sanitario para proporcionar asistencia lingüística<sup>24</sup>.

Existe la posibilidad de usar traductores telefónicos, son útiles cuando no es posible la opción de tener un traductor profesional, un compañero bilingüe o un familiar. Existen empresas que ofertan estos servicios, es útil que los profesionales las conozcan<sup>22</sup>. El inconveniente de estos traductores, es que se pierde la comunicación no verbal y con ello parte de la comunicación<sup>22</sup>.

#### Mediadores

Su utilidad es muy beneficiosa cuando la principal barrera es la cultural. El mediador no se limita a traducir, sino, a comunicar ciertos aspectos que culturalmente no se entienden por parte del paciente y/u otras por el personal sanitario<sup>22</sup>.

#### Traductores on-line

Las nuevas tecnologías proporcionan un buen recurso al personal sanitario. Son rápidos y eficaces. Hay simplemente traductores, pero hay numerosas páginas con frases y respuestas cortas. Se pueden encontrar información sobre patologías y generar hojas de prescripción, consejos, etc<sup>22</sup>.

Algunas de las páginas útiles, se encuentran recogidas en la tabla 2<sup>22</sup>.

#### Folletos, carteles

Tras el incremento de la población inmigrante se han elaborado carteles y folletos en varios idiomas. En la página web [www.riec.es](http://www.riec.es) se encuentran disponibles multitud de ellos<sup>22</sup>.

#### V.3. Factores sanitarios o de los profesionales

La interacción con el personal sanitario difiere notablemente con el de sus países de origen. Según los códigos culturales de cada país, la forma de atender, explorar, tratar y de diagnosticar es diferente<sup>10</sup>.

Según un estudio sobre la población inmigrante el trato del personal sanitario, a veces, es catalogado como distante y frío. El sistema sanitario es catalogado como de calidad. En cambio, la comunicación con el personal sanitario no. Exponen que la formación en cuanto a medicación es extraordinaria, pero carecen de formación en cuestión de comunicación terapéutica<sup>10</sup>.

Actualmente la oferta formativa en competencia intercultural dirigida a profesionales sanitarios es muy escasa. Tanto en los programas de pregrado como a lo largo del postgrado o en la formación continuada que se ofrece a los profesionales<sup>25</sup>. Se juzga al sistema sanitario de salud por la falta de empatía, escasa sensibilidad intercultural, el desconocimiento sobre los procesos migratorios y la implicación en su estado de salud, además del abuso de mediación<sup>22</sup>.

El trato desigual lo atribuyen a *“insatisfacción y sensación de desatención, pobre adherencia a tratamientos, prácticas de automedicación, búsqueda de asistencia cuando la situación es de gravedad, esperan a veces prolongadas hasta atenderse en sus países (cuando regresan temporalmente o definitivamente)”*<sup>10</sup>.

La mayoría de los inmigrantes expresan su integración al sistema como falta de sensibilización o negación por parte de los profesionales a los cambios sociales. Otros opinan que la responsabilidad es mutua, es decir, el desconocimiento es de los dos grupos implicados, inmigrantes y sistema sanitario. Otra postura, pero esta es minoritaria, culpa a los inmigrantes por tener miedo al acceso al sistema por posibles consecuencias. Esta postura se da en los *“sin papeles”*<sup>10</sup>.

El conocimiento sobre los diferentes aspectos culturales es un apartado que es posible solventar tanto individualmente como institucionalmente. En cambio, las barreras administrativas no las podemos modificar. La barrera idiomática gracias a las diferentes herramientas que hay a nuestro alcance más o menos es solventada. Pero si el personal sanitario desconoce aspectos de la salud condicionados culturalmente, será difícil desarrollar la labor asistencial. Este es el motivo de la ampliación del apartado sobre la competencia cultural.

## VI. COMPETENCIA CULTURAL

La medicina occidental se basa en la biomedicina, por lo que limita la comprensión holística de la enfermedad, concepción de la persona como un todo, distinto de la suma de las partes que lo componen. Se trata la enfermedad y no al enfermo. Si a esto se añade que el paciente es inmigrante y que su cultura difiere a la del país en el que se encuentra, el concepto holístico es bastante difícil de aplicar<sup>26</sup>.

En los primeros años de llegada de los inmigrantes, el personal realizaba su formación en nuevas patologías, pero la contribución de los profesionales a través de la sensibilidad, la empatía y los valores interculturales son los medios más valiosos para favorecer la integración de la población inmigrante. Estos conocimientos capacitan a los profesionales para ser competentes culturalmente. No se necesitan capacidades ni habilidades diferentes a las que se necesita para empatizar con los pacientes autóctonos, pero será más difícil debido a las diferencias culturales, lingüísticas y religiosas<sup>22</sup>.

La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, lo que dice y cómo lo dice, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre su experiencia. La relación terapéutica y eficaz que el profesional de enfermería establece con el paciente a través de la comunicación es la base para después poder llevar a cabo los demás cuidados de enfermería<sup>27</sup>.

La empatía es la herramienta principal en la comunicación terapéutica: gracias a ella ésta aumenta la eficacia. Es una actitud necesaria que se advierte en la cara y en las palabras del profesional de enfermería y que comunica al paciente que su situación y sus preocupaciones nos importan. La enfermería debe tener presente que para hacerse comprender lo primero que hay que hacer con los usuarios es hablarle a los ojos<sup>27</sup>.

Numerosos estudios demuestran que la empatía es eficaz en la comunicación terapéutica. Los pacientes que son atendidos por profesionales de enfermería formados en mostrar empatía tienen menos ansiedad y se comportan con menos hostilidad que los atendidos por los profesionales que no han sido formados en este campo. También los enfermos que son tratados con empatía experimentan una mejoría en los dolores crónicos. Finalmente, los pacientes que han sido tratados con empatía dicen que es lo que más les ayuda a enfrentarse a su enfermedad. Lo más sorprendente de los diferentes estudios revisados es que puede que las entrevistas se alarguen más cuando no se muestra empatía, dado que se invierte mucho tiempo en discusiones producto del malestar del paciente<sup>27</sup>.

La cultura influye en el comportamiento durante la enfermedad. Cada individuo posee unos conocimientos y unas habilidades de autocuidado que pueden ser beneficiosos o no. Los hábitos de cuidado se transmiten generación tras generación por lo que es muy difícil modificarlos, pero ahí radica el reto de la enfermería. Educar a los pacientes para mitigar los posibles errores tradicionales e integrar sus autocuidados arraigados culturalmente, a la medicina del país de acogida<sup>28</sup>.

En los años 50 Madeleine Leininger desarrolló la teoría "*Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad*" siendo la primera enfermera en abordar el tema de la transculturalidad<sup>28</sup>.

La OMS, en la década de los 80, se plantea cómo mejorar la atención sanitaria a los pacientes con diferentes culturas y lenguas, ya que, reconoce la importancia de la cultura en el proceso salud-enfermedad<sup>29</sup>.

En 2007, Competencia cultural es definido por expertos de la Academia Americana de Enfermería como: "*Tener conocimiento, actitudes y habilidades sobre grupos culturales diversos que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural de acuerdo a las necesidades manifestadas por el paciente. Es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos que tienen una visión del mundo diferente de la propia*"<sup>29</sup>.

Pero ¿qué se necesita para ser culturalmente competentes?, es imposible conocer todas las tradiciones de los pacientes inmigrantes. Lo que debemos de conocer son los aspectos que culturalmente pueden variar, es decir, la percepción de enfermedad, las actitudes hacia ella, los métodos para su tratamiento y los cuidados. Debemos de actuar con una visión holística<sup>29</sup>.

Para realizar los cuidados de manera competente debemos de realizarlos con respeto, confianza; debemos saber dialogar, valorar la diversidad cultural, desarrollar actitudes que nos permitan comprender otros modelos, huir de los estereotipos, contribuir a

disminuir la angustia y desarrollar el aprecio por los demás<sup>29</sup>.

Alguna de las teorías de enfermería que abordan el tema cultural son las siguientes.

#### VI.1. Teorías De Enfermería

##### *Teoría de la Diversidad y Universalidad de M. Leininger.*

Madeleine Leininger en su teoría enfermera *“Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad”*, constata que para realizar el cuidado de enfermería es indispensable fusionar la estructura social y la cultural<sup>26</sup>. El eje central de la Enfermería son los cuidados, aunque sean difíciles de aplicar debido a las influencias sociales y culturales. Como profesionales del cuidado, la enfermería debe ser experta en aplicar estos cuidados culturales, diferenciándose así del resto de profesionales<sup>30</sup>.

El objetivo de la teoría es proporcionar cuidados con responsabilidad y coherencia con la cultura y que encajen con las necesidades, valores, creencias y realidades culturales del modo de vida del paciente<sup>30</sup>.

Leininger argumenta que, la atención a los pacientes culturalmente diferentes es dificultosa debido al choque e imposición cultural y al etnocentrismo de las enfermeras. Estos aspectos influyen negativamente en la aplicación de cuidados de calidad<sup>30</sup>.

