



Competencia Cultural de profesionales sanitarios en la atención a inmigrantes a la luz del modelo de Terry Cross

Debbie Jeinnisse Alvarez-Cruces,^{1,2} Alejandra Nocetti-de-la-Barra,² Gina Burdiles Fernández²

Resumen Abstract

Objetivo principal: resignificar, a partir de la experiencia de atención a pacientes inmigrantes desarrollada por un grupo de profesionales sanitarios, los niveles de Competencia Cultural del Modelo de Terry Cross a fin de reorientar sus descripciones hacia el ámbito sanitario. Asimismo, se propuso determinar el nivel en que se encuentran dichos profesionales. **Metodología:** Diseño cualitativo con estudio de caso instrumental. Recogida de datos mediante entrevistas semiestructuradas. **Resultados principales:** Se establecieron tres niveles de Competencia Cultural que permitieron conformar el Modelo Confrontación, Resistencia y Apertura Cultural (CRAC) específico para profesionales sanitarios. Dichos niveles concuerdan con Incapacidad, Ceguera y Pre-competencia cultural del Modelo de Cross. El nivel alcanzado fue Pre-competencia cultural. **Conclusión principal:** El nivel en que se encuentran los profesionales sanitarios entrevistados, según el Modelo CRAC, evidencia los desafíos pendientes para proporcionar cuidados en perspectiva cultural. La solución podría comenzar abordando los vacíos formativos en el área.

Palabras clave: Competencia Cultural. Atención en Salud. Inmigrante. Formación en Competencia Cultural. Modelo de Terry Cross.

Cultural competence of health professionals in immigrant care, in the light to the Terry Cross model

Objective: To re-signify the levels of cultural competence of the Terry Cross model based on the experience received by healthcare professionals over the years of service on the care of immigrant patients, with the objective of redirecting the descriptions concerning the health field. Besides, a determination of the level at which these professionals are placed was proposed. **Methods:** Qualitative design with an instrumental case study. Data collection through semi-structured interviews. **Results:** Three levels of Cultural Competence were established, and constitute the Confrontation, Resistance, and Cultural Openness Model (CRAC) specific for health professionals. These levels coincide with the Incapacity, Blindness, and Cultural Pre-competence of the Cross Model. The level achieved was Pre-cultural competence. **Conclusions:** The level of the interviewed health professionals, according to the CRAC Model, shows the unresolved challenges to provide care from a cultural perspective. The solution could start by addressing training gaps in the area.

Keywords: Cultural Competence. Health Care. Immigrant. Cultural Competence Training. Terry Cross Model.

¹Facultad de Odontología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ²Facultad de Educación, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

CORRESPONDENCIA:
debbiejalvarez@udec.cl (Debbie Jeinnisse Alvarez-Cruces)

Manuscrito recibido el 18.09.2020
Manuscrito aceptado el 14.11.2020

Index Enferm 2021; 30(3):179-183
e13070

Introducción

En Chile ha aumentado significativamente en la última década la inmigración proveniente de países sudamericanos.¹ La estabilidad política, económica y administrativa desde el retorno a la democracia han elevado las expectativas y el atractivo de residir en este país.² La población inmigrante no solo trae consigo cultura, costumbre y credo diferentes, sino además, condiciones políticas, psicológicas, familiares y sociales que trastocan su forma de ver y afrontar la vida, repercutiendo en cómo enfrenta el proceso de salud/enfermedad.^{3,4} Esto hace necesario contar con personal de salud debidamente capacitado en Competencias Culturales para comprender, empatizar y abordar de manera adecuada las situaciones que se presenten, considerando el contexto cultural de cada persona.^{5,6}

