

# Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: una metasíntesis\*

## Cultural Competence of Nurses in the Field of Public Health: A Meta-Synthesis Competência cultural dos enfermeiros na área da saúde pública: uma meta-síntese

Fecha de recepción: 05 Mayo 2016 | Fecha de aprobación: 06 Octubre 2017

LUCERO LÓPEZ-DÍAZ<sup>a</sup>

Universidad Nacional de Colombia, Colombia  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2157-763X>

SAIDY ELIANA ARIAS MURCIA

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7015-8079>

VILLERLAND RODRÍGUEZ GÓMEZ

Universidad Nacional de Colombia, Colombia  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1960-482X>

LILIANA MARCELA REINA-LEAL

Universidad Nacional de Colombia, Colombia  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4982-939X>

ESTEFANI CELEN BENAVIDES QUIÑONES

Universidad Nacional de Colombia, Colombia  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0182-2693>

DEICY CAROLINA HERNÁNDEZ MURILLO

Universidad Nacional de Colombia, Colombia  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6792-4329>

ELIANA ANDREA OLAYA CAMPOS

Universidad Nacional de Colombia, Colombia  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6792-4329>

<sup>a</sup> Autor de correspondencia. Correo electrónico:  
[allopezdi@unal.edu.co](mailto:allopezdi@unal.edu.co)

*Como citar este artículo:* López-Díaz L, Arias Murcia SE, Rodríguez Gómez V, Reina-Leal LM, Benavides Quiñones EC, Hernández Murillo DC, Olaya Campos EA. Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: una metasíntesis. *Rev Gerenc Polít Salud.* 2018; 17(34): 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ccea>

### RESUMEN

**Objetivo:** explorar las experiencias y vivencias sobre la competencia cultural de enfermeras en salud pública. **Metodología:** metasíntesis cualitativa. Las bases utilizadas fueron: Medline, OvidNursing, OvidJournal, Embase y BVS-LILACS, publicados en inglés, español o portugués, entre 2009 y 2014. Se incluyeron diez estudios y fueron valorados usando el Critical Appraisal Skills Programme en español (CASPe). Se implementaron las tres fases del proceso de metaagregación en la extracción y síntesis de hallazgos. **Resultados:** los hallazgos fueron agregados en seis categorías y dos resultados: 1) paradojas en la atención de salud pública a personas de diversas culturas; 2) sobrepasando barreras: la osadía de las enfermeras de salud pública. **Conclusión:** las enfermeras vivenciaron y expresaron la competencia cultural desde lo paradójico que resulta el encuentro con el otro culturalmente diferente, manifestaron apertura a comprender y dar sentido a la cultura, aunque fue difícil generar intervenciones culturalmente competentes.

### Palabras clave

revisión; competencia cultural; enfermería transcultural; salud pública; enfermeras de salud pública; atención en salud con competencia cultural.

### ABSTRACT

*Objective:* To explore the experiences and life events regarding the cultural competence in the public health practice. *Methods:* A qualitative meta-synthesis covering the databases Medline, OvidNursing, OvidJournal, Embase and BVS-LILACS, including papers in English, Spanish and Portuguese between 2009 and 2014. Ten studies were included and assessed by using the Critical Appraisal Skills Programme in Spanish (CASPe). The three stages of the meta-aggregation programme were applied to do the obtaining and synthesis of findings. *Results:* The findings were aggregated in six categories and two types of results: 1) paradoxes when providing public health care to people from different culture and 2) going beyond the barriers – the daring by the public health nurses. *Conclusion:* The nurses experienced and expressed their cultural competence from the paradoxical situation produced when encountering another culturally different people. They showed a stance open to both understand and make sense of the other's culture, even though it was hard to produce culturally competent interventions.

### Keywords

review; cultural competence; cross-cultural nursing; public health; public health nurses; health care with cultural competence.

### RESUMO

*Objetivo:* explorar as experiências e vivências sobre competência cultural de enfermeiras em saúde pública. *Metodologia:* meta-síntese qualitativa. As bases utilizadas foram: Medline, OvidNursing, OvidJournal, Embase e BVS-LILACS, publicados em inglês, espanhol ou português, entre 2009 e 2014. Dez estudos foram incluídos e valorados usando o Critical Appraisal Skills Programme em espanhol (CASPe). As três fases do processo de meta-agregação na extração e síntese de achados foram implementados. *Resultados:* os achados foram agregados em seis categorias e dois resultados: 1) paradoxos no atendimento de saúde pública a pessoas de diversas culturas; 2) ultrapassando barreiras: a ousadia das enfermeiras de saúde pública. *Conclusões:* as enfermeiras vivenciaram e expressaram a competência cultural desde o paradoxal que resulta o encontro com um outro culturalmente diferente, manifestaram abertura para compreender e dar sentido à cultura, embora fosse difícil gerar intervenções culturalmente competentes.

### Palavras-chave

revisão; competência cultural; enfermagem transcultural; saúde pública; enfermeiras de saúde pública; atenção em saúde com competência cultural.

## Introducción

La competencia cultural es esencial para quienes trabajan en países étnica y culturalmente diversos. Los crecientes movimientos migratorios tienen implicaciones en la composición cultural de la sociedad y la atención en salud [1,2]. La evidencia científica muestra que la competencia cultural es un elemento clave en los estándares y procesos de acreditación de calidad de la atención de salud [3]. De este modo, el entrenamiento en competencia cultural recibe mayor atención de administradores y educadores en salud, dada su eficacia e impacto en el conocimiento [4], actitudes y habilidades de los profesionales, así como en la satisfacción del paciente [5].