Sin una base en competencia cultural los diagnósticos enfermeros y médicos pueden llegar a ser erróneos o desfavorables para el paciente, éste puede sentir que no se le comprende y abandonar el tratamiento<sup>30</sup>. Según Leininger al aplicar cuidados culturalmente coherentes, los pacientes se sienten satisfechos porque reciben atención que entienden y aceptan. Para Leininger, la Enfermería Transcultural es el área formal de estudio y trabajo centrado en los cuidados culturales como son *“los valores, creencias, normas y modos de vida sistematizados que se aprenden y transmiten subjetiva y objetivamente para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a otras personas a que conserven su bienestar o su salud, mejoren su condición humana y modo de vida o para que sepan afrontar impedimentos físicos o mentales o la misma muerte”*<sup>30</sup>.

Leininger propone 3 pasos para ser competente culturalmente<sup>28</sup>:

1. Adquirir actitudes para fomentar cuidados de enfermería transcultural.
2. Concienciarse de las diferencias culturales.
3. Elaborar una evaluación cultural.

Leininger propone el modelo del Sol Naciente, elaborado a partir del concepto holístico para revelar los diferentes factores teóricos que influyen en el cuidado y el bienestar. Puede ser utilizado a modo de guía y así descubrir el concepto de cuidado desde una perspectiva holística<sup>28</sup>.

Según el modelo la enfermera debe realizar tres acciones; mantener los cuidados culturales, adaptarlos y reestructurarlos<sup>28</sup>.

### *Modelo de competencia cultural de Caminha-Bacota.*

La autora lo define como “*la base del Modelo de Competencia Cultural en la prestación de los servicios de salud, e integra las virtudes intelectuales y morales en el proceso de convertirse en un profesional de la salud culturalmente competente*”<sup>28</sup>.

El modelo se basa en cinco puntos<sup>28</sup>:

1. Mayor conciencia cultural
2. Adquirir conocimiento cultural, es decir, tener una visión global de diferentes culturas.
3. Aptitud cultural necesaria para la valoración cultural.
4. Encuentro cultural con el que el profesional modifica sus creencias sobre un grupo culturas y evitar estereotipos.
5. Motivación cultural, es decir, ser más culto sobre diferentes culturas.

### *Modelo Transcultural de Giger y Davidhizar.*

El modelo se basa en que cada persona es culturalmente única y puede ser valorada según seis aspectos<sup>28</sup>:

1. Comunicación. Se incluye el tono, la pronunciación, los silencios, la comunicación no verbal y el tacto.
2. Tiempo. Visión del tiempo, orientación,...
3. Espacio. Definición de espacio, distancia en la conversación,...
4. Organización social. Estado civil, descendencia o no,...
5. Control ambiental.
6. Variaciones biológicas. Se incluye la valoración física completa.

### *Modelo Transcultural de Larry Purnell.*

Se basa en el etnocentrismo, es decir, en la creencia que el propio grupo étnico es el mejor o que aspectos culturales son superiores a los de otras culturas<sup>28</sup>.

Este modelo es representado por círculos en el que se incluye la sociedad, la comunidad, la familia y el sujeto<sup>28</sup>.

Teniendo en cuenta estos modelos de valoración, es importante determinar la influencia cultural para el usuario. La creación de una propuesta de plan de atención de enfermería permitirá identificar los puntos claves a intervenir y las metas a lograr para mejorar la calidad de vida del usuario<sup>28</sup>.

En la tabla 3 se presenta una propuesta de valoración cultural de enfermería. Apoyada en los aspectos puntuales que los anteriores modelos. Se diseñan las preguntas teniendo como base principal el modelo de Larry Purnell, reagrupando algunos grupos de conceptos similares<sup>28</sup>. Los componentes a valorar son componente de comunicación, religioso, ambiental, de salud, nutricional, comportamientos de alto riesgo, de gestación y biocultural.

Según la valoración del cuestionario, cada respuesta positiva es un área en la cual se debe preguntar en profundidad y determinar las acciones encaminadas a la corrección del problema o evitar futuras complicaciones derivadas de ese aspecto<sup>28</sup>.

Las preguntas cuya opción de respuesta está en gris, son aquellas en las cuales se deben analizar la respuesta para poder determinar aspectos positivos y negativos a intervenir y orientar para tener calidad de vida<sup>28</sup>.

## VI.2. Metodología enfermera.

A continuación a modo de ejemplo se desarrolla el diagnóstico de enfermería “Gestión ineficaz de la propia salud”, constatándose así que la metodología enfermera tiene en cuenta las diferencias culturales. Se ha seleccionado este diagnóstico porque es fundamental que el individuo posea y/o adapte los conocimientos necesarios para el manejo eficaz de su propia salud. Además de la importancia en Salud Pública de dicha cuestión. El usuario inmigrante se enfrenta a barreras en el acceso al SNS, por lo que puede tener dificultades para identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y bienestar.

*Código NANDA: 0078. Diagnóstico: Gestión ineficaz de la propia salud<sup>31</sup>.*

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

Necesidad 09: Seguridad.

Patrón 01: Percepción y manejo de la salud.

Dominio 01: Promoción de la salud.

Clase 02: Gestión de la salud.

Este diagnóstico admite 21 características y factores relacionados:

Características definitorias: En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud, Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, Verbaliza deseos de manejar la enfermedad, Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos.

Factores relacionados: Conflicto de decisiones, Dificultades económicas, Déficit de conocimientos, Déficit de soporte social, Impotencia, Patrones familiares de cuidado de la salud, Percepción de barreras, etc.

Hay 58 resultados para este diagnóstico pero desarrollaremos:

*NOC (1700) Creencias sobre la salud<sup>32</sup>.*

El motivo de seleccionar este resultado, como se ha argumentado anteriormente, se debe a que los cuidados culturalmente dependientes pueden producir daños al propio paciente y en consecuencia incluso puede tratarse de un tema que repercute a la Salud Pública. La enfermería debe educar a los pacientes y familias sobre los diferentes cuidados culturalmente no beneficiosos. Debe conseguir un consenso para interrelacionar los cuidados de su país de origen con los del sistema sanitario del país de acogida.

Definición: Convicciones personales que influyen en la conducta hacia la salud.

Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud.

Clase R: Creencias sobre la salud.

10 indicadores:

170001- Importancia percibida de la actuación

170002- Amenaza recibida por la inactividad.

170003- Beneficios percibidos de la acción.

170004- Control interno percibido de la acción.

170005- Control percibido del resultado sobre la salud.

170006- Reducción de la amenaza percibida por la acción.

170007- Mejora en el estilo de vida percibida por la acción.

17008- Capacidad percibida para ejecutar la acción.

17009- Recursos percibidos para realizar la acción.

17010- Ausencia percibida de barreras a la acción.

De las 14 escalas de medición tipo Likert, los 10 indicadores anteriores se miden a través de la Escala I que va desde muy débil hasta muy intenso.

Hay 15 Intervenciones para este resultado, se escoge a modo de ejemplo:

*NIC (7330) Intermediación cultural<sup>33</sup>.*

El motivo de escoger esta intervención se debe a que la competencia cultural del profesional de enfermería es esencial para aportar al paciente y/o familia las herramientas necesarias para llegar a conseguir los resultados esperados.

Definición: Utilizar a propósito estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico.

Campo 06: Sistema sanitario.

Clase Y: Mediación del sistema sanitario.

Se incluyen 18 actividades:

733001: Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.

733002: Fomentar una discusión abierta de las diferencias y semejanzas culturales.

733003: Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.

733004: Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar conflictos.

733005: Conseguir, cuando no se pueden resolver los conflictos, un compromiso de tratamiento aceptable en función del conocimiento biomédico, del conocimiento del punto de vista del paciente y de las normas éticas.

733006: Dar al paciente más tiempo del normal para que asimile la información y medite la toma de una decisión.

733007: Mantener relajado y sin prisas en los contactos con el paciente.

733008: Utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismo.

733009: Disponer la acomodación cultural (cenar tarde durante el Ramadán).

733010: Incluir a la familia, cuando corresponda, en el plan para su adhesión al régimen prescrito.

733011: Dar cabida a la implicación de la familia para apoyar o cuidar directamente.

733012: Traducir la terminología del paciente sobre los síntomas a otro lenguaje de cuidados sanitarios que otros profesionales puedan comprender con facilidad.

733013; Facilitar la comunicación intercultural (uso de un traductor, materiales/medios bilingües por escrito, comunicación no verbal precisa; evitar los estereotipos).

733014: Proporcionar información al paciente sobre el sistema de cuidados sanitarios.

733015: Proporcionar información a los profesionales de enfermería sobre la cultura del paciente.

733016: Ayudar a los otros proveedores de salud a entender y aceptar las razones de incumplimiento del paciente.

733017: Modificar el entorno terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados.

733018: Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada.