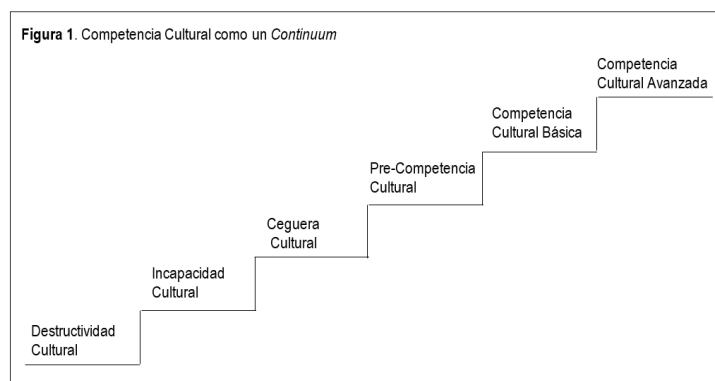
En el año 2011, la OPS proyectó para el 2015 que el 70% del personal sanitario de atención primaria debía tener competencias en salud pública e interculturales.⁷ En concordancia, el Ministerio de Salud chileno resalta la necesidad de equidad, inclusión, participación y cohesión social, además de la no discriminación en la atención de salud de la población inmigrante.⁸ Sin embargo, esta necesidad parece aún pendiente.^{3,9}

La preocupación por mejorar la atención hacia grupos minoritarios comenzó en la década de los 80, cuando la OMS incentivó el desarrollo de investigaciones que revirtieran el racismo, segregación y discriminación en la atención de salud.^{10,11} Los primeros resultados se materializaron en la monografía propuesta por Cross et al. (1989), que propuso un marco filosófico e ideas prácticas para mejorar las prestaciones de salud a niños con graves trastornos emocionales, pertenecientes a grupos minoritarios. En el documento, se establece la primera definición de Competencia Cultural como “un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que se unen en un sistema, agencia o entre profesionales y permiten que ese sistema, agencia o dichos profesio-

sionales trabajen de manera efectiva en situaciones interculturales”.^{12,13}

Cross et al. señalan que un sistema culturalmente competente reconocerá la importancia de la cultura, evaluará las relaciones interculturales entre sus miembros, realizará la debida supervisión de las dinámicas que resultan de las diferencias culturales, favorecerá investigaciones sobre conocimiento cultural y adaptará los servicios para cumplir con las necesidades locales.¹²

Una forma de determinar el nivel de Competencia Cultural en que se encuentra un individuo, institución o sistema es evaluar cómo está respondiendo a las necesidades de las diferentes culturas. Para ello, proponen un modelo de seis niveles, por el cual se transita de manera recursiva y no lineal, dependiendo de las experiencias personales y contextuales. El extremo más negativo corresponde a Destructividad cultural, donde se promueve la dominación o genocidio cultu-



ral; y el más positivo de Competencia cultural avanzada, en el cual se incentiva a desarrollar investigaciones que respalden nuevos enfoques terapéuticos basados en la cultura (figura 1).

De acuerdo a lo expuesto, la presente investigación tuvo como objetivo ressignificar, a partir de la experiencia de atención a pacientes inmigrantes desarrollada por un grupo de profesionales sanitarios, los niveles de Competencia Cultural del Modelo de Terry Cross^{12,13} a fin de reorientar sus descripciones hacia el ámbito sanitario. Asimismo, se propuso determinar el nivel en que se encuentran dichos profesionales. Los resultados podrían guiar mejoras en la formación profesional en el área.

Metodología

Corresponde a un diseño cualitativo con Estudio de Caso Instrumental.¹⁴ El enfoque es fenomenológico/hermenéutico porque se interpretaron las diferentes experiencias de los profesionales clínicos de la salud en la atención del paciente inmigrante para analizar el nivel de Competencia Cultural.^{14,15}

Se empleó un muestreo de variación máxima,¹⁵ que incluyó la participación de siete profesionales que componen un equipo de cabecera,¹⁶ a saber, de odontología, enfermería, química y farmacia, kinesiología, matronería, medicina y nutrición. Se incluyeron profesionales sanitarios que se desempeñan en centros de atención abierta con más de tres años de experiencia clínica en atención de inmigrantes internacionales. Se excluyeron profesionales sanitarios con perfeccionamiento en Competencia Cultural (diplomado, magister o alguna carrera previa relacionada a dicho conocimiento).

