



Universidad
de Alcalá

**Evaluación cualitativa de la competencia intercultural de los
profesionales sanitarios en la atención a la población
inmigrante en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria
(SUAP) en la localidad de Inca**

**Qualitative assessment of the intercultural competence of
health professionals who provide health care to the
immigrant population in the Servicio de Urgencias de
Atención Primaria (SUAP) in the town of Inca**

CURSO ACADÉMICO 2021-2022

**Máster Universitario en Comunicación Intercultural,
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos**

Presentado por:

D^a LEAH IKSIA PELETEIRO OLIVER

Dirigido por:

Dra. RAQUEL LÁZARO GUTIÉRREZ

Alcalá de Henares, a 1 de junio de 2022

Agradecimientos

En primer lugar, quiero manifestar mi más profundo agradecimiento a los profesionales del equipo del SUAP de Inca por permitirme robarles un poco de su valioso tiempo, por tratarme con tanta amabilidad y cariño, y por estar dispuestos a responder a todas mis preguntas con total sinceridad y buena predisposición.

Seguidamente, me gustaría dar las gracias a mi tutora Raquel Lázaro Gutiérrez por orientarme y, además, por responder tan pacientemente a los infinitos correos electrónicos que le he mandado a lo largo de estos meses.

En tercer lugar, deseo expresar mi gratitud eterna a Claudia Sánchez Tafur, la persona que me ofreció su ayuda desde el principio sin ni siquiera conocernos. Su papel en la realización de este Trabajo de Fin de Máster, que tantos momentos de angustia y desesperación me ha provocado, ha sido determinante para poder ser capaz de llevarlo a cabo. Puedo decir que sin ella no habría llegado hasta el final, de hecho, no estoy segura de si habría podido empezar.

Por último, y más importante, querría agradecer a quien se lo debo todo, mi madre, sin su apoyo incondicional y su esfuerzo admirable yo no habría logrado ninguna de mis metas. Este trabajo se lo dedico a ella, por ser el mejor regalo que me ha dado la vida.

Resumen

A causa de la segunda globalización iniciada en 1950, los movimientos migratorios se han incrementado de sobremanera, hecho que ha provocado que la multiculturalidad sea el entorno en el que nos movemos constantemente. Esta nueva realidad, ha puesto en contacto culturas muy diversas y en contextos muy sensibles, como lo son aquellos que tienen lugar en los servicios públicos y, más concretamente, en el ámbito sanitario. Por ese motivo, las competencias interculturales de los proveedores de esos servicios deberían alcanzar niveles óptimos para poder ofrecer un alto nivel de calidad asistencial.

El objetivo del presente trabajo de investigación es determinar qué capacidades relacionadas con aspectos fundamentales de la competencia intercultural que poseen los profesionales sanitarios en la atención a la población inmigrante en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en la localidad de Inca. Este trabajo es una investigación cualitativa en la se han analizado las respuestas obtenidas de las entrevistas realizadas a estos profesionales.

La hipótesis de partida ha sido que el personal de este servicio posee un número reducido de las capacidades necesarias para ser interculturalmente competentes o favorecer su desarrollo. Para confirmarla se han formulado preguntas en cuanto a su manera de proceder cuando tratan con un paciente inmigrante. Finalmente, se ha llegado a la conclusión de que dicha hipótesis general era parcialmente errónea puesto que, a través de la comparación de sus respuestas con referencias teóricas sobre la materia, se puede afirmar que poseen un número relativamente elevado de las capacidades objeto de estudio.

Palabras clave:

Comunicación, interculturalidad, competencia intercultural, estudio descriptivo, población inmigrante.

Abstract

Due to the second globalisation that began in 1950, migratory movements have increased enormously, a fact that has made multiculturalism the environment in which we are constantly immersed. This new reality has brought very diverse cultures into contact with each other in very sensitive contexts, such as those that take place in public services and, more specifically, in the health sector. For this reason, the intercultural competences of the providers of these services should reach optimal levels in order to offer high quality care.

The aim of this research is to determine what skills related to fundamental aspects of intercultural competence that health professionals possess in the care of the immigrant population in the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) in the town of Inca. This work is a qualitative investigation in which the answers obtained from the interviews with these professionals have been analysed.

This study is based on the hypothesis that the health professionals that belong to this service possess a limited number of the skills necessary to be interculturally competent or to promote their development. In order to confirm this hypothesis, a set of questions were asked about their behaviour when dealing with an immigrant patient. Finally, it was concluded that this general hypothesis could be partially rejected since, by comparing their answers with theoretical references on the subject, it can be stated that they possess a relatively high number of the skills under study.

Keywords:

Communication, interculturality, intercultural competence, descriptive study, immigrant population.

Índice

Agradecimientos.....	2
Resumen	3
Abstract	4
Índice.....	5
1. Introducción	8
1.1. Pregunta de investigación.....	11
1.1.2. Preguntas específicas de investigación	11
1.2. Delimitación y justificación	11
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo general	12
1.3.2. Objetivos específicos.....	12
1.4. Hipótesis.....	13
1.4.1. Hipótesis general	13
1.4.2. Hipótesis específicas	13
1.5. Limitaciones	13
2. Marco teórico	15
2.1. Sistema Nacional de Salud español.....	15
2.1.1. Los niveles de atención	16
2.1.1.1. La Atención Primaria	16
2.1.2. La administración por comunidades	17
2.1.2.1. Las Islas Baleares.....	18
2.1.2.2. Servicios sanitarios de Mallorca	19
2.1.2.2.1. Inca	19
2.1.2.2.2. Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Inca.	19
2.1.2.3. La comunidad inmigrante de Inca.....	20
2.2. Competencia profesional del personal sanitario.....	20
2.2.1. Competencia interpersonal	22
2.2.2. Competencia intercultural	22

2.3.	Estudios previos	26
3.	Metodología	32
3.1.	Diseño de la entrevista	32
3.2.	Aplicación de la entrevista	36
4.	Análisis de resultados.....	38
4.1.	Dimensión 1	38
4.1.1.	Variable 1	38
4.1.2.	Variable 2	46
4.1.3.	Tendencias y necesidades.....	50
4.2.	Dimensión 2	51
4.2.1.	Variable 3	51
4.2.2.	Variable 4	63
4.2.3.	Variable 5	72
4.2.4.	Tendencias y necesidades.....	80
4.3.	Dimensión 3	82
4.3.1.	Variable 6	82
4.3.2.	Tendencias y necesidades.....	86
4.4.	Dimensión 4	86
4.4.1.	Variable 7	87
4.4.2.	Variable 8	93
4.4.3.	Variable 9	98
4.4.4.	Tendencias y necesidades.....	108
5.	Discusión.....	110
	Conclusiones	114
	Bibliografía.....	116
	Anexos.....	121
5.1.	Anexo 1 – Transcripciones de las entrevistas	121
	Traducción.....	203
1.	Introduction	203
1.1.	Research question.....	206

1.1.2. Specific research questions	206
1.2. Delimitation and justification.....	206
1.3. Objectives.....	207
1.3.1. General objective.....	207
1.3.2. Specific objectives.....	207
1.4. Hypotheses	208
1.4.1. General hypothesis	208
1.4.2. Specific hypotheses	208
1.5. Limitations	208
2. Methodology	208
2.1. Interview design	209
2.2. Application of the interview.....	213
Conclusions	213
2. Theoretical framework	215
2.1. Spanish National Health System	215
2.1.1. Levels of care	216
2.1.1.1. Atención Primaria	216
2.1.2. Community-based administration	217
2.1.2.1. The Balearic Islands	218
2.1.2.2. Health services in Mallorca.....	219
2.1.2.2.1. Inca	219
2.1.2.2.2. Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) of Inca.	219
2.1.2.3. The immigrant community in Inca.....	220
2.2. Professional competence of health workers	220
2.2.1. Interpersonal competence.....	222
2.2.2. Intercultural competence	222

1. Introducción

El mundo en el que vivimos es el resultado de grandes cambios sociales, económicos y migratorios. Desde el inicio de la segunda globalización en el 1950, nuestra realidad ha ido cambiando hasta encontrarnos en una época en la que la diversidad es la mayor característica de nuestros días. Como apunta Méler (2004) es oportuno explicar en primer lugar qué es la globalización y de qué manera provoca cambios en la historia de la humanidad. Este autor, en su escrito «Historia de la globalización» presenta varias definiciones que varían en función de los aspectos que se consideran claves con respecto a este fenómeno, de las cuales se considera relevante comentar dos de ellas. Por un lado, hace referencia a una visión muy genérica en la que se hace hincapié en la «revolución de la comunicación entre seres humanos» (Méler, 2004, p. 21). Por otro lado, también ofrece una visión mucho más científica, la propuesta por el Fondo Monetario Internacional (FMI), en la que únicamente se contempla la parte económica, esto es, el incremento de la cantidad y la diversidad de intercambios comerciales entre todos los países del mundo con el apoyo de los avances tecnológicos. Es lógico que el FMI, por ser uno de los organismos cuya función es promover una óptima economía mundial, defina la globalización teniendo solamente en cuenta la parte financiera. Sin embargo, se deben tomar en consideración otros aspectos que son consecuencia de este fenómeno, en concreto: la realidad multicultural. Tal y como señala Abella (2003) la globalización y el multiculturalismo no se pueden entender como fenómenos independientes, pues el incremento de las desigualdades entre los países más y menos desarrollados económicamente provocadas, en gran medida, por la anteriormente mencionada globalización ha impulsado a gran parte de las personas a buscar futuros mejores en países culturalmente muy diferentes a los suyos propios. Esto ha sucedido en España desde finales del siglo XIX, hecho que ha causado que el número de culturas que conviven en nuestro país haya aumentado de manera significativa.