Específicamente en atención primaria, se han documentado resultados en salud de intervenciones culturalmente competentes en el control de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2 [6,7], y se destacan las dificultades de los profesionales para reconocer las disparidades raciales y étnicas y su efecto en salud [8]. Algunos estudios señalan la falta de competencia cultural en la atención como causa de experiencias y resultados negativos con personas inmigrantes y de minorías étnicas [9,10]. Se afirma que tener conocimientos y habilidades culturales no es suficiente para una atención culturalmente competente [11], pues muchas veces es difícil traducir a la acción tales conocimientos [12].

Para Coffman, la experiencia de las enfermeras brindando atención a pacientes de otras culturas deja ver fortalezas y barreras en la atención, y sugiere nuevas metasíntesis que exploren escenarios o grupos culturales específicos [13]. En respuesta a esto, se realizó una metasíntesis sobre la experiencia de enfermeras en el cuidado a familias de diversos orígenes culturales, y se encontró la tensión constante entre barreras, manifestaciones culturales y la responsabilidad ética de cuidado, pero con elementos incipientes de competencia cultural [14], considerando la utilidad de los enfoques metaagregativos para la toma de decisiones en la Práctica Basada en Evidencia (PBE) [15], así como la

evidencia que ofrecen de cómo se presentan la sensibilidad cultural, la conciencia cultural, el comportamiento y las experiencias personales del profesional como elementos indispensables para comprender la competencia cultural.

A efectos de esta revisión, el grupo revisor definió salud pública como el conjunto de intervenciones destinadas al mejoramiento de la salud a través de la promoción, educación, orientación en salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad en un ámbito intra o extrahospitalario, tanto de manera individual como colectiva [16]. Por su parte, la competencia cultural fue considerada los conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos de las enfermeras para ofrecer intervenciones de salud pública a personas, grupos o familias de culturas o etnias diferentes a la propia [17]. Por último, las experiencias y vivencias se tomaron como “todo aquello presenciado, sentido o recordado, descrito por las enfermeras que trabajan en el área de salud pública. Incluye pensamientos, sentimientos y reflexiones” [18]. Con el fin de sintetizar y fortalecer este conocimiento para salud pública, el objetivo de esta revisión fue explorar las experiencias y vivencias de competencia cultural de las enfermeras que trabajan en salud pública.

## Método

### *Tipo de estudio*

Metasíntesis cualitativa, siguiendo el enfoque de metaagregación sugerido por el Instituto Joanna Briggs (JBI), consistente en un proceso sistemático y riguroso de extracción y síntesis de datos cualitativos [15]. El protocolo es parte de un proyecto macro sobre la competencia cultural de profesionales del área de la salud. La síntesis cualitativa responde a la pregunta PICO (paciente, intervención, comparación, resultado), ¿cómo expresan y vivencian la competencia cultural las enfermeras que trabajan en el área de salud pública?

El equipo tuvo tres sesiones de entrenamiento y afinamiento con el equipo revisor (siglas de autoras participantes: AL, SA, VR, LR), que permitieron espacios analíticos de consenso y discusión para diseñar estrategias para controlar errores y garantizar el rigor del método.

### *Fuentes de información y estrategias de búsqueda*

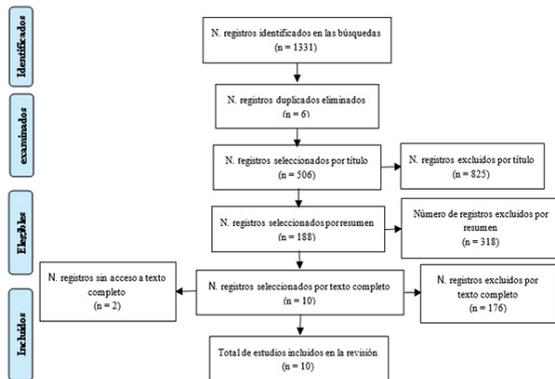
Las búsquedas se realizaron en las bases de dato Medline, OvidNursing, OvidJournal, Embase y BVS-LILACS, empleando términos controlados y palabras clave en los tres idiomas, de acuerdo con cada base de datos, con el uso de operadores booleanos AND y OR, así: Cultural Competency OR Culturally Competent Care OR culturally sensitive care OR culturally appropriate care OR culturally congruent care AND Health personnel OR Nurses OR Community health nursing AND Public Health OR Public Health Practice.

Los criterios de inclusión de los estudios fueron: a) idioma inglés, español y portugués; b) publicados entre 2009 y 2014; c) relacionados con la competencia cultural de enfermeras en salud pública en la atención a grupos culturalmente diversos; y d) diseños cualitativos y mixtos con posibilidad de extraer los hallazgos cualitativos.

Inicialmente, en el proceso de búsqueda se identificaron 1331 estudios. Los estudios fueron filtrados por título, resumen y texto completo, de acuerdo con los criterios de inclusión, y se obtuvo una muestra de diez estudios para la revisión. El diagrama PRISMA representa el proceso de selección (figura 1).

**FIGURA 1**

Proceso de búsqueda de literatura para la inclusión/exclusión de estudios en la metá-síntesis



Fuente: adaptado de Prisma Flow Diagram [19].