La técnica de recogida de datos fue con entrevistas semiestructuradas y el análisis de contenido incluyó procedimientos de codificación y categorización deductivos,¹⁵ con el apoyo del programa *NVivo* v. 11. Las categorías analizadas fueron: Confrontación Cultural, Resistencia Cultural y Apertura Cultural, cuyas dimensiones se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Categorías y dimensiones de Competencia Cultural en profesionales sanitarios

| Categoría | Dimensiones |
|------------------------|--|
| Confrontación Cultural | Discriminación cultural Prejuicio cultural Conflicto cultural |
| Resistencia Cultural | Negación cultural Imposición cultural |
| Apertura Cultural | Consciencia de limitación cultural Acciones para la integración cultural Habilidad en perspectiva cultural Necesidad en conocimiento cultural |

Durante todo el proceso investigativo se resguardaron los criterios de rigor científico, como credibilidad, transferibilidad, auditabilidad y confirmabilidad.¹⁵

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado, en el que se consignaron los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad.¹⁵

Resultados

Participaron siete profesionales de los cuales 2 fueron hombres y 5 mujeres entre 30 y 55 años.

En conformidad con los propósitos del estudio, se configuró el Modelo Confrontación, Resistencia y Apertura Cultural (CRAC), el que describe los niveles y etapas de Competencia Cultural propios de los profesionales sanitarios.

Nivel 1: Confrontación Cultural. Es el nivel inicial del Modelo CRAC, en el que el personal de salud se ve enfrentado a situaciones que le generan conflicto. Este nivel está compuesto por tres etapas.

a) Discriminación cultural: diversas manifestaciones que ocurren en ausencia del paciente inmigrante, como: diferir la atención de salud; usar expresiones peyorativas, gestos, burlas o sarcasmos al referirse a ellos; suponer que usufructúan del sistema; entre otras. Estas actitudes revelarían un problema existente en la sociedad y que permea en la atención de salud: *“Como que vienen a usufructuar del sistema. Ahí [comienzan las] discusiones de puntos de vista. Bueno, la discriminación se ve en dejar de hacer, la desidia, más que nada. También de repente tenemos términos descalificadores que son discriminatorios, como decir ‘los negritos’; pero no, la persona tiene un nombre”* (P1).

b) Prejuicio cultural: ideas estereotipadas que el personal sanitario tiene sobre los inmigrantes, como que estos desconocen o no comprenden su situación de salud, que tienen poco interés o habilidad para aprender la lengua local, que su nivel educacional es deficiente y que no se adaptan al sistema de atención nacional. *“Nos tocó hacer una visita domiciliaria. Nosotros pensamos que iban a estar en peores condiciones, pero, dentro de su propia organización estaba bastante bien, estaban abrigados, el lugar era limpio, el lugar era ordenado, por lo tanto, no tuvimos tantos factores de riesgo como los que creímos que íbamos a encontrar. Esperábamos ver algo peor, pero no lo fue tanto”* (P6).

c) Conflicto cultural: es la tensión interna que el profesional experimenta al tratar de comprender la cultura del paciente (costumbres, creencias, religión o formas de ver la vida) y cómo esta influye en el proceso de salud/enfermedad. A pesar de esta dificultad, se actúa con respeto hacia el paciente y no se hace distinción en la atención de salud. *“El apego madre/hijo de los haitianos me sorprendió porque acá, en Chile, tratamos con tanta delicadeza a los lactantes (...) la primera vez que vi manipular, porque eso era, manipular, una madre haitiana a su hijo pensé que lo iba a quebrar porque no era para nada delicado. Cuando yo tomé a la guagua para ponerla en la balanza, yo fui súper delicada y la mamá me miró con una cara, como no entendiendo por qué yo trataba así a su hijo”* (P7).

Nivel 2: Resistencia Cultural. Existe falta de reconocimiento hacia la cultura del otro, que se manifiesta en expresiones de negación e imposición cultural. Las etapas que la componen son:

a) Negación cultural: muy ligada a la etapa de Conflicto cultural, dado que la dificultad para comprender diferentes concepciones de la vida, puede llevar a que el personal de salud rechace lo que considera diferente y manifieste poca disposición a reconocer el valor y singularidad cultural de ciertos grupos, incluso minusvalorando el componente cultural de aquellos. Una evidencia es la no superación de la barrera lingüística. Existe poco interés por aprender expresiones básicas en el idioma del inmigrante, excepto de que se traten de idiomas considerados de mayor prestigio. Asimismo, se solicita que el paciente debe esforzarse por aprender el idioma del país receptor. *“Muchos de los haitianos solo hablan creolé, no hablan nada de inglés ni francés, que son idiomas que me son más fáciles de entender y comunicarme, ahí yo puedo intentar tener una conversación básica”* (P3).