A raíz de la convivencia de tan alta cantidad de diferentes culturas, ha habido algunos autores que se han interesado por esta cuestión y han intentado establecer una forma de evaluación de las capacidades que posee la población para interrelacionarse con ellas, esto es, las competencias interculturales. Entre ellos destaca Deardorff (2011) con su capítulo titulado «Assessing Intercultural Competence», que forma parte de un libro dirigido a las instituciones que ofrecen estudios superiores, y en el que pretende, por una parte, comentar las diferentes denominaciones que recibe el concepto de interculturalidad, concepto sobre el que no hay un acuerdo sobre cuál es la más apropiada (Deardorff, 2006, como se citó en Deardorff, 2011) y profundiza, por otra, sobre de qué manera se puede evaluar. La autora menciona que Fantini

(2009) encontró diferentes términos utilizados para hacer referencia a este concepto, entre los cuales se considera relevante señalar algunos como «sensibilidad intercultural», «comunicación internacional» o «conciencia intercultural» (Fantini, 2009 como se cita en Deardorff, 2011, p. 66, la traducción es nuestra). Asimismo, apunta que, para este artículo, se va a utilizar el término de competencia intercultural ya que hace referencia a cualquier encuentro entre personas con bagajes culturales distintos (Deardorff, 2011). A continuación, se van a exponer los puntos a los que se debe prestar la máxima atención para poder proceder con dicha evaluación.

De acuerdo con Deardorff (2011), el primer paso es definir con exactitud qué es la competencia intercultural para el propósito de la evaluación y establecer el marco dentro del cual se encuentra el concepto. Además, en su opinión es imprescindible consultar y revisar toda la literatura existente resultante del esfuerzo de diferentes académicos que han abordado esta cuestión. Una vez llevados a cabo estas dos tareas, es fundamental identificar aspectos concretos que, en su conjunto, permitirían conseguir el objetivo global del programa o formación de adquirir dicha competencia. Uno de los ejemplos propuestos por la autora sería «la comprensión de las perspectivas de los demás» (Deardorff, 2011, p. 72, la traducción es nuestra), en ese caso, se debería establecer ese aspecto como objeto de evaluación.

El siguiente paso, tal y como apunta la autora, es establecer esos anteriormente mencionados objetivos puesto que de ellos dependerán la metodología y las herramientas que se utilicen para llevar a cabo la evaluación. Estos objetivos derivados de los aspectos prioritarios extraídos deben ser medibles y realistas. Además, se pueden subdividir para poder trabajar con subcategorías más fácilmente manejables. Posteriormente, es necesario diseñar un método evaluativo para los resultados obtenidos el cual debería constar de una medida directa y otra indirecta. Asimismo, señala que, para la recopilación de la información, puede ser útil consultar estudios previos para averiguar de qué manera se ha ejecutado o solamente comparar ambos grupos de resultados para que los nuevos se alineen con los ya establecidos.

Y, por último, Deardorff (2011) remarca la importancia de combinar la recopilación de información o pruebas de manera directa e indirecta. Por un lado, dentro del primer tipo se encuentran las diferentes actividades que se deben llevar a cabo estando en contacto con la persona que está en el proceso de aprendizaje de las competencias interculturales mediante la observación de su comportamiento en encuentros con personas de precedentes de otras culturas o analizar las reflexiones de ellos tras la exposición de algunos aspectos relativos a la interculturalidad. Por otro lado, en el tipo indirecto se hallan las encuestas o entrevistas, instrumentos que el investigador debe conocer y saber con claridad qué es lo que se está

mediando a través de ellos. Adicionalmente, la autora propone una serie de preguntas clave que decidirán las herramientas más apropiadas para el estudio como, por ejemplo, identificar qué pruebas se necesitan para determinar si se cumplen los objetivos establecidos, cuáles son las limitaciones o de qué manera se analizarán los datos.

Unos años más tarde, la misma autora llevó a cabo un manual titulado *Manual para el desarrollo de competencias interculturales* (la traducción de este es de Sergio González Lizcano). Del Manual se extraen principalmente, de manera no detallada, enfoques, los cuales pueden ser el aprendizaje formal y el aprendizaje informal/no formal, y herramientas que favorecen el proceso para llegar a adquirir las competencias interculturales. Además, profundiza sobre una de las ya señaladas herramientas que recibe el nombre de «Círculos de narraciones». De los enfoques anteriormente mencionados se puede destacar, por una parte, del primero que se basa en la formación adquirida a nivel profesional, mediante cursos o con la inclusión de esta en los planes de estudios. Por otra parte, del enfoque informal/no formal se considera relevante señalar que es posible adquirirlo por medio de la interacción diaria con personas que poseen algunas características diferentes a las propias (Deardorff, 2019).

Estas iniciativas emprendidas por Deardorff se pueden considerar un complemento de las que la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos tiene como objetivo, esto es, alcanzar la cohesión social y conseguir que los colectivos inmigrantes que representan la parte minoritaria gocen de autonomía e integración social (Pena, 2016). Todavía se está luchando para poder introducir esta profesión de forma oficial y reconocida, puesto que no en todos los ámbitos de los Servicios Públicos se dispone de este servicio de manera profesional, por lo tanto, promover y dotar de competencias interculturales de manera generalizada podría ser la clave para que se reconociera la importancia de la presencia de un puente tanto lingüístico como cultural.

El tema que se va a tratar en este trabajo de investigación está estrechamente relacionado con todo lo expuesto anteriormente puesto que, para poder aceptar, respetar, comprender y convivir en paz con esta realidad multicultural en la que el contacto constante entre personas que no comparten las mismas ideas, valores o creencias, es crucial poseer una serie de competencias interpersonales que tengan en cuenta esta nueva realidad. Esta investigación se va a centrar en la atención sanitaria que reciben los pacientes inmigrantes, en la evaluación de las competencias interculturales de los profesionales de la salud y en averiguar de qué manera gestionan estos profesionales la diversidad cultural en un contexto tan sensible e importante como es el sanitario. Para ello, se han analizado las respuestas de los profesionales sanitarios

del centro de salud *Es Blanquer* situado en la localidad de Inca. El personal objeto de estudio pertenece a una unidad llamada Servicio de Urgencias de Atención Primaria que se encuentra en una localidad con una gran presencia de población inmigrante, cuestión que se comentará en mayor profundidad en un apartado posterior.

1.1. Pregunta de investigación

Tras la exposición de esta situación multicultural a nivel mundial y, por consiguiente, en nuestro país en los párrafos anteriores, se puede proceder a identificar la pregunta de investigación general que surge derivada de ella:

¿Qué capacidades relacionadas con los aspectos fundamentales de la competencia intercultural poseen los profesionales sanitarios en la atención a la población inmigrante en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en la localidad de Inca?

1.1.2. Preguntas específicas de investigación

De la pregunta general planteada en el apartado anterior, se delimitan dos específicas:

Pregunta 1: ¿Qué necesidades se detectan a partir del diagnóstico del número de capacidades que poseen los profesionales sanitarios para ser interculturalmente competentes en la atención a la población inmigrante en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en la localidad de Inca?

Pregunta 2: ¿Qué recomendaciones se pueden ofrecer a partir del diagnóstico del número de capacidades que poseen los profesionales sanitarios para ser interculturalmente competentes en la atención a la población inmigrante en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en la localidad de Inca?

1.2. Delimitación y justificación

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, este estudio se centra únicamente en el personal sanitario, compuesto por médicos/as y enfermeros/as, que forma parte del Servicio de Urgencias de Atención Primaria ubicado en el centro *Es Blanquer* en la localidad de Inca. Se han tenido en cuenta únicamente las competencias interpersonales puesto que dentro de las competencias interculturales no es relevante estudiar ni las competencias instrumentales ni las sistémicas. Asimismo, dado que es un trabajo a nivel exploratorio, se busca identificar las necesidades y proponer recomendaciones de manera general a partir del diagnóstico de la presencia o ausencia de dichas competencias.

Se considera necesaria esta investigación en el contexto de la Atención Primaria porque a raíz de la pandemia provocada por la COVID-19, se ha puesto de manifiesto la gran labor que desempeñan todos los profesionales que trabajan en este nivel asistencial. De acuerdo con Solera y Tárrega (2020), las personas que presentaron síntomas leves o no experimentaron complicaciones causados por la enfermedad COVID-19 representaron el 80 % y fueron atendidas en los centros de Atención Primaria, con lo cual se evitó, de esta manera, las hospitalizaciones innecesarias que sí se tuvieron que llevar a cabo en otros países como China. Además, aunque en las épocas previas a la pandemia ya se estuviera menospreciando este nivel de atención sanitaria de España, su labor, por ser el primer eslabón de todo el engranaje de Sistema Nacional de Salud, es crucial para llegar al propósito que todo el mundo desea: tratar y curar a las personas que lo necesitan. Asimismo, de manera más concreta, se estima oportuno investigar sobre este grupo de profesionales puesto que, como ya se ha mencionado, en Inca conviven culturas muy diversas y en los servicios de urgencias es fundamental detectar con rapidez la causa del problema médico y, por consiguiente, se incrementa la trascendencia que posee el papel de una óptima comunicación. En este caso, dificultada por las barreras culturales, hecho que la vincula estrechamente a las competencias interculturales.

A continuación, se van a detallar los objetivos y las hipótesis de este trabajo de investigación.

1.3. Objetivos

A partir del planteamiento del problema presentado en los párrafos anteriores, se identifica un objetivo general.

1.3.1. Objetivo general

Determinar qué capacidades relacionadas con los aspectos fundamentales de la competencia intercultural que poseen los profesionales sanitarios en la atención a la población inmigrante en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en la localidad de Inca.

1.3.2. Objetivos específicos

Del objetivo general planteado en el apartado 1.4.1. se derivan dos objetivos específicos:

Objetivo 1: Identificar las necesidades que se detectan a partir del diagnóstico del número de capacidades que poseen los profesionales sanitarios para ser interculturalmente

competentes en la atención a la población inmigrante en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en la localidad de Inca.

Objetivo 2: Proponer recomendaciones generales a partir del diagnóstico del número de capacidades que poseen los profesionales sanitarios para ser interculturalmente competentes en la atención a la población inmigrante en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en la localidad de Inca.

1.4. Hipótesis

A partir de la pregunta y el objetivo generales, se ha planteado una hipótesis general.

1.4.1. Hipótesis general

Los profesionales sanitarios poseen un número reducido de las capacidades relacionadas con los aspectos fundamentales de las competencias interculturales que determinan la posesión de ella o favorecen su desarrollo.

1.4.2. Hipótesis específicas

Tras el planteamiento de la hipótesis general, se han formulado dos hipótesis específicas:

Hipótesis 1: Los profesionales sanitarios necesitan recibir más apoyo, formación y estrategias para ser totalmente competentes en los encuentros interculturales y ponerlo en práctica en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

Hipótesis 2: Las recomendaciones para facilitar el desarrollo de las competencias interculturales de los profesionales sanitarios no podrán ser llevadas a cabo sin la involucración de la administración pública.