**Instrumentos**

Los estudios seleccionados fueron evaluados para apreciar su rigor metodológico, por dos equipos independientes: uno conformado por cinco miembros del equipo y otro por AL y LR, expertas en investigación cualitativa. Se empleó el Critical Appraisal Skills Programme, dada su disponibilidad en español (CASPe). Se utilizó el formato para estudios cualitativos, y aunque uno de los estudios seleccionados es referido por los autores como descriptivo transversal, se realizó la valoración desde sus aspectos cualitativos.

**Análisis de datos**

La extracción y síntesis de hallazgos se realizó con los programas Nvivo 10® y Microsoft Excel 2010®. En la primera fase de síntesis, los hallazgos extraídos correspondieron a 128 temas o metáforas y 66 diálogos de las fuentes primarias. Estos hallazgos se clasificaron según los niveles de credibilidad del JBI-QARI (inequívoco, creíble y no soportado). En esta revisión se incluyeron solo los hallazgos inequívocos. La segunda fase implicó varias lecturas de los hallazgos extraídos para encontrar similitud conceptual o descriptiva y generar un grupo de hallazgos que representaran la agregación. En la tercera fase, con el método de análisis comparativo constante,

se categorizaron estos hallazgos por consenso grupal y así se obtuvieron las líneas de acción para las decisiones de la PBE [15].

**Resultados**

Los diez estudios incluidos (tabla 1) [20-29] se realizaron en: Australia (n = 2), Canadá (n = 2), Estados Unidos (n = 2), Inglaterra (n = 2), Kuwait (n = 1) y Finlandia (n = 1). Fueron publicados en el periodo comprendido entre 2009 y 2014, la mayoría (n = 8) entre 2012 y 2014. En estos participaron 307 personas entre profesionales de la salud y personal administrativo, de las cuales 141 fueron enfermeras. Solamente tres estudios refieren el tiempo de experiencia profesional de los participantes y dos presentan la experiencia en la atención a población culturalmente diversa, en uno era de más de un año y en otro de más de cinco años.

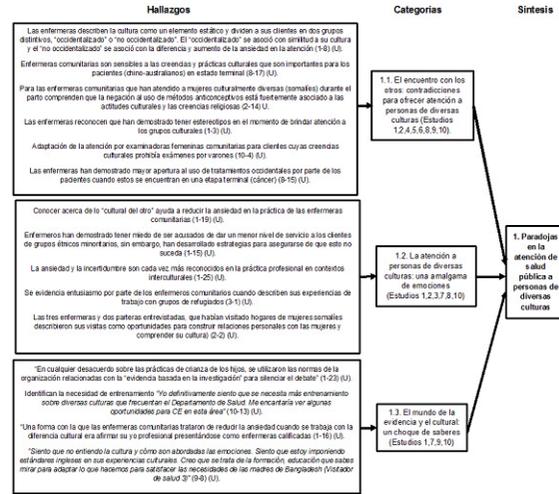
Los estudios se desarrollaron en entornos comunitarios, con metodologías cualitativas de tipo: descriptivo (n = 2), etnográfico (n = 2), teoría fundamentada interpretativa (n = 1), investigación cualitativa interpretativa (n = 1), estudio de caso (n = 1), exploratorio (n = 1), no especificaron diseño (n = 2). Los investigadores recogieron los datos a través de entrevistas semiestructuradas o en profundidad, grupos focales, observación participante y preguntas abiertas de un cuestionario; en algunos estudios se combinaron las técnicas. Para el análisis de los datos, hicieron uso de análisis temático (n = 3), codificación axial (n = 2), análisis de contenido (n = 2), análisis documental más análisis de contenido (n = 1), no especifican las técnicas de análisis (n = 2); en ocho de los estudios especifican los referentes para el análisis.