b) Imposición cultural: en la atención de salud se impone la propia cultura y se invisibiliza la del paciente inmigrante, probablemente por el desconocimiento que se tiene sobre las prácticas en salud de este. La imposición obstaculiza la sensibilidad para idear acciones o estrategias de atención alternativas que permitan ofrecer un trato equitativo en pers-

pectiva cultural. *“A ver, lo primero que tengo que decir, es que uno se adapta, uno ofrece la misma prestación al chileno que al inmigrante, eso a lo mejor no es lo óptimo y el inmigrante de alguna manera tiene que adaptarse a lo que le estamos ofreciendo. Eso podría generar algunos problemas, no me ha tocado, pero podría”* (P4).

Nivel 3: Apertura Cultural. En este nivel, el personal de salud comienza a considerar la cultura del paciente inmigrante y advierte sus limitaciones para desempeñarse adecuadamente. Experimenta la necesidad de adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para ofrecer una atención de salud con sensibilidad cultural. Está conformado por 4 etapas.

a) Consciencia de limitación cultural: los profesionales se percatan de sus limitaciones para proveer una atención de salud apropiada en perspectiva cultural. Estas dificultades les generan un estrés inicial y, eventualmente, cierta angustia, además de motivar la búsqueda de una solución. *“A veces uno queda con esa sensación de ahogo, de no poder transmitir todo lo que se quiere: a lo mejor no me comprendió, no le supe explicar bien, no va a saber tomar bien la temperatura, no le expliqué el uso del inhalador de manera práctica, ¿lo podrá hacer bien? Hay cosas con las que uno se siente un poco atado o ahogado de no saber qué hacer para que la atención sea dentro de lo óptimo”* (P6).

b) Acciones para la integración cultural: el profesional sanitario realiza acciones para superar su limitación cultural. Este proceso implica capacitarse revisando normativas ministeriales; informarse sobre las características, hábitos y costumbres de los países de donde provienen los pacientes inmigrantes; o bien, seguir cursos en línea sobre diversos temas atinentes a su quehacer. *“Lo primero que hice fue bajar la normativa y ahí, en realidad, me di cuenta de que ellos [inmigrantes] tenían acceso a todo y había que brindarles toda la atención [de salud]. Entonces, ahí yo le informé al personal acerca de cómo debíamos atenderlos”* (P2).

Asimismo, el profesional incorpora diversas estrategias para comunicarse y mejorar el proceso de atención, como utilizar lenguaje gestual, realizar dibujos o esquemas para ejemplificar, utilizar el

celular para mostrar imágenes o traducir alguna palabra, adaptar el lenguaje al del paciente y solicitar la ayuda de algún familiar o facilitador intercultural para que traduzca. “Bueno, se generan lazos con los usuarios y ellos están aprendiendo español y yo estoy aprendiendo creolé, o le pongo empeño [risas], pero ha sido recíproco. Una estrategia que, personalmente, he utilizado es tener una hojita en mi box donde tengo los principales signos y síntomas respiratorios en español y creolé. También tengo puesto cómo nos llamamos cada uno de los profesionales que trabajamos en el centro, algunos medicamentos, cómo se dice aerocámara, inhalador; cómo se dice cada una de estas cosas que uno utiliza en una patología respiratoria, por ejemplo” (P6).

c) Habilidades en perspectiva cultural: cualidades que los profesionales de la salud deben desarrollar para mejorar el proceso de atención. En este sentido, los entrevistados concuerdan en que la habilidad más valorada por el paciente inmigrante es la empatía, la acogida, la atención igualitaria y el esfuerzo que el profesional realiza para transmitir seguridad y tranquilidad, además de entregar orientación. “Ese esfuerzo que él [inmigrante] tiene que realizar para adaptarse a un país nuevo, es el mismo esfuerzo que tiene que realizar el profesional de la salud para llegar a ese paciente. Darle la seguridad de que uno le va a ofrecer la mejor atención posible, eso es la primera gran cosa que yo creo que debe tener el equipo de la salud: empatía. Y después, claro, tener habilidades puntuales, probablemente” (P4).