1.5. Limitaciones

Debido al tiempo limitado para llevar a cabo esta investigación y la cantidad de presión que se experimenta en un servicio de urgencias, no se pudo realizar una entrevista que englobara todos y cada uno de los aspectos que conforman las competencias interculturales, por lo tanto, solo se analizarán las consideradas más relevantes por la investigadora. Además, tal y como se ha indicado anteriormente, para poder llevar a término una evaluación completa es necesaria la combinación del uso de pruebas recopiladas de manera directa e indirecta (Deardorff, 2011), pero, una vez más, dado que no se disponía del tiempo suficiente, se han usado solo las

entrevista que forman parte de las indirectas, lo cual solamente permite obtener unos resultados que necesitarían un complemento para ser totalmente concluyentes.

2. Marco teórico

2.1. Sistema Nacional de Salud español

España ocupa el número ocho en la edición del 2021 del *Health Care Index* llevado a cabo por la *CEOWORLD Magazine* que evalúa los diferentes sistemas sanitarios de ochenta y nueve países del mundo (Ireland, 2021), puesto muy elevado si se tiene en cuenta el número de países encuestados y que entre ellos se encuentran los diez países más ricos de todo el mundo (Fernández, 2022), superando España a cuatro de ellos. Según la monografía producida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el 2012 como documento divulgativo sobre la sanidad española (SNS, 2012), las características del Sistema Nacional de Salud español tienen como objetivo garantizar el cumplimiento de lo establecido en el artículo 43 de la Constitución de 1978, es decir, proporcionar atención sanitaria a toda la ciudadanía. En el mismo documento se indican «los principios y criterios sustantivos» (SNS, 2012, p. 6) existentes para asegurar ese derecho: ser gratuito, universal y público, definir derechos y deberes, política descentralizada, prestar atención sanitaria integral evaluada y controlada, e integrar «las diferentes estructuras y servicios públicos» (SNS, 2012, p. 6). Asimismo, se describe también la configuración del Sistema Nacional de Salud, que se basa en la coordinación entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas (CC. AA) que ostentan distintas competencias, las cuales están establecidas por el Reparto de competencias según la Constitución Española vigente; la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad; y la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. La Administración se encarga de establecer las bases del Sistema y coordinar el funcionamiento de este a nivel estatal y autonómico, dirigir las cuestiones en materia de sanidad exterior, decidir sobre numerosos aspectos de los productos farmacéuticos como legislación, autorización o distribución, entre otros, y gestionar el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), sustituto de Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), cuya función es gestionar la Seguridad Social y se encarga de la administración de la prestación de la asistencia sanitaria pública (Wolters Kluwer, s.f.). Además, en coordinación con las CC. AA., lleva a cabo otras actuaciones en temas relacionados con el consumo humano, los medicamentos, las instalaciones y equipos de los centros, la calidad, la formación y la sistematización de la información.

Tal y como apuntan Bernal-Delgado et al. (2018) en su Informe del sistema sanitario español, otra característica del sistema sanitario es que coexisten tres subsistemas legales: el de carácter nacional universal (Sistema Nacional de Salud); el exclusivo para funcionarios civiles,

miembros de las Fuerzas Armadas y el Poder Judicial, conocido como mutualidades; y el centrado en los casos de accidentes y enfermedad profesional, conocidas como mutuas.

2.1.1. Los niveles de atención

Dentro del Sistema Nacional de Salud existen dos niveles asistenciales que se complementan y se distinguen por la espontaneidad del acceso de uno y la complejidad tecnológica de otro (SNS, 2012). El primer nivel es la Atención Primaria (AP), el primer eslabón de todo el sistema, en él se proporcionan los servicios básicos, el acceso es espontáneo, se promueve la salud y la prevención de enfermedades, se facilita en centros de salud y consultorios locales o, cuando es necesario, en el domicilio del usuario. El segundo nivel es la Atención Especializada (AE) que dispone de medios diagnósticos y terapéuticos más complejos, lo cual permite la división por especialidades, se puede acceder a ella por indicación del personal de AP, se presta en centros especializados y hospitales, y puede que requiera o no internamiento. Una vez concluida la necesidad de atención a este segundo nivel, las labores de seguimiento y control recaen de nuevo en la AP (SNS, 2012).

2.1.1.1. La Atención Primaria

La Atención Primaria, como se ha mencionado anteriormente, es el primer punto de contacto entre el usuario y el sistema sanitario español, por lo tanto, se podría definir como la estructura base del sistema. De acuerdo con Bernal-Delgado et al. (2018) en su Informe del sistema sanitario, el modelo trazado en la Ley General de Sanidad de 1986 para este nivel asistencial continúa siendo uniforme a nivel nacional. Sin embargo, hoy en día, existen tres modelos diferentes que gestionan los servicios de la AP: 1) la «estructura de gerencial clásica» que mantiene las gestiones de AP y AE independientes, 2) la «gestión integrada» que pretende la evolución hacia una gestión única durante todo el recorrido y 3) la «externalización de los servicios de atención primaria» (Bernal-Delgado et al., 2018, p. 112). Los profesionales encargados de brindar estos servicios son los proveedores públicos, médicos de familia y personal de enfermería, aunque en ocasiones, por criterios de planificación, otros profesionales se incorporan al servicio. Las vías de acceso al servicio son tres: a petición del paciente, de otro profesional o por urgencia. Además, se cuenta con las consultas programadas que se rigen de acuerdo con las directrices y las recomendaciones establecidas en los tres programas generales existentes, cada uno de ellos enfocado a un colectivo en concreto: población infantil, femenina y adulta y de avanzada edad. Aparte de todos los servicios relacionados con estos tres

programas, también se prestan otros como la rehabilitación o la atención dental básica si los profesionales necesarios para ello forman parte que del equipo.

Tal y como indican Bernal-Delgado et al. (2018) en su Informe del sistema sanitario, esta atención sanitaria, por ser de naturaleza pública, se presta en centros dependientes del Estado. La estructuración directiva de este nivel de atención se suele efectuar mediante programas-contratos anuales que se firman con los servicios regionales de salud, redacción de los cuales se lleva a cabo según la repartición de los tributos y contribuciones, y prestando atención a ciertos aspectos que tienen prioridad en el Departamento correspondiente, estructura orgánica que se explicará en el apartado 2.1.2. Este proceso es de carácter negociador puesto que se determinan conjuntamente los objetivos y los estándares asistenciales. Algunos ejemplos de estos son la promoción del uso adecuado de los fármacos o el fomento de los genéricos frente a los de marcas farmacéuticas (Bernal-Delgado et al., 2018).

2.1.2. *La administración por comunidades*

Como ya se ha indicado, las competencias en materia de sanidad están organizadas en dos niveles, estatal y autonómico. De acuerdo con el Bernal-Delgado et al. (2018) en su Informe del sistema sanitario español, las autoridades que ostentan las competencias sanitarias son las autonómicas, lo cual provoca que el Estado se encargue de solo unos aspectos determinados y siempre bajo el mando del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). La coordinación, la cooperación y la comunicación entre las distintas autonomías, y entre ellas y la Administración, recae en manos del CISNS que es el órgano que pretende lograr la cohesión del Sistema Nacional de Salud para todos los usuarios del territorio español (SNS, 2012). Este órgano está constituido por la persona al mando del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y los consejeros de sanidad de las CC. AA. y su manera de funcionar es en Pleno, en Comisión Delegada, comisiones técnicas y grupos de trabajo. De este órgano depende el Comité Consultivo que se ocupa de informar, asesorar y formular propuestas (SNS, 2012). De acuerdo con el Bernal-Delgado et al. (2018) en su Informe del sistema sanitario español, las otras piezas del engranaje de salud español, que son las que principalmente intervienen en las cuestiones de salud, son los Departamentos de Salud de cada CC. AA. que representan la Autoridad Sanitaria con ayuda de algunas agencias. Sin embargo, a pesar de que los Departamentos de Salud tienen la potestad de desarrollar normativas y políticas regionales debido a la transferencia de competencias, el Ministerio de Sanidad tiene responsabilidades en cuestiones de planificación y regulación en relación con las normativas de ámbito nacional, la

ejecución de las cuales se lleva a cabo por parte de los Departamentos de Salud. Aunque cada comunidad cuenta con su propia estructura de administración y de gestión, la atención sanitaria de las ciudades de Ceuta y Melilla están gestionadas por el Estado a través de INGESA.

2.1.2.1. Las Islas Baleares

Teniendo en cuenta la información extraída de la página web de IB-SALUT, la organización funcional y territorial del sistema sanitaria público de las Islas Baleares se establece en el Decreto 16/2015, de 10 de abril, de ordenación sanitaria territorial de la comunidad autónoma de las Islas Baleares y cuenta con una división estructural que consta de áreas de salud (AS), sectores sanitarios (SS) y zonas básicas de salud (ZBS). La primera, se encarga de la gestión unitaria de los centros, establecimientos y programas sanitarios que se desarrollan en cada una de las tres áreas existentes en la comunidad. La segunda, se trata de una subdivisión dentro de dichas áreas de salud, en la cual se consideran las comarcas establecidas. Y, finalmente, la tercera es una división de carácter funcional dentro del sector sanitario que garantiza la AP.

De igual manera que a nivel estatal, las Islas Baleares cuentan con distintos niveles de asistencia sanitaria que, tal y como se indica en la página web de IB-SALUT, son tres: atención primaria, atención hospitalaria y atención de urgencias. La atención primaria se brinda en los centros de salud (CS) y las unidades básicas de salud (UBS) dependientes de ellos y la proporcionan el personal médico y de enfermería; es el primer punto al que se debe acudir cuando se manifiesta algún problema de salud. En cambio, la atención hospitalaria puede no ser el primer contacto con el sistema sanitario público de la comunidad debido a sus diferentes tipos de servicios: consultas externas, hospitalización, hospital de día, pruebas diagnósticas, tratamientos y urgencias. Para una mejor coordinación, en cada territorio hay un hospital de referencia asignado, lo cual también permite conocer más en profundidad las necesidades del territorio. La atención de urgencias puede proporcionarse tanto en hospitales como en los centros de salud que disponen del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), aunque no se requiere la presencia de esta unidad para ello, por lo tanto, además de ser centros de salud, también son Puntos de Atención Continuada (PACS). Asimismo, se cuenta con el servicio de urgencias del 061 que, al tener la opción de ser atendido por vía telefónica, posibilita una evaluación inicial e inmediata.