**Tabla 1**  
Características de los estudios incluidos en la metasíntesis

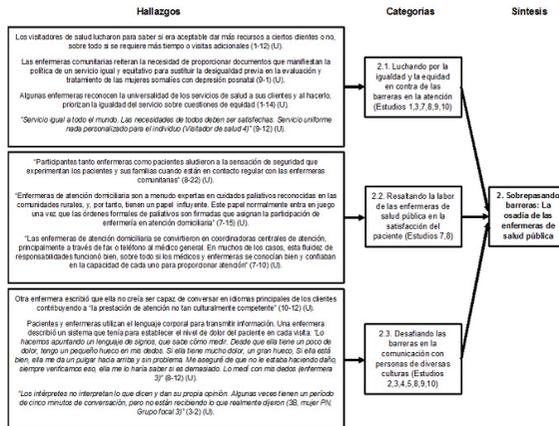
Estudio	Administración publicación	País	Nº de enfermeras participantes (n=141)	Método de estudio	Objetivo	Instrumentos de recolección de datos	Análisis de datos
1	Chaffin (20)	Inglaterra	21	Tercer Encuesta de Investigación	Explorar los factores que afectan a los niveles de salud mental y bienestar y la calidad cuando se trabaja con los clientes en todas las culturas.	Entrevista semiestructurada	Codificación axial Glosser y Strass
2	Dagbl, Isaacson, Tucki, Tzi Amari, Vithayakorn, Jakkawong (21)	Tailandia	15	Cualitativo Interpretativo	Explorar la comunicación de valores, sentimientos y actitudes en el proporcionar servicios de salud reproductiva y la maternidad a las mujeres residentes en Tailandia.	Entrevistas grupales focales	Análisis de contenido interpretativo
3	Fahky, Aboelenen, Klay (22)	Australia	5	Cualitativo exploratorio	Explorar las experiencias de las proveedoras de atención primaria en salud que trabajan con mujeres musulmanas en Australia.	Observación etnográfica semiestructurada	Análisis temático reflexivo Hansen
4	Holmes (23)	Estados Unidos	10	Etnográfico	Explorar los factores socioculturales que afectan a las interacciones y los barreras entre proveedores de atención primaria y los pacientes inmigrantes musulmanes en un centro de atención.	Observación participante y entrevistas a profundidad	Codificación axial Strauss y Corbin
5	Lindqvist, King, Khosravi, Hines, Söderberg (24)	Suecia	1	Discursivo	Desarrollar un marco conceptual de los proveedores de atención que trabajan con las familias inmigrantes. Cómo se manifiesta una competencia cultural.	Entrevista semiestructurada grupal focal	Técnicas de especificación, codificación abierta, comparación constante
6	Chen, Reynolds (25)	Kenia	3	Estado cualitativo (decaja de respuestas)	Explorar la percepción de los proveedores de salud que trabajan con pacientes con VIH/SIDA en Kenia en relación con la capacidad de los proveedores de atención primaria y los proveedores de atención secundaria en Kenia.	Entrevista semiestructurada	Análisis temático Braun y Clarke
7	Pearl, Robinson, Brown (26)	Suecia	27	Etnográfico	Analizar las experiencias de los cuidadores paliativos, cómo se maneja la responsabilidad y cómo se maneja la atención paliativa y la percepción de los participantes locales.	Observación etnográfica semiestructurada	Análisis temático (discursivo interpretativo) Thorne
8	Makris, Kivimäki, Fung, Moore (27)	Australia	12	Cualitativo exploratorio	Explorar las interacciones entre las enfermeras de atención primaria y los pacientes con cáncer en Australia.	Observación etnográfica semiestructurada	Técnicas de especificación, inducción, interpretación, transcripción y codificación de datos
9	Alford, Latham (28)	Inglaterra	16	Estudio de caso	Investigar la calidad en la prestación de servicios de atención de salud pública en un programa de atención.	Observación etnográfica y entrevistas a profundidad	Análisis documental Hansen, Pear Análisis temático de contenido Spencer, Ritchie
10	Star, Wilcox (29)	Estados Unidos	31	Estado cualitativo (decaja de respuestas)	Describir la competencia cultural de los proveedores de salud pública.	Programa abierto de un cuestionario	Análisis de contenido King

Como producto de la categorización de los hallazgos de los estudios 1 al 10 [20,21,22,23,24,25,26,27,28,29], se identificaron seis categorías que se enmarcan en dos síntesis centrales: síntesis 1, “Paradojas en la atención en salud pública a personas de diversas culturas” (figura 2), se relaciona con la necesidad de conocimiento, sensibilidad y deseo para la atención culturalmente competente, escenario complejo con oportunidades y dificultades. Por su parte, la síntesis 2, “Sobrepasando barreras: la osadía de las enfermeras de salud pública” (figura 3), muestra la labor de las enfermeras en salud pública en la atención a poblaciones culturalmente diversas, así como las barreras a la atención culturalmente competente, desde las políticas y la cotidianidad, en términos de desigualdades y dificultades de comunicación, entre otras. En la figuras se llama el número del estudio estipulado en la Tabla 1.

**FIGURA 2**  
Síntesis 1: paradojas en la atención en salud pública a personas diversas culturas



**FIGURA 3**  
Síntesis 2: Sobrepasando barreras: la osadía de las enfermeras de salud pública



**Discusión**

La síntesis de los estudios primarios refleja las paradojas que las enfermeras de salud pública vivencian en la atención culturalmente competente, como contradicciones en el encuentro con el otro. Es evidente una apertura y a su vez un cierre a la comprensión de la cultura. Las enfermeras se esfuerzan por comprender y dar sentido a la cultura, analizan el contexto de sus pacientes, son sensibles e intentan conocerlos, rompen ideas preconcebidas, y aprenden a

reconocer y anticiparse a sus necesidades. Sin embargo, manifiestan estereotipos que pueden llevarlas a discriminar, se enfocan en lo similar a sus propias normas y valores culturales, asociando lo “diferente” a los pobres resultados en salud.

Spence menciona las paradojas existentes en la atención a personas culturalmente diversas, los prejuicios como juicios inconscientes y entendimientos previos que influyen en la interpretación, permiten dar sentido a las situaciones, pero limitan la comprensión y la capacidad de llegar a diferentes comprensiones [30]. De igual forma, se revela la complejidad para generar intervenciones relacionadas con el conocimiento cultural y las actitudes en la atención. Las enfermeras manifiestan necesidades de conocimientos que favorezcan la comprensión de los grupos culturales y la transferencia del conocimiento a la práctica.

En algunos casos, la impotencia del profesional ante la diversidad resulta en imposición de creencias, valores y patrones de conducta, y en otros, deriva en respuestas creativas por medio de la negociación que favorecen la confianza y permiten una atención integral al paciente y a la familia. Según Stewart, los proveedores de servicios de salud más conocedores del contexto cultural de sus pacientes tienen actitudes más positivas hacia ellos, lo cual se ve reflejado en sus resultados en salud [5].

Por otra parte, las paradojas se asocian a tensiones emocionales internas que las enfermeras vivencian en la atención. El encuentro con el otro les genera ansiedad por desconocimiento cultural, que sienten temor de mostrar, e influye en sus actitudes, limita su interés por indagar y genera temor de ser acusadas de no brindar atención completa e integral.