### VI.3. Aspectos culturales

A continuación se describen diferentes aspectos de especial interés sobre cultura sanitaria y aspectos comunicativos importantes para la atención sanitaria a pacientes de diversas culturas. Las culturas a abordar a modo de ejemplo son: Magreb, África subsahariana y la China<sup>34</sup>. La población rumana, colombiana y peruana es la población con mayor porcentaje en nuestra comunidad, pero presentan menor distancia social que las desarrolladas a continuación. La distancia social está determinada por la cultura. Si los interlocutores no la comparten, se pueden plantear conflictos. Ese es el motivo para desarrollar estas tres culturas, ya que, en aspectos concernientes a la salud las diferencias son notables.

#### VI.3.1. Atención sanitaria a la población magrebí.

##### Aspectos generales.

La población magrebí confía en el sistema sanitario. En ocasiones, cuando a través de la biomedicina no se obtienen los resultados esperados recurren a la tradicional; por ejemplo cuando se trata de enfermedades mentales frecuentemente se recurre a este tipo de medicina, salvo en las urgencias ginecológicas<sup>34</sup>.

Por lo general, recurren a los servicios sanitarios, sobre todo al servicio de urgencias, y hacen uso de fármacos cuando verdaderamente lo necesitan. Si se trata de problemas menores suelen inclinarse por la medicina tradicional. Esto ocurre tanto aquí como en sus países de origen<sup>34</sup>.

Es frecuente que tengan problemas con la obtención de la tarjeta sanitaria, el sistema de citas, recetas, etc. El problema puede derivar en que muchos pacientes magrebíes no conocen muy bien ni el sistema de Sanidad de su país de origen, especialmente los que provienen de zonas rurales<sup>34</sup>.

El 20% de la población es analfabeta, las mujeres tienen un índice mayor de analfabetismo que los hombres, por lo que la comprensión de la información sanitaria por

escrito a pesar de estar traducido a su idioma es muy dificultosa. Es conveniente, adjuntar a la información escrita unas imágenes explicativas o pictogramas<sup>34</sup>.

La población árabe en general pertenecen a una cultura de tipo policrónico, es decir, les resulta más difícil la organización de colas y respetar un orden establecido. A veces, en determinadas situaciones su mayor flexibilidad ante lo correctamente establecido les hace adoptar comportamientos más solidarios<sup>34</sup>.

Concepto de salud.

La automedicación, se debe a la dificultad al acceso sanitario público. Es normal que pidan consejo a los farmacéuticos, pero debido al precio de los medicamentos el abuso de éstos es muy difícil<sup>34</sup>.

Se recurre a los remedios caseros en procesos menores como son resfriados, gripes, dolores de cabeza, etc. Acuden a los servicios de salud mental sólo en casos de trastornos graves<sup>34</sup>.

Es muy característico en la religión musulmana el sentido del destino, por lo que la actitud ante diferentes situaciones suele ser de resignación, es decir, para ellos es la voluntad de su Dios. Es una actitud que en Occidente nos puede llamar la atención<sup>34</sup>.

Sólo se acepta el órgano de un cuerpo musulmán para el trasplante inmediato en otro paciente musulmán, cuando la vida corra peligro sin ese órgano. Debe autorizarlo la familia<sup>34</sup>.

Se admite la cirugía plástica, la ortopédica, y las autopsias. Se empieza a realizar en Marruecos el trasplante renal. En cambio, no se admite la disección del cuerpo para investigaciones<sup>34</sup>.

La incineración no se admite, sólo se puede realizar con ciertas partes del cuerpo como la sangre coagulada y la placenta. Si un paciente es amputado y después fallece, el miembro amputado debe ser enterrado junto con el cuerpo<sup>34</sup>.

Estancia hospitalaria.

Cuando están enfermos, no es obligatorio el rezo, pero hay que tener en cuenta que el paciente necesite realizarlo. Antes de rezar realizan el lavado de manos, boca, nariz, cara, antebrazos, oídos, cuello y pies. Precisan de un lugar tranquilo para rezar<sup>30</sup>.

Los alimentos prohibidos por la religión musulmana son el cerdo y sus derivados. Los musulmanes consumen la carne "*halal*", es decir, sacrificada bajo el ritual islámico. Están permitidos los mariscos y los lácteos. Cualquier sustancia que intoxique el cuerpo, como el alcohol, está prohibido por el Islam<sup>34</sup>.

Es una norma muy arraigada el ir a visitar al enfermo. Es una norma de cortesía que la visita sea corta. Posiblemente las visitas traigan comida al enfermo<sup>34</sup>.

La forma de vestir que incite a la tentación o al deseo está totalmente prohibida. Las partes del cuerpo que se pueden mostrar varían. Según los más tradicionales, la mujer sólo puede mostrar cara, manos y pies. El velo sólo puede retirarse delante de los miembros de la familia<sup>34</sup>, este aspecto repercute en la obtención de información, ya que, el personal sanitario pierde parte de la comunicación no verbal. El hombre no debe mostrar la parte entre el ombligo y la rodilla. Estas normas pueden dificultar la inspección médica<sup>34</sup>.

Según el Corán los hombres y las mujeres son iguales. La mujer tiene plena libertad en escoger a su marido. Puede tomar cualquier decisión en el hogar al igual que votar. El maltrato está prohibido por el Corán. Desde el punto de vista religioso el ama de casa está muy valorada, ya que, la educación de los hijos es muy importante para el Islam. El maltrato al que son sometidas algunas mujeres, no está justificado religiosamente. Se debe más bien a aspectos culturales y al nivel sociocultural. La poligamia, varía según los países. Por ejemplo en Marruecos no está muy extendido<sup>34</sup>.

Las personas ancianas son tratadas con profundo respecto en la comunidad musulmana. El Corán apoya el cuidado de la tercera edad, les resulta extraño que en Occidente se institucionalice el cuidado de los ancianos<sup>34</sup>.

Tradicionalmente el encuentro entre personas de diferente sexo en público está muy restringido y sienten un gran pudor, por lo que prefieren ser tratados por personal de su mismo sexo<sup>34</sup>. Lo que puede acarrear conflictos. En la medida de lo posible el personal sanitario puede tener en cuenta este aspecto, pero en otras ocasiones puede ser imposible. En un turno laboral, el personal puede ser en su totalidad de un mismo sexo y a su vez diferente al del paciente.

La sexualidad.

El sexo es un tema tabú. En espacios públicos no se habla de sexo, por lo que las enfermedades de transmisión sexual suelen ocultarse. A esto hay que añadirle que las medidas preventivas son escasas debido a la carencia de información sexual<sup>34</sup>.

La homosexualidad y el lesbianismo, está prohibido en el Islam. Habitualmente no se habla de ello en público<sup>34</sup>.

La mujer suele ocultar el tema de la menstruación, no se habla de ello. Esto es debido a que durante la menstruación la mujer no puede rezar, ni ayunar, ni entrar a lugares sagrados. Tampoco puede realizar el acto sexual<sup>34</sup>.

La virginidad femenina socialmente es muy valorada hasta llegar al matrimonio. Desde el punto de vista religioso constituye un pecado y puede ser castigado por la ley las relaciones extramatrimoniales. El Islam prohíbe las relaciones prematrimoniales y el adulterio<sup>34</sup>.

A la mayoría de los varones antes de llegar a la pubertad se les realiza la circuncisión. Es un acto, motivo de fiesta. La circuncisión de los niños constituye una característica esencial del judaísmo y del islam. También es importante en muchas culturas africanas y del Nuevo Mundo. Un número cada vez mayor de judíos y musulmanes devotos rechazan

la circuncisión por razones éticas, aunque hoy son ciertamente una minoría. Las diferentes posturas con respecto a la circuncisión pueden provocar graves enfrentamientos en las familias y entre comunidades. La ablación no se realiza<sup>34</sup>.

La familia tradicional tiene muchos hijos, por lo que hay bastante presión a los matrimonios para concebirlos. Los métodos anticonceptivos no están prohibidos expresamente por el Islam, pero son muy poco recomendables. El método ogino y el coitus interruptus son aceptados. La píldora y el DIU son los más usados. La contracepción recae sobre todo en la mujer<sup>34</sup>.

La infertilidad es una cuestión que hasta hace poco se ocultaba, pero cada vez más parejas acuden a centros especializados. El Islam no lo prohíbe, siempre que el espermatozoide sea el del marido. La donación de espermatozoide está prohibida<sup>34</sup>.

Embarazo y parto.

La mayoría llegan al ambulatorio o al hospital cuando el embarazo está bastante avanzado. En Marruecos hay programas de control del embarazo. Una vez al mes en el primer trimestre y después una al trimestre. Las mujeres que menos utilizan los servicios de salud suelen ser las mujeres rurales y sin instrucción<sup>34</sup>. La falta de “*cultura de prevención*” puede producir conflictos, ya que, en ocasiones no acuden al control prenatal.

En Marruecos en los hospitales públicos no se permite la entrada de acompañantes, sólo en el ámbito privado se le permite al marido. No es habitual el tratamiento del dolor<sup>34</sup>.

El aborto sólo se practica cuando la vida de la madre corre peligro, los demás supuestos incluso el de violación está prohibido<sup>34</sup>.

Posparto.