Los diferentes centros sanitarios que se describen en la página web de IB-SALUT son: los centros de salud que prestan atención primaria, son responsables de la salud de los habitantes de una zona básica de salud y tienen los medios para la prevención, la promoción, el

diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación; las unidades básicas de salud que son centros sanitarios a los que solo una parte de la población de una zona básica de salud puede acudir y es dependiente de un centro de salud; los hospitales en los que se lleva a cabo la atención especializada, programada y urgente; los centros de referencia que son recursos públicos pertenecientes a otras CC. AA. que brindan atención a la población de las Islas Baleares cuando este servicio no está disponible dicha comunidad; y, por último, los centros sanitarios de atención intermedia que pretenden aumentar la autonomía de los enfermos crónicos a través de curas o paliando el dolor.

2.1.2.2. Servicios sanitarios de Mallorca

Siguiendo con la división establecida de los servicios que ofrecen las Islas Baleares, la página web de IB-SALUT describe que Mallorca cuenta con cuatro sectores sanitarios, los cuales se componen a su vez por zonas básicas de salud en las cuales siempre se dispone de un hospital, los sectores son los siguientes:

El sector sanitario de *Llevant* compuesto por el Hospital de Manacor que comprende diez ZBS, el de *Tramuntana* que comprende siete ZBS y cuenta con el Hospital Comarcal de Inca, el de *Ponent* que comprende diecisiete ZBS y cuenta con el Hospital Universitario de *Son Espases*, y el de *Migjorn* que comprende catorce ZBS y cuenta con el Hospital Universitario *Son Llätzer*.

2.1.2.2.1. Inca

Tal y como se presenta en la página web de IB-SALUT, la localidad de Inca se encuentra dentro del SS de *Tramuntana*, y debido a su gran extensión y población, está dividida en dos ZBS, las cuales son *Es Blanquer* y *So na Monda*. La ZBS de *Es Blanquer* dispone de un CS, llamado como la ZBS, y tres UBS mientras que *So na Monda* cuenta con un CS, también llamado como la ZBS, y cinco UBS.

2.1.2.2.2. Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Inca.

Como se ha mencionado anteriormente, en la AP también se contempla el servicio de urgencias. De acuerdo con la página web de IB-SALUT, en el caso de las Islas Baleares, este servicio se proporciona por la Gerencia de Atención de Urgencias 061, la continuidad de la asistencia en algunos CS que también son Puntos de Atención Continuada (PAC) y, por lo tanto, están abiertos las 24 horas, y a través de la unidad asistencial que recibe el nombre de Servicio de

Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y depende de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Esta unidad proporciona atención programada y de urgencias cuando los CS o la UBS de las distintas AS permanecen cerrados. Además, igual que el servicio de AP, puede atender a la población a domicilio siempre que la situación así lo exija. Los centros que cuentan con un equipo de SUAP trabajan estrechamente con diferentes entidades que abordan las cuestiones de formación y la elaboración de documentos relacionados con la atención urgente.

En el caso de Inca, aunque está dividida en las ZBS *Es Blanquer* y *So na Monda*, el centro que es CS y PAC que se encuentra en la primera y es el que se encarga de brindar este servicio, por lo tanto, los pertenecientes a ambas zonas deben acudir al mismo centro.

2.1.2.3. La comunidad inmigrante de Inca

De acuerdo con la información extraída del Foro-ciudad.com, una página web basada en los datos publicados el 1 de enero de 2021 por el Instituto Nacional de Estadística, la totalidad de la población de la localidad de Inca es de 33 726 habitantes, de los cuales, teniendo en cuenta su lugar de nacimiento, un 41,52% son de Inca, un 20,08% son procedentes de las Islas Baleares, un 16,06% son originarios del resto de España y un 22,34% son extranjeros. Además, el mismo recurso electrónico ofrece el desglose por nacionalidades de ese porcentaje de población proveniente de otros países en el que aparece que la población inmigrante mayoritaria es de Marruecos, un 25,1%, seguida por los habitantes originarios de Argentina, 11%, de Colombia, 8%, de Rumanía, 6,3%, y de Senegal, 5,7%.

2.2. Competencia profesional del personal sanitario

Para poder desempeñar cualquier labor profesional, es necesario poseer ciertas competencias que nacen de la naturaleza de la profesión en concreto, es decir, de acuerdo con el Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional «la competencia profesional es el conjunto de conocimientos y capacidades que permiten el ejercicio de la actividad profesional, conforme a las exigencias de la producción y el empleo» (como se citó en Rey-Gamero y Acosta-Ramírez, 2013, tabla 1). En el caso del ámbito sanitario, compartido con otras áreas de especialidad, las competencias son muy amplias y se dividen por categorías en función del aspecto que se va a considerar.

La Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas [CNDFME] (2005) diferencia las competencias genéricas o transversales y las específicas, y a su vez las subdivide en diferentes campos. La CNDFME (2005), basándose en el proyecto *Tuning*,

considera que las competencias genéricas se dividen en: instrumentales, aquellas «que tienen una función instrumental» (Universidad de Deusto y Universidad de Groningen, 2003, p. 81); personales, las equivalentes a las llamadas interpersonales en el proyecto *Tuning*, que se definen como «capacidades *individuales* relativas a la capacidad de expresar los propios sentimientos, habilidades críticas y de autocrítica. Destrezas sociales relacionadas con las habilidades interpersonales, la capacidad de trabajar en equipo o la expresión de compromiso social o ético [...]» (Universidad de Deusto y Universidad de Groningen, 2003, p. 82); y sistémicas, todas aquellas que «[...] conciernen a los *sistemas como totalidad*. Suponen una combinación de la comprensión, la sensibilidad y el conocimiento que permiten al individuo ver como las partes de un todo se relacionan y se agrupan [...]» (Universidad de Deusto y Universidad de Groningen, 2003, p. 82).

Por otra parte, en cuanto a las específicas, la CNDFME (2005) toma como referencia los «requisitos globales mínimos esenciales en Educación Médica del Instituto Internacional para la Educación Médica» (Institute for International Medical Education Core Committee, 2003 como se citó en CNDFME, 2005, p. 51), los cuales consideran que el perfil profesional del individuo debe contar con determinados valores personales, actitudes, comportamientos y ética, debe haber adquirido los fundamentos científicos de la medicina, habilidades clínicas, habilidades de comunicación, tener conocimientos sobre la salud pública y los sistemas de salud, ser capaz de manejar la información y poseer la capacidad de análisis crítico e investigadora.

Asimismo, se ha definido un perfil profesional de los titulados en Enfermería, el cual debe responder a las características inherentes a su papel en el cuidado del paciente. Aunque las competencias transversales o genéricas propuestas para el personal de enfermería coinciden con las citadas anteriormente en relación con el personal médico puesto que también se extraen del proyecto *Tuning*, en el *Libro Blanco de Enfermería* se distinguen seis grupos de competencias específicas para los titulados en enfermería: el primero se centra en los valores profesionales y su función los cuales deben regirse por el respeto a la diversidad, el segundo se relaciona con el aspecto de toma de decisiones sobre cuestiones clínicas con base en evidencias científicas, el tercero está enfocado a utilizar todas las habilidades, las intervenciones y las actividades para brindar unos cuidados adecuados y óptimos, el cuarto hace referencias al conocimiento y la parte cognitiva del personal para garantizar la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas, el quinto pone de relieve la importancia de las competencias interpersonales y de comunicación para saber adaptarse a las necesidades comunicativas de

cada situación y proporcionar soporte emocional de manera adecuada, y, finalmente, el sexto se relaciona con saber trabajar en un entorno que implica interacción con otros integrantes del equipo, liderar y gestionar diferentes situaciones (Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería [CNDEE], 2004).

2.2.1. Competencia interpersonal

La competencia interpersonal, tal y como se ha indicado anteriormente, forma parte de las competencias genéricas que todo profesional sanitario, en este caso expertos tanto en medicina como en enfermería, debe adquirir a lo largo de su formación académica y su vida laboral.

Entre las diferentes habilidades pertenecientes a esta competencia, y con base en el proyecto *Tuning*, destacan la capacidad de crítica y autocrítica o razonamiento crítico, trabajar en equipo, mantener relaciones interpersonales, trabajar en un equipo interdisciplinar, apreciar o reconocer la diversidad y la multiculturalidad, trabajar en un contexto internacional (Consejo General de Enfermería [CGE], 2022 y CNDFME, 2005).

Además, la CNDEE (2004) plantea la necesidad de ser capaces de poseer una comunicación efectiva, conceder la oportunidad a los pacientes y sus cuidadores de expresar sus pensamientos o preocupaciones, no permitir tratos abusivos hacia los pacientes, aconsejar de manera adecuada, gestionar actitudes desafiantes, identificar sentimientos de ansiedad, estrés y depresivos, proporcionar ayuda emocional y recurrir a otros profesionales especialistas cuando sea necesario y manejar todos los aspectos de los cuidados haciendo uso de las tecnologías pertinentes. Estas competencias parecen exclusivas del personal de enfermería por las características de su trabajo, el cual es más cercano y contante con el paciente.

2.2.2. Competencia intercultural

Existen numerosos autores y estudios que abordan la competencia intercultural y ofrecen definiciones que permiten entender la naturaleza del concepto.

De acuerdo con el *Manual de competencias interculturales aplicadas al desarrollo de proyectos en la Administración Pública* de Bustamante - Asociación MATIZ (2020), existe una carencia de investigación con respecto a ello en el ámbito de la administración pública y con la elaboración del manual pretenden profundizar en esta cuestión tan recurrente en dicho ámbito. Bustamante - Asociación MATIZ (2020, p. 26) define este concepto como «el conjunto de habilidades cognitivas, afectivas y de comportamiento que conducen a una comunicación e interrelación efectiva y apropiada con personas que pertenecen a otros “sistemas culturales”».

Otra definición, proporcionada por United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2017) en su publicación titulada *Competencias interculturales: Marco conceptual y operativo*, considera que:

Competencias interculturales se relacionan con tener un adecuado y relevante conocimiento sobre culturas particulares, así como conocimiento general sobre la suerte de cuestiones que emergen cuando miembros de diferentes culturas interactúan, conservando actitudes receptivas que impulsen el establecimiento y mantenimiento del contacto con otros diversos. También tener las habilidades requeridas para aprovechar el conocimiento y las actitudes al interactuar con otros. (p. 20)

Además, UNESCO (2017) afirma que es una manera de desprenderse de la lógica propia y los dialectos culturales para ser capaz de abrirse a ideas de otros, proceso que considera un desafío muy interesante que en ocasiones «llevan a redescubrir la propia identidad bajo formas descifradas de “lo otro”» (p. 10). De esta manera, la misma publicación indica que poseer estas competencias convierte a las personas de la interacción en participantes totalmente capaces para enfrentarse a los encuentros interculturales.