Así mismo, al enfrentar la complejidad de alejarse de las preconcepciones para entender la visión del otro, las enfermeras experimentan incertidumbre, ansiedad y falta de compromiso. Esto conduce a choques al interactuar con los pacientes, pues actitudes y comportamientos importantes para ellos, en la cultura personal o profesional de la enfermera son considerados inadecuados e incluso pueden ir en contravía del conocimiento profesional. Estos choques por

la presión al enfrentar las diferencias culturales reflejan las consecuencias del encuentro de saberes del mundo cultural y el de la evidencia.

En la búsqueda de conocimiento para atender y responder a las diferencias culturales, las enfermeras se enfocan en la evidencia científica para hacer valer sus conocimientos profesionales, que reduce las tensiones en la atención, pero resulta en imposición para reafirmar el “yo profesional”. Sin embargo, para algunas, tal reafirmación se da desde el conocimiento de grupos culturales que denota la competencia cultural [31].

La segunda síntesis de hallazgos refleja cómo las enfermeras en salud pública se enfrentan a barreras que limitan su quehacer para garantizar satisfacción, igualdad y equidad en la atención a pacientes de diversas culturas. Ellas ven el encuentro con personas de diversas culturas como un proceso de aprendizaje constante que permite la comprensión de diferencias, pero ven limitado un ejercicio profesional pleno. Estas barreras se relacionan con falta de claridad en la implementación de políticas de atención y la disminución de inequidades en salud, situación que causa confusión en la atención diferenciada de los pacientes que lo requieren, y dar cabida a la comprensión de sus creencias y prácticas culturales para un cuidado culturalmente sensible.

Otras de las barreras institucionales identificadas, sobrecarga laboral por el poco recurso humano (especialmente en asistencia en el hogar), aumento de responsabilidades de enfermeras con mayor cantidad de pacientes y disminución de su capacidad de gestión, derivan en sentimientos de frustración por no brindar cuidado acorde con las necesidades de los pacientes, con mayor esfuerzo personal. La falta de gestión del personal humano en las instituciones resulta en falta de claridad de las funciones de los equipos interdisciplinarios de atención primaria, y en ocasiones no se aprovechan los conocimientos especializados de los profesionales. Pese a esta mayor demanda, los pacientes y sus familiares reconocen la labor continua e influyente de la enfermera en el ámbito comunitario, que aumenta el

reconocimiento profesional y genera resultados en salud de seguridad y confianza que influyen en la adherencia a tratamientos.

Otra de las grandes barreras que desafían las enfermeras en salud pública está relacionada con las dificultades en la comunicación y el dominio de un lenguaje cuando se cuida a personas de diversos contextos culturales. Aspectos como la falta de entrenamiento en una segunda lengua, de intérpretes profesionales y de enfermeras bilingües contribuyen a la incapacidad de proporcionar atención culturalmente competente.

Taylor señala que las barreras del lenguaje son uno de los mayores retos para las enfermeras cuando cuidan a pacientes de otras culturas, por la falta de conocimiento de las diferencias culturales e inadecuados servicios de intérpretes, ligados a la desconexión entre directivos de las organizaciones y personal de enfermería [32]. Sin embargo, algunos pacientes, familiares y enfermeras logran encontrar maneras creativas y útiles para comunicarse con mayor profundidad y brindar atención integral y eficaz, tales como: uso de materiales en el idioma de los pacientes, apoyo en niños y adolescentes familiares de los pacientes. Estas opciones son bien valoradas, aunque con algunas excepciones, dado que en ocasiones el uso del intérprete es limitado por su disponibilidad, accesibilidad o dominio del idioma, lo que genera temor y desconfianza al percibir imprecisión en la traducción.

## Conclusiones

Las vivencias de las enfermeras en salud pública con los grupos culturalmente diversos se caracterizan por la expresión de contradicciones en la atención. Es evidente el desconocimiento y el temor hacia las manifestaciones culturales, pero a su vez la sensibilidad a las creencias y prácticas culturales, intentando adquirir conocimiento cultural en el proceso para cualificar la práctica de enfermería en salud pública y contribuir a la satisfacción del paciente. Para el desarrollo de la competencia cultural en enfermeras de Salud Pública es necesario

mayor apoyo institucional, de modo que el recurso humano pueda disponer de mayores herramientas para el reconocimiento de los aspectos culturales de los pacientes; adecuar e implementar nuevas estrategias de atención desde la experiencia del personal en la atención a los grupos culturalmente diversos; y favorecer la flexibilización en los tiempos de atención para promover la atención integral y culturalmente adecuada.

Los resultados de los estudios incluidos en la presente metasíntesis constituyen la base para las siguientes recomendaciones para la práctica y la investigación en Enfermería. Los correspondientes niveles de evidencia (NE) para estudios de significatividad y los grados de recomendación (GR) se establecen a partir de lo planteado por el Joanna Briggs Institute.

## Recomendaciones para la práctica de enfermería

Reconocer la diversidad cultural y la complejidad de la cultura, evitando estereotipar o negar diferencias culturales importantes, para una mejor atención y no perpetuar las desigualdades en salud. Además, permitir el diálogo sobre prácticas culturales de cuidado sin imponer la evidencia producto de la investigación (Estudio 1; NE: 3; GR: A - Fuerte).