Puede que los padres quieran que una persona docta en Islam realice la tarea de recitarle en cada oído del recién nacido la llamada a la oración poco después del nacimiento. Es frecuente colgarles un amuleto y bautizarlos a los siete días<sup>34</sup>.

La mortalidad infantil en Marruecos es bastante elevada. La atención posparto es más frecuente que la preparto, pero se basa en entrevistas y no en exámenes ni análisis para la detección de anomalías. A los quince días los padres son informados por el Ministerio de Sanidad sobre la vacunación y la lactancia. El seguimiento en la población urbana es mayor<sup>34</sup>.

Las alabanzas a los niños se evitan para alejar el mal de ojo. A veces, se descuida la imagen del niño para evitar envidias y así alejar el mal de ojo<sup>34</sup>.

Es frecuente que una mujer de parentesco cercano amamante a otro niño cuando la madre tiene dificultades con la lactancia. Es importante dar a conocer este acto para evitar que dos “*hermanos de leche*” se casen, ya que, está prohibido<sup>34</sup>.

El horario de la lactancia, sobre todo en el medio rural es a demanda del lactante. Es frecuente que la población inmigrante no siga el patrón de incorporación de los alimentos tal y como se hace en la sociedad española. Suelen introducir la alimentación del adulto al niño de manera temprana<sup>34</sup>.

En Marruecos se vacuna de manera obligatoria contra la tuberculosis. En España no se administra, por lo que puede producir en los padres cierta extrañeza. En Marruecos se vacuna también de poliomielitis, difteria y tosferina<sup>34</sup>.

Fallecimiento.

La cara de los fallecidos debe de mirar hacia la Meca. En la medida de lo posible esto también se debe aplicar a todo paciente en coma o moribundo<sup>34</sup>.

Se debe rezar el Corán al paciente para facilitar su paso a la muerte. El fallecido debe ser tapado con una sábana blanca y ser lavado por una persona de su mismo sexo como manda el Islam<sup>34</sup>.

La eutanasia y el suicidio están prohibidos, ya que se consideran pecado<sup>34</sup>.

La muerte es considerada como el principio de la vida eterna, por lo que las familias más tradicionales pueden estar desconcertantemente para la sociedad occidental tranquilas y resignadas<sup>34</sup>.

La notificación se realiza normalmente a un miembro de la familia no directo, suele ser hombre y de cierta edad. Se encargará de la notificación y de las gestiones. En el caso de que fallezca el padre, la notificación se hará al tío, él se encargará de notificárselo a la mujer e hijos<sup>34</sup>.

### VI.3.2. Población África Subsahariana.

Aspectos generales.

En estos países la medicina tradicional a través de los sanadores, es lo habitual. Cuando tienen alguna dolencia acuden a ellos a cualquier hora del día. La medicina occidental en su país de origen, no tiene ningún procedimiento administrativo, no existen las tarjetas sanitarias, ni citas ni volantes. Cuando llegan a los hospitales, explican su dolencia, son derivados previo pago a la correspondiente consulta, cogen número y esperan a ser atendidos. La población senegalés acude a urgencias sólo cuando se encuentran realmente enfermos<sup>34</sup>.

Los pacientes senegalés y de origen subsahariano en general, expresan sus dolencia pero apenas revelan más información. Ellos se sienten extrañados por la multitud de preguntas que el personal occidental les hace. Esto se debe a que los "marabouts", que son los sanadores, a penas solicitan información, ya que, a través de sus poderes y/u otras vías ellos obtienen toda la información necesaria<sup>34</sup>.

Por lo general, presentan incomodidad cuando se les pregunta por el sexo, higiene, enfermedades infecciosas, en definitiva cuestiones consideradas personales. Una de las enfermedades tabú es la epilepsia, ya que, es considerada como la posesión de un espíritu maligno<sup>34</sup>. Estos aspectos deben ser tenidos en cuenta por el personal sanitario a la hora de realizar la anamnesis, debemos ser prudentes y tratar el tema con cautela para poder obtener una amplia información.

En general en Senegal, se evita el contacto mantenido de la mirada, incluso entre amigos. Esto se debe al temor al mal de ojo. Esto puede interpretarse por el personal sanitario como un comportamiento de desconfianza<sup>34</sup>.

Los “*marabouts*”, que son los sanadores, casi nunca realizan una exploración física y si la hacen es muy superficial. Por eso los pacientes son muy reticentes a la exploración habitual de la medicina occidental, siendo aún mayor el rechazo si el personal sanitario es del sexo contrario<sup>34</sup>.

Concepto de salud.

El rasgo más característico es la sanidad con carácter holística, es decir, no consideran que está enfermo un órgano sino que hay un desequilibrio. Lo que está enfermo es el espíritu. Desconfían en el diagnóstico rápido de la medicina occidental, porque no tiene en cuenta los factores físicos, alimenticios, sociales, familiares, laborales y espirituales. Describen la enfermedad como “*un viento rojo que ha entrado por la cabeza, y ha recorrido los diferentes canales del organismo*”<sup>34</sup>.

No suele ser habitual que se traigan plantas de sus países de origen, como suele hacer la población china. Pero en grandes ciudades, los sanadores a los que acuden utilizan cocciones de cortezas de determinados árboles. Los remedios basados en plantas medicinales no suelen tener excesivos efectos secundarios, pero a veces sí interactúan con los fármacos. Los pacientes no suelen comentar a priori que tomen este tipo de remedios al médico occidental<sup>34</sup>. Aspecto a tener en cuenta, es el caso por ejemplo de la utilización de miel en algunos ungüentos lo que puede acarrear problemas en los pacientes diabéticos.

Suelen acudir a centros de salud mental cuando hay un brote psicótico o comportamiento antisocial. Por trastornos leves no suelen acudir, a pesar de que es bastante frecuente el llamado “*duelo migratorio*” por su precaria situación<sup>34</sup>.

En África subsahariana, en los centros de salud mental (en los que hay gran colaboración entre la medicina tradicional y la occidental) las terapias de grupo juegan un papel fundamental. En Senegal concretamente se realiza el “*penc*”, es decir, se reúnen los pacientes y la familia y se trata el origen y los tratamientos de los trastornos mentales. Siguen el modelo del “*árbol de la palabra*”, que consiste en una reunión de las personas del pueblo para tratar los temas que afectan a la comunidad en torno al árbol sagrado<sup>34</sup>.

En ocasiones se puede realizar el “*ndëpp*” por familiares y vecinos. Se realizan bailes y cánticos durante varios días, donde es habitual que los curanderos entren en trance<sup>34</sup>.

Estancia hospitalaria.

Suelen presentar desconfianza hacia los alimentos preparados en el hospital, ya que, al ser la mayoría de religión musulmana no quieren arriesgarse a que los alimentos, a pesar de no llevar cerdo expresamente, hayan sido cocinados en el mismo recipiente donde previamente ha estado carne de cerdo. Además en su país de origen la comida corre a cargo de los familiares, por lo que ellos ven normal que la familia sea la que le proporcione los alimentos y no el hospital<sup>34</sup>.

Durante un mes al año, los musulmanes deben practicar el Ramadán, que consiste entre otras cosas, en no ingerir ni alimentos ni líquidos, desde la salida del sol hasta la puesta. Si un paciente está gravemente enfermo u hospitalizado, no está obligado a cumplirlo, pero muchos enfermos insisten en realizarlo. El problema se encuentra en aquellos pacientes que no están gravemente enfermos o no están hospitalizados, los cuales deben tomar medicamentos que al ser tomados en ayunas pueden ser perjudiciales<sup>34</sup>.

Es habitual que reciban abundantes visitas. La toma de decisiones no se realiza hasta no ser consultada con la familia, especialmente con los miembros masculinos<sup>34</sup>.

Como se ha dicho la mayoría de la población senegalesa es musulmán, por lo que deben rezar cinco veces al día, la primera de ellas de madrugada. Se realiza sobre una estera, de rodillas, mirando a la Meca y tocando en algunas ocasiones la frente en el suelo. Por lo general se hace en silencio o en susurros. El paciente gravemente enfermo está exento de rezar o puede hacerlo en la cama pasando las cuentas de rosario. Pero por cada día que no se realiza el rezo deben abonar al pastor de la iglesia el equivalente a una comida. Así que en muchas ocasiones por razones económicas lo realizan. La práctica del rezo, no suele ser un problema de convivencia hospitalaria<sup>34</sup>.

La mayoría llevan un amuleto llamado "*gri-gri*". Suele ser una bolsita de piel en cuyo interior hay un versículo del Corán. Se lleva colgado de la muñeca, cuello o cintura, siempre en contacto con la piel. Protege contra los malos espíritus, el mal de ojo e incluso de las enfermedades. Si el amuleto es tocado por otra persona o deja de estar en contacto con la piel, deja de ser efectivo<sup>34</sup>. La retirada de objetos personales en el quirófano es obligatorio, al retirar el "*gri-gri*" el paciente se sentirá desprotegido. El personal del área quirúrgica debe considerar si es totalmente necesario retirarlo. Aspecto a tener en cuenta para evitar conflictos.