d) Necesidad en conocimiento cultural: corresponde a la identificación de los conocimientos que el profesional requiere incorporar en base a su propia evaluación de desempeño para proporcionar una atención de salud con sensibilidad cultural. Al respecto, todos los entrevistados concordaron en que es fundamental el desarrollo de habilidades blandas, como desarrollar la empatía, aceptación del otro, respeto y antidiscriminación. Además, interiorizarse en todo lo referi-

do al país de origen del paciente inmigrante, entre lo que se incluye el sistema político, social, económico, educativo, además del sanitario. “Yo creo que [se necesita conocer] un poco de su forma de ser, porque cada país, cada cultura tiene diferente forma de ser. Conocer más o menos la personalidad de cada grupo migrante, las características básicas. Componentes de la familia, cosas así en general, para que uno más o menos sepa de lo que está hablando. También un poco del idioma, los modismos y sus costumbres, porque cada uno tiene diferentes costumbres; la religión y esas cosas son importantes saberlas” (P5).

Los resultados expuestos permiten establecer que los participantes de este estudio han transitado por los niveles de Confrontación, Resistencia y Apertura Cultural, los cuales concuerdan con los

ponde a las necesidades de las diferentes culturas.¹² Con base en dicho modelo y de acuerdo al objetivo de este estudio, se propone el Modelo CRAC, que realiza una nueva representación de los niveles de Competencia Cultural, a partir de las experiencias reportadas por un grupo de profesionales sanitarios en atención a pacientes inmigrantes. Este modelo distingue, para cada nivel, las acciones específicas que los profesionales de la salud realizan para responder en perspectiva cultural.

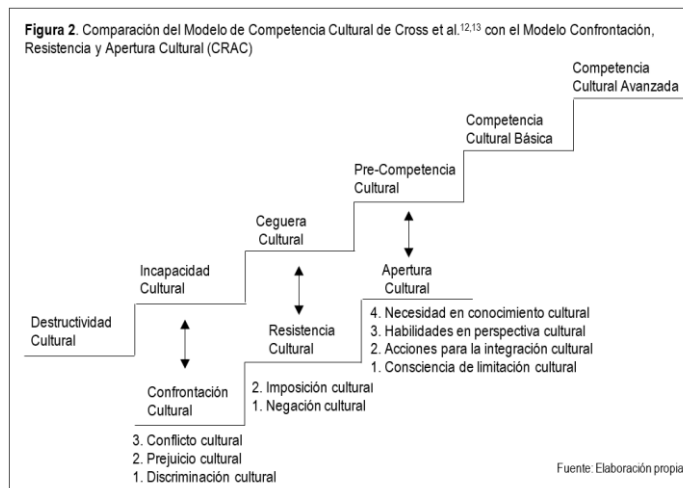
Como en el de Cross et al.,¹² en el modelo CRAC, el recorrido por los diferentes niveles no se da como un proceso unidireccional, sino como un ir y venir entre las diferentes etapas, determinado por las características personales, profesionales o formativas, además de los nuevos desafíos contextuales.^{6,17,18}

El primer nivel de este Modelo, Confrontación Cultural, describe situaciones de discriminación, prejuicio y conflicto cultural. Estas características son reportadas en la literatura como barreras, problemas o dificultades en la atención de salud con pacientes inmigrantes.^{5,19,20} No obstante, cuando ocurre un encuentro entre distintas culturas, es inevitable que se experimenten diferentes sensaciones, percepciones e ideas que generarán algún grado de ansiedad e inseguridad,

manifestado de diferentes formas, según cada individuo. A esto se le denomina Choque cultural.^{21,22}

Consecuentemente, surge la Resistencia cultural debido a la falta de entendimiento mutuo a partir de experiencias desconcertantes, frustrantes y carentes de sentido.^{6,23} Si bien existen estudios que indican que los Encuentros culturales y el Aprendizaje experiencial son lo más importante para lograr la Competencia Cultural,^{19,24} se convierten en un factor de estrés durante la práctica clínica sin una base de conocimientos mínima.²⁵

En consecuencia, es indispensable considerar una buena articulación entre conocimiento y práctica para contribuir con experiencias clínicas más enriquecedoras y menos generadoras de ansiedad en el personal sanitario. En este sentido,



niveles de Incapacidad, Ceguera y Pre-competencia Cultural del Modelo de Cross et al.¹² (figura 2). Asimismo, se puede constatar que los participantes de esta investigación se encuentran en el nivel de Pre-Competencia Cultural¹² o Apertura cultural del Modelo CRAC, porque manifiestan haber reflexionado y detectado limitaciones en su quehacer, decidir estrategias de acción para responder apropiadamente y buscar instancias de conocimiento para perfeccionar sus habilidades en perspectiva cultural.