Ampliar los conceptos de raza, cultura y etnia más allá de categorías culturales fijas en el cuidado, y reconocer la complejidad de la cultura (Estudio 1; NE: 3), teniendo en cuenta que la cultura y la religión de los individuos culturalmente diferentes influye en sus creencias y actitudes hacia algunos procedimientos y el uso de medicamentos (Estudio 2; NE: 3; GR: B - Débil).

Trabajar con el mismo intérprete o con el preferido en cada visita (Estudio 5; NE: 3; GR: B).

No dejar recaer en la familia la responsabilidad de hacerlo todo en la toma de decisiones con respecto a la atención de sus hijos; apoyarla en este proceso (Estudio 5; NE: 3; GR: B).

## Recomendaciones para la investigación

Identificar los enfoques más eficaces y eficientes para capacitar en competencia cultural a enfermeras comunitarias (estudios 8, 10; NE: 3; GR: B).

Examinar la actitud de profesionales de la salud hacia la equidad e inequidad en la prestación de servicios, sus causas y cómo alcanzar la equidad en la atención (Estudio 9; NE: 3; GR: B).

Validar las percepciones personales de enfermeras y la evidencia actual de atención de enfermería en salud pública culturalmente competente (Estudio 10; NE: 3; GR: B).

Examinar las percepciones de la atención por parte de los clientes, así como sus percepciones enlazadas a las de enfermeras y evidencia de la provisión de atención culturalmente competente (Estudio 10; NE: 3; GR: B).

Desarrollar intervenciones y evaluar sus resultados de eficacia en la solución de problemas, especialmente en disparidades en salud (Estudio 10; NE: 3; GR: B).

Elaborar, implementar y evaluar conocimiento basado en la evidencia para la práctica con poblaciones vulnerables, en riesgo de disparidades y malos resultados de salud (Estudio 10; NE: 3; GR: B).

Analizar la sensibilidad en la atención, estilos de comunicación de los profesionales y sus implicaciones en la toma de un papel activo y de control por el proveedor (Estudio 2; NE: 3; GR: B).

Explorar diferencias en la atención culturalmente sensible entre diferentes proveedores de atención, así como las diferencias interculturales en las necesidades de los clientes (Estudio 5; NE: 3; GR: B).

Examinar las prácticas prometedoras de los proveedores de salud y de servicios comunitarios que atienden necesidades de familias inmigrantes (Estudio 5; NE: 3; GR: B).

Comprender las experiencias de personas con cáncer de grupos minoritarios en la interacción con las enfermeras comunitarias (Estudio 8; NE: 3; GR: B).

Determinar el alcance del contacto regular con enfermeras comunitarias en la gestión del autocuidado y reducción de la necesidad de ingreso al hospital de pacientes con cáncer (Estudio 8; NE: 3; GR: B).

## Recomendaciones para las instituciones y las políticas de salud

Las políticas en salud deben tener en cuenta la diversidad de las poblaciones, ser comunicadas efectivamente y programar su ejecución y revisión (Estudio 9; NE: 3). Someter a cuidadoso análisis las políticas y prácticas propuestas, y sus posibles cambios, para ver su impacto potencial sobre las responsabilidades negociadas de los profesionales (Estudio 7; NE: 3; GR: A).

El diseño de políticas y servicios equitativos debe incluir una valoración completa y sistemática de la población destinataria en la que se identifiquen sus necesidades (Estudio 9; NE: 3; GR: B).

Eliminar las barreras estructurales para la atención (Estudio 2; NE: 3), así como financiar la atención en salud del migrante, reestructurar horarios y programas para que coincidan con los horarios de la mayoría de los migrantes y ampliar servicios de traducción (Estudio 4; NE: 3; GR: B).

Desarrollar nuevas estrategias que ayuden a los profesionales a gestionar la incertidumbre y la ansiedad, promoviendo una atención culturalmente segura y equitativa que equilibre el conocimiento del “otro” cultural, con una comprensión de la naturaleza dinámica de la cultura (Estudio 1; NE: 3; GR: A).

Mayor apoyo a servicios de enfermería comunitaria, para mejorar la competencia, la conciencia y la sensibilidad cultural del personal, y reforzar la atención integral (Estudio 8; NE: 3; GR: B).

La formación de los profesionales de salud debe proporcionar elementos para ser culturalmente competentes (Estudio 9; NE: 3). Se debe capacitar de manera continuada a médicos y enfermeras en determinantes sociales del sufrimiento, diversidad, competencia cultural, conciencia y conocimiento de creencias y

costumbres de pacientes de diferentes orígenes culturales y religiosos, cómo tratar e interactuar ellos y brindar atención culturalmente sensible para mejores resultados (Estudios 2, 4, 5, 8, 10; NE: 3; GR: A).

Evaluar el efecto del entrenamiento en competencia cultural de los profesionales y determinar si se mejoran conocimientos, habilidades, actitudes y equidad en la prestación de servicios (Estudio 9; NE: 3; GR: B).

Proporcionar recursos humanos y financieros para la atención (intérpretes, proveedores de género específico, tiempo) (Estudios 9,10; NE: 3), y contar con equipos de atención que trabajen en colaboración y compartan información para ayudar a las familias a tomar conciencia de los recursos a su disposición, y proporcionar atención y servicios eficaces (Estudio 5; NE: 3; GR: B).

Establecer vínculos más fuertes entre servicios de salud y servicios comunitarios para inmigrantes (Estudio 5; NE: 3; GR: B).