Embarazo y parto.

Consideran el embarazo como algo natural y que no debe ser tratado como una enfermedad. De ahí que no consideren necesarios los controles periódicos del embarazo<sup>34</sup>.

No suelen usar métodos anticonceptivos, pero los meses después del parto evitan quedarse embarazadas por el riesgo que conlleva no poder amamantar a sus niños. En este caso, la abstinencia sexual suele ser el método más habitual<sup>34</sup>.

La mujer subsahariana presenta una tolerancia elevada al dolor, por lo que según los datos estadísticos son el colectivo que menos epidurales precisan<sup>34</sup>.

Durante el parto es raro que un miembro masculino esté presente<sup>34</sup>.

Anteriormente se ha citado la importancia del “*gri-gri*”, por lo que suele ser normal colocárselo al recién nacido. Es habitual que los primeros días la madre presente cierta desatención para así evitar el mal de ojo; de todas formas la familia como la hermanas, tías, etc. suelen ser las encargadas del cuidado del bebé<sup>34</sup>.

Posparto.

El amamantamiento suele durar dos años o más, aunque la comida sólida se les suele proporcionar tempranamente. En algunas culturas como es el caso de la yoruba de Nigeria, se suele proporcionar al bebé cocciones de plantas medicinales para aumentar su protección<sup>34</sup>.

Hasta que la madre no acabe la fase de calostro no comienza a amamantar al niño, consideran que no es beneficioso proporcionárselo. Al igual que el cuidado el amamantamiento suele ser compartido con mujeres cercanas<sup>34</sup>.

La mutilación genital femenina varía según las zonas. En Nigeria el 90% de las mujeres están mutiladas. En Senegal dependiendo de las etnias varía el porcentaje. Si nos fijamos en la etnia mayoritaria que es la “*wolof*” y la “*serer*”, presentan índices menores del 10% de mutilación femenina, y entre los “*malinkés*” de Gambia y del sur de Senegal superan el 75%. La circuncisión masculina en Senegal es prácticamente del 100%<sup>34</sup>.

Fallecimiento.

Los niños fallecidos durante el parto o a los pocos días, no se les suele considerar miembros de la familia o sociedad, por lo que los ritos funerarios son diferentes a los habituales. Esto puede tener origen, en el alto índice de mortalidad infantil y la forma de disminuir el dolor ante la muerte de un hijo<sup>34</sup>.

VI.3.3. Población china.

Aspectos generales.

La población china debido al “*efecto inmigrante sano*”, es la que menos acude al servicio sanitario español, a pesar de tener buen concepto de él. Esto se debe en parte, a que los que inmigran suelen tener buena condición física, ya que, debido al precio del viaje, sólo lo hace el que mejor esté físicamente. Pero el principal motivo se debe a que el 80% de las enfermedades se tratan en el seno familiar. La población china, aunque esto va cambiando, tiene un alto conocimiento de la medicina tradicional, por lo que usan remedios naturales para paliar los problemas que puedan surgir. Al igual que ocurre en sus países sólo acuden a la medicina occidental cuando es un caso grave<sup>34</sup>.

No se oponen al contacto físico para realizar la exploración, pero lo que sí les incomoda es el contacto visual directo. El personal sanitario lo puede mal interpretar como desconfianza. La sonrisa puede ser malinterpretado también. En China es un método

compensatorio cuando la situación es difícil, en occidente puede ser interpretado como burla<sup>34</sup>.

Concepto de salud.

La medicina tradicional es de carácter holista, este aspecto se refleja en el tipo de diagnóstico, "*kanbing*". Se basa en las informaciones del paciente (dieta, temperatura, hábitos laborales, sociales, sexuales, secreciones,...), en el aspecto general, la voz, respiración, olor, expresión y sobre todo en los diferentes pulsos (hasta seis tipos diferentes). El diagnóstico final se basa en el conjunto de todos estos síntomas. Este tipo de diagnóstico precisa de mucha habilidad, aunque actualmente se complementa con análisis y pruebas tecnológicas de la medicina occidental. Los pacientes chinos esperan un diagnóstico personalizado, porque ellos creen que hay enfermos y no enfermedades<sup>34</sup>.

La comunicación con el médico occidental puede llegar a ser difícil no sólo a nivel lingüístico, sino, que el paciente chino puede describir sus síntomas como "*flujos o bloqueos*", "*vientos*", "*humedades*", "*fluidos*", "*espíritus*", "*armonía entre los cinco elementos*". Estos elementos son el fuego, el metal, la tierra, la madera y el agua; se corresponden con: corazón, pulmones, bazo, hígado y riñones<sup>34</sup>.

La medicina tradicional china rechaza cualquier práctica que implique la "*fragmentación*" del cuerpo, debido a que esto puede provocar que no se puede restablecer el equilibrio corporal. Por lo que no se realizan donaciones de órganos, trasplantes, autopsias, ni excesivos análisis de sangre. Esto último se debe a que no pueden permitir la pérdida de la esencia por donde circula la energía vital. Este concepto también se aplica a la pérdida de semen, por lo que no es muy conveniente la excesiva actividad sexual<sup>34</sup>.

La medicina tradicional además de las plantas medicinales hace uso de masajes, ventosas, acupuntura dejando en ocasiones secuelas que pueden dar a pensar en signos de maltrato<sup>34</sup>.

Como se ha dicho anteriormente, es habitual el uso de plantas medicinales. Estas suelen ser consumidas en forma de infusión y aunque presentan pocos efectos secundarios nocivos, hay que tener en cuenta que muchos de ellos interactúan con los medicamentos de la medicina occidental<sup>34</sup>.

En China se hace uso de la medicina occidental y tradicional. Esta última es considerada más lenta pero con menos efectos secundarios, en cambio la occidental tiene más efectos secundarios pero es más rápida<sup>34</sup>.

La población china al igual que la demás población inmigrante están sujetos a presiones anímicas, culturales, sociales, económicas y con una sensación de pérdida que puede afectar a su estado de ánimo. Pero parece ser que en Asia no es tan habitual como en Europa, aunque debido a la globalización, según la OMS para el 2020, en Asia la depresión será la principal causa de incapacidad<sup>34</sup>.

La psicoterapia es utilizada sólo para los problemas graves, para los menores se hace uso de los fármacos para paliar los síntomas físicos<sup>34</sup>.

Estancia hospitalaria.

La cultura china es una cultura colectivista, es decir, un individuo es miembro de un grupo social. Este es el motivo de la multitud de visitas que transcurren por el hospital, el cual puede ser un motivo de discordia con el personal y/o con el resto de pacientes.

En cambio, a diferencia que ocurre con otros inmigrantes el paciente chino no realiza rezos ni ritos que puedan perturbar la convivencia hospitalaria. Son pacientes que acatan muy bien las normas de las instituciones hospitalarias.

Suelen ser reticentes a ser aseados por personas ajenas a su familia, al igual que el uso de cuñas u orinales<sup>34</sup>. Este aspecto puede acarrear problemas en servicios como unidades de cuidados intensivos, reanimación o en el área quirúrgica.

Como se ha mencionado anteriormente, el equilibrio es fundamental. El equilibrio se basa en el *"yin y el yang"*. Los alimentos *"yin"* son alimentos *"fríos"*, los cuales son la mayoría de las frutas y verduras, y los alimentos *"yang"* son los calientes que son por ejemplo la carne y los huevos. El arroz es considerado neutro. Por lo que basándose en este aspecto ante una enfermedad *"fría"* habrá que consumir alimentos *"yang"* y viceversa con el fin de alcanzar el equilibrio perdido. Por eso es habitual que suelen preferir consumir la comida que les traen<sup>34</sup>.

Embarazo y parto.

Los temas sexuales son casi tabúes, por lo que la educación sexual apenas existe. No es habitual que la mujer acuda a revisiones periódicas, ya que, no se considera el embarazo una enfermedad<sup>34</sup>.

Suele ingerir una dieta especial durante y después del parto. La mujer embarazada es considerada que se encuentra en estado *"yin"*, es decir frío, por lo que debe consumir alimentos *"yang"* o calientes. Algunas consumen plantas medicinales, para eliminar toxinas. Si a la mujer se le ha practicado una cesárea se evita el marisco y la carne de vacuno porque se cree que alarga la cicatrización<sup>34</sup>.

En la cultura china a diferencia de otras, no tienen costumbres especiales con respecto a la postura de parir, ni de cortar el cordón, ni la manera de deshacerse de la placenta. Lo que sí es habitual es que consuman bebidas calientes durante el proceso para mantener el equilibrio *"yin-yang"*. También es habitual ingerir abundantes alimentos para llegar con energías suficientes al alumbramiento, lo que puede provocar enfrentamiento a la hora de administrar anestesia epidural y/o si llegase el caso de realizar una cesárea<sup>34</sup>.

La mujer china apenas exterioriza el dolor, está socialmente mal considerado, por lo el personal sanitario puede pensar erróneamente que la mujer no tiene dolor<sup>34</sup>.