Asimismo, existe una definición que engloba esta competencia dentro de «*a set of cognitive, affective, and behavioral skills and characteristics that support effective and appropriate interaction in a variety of cultural contexts*» desarrollado por una asociación (*The Association of American Colleges and Universities*, como se citó en Condon, 2015, p. 452). Tal y como puntualiza Condon (2015) sobre la definición ofrecida por dicha asociación, esta manera de definirla pone de relieve la importancia de la voluntad de la persona en cuestión para desarrollarla y ponerla en práctica puesto que tener conocimientos no implica haberla adquirido ni necesariamente será la vía para lograr ser interculturalmente competente a no ser que exista una motivación para ello.

Por otra parte, se considera interesante incluir el análisis de los componentes que extraen Lustig y Koester (2010) a partir de estudios anteriores que tratan de definir qué son las competencias interculturales. Estos autores agrupan estos componentes en tres grandes bloques, los cuales se van a explicar a continuación.

En primer lugar, mencionan que dicha competencia depende del contexto, esto es, está relacionada con las relaciones humanas concretas y la situación comunicativa. Por ese motivo, apuntan que dependiendo del contexto una persona puede ser interculturalmente competente en un mayor nivel en algunas situaciones y en un nivel menor en otras. Además, indican que la percepción de lo que significa ser competente a nivel intercultural puede variar en función de

las expectativas culturales, es decir, no en todas las culturas tienen los mismos parámetros de aceptación de los comportamientos, por lo tanto, algunas actitudes que en un país son positivas, en otro pueden ser consideradas muy negativas (Lustig y Koester, 2010).

En segundo lugar, afirman que los comportamientos adoptados dentro de las competencias interpersonales y las competencias interculturales deben ser apropiados y efectivos, entendiendo el primero como prestar gran atención a la cultura con la que se está tratando, las situaciones y el tipo de relación que se establece con esa persona (Lustig y Koester, 2010).

Y, por último, Lustig y Koester (2010) apuntan tres componentes estrechamente relacionados, sobre los cuales se mencionan los aspectos más relevantes a continuación.

Por un lado, analizan el conocimiento, el cual definen como la información que se debe poseer para ser capaces de interpretar correctamente cualquier aspecto dentro de la interacción. Además, distinguen entre dos tipos de información: «información general sobre la cultura» y «información específica de la cultura» (Lustig y Koester, 2010, p. 69, la traducción es nuestra). El primero hace referencia a ser conscientes sobre la existencia de diferencias culturales, sin necesidad de conocerlas en detalle en función de cada una de ellas, sino de una manera más global, esto es, apreciar y reconocer que en cada cultura se actúa dentro de unos marcos de referencia propios. El segundo, en cambio, se trata de poseer conocimientos sobre las prácticas, los valores, las costumbres, las ideas de una cultura en concreto y de su manera de actuar en situaciones determinadas además de tener en cuenta el contexto en el que tiene lugar el encuentro.

Por otro lado, profundizan en la motivación que la consideran la combinación de sentimientos e intenciones. En el caso de los sentimientos, sugieren que son la reacción psicológica que se produce cuando se está en una situación de comunicación en un entorno intercultural y, a su vez, dentro de ellos identifican la concienciación que presentamos sobre las diferencias de esa cultura y las actitudes que mantenemos cuando estamos en contacto con ella. Además, señalan que ansiar experimentar cosas nuevas y vivir experiencias diferentes es muy necesario para tener esa motivación anteriormente mencionada, la cual ayudará a conseguir el objetivo de ser interculturalmente competentes. En cuanto a las intenciones, proponen que se ven afectadas por los estereotipos, los cuales no permiten ver más allá de ellos puesto que, como mencionan los autores, si se parte de una premisa negativa frente a esa persona por su cultura, es muy probable que se hagan interpretaciones erróneas con respecto a sus comportamientos (Lustig y Koester, 2010).

Y, como componente final, se centran en las acciones, las cuales consideran que son el desempeño de aquello que, como ya se mencionó anteriormente, es apropiado y efectivo. Lustig y Koester (2010) enfatizan que sin las habilidades necesarias para desempeñar esos comportamientos, toda la información, la motivación, los sentimientos y las intenciones no serán suficientes para lograr el objetivo deseado.

Finalmente, cabe señalar una definición ofrecida por la Office of Minority Services enfocada al ámbito de la atención sanitaria que apunta que se puede entender como aquella capacidad de proporcionar *«effective, understandable, and respectful care that is provided in a manner compatible with [patients'] cultural health beliefs and practices and preferred language»* (Office of Minority Services, 2000, p. 80865 como se citó en Anand y Lahiri, 2009, p. 388). De esta forma de describir el significado de las competencias interculturales se considera relevante reflexionar sobre el aspecto mencionado de la compatibilidad de la atención con las creencias y prácticas culturales en cuestiones de salud. Hasta ahora, el enfoque de todas las definiciones comentadas era sobre aspectos generales, sin embargo, en esta se menciona un punto muy importante: respetar las prácticas en materia de salud de la cultura de origen del paciente. Esto significa que los profesionales sanitarios deberían ser capaces de aceptar y respetar que un paciente no quiera seguir el tratamiento que se le ha propuesto en beneficio de su salud por motivos culturales, aceptación que entra en conflicto con su voluntad de mejorar la salud de esa persona y el compromiso de salvar todas las vidas posibles a lo largo de su carrera profesional que se supone que adquirieron al decidir dedicarse a una de las diferentes profesiones de este sector.

Para poder adquirir estas competencias, se han descrito algunos pasos que pueden facilitar el proceso y permitir que todos los individuos sean capaces de interiorizar los comportamientos que necesarios para ser interculturalmente competentes. La autora Deardorff (2011) extrae los requerimientos que ella considera mínimos de los cinco informes regionales preparados por la UNESCO (Dragićević Šešić y Dragojević, 2009; Grimson, 2011; Holmes, 2009; Steyn, 2009; Youssef, 2011, como se citó en UNESCO, 2017). El primer punto que comenta es el respeto, seguido por la auto consciencia/identidad, la perspectiva, la escucha, la adaptación, la construcción del vínculo y la humildad cultural. Por otra parte, Bustamante - Asociación MATIZ (2020) considera que el primer paso es tomar consciencia de la manera en que los estereotipos influyen en nuestra manera de pensar y comportarnos sin darnos cuenta.

Tal y como lo hace Byram (1997, 2008) según se cita en UNESCO (2017) es posible dividir las competencias teniendo en cuenta cinco saberes diferentes, aunque cuando se pongan

en práctica se estarán activando en su conjunto dependiendo del contexto (Council of Europe, 2018, como se citó en Bustamante - Asociación MATIZ, 2020). En primer lugar, el autor hace referencia al saber sobre la cultura, ya que el desconocimiento causa que se creen simplificaciones de la realidad (Bustamante - Asociación MATIZ, 2020) y actuemos con base en ellas; en segundo lugar, se menciona el saber comprender, aspecto muy relevante si tenemos en cuenta que de acuerdo con Bustamante - Asociación MATIZ (2020) se suele partir de una posición etnocéntrica a la hora de interpretar y conocer los diferentes sistemas culturales; en tercer lugar, se especifica el saber aprender, el cual podría considerarse estrechamente relacionado con desprenderse de esta posición etnocéntrica antes mencionada; en cuarto lugar, se destaca el saber ser que se definiría como estar abierto y ser curioso; y, en por último, el *savoir s'engager* que se trataría de la consciencia cultural crítica.

2.3. Estudios previos

La cuestión de la interculturalidad surgió en España a finales del siglo XX, por lo tanto, se podría considerar un concepto muy joven que se ha ido afianzando a medida que la experiencia en las relaciones personales entre individuos de diferentes culturas ha puesto de relieve la necesidad de comprenderlo y asimilarlo. En el ámbito sanitario, no ha sido hasta principios del siglo XXI cuando se ha detectado la importancia de dicho concepto y se han empezado a elaborar estudios, guías de buenas prácticas, manuales y artículos que abordan y analizan la situación actual a ese respecto.

Tras una revisión bibliográfica de los materiales existentes que analizan esta cuestión, se han recopilado aquellos que se asemejan a este trabajo de investigación para conocer de qué manera se han aproximado a esta problemática.

En la publicación del año 2004 del artículo «Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí» tras su presentación en las *Jornades de Foment de la Investigació* de la *Universitat Jaume I*, el autor José Gabriel Campos López presenta los datos obtenidos tras un trabajo de investigación mediante entrevistas a inmigrantes de origen magrebí para observar las necesidades existentes a nivel comunicativo y exponer una serie de conclusiones que se pueden extraer de ellas. En su artículo, se pone de manifiesto la relación entre las competencias interculturales y la necesidad de la interpretación en los servicios de atención sanitaria puesto que en la comunicación intervienen las lenguas y las culturas. A lo largo de todo el artículo se afirma que no es solo necesaria la intervención de un profesional a nivel lingüístico sino

también a nivel intercultural, porque debe ser «capaz de traducir las palabras y las claves culturales» (Campos, 2004, p. 2), por ese motivo a dicho profesional se le denomina como «intérprete-mediador». La necesidad anteriormente mencionada surge, tal y como apunta Campos (2004):

Cuando los obstáculos para llegar a acuerdos no se pueden resolver negociando sin el puente (interlingüístico, intercultural) de una tercera persona, entonces hablamos de la necesidad de mediación, pero para ello se requiere que ambas partes reconozcan que existe la necesidad de esa tercera persona. (p. 4)

En el 2009, María Luisa Vázquez Navarrete, Rebeca Terraza Núñez, Ingrid Vargas Lorenzo, Tona Lizana Alcazo publicaron un artículo en la revista *Gaceta Sanitaria* titulado «Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante», se trató de un estudio cualitativo, descriptivo, de carácter exploratorio y fenomenológico llevado a cabo en cinco comarcas de Cataluña. Los resultados del mismo demostraron la necesidad de apoyo que sienten los profesionales cuando tratan con población procedente de otros países u otras culturas. Las propuestas para mejorar esta situación fueron recibir apoyo para poder comunicarse, contar con programas de formación cultural, disponer de más tiempo con el paciente y realizar algunos cambios en el sistema.