Discusión

Como se mencionó, el modelo de Cross et al. permite establecer el nivel en que se encuentra un individuo, sistema u organización dependiendo de cómo res-

el proceso formativo en Competencia Cultural no solo conlleva ventajas en la percepción de la calidad de la atención percibida por la población inmigrante y en los estándares de salud logrados,^{5,20,23} sino que, además, contribuiría a disminuir los niveles de angustia reportados al momento de la atención de salud.

Se continúa con la Apertura Cultural, donde el profesional sanitario revela una serie de características como autonomía, autogestión, compromiso, dedicación y voluntad por mejorar las prestaciones en perspectiva cultural, lo cual habla de un Deseo Cultural,²⁶ puesto que este tipo de atención no ha sido exigido por el centro de salud al cual pertenecen ni tampoco adquirido en su formación profesional. En este sentido, los participantes consideran fundamental el dominio de Habilidades Interpersonales,²⁷ más que conocimientos culturales específicos. Esto se relaciona con la propuesta de Papadopoulos et al., quienes promueven comenzar con la Competencia Cultural genérica para luego desarrollar la Competencia Cultural específica.²⁸ Asimismo, concuerda con las Siete Capacidades para la Sensibilidad Cultural, que incluyen la capacidad de mostrar respeto y empatía, reconocer conocimientos y percepciones, no emitir juicios, ser flexible en el quehacer y tolerar la incertidumbre.²⁹

Los resultados de este trabajo indican que fue posible y ventajoso examinar, a la luz del Modelo de Terry Cross,^{12,13} el quehacer de un grupo de profesionales sanitarios que atienden a pacientes inmigrantes, puesto que sus experiencias permitieron proponer el Modelo CRAC, conformado por una serie de descriptores que resultan pertinentes para evaluar los niveles de competencia cultural específicamente en el contexto de atención en salud. Se concluye que el grupo de participantes del estudio se ubica en el nivel Apertura Cultural, cuyos indicadores están aún lejos de responder al grado óptimo planteado por Cross: el nivel de Competencia Cultural Avanzada.

De lo señalado se deriva que se debe proseguir con investigaciones en la formación inicial de estudiantes de Ciencias de la Salud, ya sea para diagnosticar los niveles en que se ubican, para lo cual proponemos el Modelo CRAC, o bien para indagar los factores que favorecen y obstaculizan el desarrollo de las Competencias Culturales. Todo ello contribuiría

a identificar las necesidades de formación que estén pendientes y a desarrollar un proceso formativo interprofesional, que permita intercambiar experiencias, reflexiones y conocimientos, para contribuir a un abordaje integral del paciente inmigrante.

Finalmente, el presente estudio tuvo como limitación el número acotado de participantes y que se circunscribió a un ámbito muy local. No obstante, por tratarse de un Estudio de Caso, es posible transferir los resultados a situaciones o contextos con similares características.¹⁴