Es habitual que la mujer embarazada guarde reposo durante y después del parto. La familia se suele encargar del niño, para que ella descanse, por lo que se puede interpretar como desinterés<sup>34</sup>.

A veces a los niños se les suele poner nombre de niñas para ahuyentar a los malos espíritus por el desinterés que presentan los espíritus hacia ellas. A veces, si un niño ha nacido muy débil se le pone nombre perro por el mismo motivo<sup>34</sup>.

Fallecimiento.

Por un lado el paciente chino cree que después de la muerte hay vida y lo asume como algo natural, pero por otro intenta alargar el proceso vital provocando en numerosas ocasiones gran sufrimiento<sup>34</sup>.

El tema de la muerte es un tema tabú. Prefieren que no se les informe de que padecen una enfermedad terminal, por lo que en esas circunstancias se informa a la familia. Como algo anecdótico, en China al número cuatro se le considera el de la muerte, por lo que es muy habitual que no figure ese número en hospitales, hoteles, casas, etc<sup>34</sup>. Aspecto a tener en cuenta por el servicio de admisión del hospital a la hora de asignar habitaciones.

La familia prefiere que el enfermo fallezca en el hospital, no quieren tener contacto alguno con la muerte y así evitan que la muerte o la mala suerte se instaure en el domicilio. Normalmente se les viste con ropa negra. La incineración no suele ser habitual<sup>34</sup>.

La gente con nivel adquisitivo puede llegar a contratar monjes budistas o taoístas para rezar al muerto<sup>34</sup>.

## VII. CONCLUSIONES.

El incremento del número de inmigrantes según profesionales y Administración ha sido en estos años masivo. Según datos del ICANE, en 2012 la población extranjera a nivel estatal representa el 12,13% y en Cantabria el 6,61%. Porcentaje significativo para tenerlo en cuenta<sup>7</sup>.

Llama la atención que el nivel de estudios de la población inmigrante sea superior al de la población general, y sin embargo su ocupación laboral sea en su mayoría manual. Es importante destacar este aspecto, la dificultad de homologar su titulación les obliga a ocupar puestos de trabajo menos cualificados por lo tanto menos remunerados. Su estatus económico y social será menor. Este aspecto influye en la salud mental del inmigrante agravándose así el "*duelo migratorio*".

Un principio ético de la asistencia sanitaria es el principio de Justicia. Como profesionales sanitarios tenemos la obligación de tener en cuenta a todo el mundo con la misma consideración y respeto. No debemos discriminar a nadie por razón de etnia, sexo, creencias, edad, etc. Se debe promover la igualdad de oportunidades. Sin embargo, tratar a todo el mundo en condiciones de igualdad no significa tratar a todo el mundo igual.

Pero como se ha descrito anteriormente la población inmigrante tiene dificultades en el acceso y utilización de los servicios. El entorno sanitario es un entorno en el que los inmigrantes tienen dificultades. Podemos enumerar algunas de ellas como es el caso de

las barreras administrativas, lingüísticas y factores relacionados con la interacción con los profesionales.

Como se ha mencionado el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, pone de manifiesto que el acceso a la asistencia sanitaria es posible a través de otros seguros, posiblemente privados. Esto supone un retroceso en derechos humanos y la oportunidad de las aseguradoras de hacer negocio. Las personas sin recursos se quedan excluidas y aumentando más si cabe las diferencias sociales. Como dice Naomi Klein, *“los que están en contra del estado del bienestar nunca desaprovechan una buena crisis”*

A priori, con estas nuevas medidas el gasto sanitario disminuirá. Recientes investigaciones llevadas a cabo en el ámbito español muestran un menor uso de los servicios sanitarios públicos y menos gasto farmacéutico por parte de las personas inmigrantes que de la población autóctona. Se trata de poblaciones seleccionadas; no emigra quien quiere sino el que puede<sup>5</sup>. Sin embargo, la falta de acceso al sistema sanitario de los inmigrantes es un claro perjuicio para la Salud Pública. El riesgo social a consecuencia de las condiciones económicas desfavorables se incrementa al impedir el acceso a la sanidad.

En nuestra atención como profesionales al inmigrante, también nos encontramos con dificultades y barreras para superarlas. Dentro de estas barreras se incluyen los problemas de actitud, prejuicios, recelos, barreras lingüísticas, escaso tiempo en las consultas, falta de formación en temas específicos de la población inmigrante, etc. Identificar estas barreras y buscar soluciones a esas dificultades son los objetivos de la Competencia cultural.

Para realizar los cuidados de manera competente debemos de realizarlos con respeto y confianza. Debemos saber dialogar, valorar la diversidad cultural, desarrollar actitudes que nos permitan comprender otros modelos, huir de los estereotipos, contribuir a disminuir la angustia y desarrollar el aprecio por los demás.

El profesional sanitario debe saber atender a la población, considerando los aspectos diferenciales de cada uno, de manera que pueda personalizar la asistencia teniendo en cuenta la diversidad y las diferencias culturales y religiosas que influyen en la forma de entender la salud y la vida en general.

El profesional sanitario debemos formarnos en educación social. Al hablar de salud debemos tener en cuenta elementos sociales y culturales. Cuando se atiende a inmigrantes, la atención debe ser culturalmente apropiada, respetuosa, flexible y sensible.

El concepto de la salud y la enfermedad puede ser distinta a la nuestra. Martincano define la medicina transcultural como *“los conocimientos médicos y de comunicación aplicados entre un sanitario de un grupo étnico y un paciente de otro”*. Por lo que, la formación intercultural es esencial para los profesionales sanitarios. De esta forma el personal de enfermería seremos capaces de ofrecer cuidados de calidad y garantizar así la administración de cuidados culturalmente competentes a los pacientes inmigrantes. Garantizando así, el derecho universal de todos los ciudadanos extranjeros residentes en España al acceso a la sanidad tal y como notifica la legislación española (CE).

El profesional sanitario vive con cierto estrés y ansiedad la atención al inmigrante como

consecuencia de la falta de tiempo, el idioma, dudas sobre la interpretación correcta de los signos y síntomas, desconocimiento sobre patologías desconocidas, problemas en la adecuación del tratamiento, etc.

Muchas veces los profesionales no estamos preparados para lo nuevo y lo diferente. La adaptación a esta nueva situación supone un sobreesfuerzo personal. El fenómeno de la inmigración ha puesto en evidencia las carencias del personal y del sistema sanitario para tratar la enfermedad desde un punto de vista biopsicosocial y no desde el punto puramente biologicista. La asistencia por lo general, se basa en un orden racional ignorando las dimensiones sociales y culturales de las enfermedades y tratamientos.

Se podría decir que en ciertas ocasiones el SNS padece "*ceguera cultural*", porque se ignoran las diferencias culturales o se actúa como si no existieran.

#### VIII. APLICACIÓN PRÁCTICA DE ESTA MONOGRAFÍA.

La aplicación de esta monografía es determinar la situación actual de la población inmigrante al acceso a nuestro Sistema de Salud, pero fundamentalmente considerar las posibles carencias de los profesionales sanitarios en un tema tan fundamental como es la Competencia Cultural.

La oferta en dicho tema no es muy amplia, por lo que esta monografía hace plantearse una serie de cuestiones como son ¿los profesionales de enfermería estamos capacitados para aplicar cuidados a personas culturalmente diferentes?, ¿consideramos la formación en este área insuficiente?, y ¿estaríamos dispuestos a formarnos, si se nos ofertase dicha formación? Cuestiones interesantes que podrían ser abordadas a posteriori a través de un estudio cualitativo. Por lo que se deja una puerta abierta a futuros estudios encaminados a resolver dichos interrogantes.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