En el año 2011, se publicó la guía llamada *Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural* con la que se pretendía ofrecer recomendaciones a todos los profesionales sanitarios para ayudarles a comprender la diversidad y aceptar de qué manera esta influye al entorno de trabajo. Se divide en tres categorías: ámbito individual, ámbito institucional u organizativo y para el sistema externo. Esta guía es el resultado de *Proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables* que desarrolló la Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], el cual se estructuró en seis guías para conseguir dicho entorno.

En el año 2013, Mercè Serra Galceran, Lourdes Mestres Camps, Magda González Soriano, Juan M. Leyva Mora, Rosa De Dios Sánchez y Montse Montiel Pastor publicaron un artículo titulado «Competencia clínico cultural: Análisis de la capacitación de los profesionales de la salud». En este caso, aunque en el título no usaron la denominación «intercultural», de su definición sobre lo que ellos perciben como competencia clínico cultural, se extrae que hacen referencia a ese mismo término, esto es, ser capaces de interactuar y desempeñar la labor profesional de manera óptima en encuentros multiculturales. Para la redacción del artículo, utilizaron una metodología de estudio descriptivo transversal y como instrumento hicieron uso

de un cuestionario que permitía evaluar el nivel de dicha competencia de todos los profesionales sanitarios del *Parc de Salut Mar* de Barcelona (médicos/as, personal de enfermería, auxiliares de enfermería y otros profesionales sanitarios). El cuestionario en cuestión ya había sido utilizado en el proyecto europeo *Migrant Friendly Hospitals* y su característica principal es que busca la autoevaluación, esto es, explora cuál consideran los propios informantes que es su nivel de la competencia que se está evaluando. Los resultados obtenidos les permitieron extraer dos conclusiones: por un lado, el hecho de que los participantes se consideraran altamente competentes en el contexto intercultural y la necesidad de la involucración por parte de las instituciones para proporcionar la formación que este colectivo de profesionales requiere. Asimismo, se concluye que no existen diferencias relevantes en función del sexo y la edad de los encuestados. Además, se considera relevante mencionar una de las observaciones de estos autores en el apartado de conclusiones por ser un aspecto que podría ratificarlas o refutarlas, este es que sería oportuno llevar a cabo una evaluación de la percepción de los usuarios culturalmente diversos para comparar si el grado de competencia que afirman tener unos y el grado de satisfacción de los otros se corresponde.

Posteriormente, en el 2017, María Dolores Gil Estevan y María del Carmen Solano Ruíz realizaron un estudio llamado «La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria», una vez más, por «cultural» se entiende «intercultural». Se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas para investigar sobre la visión del equipo de enfermería cuando prestan cuidados e intentan promover la salud a colectivos de mujeres en riesgo de vulnerabilidad social aplicando el modelo de competencia cultural de Purnell. En este caso, se llegó a conclusiones similares a las del estudio de Vázquez et al. (2009), las cuales reflejan la importancia de superar la barrera lingüística y recibir formación cultural sobre las pacientes a las que atienden para poder brindar una atención de calidad.

En ese mismo año, se publicó el artículo «Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha» en la revista *Panace@* en el que los autores, Raquel Lázaro Gutiérrez y José Manuel Tejero González, exponen las características del programa de mediación intercultural del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Las actuaciones resultantes del programa, entre otras, fueron instruir a los profesionales de la salud en interculturalidad y contratar un servicio que prestaba interpretación telefónica y mediación intercultural presencial. Una vez más, dado el éxito que obtuvo de la implantación

de dicho programa, se pone de relieve la estrecha relación entre ambos aspectos, interpretación e interculturalidad, en los servicios públicos, en este caso, en la atención sanitaria.

Otra iniciativa de investigación que analiza la competencia intercultural es las II Jornadas sobre competencias interculturales en la atención sociosanitaria a la población gitana de España de las cuales deriva el artículo «Competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana en España» publicado por Javier Arza-Porras y María Félix Rodríguez-Camacho en el 2019. Para la realización de este artículo se entrevistó a veintinueve profesionales sanitarios y sesenta y siete pacientes de etnia gitana. Es un trabajo que, por lo tanto, no tiene en cuenta la procedencia territorial de los usuarios, sino que se trata de una cuestión meramente cultural puesto que muchos miembros de la población gitana son de nacionalidad española y aún sí existen numerosas diferencias culturales que se deben considerar. Los resultados mostraron dos modelos de respuesta contrapuestos: el de apertura y el de bloqueo.

Por otro lado, en 2019, Lizet Veliz-Rojas, Andrés Felipe Bianchetti-Saavedra y Marta Silva-Fernández redactaron un ensayo llamado «Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural» en Chile. Se pretendía reflexionar sobre la importancia de este aspecto y enumerar una serie de estrategias para poder adquirir dicha competencia a través de formación previa y entendiendo la experiencia como aspecto clave del proceso.

Además, se considera relevante mencionar la *Guía de Gestión de la diversidad cultural en los centros de salud* publicada en 2019 por la Fundación la Merced Migraciones. Esta Guía se enmarca dentro del proyecto denominado «MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA. Gestión de la diversidad cultural y prevención de la discriminación en el ámbito de la salud» y pretende analizar este fenómeno para ayudar al personal sanitario a responder a la diversidad cultural en este ámbito.

Más recientemente, en el año 2021, Alexandra Yadira Imbaquingo Vela escribió *Aplicación de la competencia cultural en profesionales del centro de Salud Otavalo*, su Trabajo de Fin de Máster sobre la competencia cultural, de nuevo equivalente a la competencia intercultural. Entre los objetivos específicos perseguidos en su investigación cabe señalar, por similitud del presente trabajo, la exploración de en qué grado de consideración mantiene dicha competencia el personal del centro de salud y la creación de una guía práctica que facilite la adquisición de esta en el grupo de profesionales objeto de estudio. Para ello, utilizó un enfoque que abarcaba el método tanto cuantitativo, haciendo uso de un cuestionario, como cualitativo,

a través del grupo focal y talleres, para obtener la información necesaria por parte de estos trabajadores. El número de participantes fue de veintinueve, entre los cuales se encontraron médicos, tanto de medicina general como especialistas, enfermeras, técnicos de Atención Primaria y personal administrativo. Entre las conclusiones que Imbaquingo (2021) pudo extraer de su análisis se considera destacable mencionar que se refleja con total claridad una falta de sensibilización por un grupo de los encuestados con respecto al aspecto cultural, su impacto en la salud de los pacientes y su papel en la idoneidad de los tratamientos. Además, apuntó que este hecho provoca un clima que desfavorece la calidad de la atención sanitaria que deberían recibir. Asimismo, ofreció dos recomendaciones en cuanto a la formación. Por un lado, afirmó que es fundamental que en los procesos formativos previos a la inserción laboral se contemplen asignaturas que versen sobre este aspecto para facilitar su desarrollo y hacer hincapié en su importancia. Por otro lado, indicó que, para mejorar la calidad en la atención sanitaria, se podría considerar oportuno que se organizaran talleres o charlas enfocados a la concienciación de la trascendencia de la competencia intercultural, siendo las partes directivas del centro las encargadas de llevar a cabo su organización.

Y, por último, en ese mismo año, el aporte de Trinidad Amelia Guardia con su Trabajo de Fin de Máster titulado *La mediación intercultural en el ámbito sanitario: estudio de caso de experiencias de personal sanitario en un hospital público de la ciudad de La Rioja, Argentina* ofrece una manera alternativa de evaluar la competencia intercultural de los profesionales sanitarios mediante la investigación de aspectos fundamentales para detectar de forma indirecta su posesión. La autora estructuró sus objetivos en tres grandes grupos, los cuales se centran en cuáles son las estrategias para resolver la dificultad que entraña la interculturalidad, qué recursos están disponibles y qué información poseen sobre la figura del mediador intercultural profesional. Para el desempeño de su investigación, utilizó los métodos cuantitativo y cualitativo por medio de, por una parte, la utilización de cuestionarios y, por otra parte, la realización de una entrevista a un informante clave que ejerció de mediador intercultural sin haber recibido formación al respecto. Tras el análisis de los resultados, Guardia (2021) llegó a la conclusión de que existe un claro desconocimiento acerca de esta cuestión y señaló algunos temas clave sobre la mediación intercultural que se ignoran por completo, de los cuales se mencionarán los más relevantes. En primer lugar, falta consciencia sobre cómo la mediación puede ayudar a romper las barreras culturales, resolver los conflictos que puedan ocurrir o facilitar la comunicación entre el personal y el paciente. Seguidamente, desconocen que esta labor de puente entre culturas sea una especialidad laboral. En tercer lugar, existe una carencia

en la identificación de situaciones en las que las barreras culturales han supuesto una comunicación deficiente. Posteriormente, desconocen los protocolos que ayudan en las interacciones interculturales. Y, finalmente, ignoran la información recopilada sobre un alto número de profesionales que defiende el gran papel que ejerce la mediación cultural en la atención sanitaria.

Estos trabajos muestran la creciente preocupación por el manejo de encuentros interculturales y el aumento de reflexión sobre de qué manera afecta a la atención sanitaria el desconocimiento, la discriminación y los conflictos culturales que pueden ocurrir cuando ninguna de las dos partes posee las competencias interculturales necesarias. Se puede considerar que, aunque desde el inicio de este tipo de investigaciones hasta el día de hoy han pasado muchos años, se están dando pasos para llegar al reconocimiento generalizado de esta problemática y la enseñanza globalizada de las competencias interculturales.

3. Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha utilizado una metodología de investigación cualitativa orientada al participante. Asimismo, en el diseño, se ha partido de un enfoque cualitativo mediante la técnica de entrevistas estructuradas. El primer paso ha sido reclutar a los informantes y, para ello, se utilizó la técnica de la bola de nieve del subtipo muestreo exponencial. Tras haber conseguido la aceptación de todos los participantes, se ha procedido a la elaboración de la entrevista. Las preguntas de esta se han formulado teniendo en cuenta las dimensiones objeto de estudio y las variables que se derivan de las mismas (García, 2003). Una vez obtenidos los datos, se ha procedido al análisis de contenido, para ello, se han aislado unidades de información de las respuestas obtenidas y se han establecido una serie de categorías mediante la codificación de dichas unidades para desvelar mejor el mensaje (Gómez, 2000, como se citó en Monje, 2011). Tras la categorización, se han extraído las relaciones existentes entre ellas con el fin de obtener conclusiones o tendencias derivadas del análisis.