Bibliografía

- Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Migración en Chile 2005–2014. Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2016. Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/06/Anuario.pdf> [acceso: 24/02/2021].
- OCDE/CAF/CEPAL. Perspectivas económicas de América Latina 2018: Repensando las instituciones para el desarrollo. París: Éditions OCDE; 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/20725183> [acceso: 24/02/2021].
- Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile: Universidad del Desarrollo; 2017. Disponible en: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf [acceso: 24/02/2021].
- Pedrero V, Bernales M, Pérez C. Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2018; 29(3):353-359. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.03.007>.
- Maleku A, Aguirre R. Culturally Competent Health Care from the Immigrant Lens: A Qualitative Interpretive Meta-Synthesis (QIMS). *Social Work in Public Health* 2014; 29(6):561-580. Doi: <https://doi.org/10.1080/19371918.2014.893417>.
- Belintxon M, López-Dicastillo O. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2014; 37(3):401-409. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000300009>.
- OPS. Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D.C.: OPS; 2011. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31099?locale=attribute=es> [acceso: 24/02/2021].
- MINSAL. Política de Salud de Migrantes Internacionales. Chile: Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/> [acceso: 24/02/2021].
- Cofré A. Migrantes y salud. Desafíos para nuestro sistema sanitario. *Vida Médica*. 2019; 70(3):33-35. Disponible en: <http://revista.colegiomedico.cl/portafolio/vida-medica-vol-70-no3-diciembre-2018/> [acceso: 24/02/2021].
- López GR, Burciaga R. El Legado Problemático del Caso Brown vs. Board of Education. *Educational Administration Quarterly*. 2016; 52(2):1-18. Doi: <https://doi.org/10.1177/0013161X15620115>.
- Garrido Muñoz de Arenillas R. Competencias para la Equidad en Comunidades Culturalmente Diversas: Conceptualización y Medida de la Competencia Cultural Comunitaria. [tesis doctoral]. [Sevilla, España]: Universidad de Sevilla; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11441/70390> [acceso: 24/02/2021].
- Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs M. Towards a culturally competent system of care, volume I. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center; 1989. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf> [acceso: 24/02/2021].
- Cross T. Services to minority populations: Cultural competence continuum. *Focal Point*. 1988; 3(1):1-12.

Disponible en: <https://pathwaysrtc.pdx.edu/pdf/fpF88.pdf> [acceso: 24/02/2021].

- Stake R. Investigación con estudio de casos. Madrid: Ediciones Morata, S.L; 2013.
- Berengüera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf> [acceso: 24/02/2021].
- Ministerio de Salud. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Dirigido a equipos de salud. Chile-OPS: MINSAL; 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24ee3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf> [acceso: 24/02/2021].
- Serra Galceran, Mercè; Mestres Camps, Lourdes; González Soriano, Magda; Leyva Moral, Juan M; Sánchez, Rosa De Dios; Montiel Pastor, Montse. Competencia clínica cultural: análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. *Index de Enfermería* 2013; 22(1-2):16-19. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100004>.
- Osorio-Merchán M, López A. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería* 2008; 17(4):266-270. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es [acceso: 24/02/2021].
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2016; 118:293-302. Doi: <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>.
- Velasco C, Vinasco A, Trilla, A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Aten. Primaria*. 2015; 48(3):149-158. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015>.
- Guru R, Siddiqui M, Ahmed Z, Khan A. Effects of cultural shock on foreign health care professionals: An analysis of key factors. *Journal of Environmental and Occupational Science*. 2012; 1:53-62. Doi: <http://dx.doi.org/10.5455/jeos.20120429110947>.
- Almutairi KM. Culture and language differences as a barrier to provision of quality care by the health workforce in Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2015; 36(4):425-431. Doi: <https://dx.doi.org/10.15537%2Fsmj.2015.4.10133>.
- Rodríguez-Martín, Beatriz. Desafíos y oportunidades de las situaciones de contacto cultural en el ámbito sanitario. *Index de Enfermería* 2015; 24(4):227-231. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300008>.
- Repo H, Vahlberg T, Salminen L, Papadopoulos I, Leino-Kilpi H. The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *J Transcult Nurs*. 2017; 28(1):98-107. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1043659616632046>.
- Uzun Ö, Sevinç S. The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *J Clin Nurs*. 2015; 24(23-24):3400-3408. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12982>.
- Campinha-Bacote J. The Process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues. *Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates*; 2007. Doi: <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>.
- Baños J, Pérez J. Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Educación Médica* 2005; 8(4):40-49. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000500006&lng=es [acceso: 24/02/2021].
- Papadopoulos I, Lees S. Developing culturally competent researchers. *J Adv Nurs*. 2002; 37(3):258-64. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02092.x>.
- Association for the Advancement of Health Education. *Cultural Awareness and Sensitivity: Guidelines for Health Educators* 1994. Reston, Virginia: Author; 1994. Disponible en: https://archive.org/stream/culturalawareness00unse/culturalawareness00unse_djvu.txt [acceso: 24/02/2021].