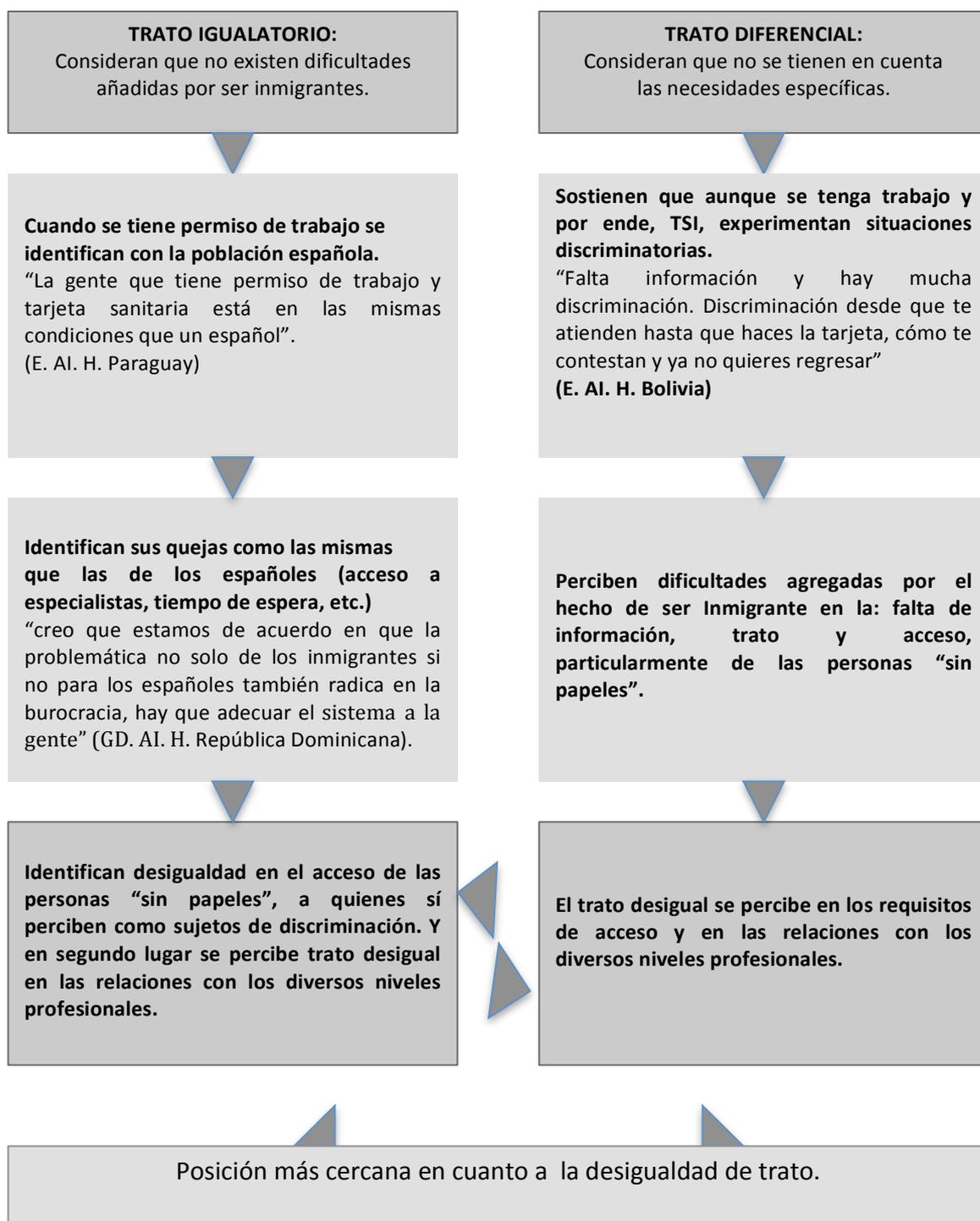
1. Oliva J, Pérez G. Inmigración y salud. Gac Sanit. 2009;23(1):1-3.
2. Observatorio Permanente de la Inmigración en Navarra [Internet]. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2012 [acceso 21 de octubre 2012]. Inmigración en tiempos de crisis: tópicos y realidades. Disponible en:  
[http://www.nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/enfoques17\\_julio2012.pdf](http://www.nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/enfoques17_julio2012.pdf)
3. European Migration Network [Internet]. Belgium: European Commission; 2008 [acceso 3 de noviembre 2012]. EMN Bulletin. Disponible en:  
[http://www.emnbelgium.be/sites/default/files/publications/emn\\_bulletin\\_edition\\_2.pdf](http://www.emnbelgium.be/sites/default/files/publications/emn_bulletin_edition_2.pdf)
4. Rojas M. España después de la gran inmigración. Balance y perspectivas. En: Simposio Internacional de Inmigración y Globalización. Madrid: Fundación Ciudadanía y Valores; 2011.
5. Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez J, Márquez Cid M, Monteagudo Piqueras O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. Gac Sanit. 2009;23(3):208-15.
6. Observatorio Permanente de la Inmigración [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2012 [acceso 1 de febrero 2013]. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor. Disponible en:  
<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/>
7. Instituto Cántabro de Estadística [Internet]. Santander: icane.es; 2013 [acceso 1 de febrero 2013] Padrón Municipal de Habitantes. Disponible en:  
[http://www.icane.es/bancodatos/index.jsp?cube=Po\\_CP\\_PExtranjNacGQE&sche=st&cod=1.1.2.6](http://www.icane.es/bancodatos/index.jsp?cube=Po_CP_PExtranjNacGQE&sche=st&cod=1.1.2.6)
8. Instituto Cántabro de Estadística [Internet]. Santander: icane.es; 2013 [acceso 1 de febrero 2013] Padrón Municipal de Habitantes. Disponible en:  
[http://www.icane.es/bancodatos/index.jsp?cube=Po\\_CP\\_PoblExtrGGEdadSe&sche=dm&cod=1.1.2.6](http://www.icane.es/bancodatos/index.jsp?cube=Po_CP_PoblExtrGGEdadSe&sche=dm&cod=1.1.2.6)
9. Instituto Cántabro de Estadística [Internet]. Santander: icane.es; 2012 [acceso 1 de febrero 2013] Movimiento Natural de Población. Disponible en:  
<http://www.icane.es/bancosql/general.jsp?pagina=consulta.jsp?idserie=868&cod=1.2.3.9>
10. Gobierno de Cantabria. Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria. Santander: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad; 2010.
11. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Afiliación de extranjeros a la Seguridad Social. [Internet]. España: Gobierno de España; 2012 [acceso 1 de febrero 2013]. Disponible en:  
[http://www.empleo.gob.es/itss/web/Atencion\\_al\\_Ciudadano/Normativa\\_y\\_Documentacion/Documentacion/Documentacion\\_MTAS/001/afi\\_ext\\_dic2012.pdf](http://www.empleo.gob.es/itss/web/Atencion_al_Ciudadano/Normativa_y_Documentacion/Documentacion/Documentacion_MTAS/001/afi_ext_dic2012.pdf)

12. Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo. Accidentes de trabajo y enfermedades. [Internet]. Santander: icasst.es; 2011 [acceso 5 de noviembre 2012]. Disponible en:  
[http://icasst.es/archivos/documentos\\_contenidos/3507\\_1.MEMORIA2011.pdf](http://icasst.es/archivos/documentos_contenidos/3507_1.MEMORIA2011.pdf)
13. La deuda pública española alcanza otro récord y se sitúa en el 77,4% del PIB. ABC.es. Sábado 15 de diciembre de 2012. Economía. Disponible en:  
<http://www.abc.es/economia/20121214/abci-deuda-publica-espana-201212141040.html>
14. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, nº 98, (24 de abril de 2012).
15. ECODES [Internet]. Pamplona: ecodes.org; 2012 [acceso 12 de noviembre de 2012]. De Forniés FJF. Poniendo rostro a las medidas. Disponible en:  
<http://www.compromisorse.com/upload/noticias/007/7223/InformeInmigrantesYSaludEcodes.pdf>
16. Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29-5-2003).
17. General de Salud Pública. Ley 33/2011 de 4 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 240, (5-10-2011).
18. López-Fernández LA, Millán JIM, Ajuria AF, Cerdà JCM, Suess A, Danet AD, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud?. Gac Sanit. 2012;26(4):298-300.
19. Médicos del Mundo [Internet]. Madrid: Médicos del Mundo; 2012 [acceso 3 de noviembre de 2012]. Derecho a curar. Disponible en:  
<http://www.medicosdelmundo.org/derechoacurar/>
20. Sahuquillo MR. Sanidad avisa a los médicos objetores de que no pueden atender sin papeles. El País.com. Viernes 10 de agosto de 2012. Sociedad. Disponible en:  
[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/08/09/actualidad/1344542144\\_011176.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/08/09/actualidad/1344542144_011176.html)
21. Ramos R, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. Gac Sanit. 2001;15(4):320-6.
22. Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA. Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:299-319.
23. Bischoff A, Hudelson P. Communicating With Foreign Language–Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough?. J Travel Med. 2010;17(1):15-20.
24. Bischoff A, Hudelson P. Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go?. Int J Environ Res Public Health. 2010;7(7):2838-44.

25. Gobierno de España. Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la atención en salud mental. Hacia la equidad en salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
26. Lillo Crespo M, Casabona Martínez I. Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud. *Cul Cuid*. 2006;10(20):87-91.
27. Valverde Gefaell C. Comunicación Terapéutica en Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
28. Albornoz Mancera DM. La importancia de la transculturalidad en el conocimiento enfermero. *Rev Paraninfo Digital*. [Internet] 2009 [acceso 15 de diciembre de 2012];7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/100d.php>
29. Gentil García, I. Cosmovisión de emigrantes subsaharianos y cuidados de enfermería. *Index Enferm*. [Internet] 2012 [acceso 15 de diciembre de 2012];21(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n3/7787.php>
30. May S, Salas S. Lengua Maya e Interculturalidad: Herramientas para el Cuidado Holístico. *Desarrollo Científ Enferm*. 2011;19(2):54-6.
31. Herdman TH editor. NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. 2009-2011 ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2010.
32. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Cuarta Edición ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
33. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Quinta edición ed. Barcelona: Elsevier España,S.L.; 2009.
34. Salud y Cultura [Internet]. Comunidad Valenciana: Grupo CRIT; 2012 [actualizado 14-9-2011; acceso 5 de diciembre de 2012]. Portal informativo para la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario. Disponible en: <http://www.crit.uji.es/>

## X. ANEXOS

Tabla 1: Aspectos diferenciadores percibido por las personas inmigrantes. Fuente: Gobierno de Cantabria. Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria



Anexo 2: Enlaces de interés para la atención al inmigrante <sup>19</sup>.