Recopilar información cultural relevante de los clientes en el momento del registro, para brindar atención adecuada; dar más tiempo de consulta para trabajar con familias inmigrantes, a fin de construir una buena relación; trabajar con intérpretes, a efectos de entender las situaciones familiares, las necesidades, las inquietudes, las visiones de mundo, las limitaciones y las prioridades, y proporcionar servicios que satisfagan sus necesidades (Estudios 2,5; NE: 3; GR: A).

### **Recomendaciones para profesionales y proveedores de salud**

Proporcionar atención desde un enfoque multifacético, más allá de la mirada clínica descontextualizada, reconociendo y teniendo en cuenta los determinantes sociales de la enfermedad y la salud (Estudio 4; NE: 3; GR: B).

Prestar servicios de salud reproductiva con competencia cultural, demostrando habilidades básicas para la comunicación centrada en el paciente, flexibilidad con el otro, aceptando las diferencias y aprendiendo de él (Estudio 2; NE: 3; GR: B).

Tomar en serio la reestructuración de las políticas de salud y de inmigración, fortaleciendo el acceso a la atención para población estructuralmente vulnerable (Estudio 4; NE: 3; GR: B).

No asumir que todos los individuos de un grupo étnico son iguales, y no tratarlos del mismo modo, así se tenga experiencia con ellos (Estudio 2; NE: 3). A su vez, reconocer que las estrategias usadas para manejar la ansiedad tienen el potencial de contribuir a una atención culturalmente insegura y perpetuar las desigualdades en salud (Estudio 1; NE: 3; GR: B).

Planificar cuidadosamente el alta de personas con problemas complejos de salud y con barreras de idioma, e informar sobre: a) necesidad del paciente de obtener información sobre su condición, b) alcance y propósito de servicios comunitarios, c) acceso a servicios, d) necesidad de interpretación de la información y asesoramiento (Estudio 8; NE: 3; GR: B).

Ser sensibles y competentes culturalmente para el éxito del cuidado (Estudios 8,10; NE: 3), respetar las preferencias culturales en cuanto a género del profesional, para una óptima comunicación (Estudio 2; NE: 3). Además, participar activamente con la familia, apreciar su visión de mundo, y ofrecer educación sobre los principios detrás de la terapéutica (Estudio 6; NE: 3; GR: B).

Ser conscientes de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, así como del impacto del lenguaje en la comunicación, para ser más comprensivos con quienes no hablan el mismo idioma (Estudios 2,4; NE: 3; GR: B).

Ser capaces de entender el lenguaje de los pacientes, tener herramientas para superar barreras del idioma y usar intérpretes médicos capacitados para atención, con paciencia y flexibilidad, para mejores relaciones y calidad de atención (Estudios 2,8,9; NE: 3; GR: A).

Formación para atender la situación clínica, ser culturalmente competentes y comprender los métodos más eficaces para transmitir información, detectar y tratar (Estudio 9; NE: 3; GR: B).

Estar bien informados y proporcionar información a las familias de inmigrantes acerca

de los recursos disponibles en la institución y en la comunidad para que ellos aboguen por sí mismos y accedan a los servicios (Estudio 5; NE: 3; GR: A).

Atención culturalmente sensible a través de visitas domiciliarias y redes de apoyo personalizadas que ayuden a las familias inmigrantes a navegar por el sistema (Estudio 5; NE: 3; GR: B).

Tratar y enlazar a profesionales con familias de grupos culturales similares (cuando sea posible) o contratar personal más diverso étnica y lingüísticamente (Estudio 5; NE: 3; GR: B).

Construir relaciones y confianza con los miembros de familias inmigrantes, con tiempo y paciencia; escucharlos para determinar situaciones, necesidades, prioridades y trabajar eficazmente en todas las culturas (Estudios 5,6; NE: 3; GR: B).

Adaptar la terapéutica al modelo de rehabilitación del paciente y la familia, y a su vez, educarlos sobre la importancia de su participación (Estudio 6; NE: 3; GR: B).

Compartir entre el personal de las instituciones de salud las experiencias exitosas de atención culturalmente sensible (Estudio 5; NE: 3; GR: B).

Conocer el contexto rural y cómo los individuos perciben y desempeñan sus responsabilidades en relación con los cuidados paliativos, para cuidados de alta calidad en zonas rurales (Estudio 7; NE: 3; GR: B).

## Agradecimientos

La investigación del artículo es derivada del proyecto *Competencia cultural en profesionales de la salud en el área de salud pública: una revisión sistemática*. Investigación financiada por la División de Investigación, Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Código: 28966. Subvención: Dirección de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá -código 28966. Información sobre conflictos de interés: ninguno.