3.1. Diseño de la entrevista

Dado que el estudio tiene por objetivo explorar la competencia intercultural del personal sanitario entrevistado, las preguntas que componen las entrevistas se centraron en aspectos de la comunicación intercultural entre los entrevistados y los usuarios de los servicios sanitarios que provienen de otros países distintos a donde se brinda la atención. Además, con el fin de realizar una entrevista de construcción deductiva, se estableció un orden específico de las preguntas que permitiera que los entrevistados llevaran a cabo una primera etapa de introspección, para luego abordar la interacción con usuarios y, seguidamente, averiguar el acceso del que disponen a la formación. Es decir, en primer lugar, se tuvo por finalidad hacer reflexionar al participante sobre su cultura propia y el peso de esta en su forma de actuar en su labor profesional. Así, en segundo lugar, se formularon preguntas que versaron sobre de qué manera le influye en su actitud el hecho de estar frente a una persona de procedencia cultural diferente a la suya. Finalmente, se indagó sobre si el centro de salud en el que trabaja, como elemento directamente dependiente de la administración pública, brinda material y formación para abordar las posibles problemáticas que puede suponer la cuestión intercultural en la provisión de servicios sanitarios.

Como se ha mencionado anteriormente, para elaborar las preguntas se han establecido las dimensiones (D) y las variables (V) derivadas de ellas que se pretenden estudiar tomando como referencia las competencias interpersonales de los profesionales sanitarios como aspecto

general (D) y las competencias interculturales de los mismo como aspecto derivado (V). Para poder delimitar ambas competencias y, en consecuencia, las dimensiones y variables, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre ambas cuestiones, de las que se extrajeron las competencias más recurrentes en los artículos y publicaciones encontradas. De esta manera, se han identificado cuatro dimensiones y las nueve variables que derivan de ellas, que, para fines de esta investigación, se definen en la Tabla 1 y la Tabla 2:

Tabla 1

Dimensiones del instrumento

Dimensión (D)	Definición
D1: Capacidad de interacción con los demás (Rodríguez et al, 2013 y CGE, 2022).	Tener las habilidades para una interacción interpersonal satisfactoria para ambas partes.
D2: Habilidad y herramientas para comunicarse con pacientes y otros profesionales (Rodríguez et al, 2013, CGE, 2022, y Rey-Gamero y Acosta-Ramírez, 2013).	Transmitir y recibir adecuadamente mensajes en un determinado contexto comunicativo haciendo uso de todas las herramientas disponibles.
D3: Gestión de conflictos o problemas y predisposición a no crearlos (Rodríguez et al., 2013 y CGE, 2022).	Manejar y resolver de manera eficiente las situaciones tensas y problemas a través de una comunicación asertiva.
D4: Adaptación a diferentes situaciones y entornos (Rodríguez et al, 2013, CGE, 2022 y Rey-Gamero y Acosta-Ramírez, 2013).	Ser flexible frente a los cambios y ser capaz adoptar diferentes posturas en función de lo que el encuentro exija.

Tabla 2

Variables del instrumento

Dimensión	Variable	Definición
D1	V1: «Auto consciencia /identidad» (Deardoff, 2011 como se citó en UNESCO, 2017, p. 28).	Comprender cómo se construye la mirada que cada uno tiene del mundo (Deardoff, 2011 como se citó en UNESCO, 2017).
	V2: Necesidad de formación para desarrollar las competencias interculturales	Recibir formación en aspectos culturales, religiosos, idiomáticos y de costumbres de los pacientes de otros orígenes. La

	(UNESCO, 2017) y «Humildad cultural» (Tervalon y Murray-García, 1998 como se citó en UNESCO, 2017, p. 40).	«Humildad cultural» se entiende como el hecho de ser autorreflexivo y crítico, y buscar la disminución de la asimetría de poder entre el proveedor y el usuario de los servicios sanitarios (UNESCO, 2017).
D2	V3: Escucha activa (Bustamante – Asociación MATIZ, 2020)	Comunicarse de manera empática a través del respeto y un intercambio de mensajes de naturaleza bidireccional (Bustamante – Asociación MATIZ, 2020).
	V4: Retroalimentación (RNAO, 2011).	Interesarse por saber qué opinan los pacientes sobre la interacción que ha tenido lugar (RNAO, 2011).
	V5: Materiales comprensibles para los pacientes (Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services (2001) como se citó en RNAO, 2011).	Disponer y utilizar materiales como folletos o documentos traducidos a los idiomas de los pacientes para que puedan comprender con mayor facilidad. (Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services (2001) como se citó en RNAO, 2011).
D3	V6: Identificar actitudes racistas o discriminatorias y actuar frente a ellas (RNAO, 2011).	Saber reconocer cuándo tienen lugar acciones, comportamientos o actos en contra de una persona debido a su procedencia o etnia y hacer algo al respecto.
D4	V7: Identificar nuestras percepciones en cuanto a la diversidad entre individuos (RNAO, 2011).	Admitir nuestras valoraciones cuando la persona con la que nos comunicamos es culturalmente diferente.
	V8: Reconocer nuestros prejuicios y acciones consecuentes de ellos (RNAO, 2011).	Ser consciente de cómo nuestras ideas preconcebidas sobre una persona influyen en la interacción.

	V9: Reflexionar sobre nuestras estrategias ante conflictos culturales (RNAO, 2011).	Evaluar la forma en que respondemos cuando se producen choques culturales.
--	---	--

Una vez se definieron y estructuraron las dimensiones y sus variables, se diseñaron las preguntas a través de las cuales se podía extraer la información necesaria para su posterior análisis como se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3

Preguntas correspondientes

Dimensión	Variable	Preguntas
D1	V1	PV1: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional? ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional? ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?
	V2	PV2: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»? ¿Ha recibido formación en su centro de salud en enfoques interculturales en la atención sanitaria? ¿En qué ha consistido?
D2	V3	PV3: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes? ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis? ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?
	V4	PV4: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja? ¿Le da o le daría importancia?
	V5	PV5: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios? ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?
D3	V6	PV6: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja? ¿Qué hizo al respecto?
D4	V7	PV7: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

	V8	PV8: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona? En caso afirmativo, ¿Cómo influye en su manera de atenderle?
	V9	PV9: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza? Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

El último paso de la creación de la entrevista fue diseñar el orden en el que se iban a formular las preguntas para establecer la construcción deductiva anteriormente mencionada. El orden seguido es el que se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4

Orden de las preguntas

Orden	Pregunta
1°	PV1
2°	PV7
3°	PV8
4°	PV3
5°	PV9
6°	PV4
7°	PV6
8°	PV2
9°	PV5

3.2. Aplicación de la entrevista

Las entrevistas se llevaron a cabo entre el 19 de marzo y el 2 de abril de 2022 en *Es Blanquer Inca Centre de Salut* de Inca y tuvieron una duración media de ocho minutos. La localidad objeto de estudio se ha elegido por la densidad de población inmigrante tal y como se indica en el apartado 2.2.3.

Los participantes del estudio fueron 20 de los profesionales sanitarios que forman parte del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), entre los que se encontraron médicos/as y enfermeros/as. El criterio de selección fue incluir todo aquel personal del centro que formara parte del equipo del SUAP y para ello también se consideraron aquellos

profesionales que solo forman parte del equipo de fin de semana. Además, era necesario que tuvieran un contacto de una considerable duración con el paciente inmigrante, por lo tanto, el personal administrativo quedó descartado ya que su interacción con ellos no cumple con el requisito de la duración necesaria. Puesto que lo que se pretendía evaluar es la competencia intercultural de los profesionales sanitarios en su conjunto como parte de los trabajadores públicos que dependen directamente de la administración pública autonómica, no se tuvo en cuenta ni el sexo ni la edad de los participantes ni tampoco el tipo de profesional del que se trataba, de esta manera se pudo definir la tendencia existente en cuanto a la competencia intercultural de ellos en su conjunto. A pesar de eso, no se perdió el dato de a qué equipo profesional pertenecían (el personal médico o de enfermería) por si, tras el análisis de los resultados, se identificaran algunas diferencias notorias que fuera relevante mencionar.

4. Análisis de resultados

Para poder evaluar las competencias interculturales de los profesionales sanitarios, se ha procedido a analizar los resultados agrupados en sus respectivas dimensiones, esto es, se han categorizado de manera conjunta las respuestas a las preguntas formuladas con base en las dimensiones propuestas en cada caso para averiguar el grado de adquisición de ellas. Por lo tanto, para obtener una visión más clara y comprender mejor el estado de la cuestión, la estructura del análisis se ha presentado en cuatro apartados, los cuales son las dimensiones y dentro de ellos se examinan las variables derivadas de ellas.

4.1. Dimensión 1

Tal y como se ha descrito anteriormente, Rodríguez et al. (2013) y CGE (2022) indican que dentro de las competencias interpersonales que todo profesional sanitario debe poseer se encuentra la capacidad de interacción con los demás. Dicha interacción puede darse entre personas que comparten las mismas creencias, experiencias, ideas, entre otros aspectos. Sin embargo, en el caso de este trabajo de investigación, se plantea la problemática de qué ocurre cuando ambas partes provienen de lugares diferentes y, por consiguiente, tienen culturas diferentes. La clave para ser capaces de llevar a cabo un intercambio comunicativo óptimo es poseer las competencias interculturales adecuadas, la adquisición se lleva a cabo a través de un proceso que se inicia desde la autorreflexión y el reconocimiento de la diversidad. Además, teniendo en cuenta la naturaleza del encuentro, proveedor de un servicio público y un usuario, se puede considerar que puede haber un desequilibrio de poderes, es decir, el paciente tiene una necesidad y el personal sanitario puede sentirse en un nivel superior. Para adquirir o poseer esta capacidad tomando en consideración los aspectos que en este párrafo se mencionan, se han identificado dos variables que son fundamentales para poder determinar el grado de adquisición de ella.