ENLACES DE INTERÉS PARA LA ATENCIÓN AL INMIGRANTE	
Protocolos y guías	AEPap: <a href="http://www.aepap.org/inmigrante/protoc_inm.htm">www.aepap.org/inmigrante/protoc_inm.htm</a>
	Guía de inmigración y salud, Gobierno de Aragón: <a href="http://www.aragon.es">www.aragon.es</a> (publicaciones)
	Manual de atención sanitaria a inmigrantes, Junta de Andalucía: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cssalud/galerias/documentos/p_4_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf">www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cssalud/galerias/documentos/p_4_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf</a>
Materiales para pacientes	<a href="http://www.riec.es">www.riec.es</a>
Recursos varios	Red ISIR: <a href="http://www.redisir.net">www.redisir.net</a>
	Salud y cultura: <a href="http://www.saludycultura.uji.es">www.saludycultura.uji.es</a>
Traductores	<a href="http://www.universaldocutor.com">www.universaldocutor.com</a>
	<a href="http://tradukka.com">http://tradukka.com</a>
Consejos de alimentación	<a href="http://www.naos.aesan.msps.es">www.naos.aesan.msps.es</a>
Viajes, calendarios vacunales, incidencias	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, La salud también viaja: <a href="http://www.mpsi.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm">www.mpsi.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm</a>
	OMS, Internacional Travel and Health: <a href="http://www.who.int/ith/en/">www.who.int/ith/en/</a>
	Vacunas, AEP: <a href="http://www.vacunasaep.org">www.vacunasaep.org</a>
	Viajar sano: <a href="http://www.viajarsano.com">www.viajarsano.com</a>
	Consejos al viajero, Gobierno de EE.UU.: <a href="http://wwwnc.cdc.gov/travel">http://wwwnc.cdc.gov/travel</a>
Otros	Problemas sociales. Gipi: <a href="http://www.infodoctor.org/gipi/ciap.htm#H">http://www.infodoctor.org/gipi/ciap.htm#H</a>

Fuente: Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras. Rev Pediatr Aten Primaria.

Anexo 3: Cuestionario de valoración cultural<sup>24</sup>

<b>PREGUNTA:</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>COMPONENTE DE COMUNICACIÓN</b> (Comunicación y recursos humanos)		
<i>Para el profesional evaluador</i>		
¿El cliente no usa el lenguaje verbal?		
¿El cliente habla un idioma diferente al suyo?		
¿El cliente usa un léxico diferente al suyo?		
<i>Para el cliente</i>		
¿Su trabajo u ocupación la desempeña fuera de casa?		
¿Se siente incomodo o diferente en su lugar de trabajo respecto al personal con el que trabaja? Si es afirmativa, ¿Por qué?		
¿Usted habla un lenguaje diferente al de sus compañeros de trabajo?		
¿En su trabajo siente que le es impuesta la forma en la cual debe comportarse? Si es afirmativa, ¿Por qué?		
<b>COMPONENTE RELIGIOSO</b> (Espiritual y rituales de muerte)		
¿Practica una religión diferente a la que predicán en su ambiente familiar o el lugar en el que habita?		
Si es diferente, ¿Se ha sentido agredido y por qué?		
¿Ha tenido que cambiar de religión? ¿Por qué?		
¿Se ha podido adaptar a esa nueva religión?		
¿Ha tenido dificultades para practicar su religión?		

¿En su religión practica algún(os) tipo(s) de ritual(es)? Explíquelo(s).		
¿Siente que su religión no ha sido un apoyo en sus momentos difíciles? ¿Por qué?		
¿Qué significado tiene la vida para usted?		
¿Qué significada la muerte para usted?		
Cuando algún familiar muere, ¿Realizan algún ritual por tradición? Explíquelo.		
¿Cómo asumen la muerte o la pérdida de un ser querido?		
<b>COMPONENTE AMBIENTAL</b> (Roles familiares y organización, visión general/herencia)		
¿Su procedencia original es un sitio diferente al que habita actualmente?		
¿Se siente inconforme con el ambiente (clima, tierra, ubicación, etc.) del lugar donde habita? Si es afirmativo, ¿Por qué?		
¿Ha notado que las personas del lugar donde habita, tienen costumbre diferentes a las suya?		
¿Se siente incomodo con el ambiente o las personas del lugar donde habita?		
¿Se siente coartado para realizar alguna actividad que sea de su agrado en su tiempo libre?		
¿Ha tenido dificultades económicas desde que vive en ese lugar?		
¿Qué nivel de estudios tiene?		
¿A qué se dedica diariamente?		
¿Cómo se sostiene económicamente? ¿Quién sostiene económicamente su familia?		
¿Su familia es muy numerosa?		

¿Quién lidera o encabeza el grupo familiar?		
¿Cómo se distribuyen las funciones o tareas dentro de su familia? Abuelos Adultos medios Adultos jóvenes Adolescente Niños		
¿Cuáles son sus metas y prioridades en este momento de su vida?		
¿Se siente inconforme con la vida que tiene o ha llevado hasta llegar donde está actualmente? Si es afirmativo, ¿Por qué?		
¿Qué considera que le hace falta para sentirse completamente pleno en su vida?		
<b>COMPONENTE DE SALUD</b> (Prácticas de cuidado, profesionales de salud, y componente nutricional)		
¿Tiene usted una mala percepción de los profesionales de salud? ¿Por qué?		
Cuando enferma algún integrante de la familia, ¿acostumbran a automedicarse, usan medicina homeopática, visitan algún herbolario, o aplican tratamientos caseros?		
¿Qué tipo de tratamientos usan?		
¿Esos tratamientos han causado complicaciones posteriores?		
¿Ha hecho uso de la medicina tradicional y por qué? Si es negativo, omite las dos preguntas siguientes.		
¿Cómo percibe el sistema de salud?		
¿Ha sido difícil acceder al servicio de salud? Si es afirmativo, ¿Por qué?		
¿Desconfía de la medicina tradicional? Si es afirmativo, ¿Por qué?		

Quando alguien del grupo familiar enferma, ¿quién asume el cuidado de esa persona? ¿Por qué?		
¿Su religión le impide realizar algún procedimiento de la medicina tradicional? Si es afirmativo, ¿Cuáles y por qué?		
<b>COMPONENTE NUTRICIONAL</b>		
¿Acostumbra a pasar por alto u omitir alguna de las 3 comidas diarias?		
¿Qué significado tiene para usted la comida?		
¿Son de su agrado los alimentos que consumen en la zona donde habita?		
¿Qué alimentos acostumbra a consumir?		
¿Practica algún ritual antes de comer? Si es afirmativo, ¿Cuál y por qué?		
<b>COMPORTAMIENTOS DE ALTO RIESGO</b>		
¿Consume alcohol? Si es afirmativo, ¿Cuántas veces por semana?		
¿Consume tabaco? Si es afirmativo, ¿Cuántos por día?		
¿Consume algún tipo de alucinógeno? Si es afirmativo, ¿Cuál y cuánto por día?		
¿Qué tipo de medicamentos consume diariamente y en qué dosis?		
<b>COMPONENTE DE GESTACIÓN</b>		
¿Tiene hijos? Si es afirmativo, ¿Cuántos?		
¿Tuvo alguna complicación durante la gestación? Si es afirmativo, ¿Cuál y cómo la manejo?		
¿Sabe qué es la planificación?		
¿Ha planificado? Si es negativo, pase a la siguiente pregunta.		

Si es afirmativo, ¿Cómo?		
¿Alguien ha influido en esa decisión? Si es afirmativo, ¿Quién y por qué?		
¿Quién le controló su estado de salud durante la gestación y por qué?		
¿El parto lo atendió alguien diferente a un profesional de salud? ¿Quién y por qué?		
¿Durante o después del parto tuvo alguna complicación? Si es afirmativo, ¿Quién o cómo la manejo?		
¿El niño ha sido valorado por un profesional de salud durante su crecimiento? Si es negativo, ¿Por qué?		
<b>ECOLOGÍA BIOCULTURAL</b> (Valoración física)		
¿Ha notado cambios en su color, características o textura de la piel, cabello, ojos u otra parte del cuerpo? Si es afirmativo, explíquelos.		
¿Qué ha hecho para manejarlos o tratarlos?		
¿Tiene conocimiento de alguna enfermedad hereditaria? Si es afirmativo, ¿Cuál?		
¿Ha consumido medicamentos de la medicina tradicional?		
¿Alguno de esos medicamentos le causaban algún efecto adverso? Si es afirmativo, ¿Cuál?		
<i>Para el profesional</i>		
Realice una descripción de la valoración física que le permita determinar características raciales y étnicas para determinar cambios característicos de la población en la que habita o es proveniente.		

Fuente: La importancia de la transculturalidad en el conocimiento enfermero. Rev Paraninfo Digital.