## Referencias

1. Cicolini G, Della Pelle C, Comparcini D, Tomietto M, Cerratti F, Schim SM, et al. Cultural competence among Italian nurses: a multicentric survey. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2015 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 47(6):536-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26444447>
2. Plaza del Pino FJ, Soriano Ayala E. Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería* [Internet]. 2009 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 18(3):190-4. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000300011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000300011&lng=es&tlng=es)
3. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2014 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 5(5):CD009405. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24793445>
4. Gallagher RW, Polanin JR. A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2015 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 35(2):333-40. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691714003451>
5. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson K a, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competency: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care*. 2005; 43(4):356-73.
6. Le H, Wong S, Iftikar T, Keenan H, King GL, Hsu WC. Characterization of factors affecting attainment of glycemic control in Asian Americans

- with diabetes in a culturally specific program. *Diabetes Educ* [Internet]. 2013 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 39(4):468-77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23771841>
7. Salto LM, Cordero-MacIntyre Z, Beeson L, Schulz E, Firek A, De Leon M. En Balance participants decrease dietary fat and cholesterol intake as part of a culturally sensitive Hispanic diabetes education program. *Diabetes Educ* [Internet]. 2008 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 37(2):239-53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21343598>
8. Sequist TD, Fitzmaurice GM, Marshall R, Shaykevich S, Marston A, Safran DG, et al. Cultural competency training and performance reports to improve diabetes care for black patients: a cluster randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*; 2010; 152(1):40-6.
9. Sundararajan V, Reidpath DD, Allotey P. Ethnicity, discrimination and health outcomes: a secondary analysis of hospital data from Victoria, Australia. *Divers Equal Heal Care* [Internet]. 2007 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 4(1):21-32. Disponible en: <http://diversityhealthcare.imedpub.com/ethnicity-discrimination-and-health-outcomes-a-secondary-analysis-of-hospital-data-from-victoria-australia.pdf>
10. Owiti JA, Ajaz A, Ascoli M, de Jongh B, Palinski A, Bhui KS. Cultural consultation as a model for training multidisciplinary mental healthcare professionals in cultural competence skills: preliminary results. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 [acceso: 2015 Feb 8]; 21(9):814-26. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jpm.12124>
11. Johnstone MJ, Kanitsaki O. Health care provider and consumer understandings of cultural safety and cultural competency in health care: an Australian study. *J Cult Divers*. 2007; 14(2):96-105.
12. Thorlby R, Jorgensen S, Ayanian JZ, Sequist TD. Clinicians' views of an intervention to reduce racial disparities in diabetes outcomes. *J Natl Med Assoc* [Internet]. 2011 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 103(9-10):968-77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22364067>
13. Coffman MJ. Cultural caring in nursing practice: a meta-synthesis of qualitative research. *J Cult Divers* [Internet]. 2004 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 11(3):100-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15689144>
14. Arias-Murcia S, López L. La experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas: Una metasíntesis cualitativa. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016; 24:e2718.
15. Hannes K, Lockwood C. Pragmatism as the philosophical foundation for the Joanna Briggs meta-aggregative approach to qualitative evidence synthesis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2011 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 67(7):1632-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466579>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
17. Cohen JJ, Gabriel BA, Terrell C. The case for diversity in the health care workforce. *Health Aff* [Internet].

- 2002 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 21(5):90-102. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224912>
18. Spence D. Prejudice, paradox, and possibility: nursing people from cultures other than one's own. Massey University; 1999.
19. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med [Internet]. 2009 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 6(7):e1000097. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
20. Cuthill F. Understanding the ways in which health visitors manage anxiety in cross-cultural work: a qualitative study. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2014 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 15(04):375-85. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23988115>
21. Degni F, Suominen S, Essén B, El Ansari W, Vehviläinen-Julkunen K. Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: Health care providers' experiences in meeting Somali women living in Finland. J Immigr Minor Heal. 2012; 14(2):330-43.
22. Farley R, Askew D, Kay M. Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. Aust J Prim Health [Internet]. 2014 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 20(1):85. Disponible en: <http://www.publish.csiro.au/?paper=PY12068>
23. Holmes SM. The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. Soc Sci Med [Internet]. Elsevier Ltd; 2012 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 74(6):873-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.067>
24. Lindsay S, King G, Klassen AF, Esses V, Stachel M. Working with immigrant families raising a child with a disability: challenges and recommendations for healthcare and community service providers. Disabil Rehabil [Internet]. 2012 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 34(23):2007-17. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.667192>
25. Omu O, Reynolds F. Health professionals' perceptions of cultural influences on stroke experiences and rehabilitation in Kuwait. Disabil Rehabil [Internet]. 2012 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 34(2):119-27. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2011.591883>
26. Pesut B, Robinson C a, Bottorff JL. Among neighbors: An ethnographic account of responsibilities in rural palliative care. Palliat Support Care [Internet]. 2014 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 12(02):127-38. Disponible en: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1478951512001046](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1478951512001046)
27. McKenzie H, Kwok C, Tsang H, Moreau E. Community nursing care of Chinese-Australian cancer patients: a qualitative study. Cancer Nurs [Internet]. 2015 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 38(4):E53-60. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002820-900000000-99501>
28. Almond P, Lathlean J. Inequity in provision of and access to health visiting postnatal depression services. J Adv Nurs [Internet]. 2011 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 67(11):2350-62. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2011.05669.x>
29. Starr S, Wallace DC. Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern U.S. public

health department. Public Health Nurs [Internet]. 2009 [acceso: 26 de septiembre de 2014]; 26(1):48-57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19154192>

30. Spence D. Prejudice, paradox, and possibility: nursing people from cultures other than one's own. J Transcult Nurs [Internet]. 2001 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 12(2):100-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11989226>

31. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. BMC Health Serv Res [Internet]. BMC Health Services Research; 2014 [acceso: 15 de febrero de 2015]; 14(1):99. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3946184&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>

32. Taylor RA, Alfred M V. Nurses' perceptions of the organizational supports needed for the delivery of culturally competent care. West J Nurs Res [Internet]. 2010 [acceso: 8 de febrero de 2015]; 32(5):591-609. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20693336>

## Notas

- \* Artículo de investigación