4.1.1. Variable 1

La primera variable, ya mencionada, que se ha analizado es la «Auto consciencia /identidad» propuesta por Deardoff (2011) como se citó en UNESCO (2017, p. 28). La autora pretende realzar la importancia de la subjetividad innata que todo ser humano posee a la hora de valorar, comprender, y percibir el mundo y todo aquello que sucede en él. Se puede afirmar que, sin esa autoconsciencia, uno no es capaz de «reconocer sus propias creencias y valores» (UNESCO,

2017, p. 32) lo que, por consiguiente, impide que sepa apreciar, respetar y aceptar la multitud de visiones y maneras de vivir existentes, por lo tanto, la interacción puede verse afectada negativamente.

A continuación, se presenta el bloque de preguntas formuladas al personal sanitario y sus respuestas para determinar si cumplen con esta variable. Dicha información se recoge en la Tabla 5, la Tabla 6 y la Tabla 7.

Tabla 5

Respuestas de la pregunta 1

¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Indispensable	2	10 %	PS12: Bueno fundamental para la hora de tratar al paciente [...] porque si no, no puedes entender al paciente que tienes enfrente y poderlo explorar en toda su dimensión porque puede haber cosas culturales que a lo mejor no conoces que se te pasan por alto y a lo mejor sea la causa de todo lo que se le está produciendo al paciente o así.
			PS19: Considero que es imprescindible porque si no se forma una barrera cultural, precisamente se llama barrera cultural porque impide una buena comunicación entre ambas partes.
Mucha	12	60 %	PS3: ¿La cultura? Mucha.
			PS4: Mucha, [...] es muy importante tener en cuenta en el momento en que tratas al paciente su cultura y su entorno.
			PS5: ¿La cultura? Mucha, 100%.
			PS6: Mucha.
			PS8: Mucha.

			<p>PS9: Tiene mucha importancia, la cultura es la base de una sociedad [...] por eso es determinante a la hora de interactuar con otras personas.</p>
			<p>PS10: Mucha, sobre todo en urgencias, tiene mucha, mucha importancia.</p>
			<p>PS11: Sí. Yo creo que mucha porque si quieres saber qué le ocurre o qué necesita esa persona, debes entender un poco cuáles son sus costumbres o qué es lo que hace en su día a día. Tienes que conocer un poco sobre aquella persona para saber cómo tratarla.</p>
			<p>PS14: Es muy importante [...]</p>
			<p>PS15: Mucha.</p>
			<p>PS16: Pues por lo menos un 10, tiene importancia. Yo creo que es muy importante porque depende de la cultura de cada persona, si es de un país o es de otro país, hay que explicarle las cosas de una manera o hay que explicárselas de otra, y hay que transmitírselas de diferente manera a una persona que a otra, eso está claro.</p>
			<p>PS18: Mucha.</p>
Importante	4	20 %	<p>PS7: Bueno, sí que es importante. Es importante saber algo sobre las costumbres, un poco de cada una de ellas porque claro a la hora de atender influye, claro.</p>
			<p>PS13: La misma importancia que tiene, o sea la persona físicamente como emocionalmente, o sea la cultura es parte de la persona, somos seres biopsicosociales, entonces la parte social es importante: de dónde vienes, quién eres.</p>

			<p>PS17: Tiene importancia en cuanto a que en la profesión de nosotros o del personal médico tiene que basarse en una entrevista médico-paciente o sanitario-paciente y dependiendo de la cultura de esa persona, la lengua y otros factores asociados como sus raíces o su descendencia también puede ir enmarcado en muchas ocasiones [...] el buscar alivio de sus síntomas o de sus problemas sociosanitarios [...]</p> <p>PS20: Bueno, yo creo que es una de las cosas importantes [...] Normalmente con la cultura uno también se puede interrelacionar con la gente, paciente, gente en general.</p>
Bastante	1	5 %	PS2: Vale, hombre, la verdad es que bastante.
No, siempre y cuando sea un impedimento para la comunicación	1	5 %	PS1: Yo, considero que cualquier persona es lo mismo tanto si es de aquí como si es de otro lado. No tiene importancia. Sí tiene importancia si no nos entendemos, eso sí [...]

Así como se observa en la Tabla 5, se detectan cinco categorías diferentes que pueden considerarse niveles, siendo la primera categoría el nivel superior, la segunda el siguiente, la tercera y cuarta categoría el tercero y finalmente, la quinta, el cuarto nivel. De ellas se estima relevante comentar lo siguiente:

En primer lugar, de los veinte profesionales entrevistados, solo dos respondieron que la cultura es un aspecto indispensable en su labor profesional, representando así al 10 % del total. Por una parte, el PS12 apuntó que el desconocimiento de la cultura del paciente impide poder llevar a cabo una exploración completa e integral, lo cual puede provocar no descubrir la causa del problema médico que presenta. Por otra parte, el PS19 hizo referencia a la barrera que impide realizar correctamente su profesión.

La siguiente categoría, en la que el personal le otorga mucha importancia a este aspecto, representa un 60 %. Entre las razones que propusieron se encuentra, por un lado, la del PS9 que señaló que la cultura es la base de una sociedad y que, por consiguiente, la interacción entre las

personas viene determinada por ella. Por otro lado, el PS11 indicó que no solo es muy importante para la interacción social sino también para determinar el tratamiento médico adecuado para el paciente.

En el tercer nivel, se encuentra el grupo que considera que es importante, el 20 %, o bastante importante, el 5 %, sin hacer mucho hincapié en ello. Los argumentos son similares a los ofrecidos por la categoría anterior, es decir, porque influye en la atención sanitaria, es parte de la persona y es un elemento que se debe tener en cuenta en la interacción.

Por último, el cuarto nivel, que representa un 5 %, recoge la repuesta del PS1 que manifestó que solo es importante si conlleva un impedimento para una buena comunicación, esto es, si provoca que haya una barrera idiomática.

Tabla 6

Respuestas de la pregunta 2

¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Mucho	1	5 %	PS3: Mucho.
Sí	10	50 %	PS2: Sí, yo creo que sí.
			PS6: Sí.
			PS9: Pienso que puede condicionar la actividad profesional, uno cuando trabaja tiene que ser profesional y ser objetivo y no dejar que prejuicios o aprendizajes antiguos o costumbres que forman parte de la cultura de uno propio influya a la hora de atender a un paciente [...]
			PS10: Sí, sí, sí que condiciona porque muchas veces nos tenemos que poner en el lugar del paciente y muchas veces es difícil sobre todo si desconoce su cultura [..]
			PS11: Sí. Creo que sí.
			PS12: La cultura también claro para todo, para la sanidad y para todo, absolutamente.

			PS13: Sí, claro, condiciona mi labor.
			PS15: Sí, siempre.
			PS17: Sí, bueno porque vengo de otro lugar que no es Europa y creo que me condiciona también porque he tenido la suerte de trabajar dos veces en [país]... [...]
			PS18: Evidentemente que sí.
Un poco	2	10 %	PS1: Todos tenemos sesgos, supongo que sí, supongo que un poco, pero que yo me haya dado cuenta y que sea consciente, de forma consciente, no.
			PS4: Intento que no, pero un poco sí creo que nos condiciona. Intento que no influya en nada, pero creo que sin querer muchas veces sí que condiciona.
No	7	35 %	PS5: No, yo creo que no.
			PS7: No.
			PS8: No.
			PS14: No.
			PS16: La cultura propia no, no me condiciona.
			PS19: No.
			PS20: No.

Así como se refleja en la Tabla 6, se observaron cuatro categorías:

De los once que respondieron afirmativamente a si su cultura les condiciona en su labor profesional, el 55 %, existen dos categorías, «mucho» y «sí». Solo una persona consideró que la influencia de esta era mucha, representando un 5 %, mientras que los diez restantes, 50%, se limitaron a responder que sí. El PS10 indicó que muchas veces deben ponerse en el lugar de la otra persona, pero que, si se desconoce su cultura, resulta muy difícil. El PS17 comentó que por venir de un lugar distinto al que trabaja y haber tenido experiencias profesionales en otros

lugares del mundo, inevitablemente había una influencia en su actividad. Y, finalmente, el PS9 argumentó que, aunque sí puede condicionar, es imprescindible mantener la profesionalidad y evitar cualquier tipo de interferencia.

La tercera categoría se forma por los dos entrevistados, el 10 %, que pensaban que sí condicionaba, pero solamente un poco y de manera inconsciente.

Finalmente, los que respondieron negativamente representan el 35 % y no aportaron justificación alguna.

Tabla 7

Respuestas a la pregunta 3

¿Había reflexionado alguna vez al respecto?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Muchas veces	4	20 %	PS9: Sí, muchas veces.
			PS12: Sí, sí. De hecho, antes de urgencias también trabajaba en un centro, lo digo porque a lo mejor tengo más tiempo trabajado en la atención a pacientes de esta zona que hay mucha inmigración y me suponía un gran problema [...] pero sí he reflexionado muchísimas veces, muchísimas.
			PS13: Sí, claro, he reflexionado mucho [...]
			PS19: Sí, muchas veces.
Sí	7	35 %	PS3: Supongo que sí, supongo que sí, sí.
			PS6: Sí.
			PS7: Sí, claro.
			PS8: Sí.
			PS10: Sí, sí, sí porque muchas veces te encuentras en situaciones que no entiendes y por cultura no entiendes, [...] para ellos es una cosa normal y para nosotros muchas veces no lo es.
PS11: Sí.			

			PS17: Sí.
Pocas veces	1	5 %	PS18: Pocas veces.
No	8	40 %	PS1: No, reflexiono más en cómo les pueda ayudar y en qué necesitan para curarse que sobre su cultura.
			PS2: No, la verdad es que nunca.
			PS4: No, sinceramente no es algo que hablemos incluso con los propios profesionales de la salud [...]
			PS5: No. Te soy sincera.
			PS14: No.
			PS15: No.
			PS16: No, es la primera vez.
			PS20: No me he puesto a pensar realmente, pero...no, no me he puesto a pensar.

Tal y como muestra la Tabla 7, se extrajeron cuatro categorías, que en este caso representan dos niveles.

En el primer nivel, se recogen los que respondieron que sí habían reflexionado sobre este aspecto. Por un lado, un 20 % afirmó que lo había hecho muchas veces, siendo la razón del PS12 que el hecho de haber estado tanto tiempo trabajando en entornos multiculturales y haberle supuesto muchos problemas, ocasionó que reflexionara mucho sobre el tema. Por otro lado, un 35 % respondió que sí y únicamente el PS10 proporcionó un motivo, el cual era que el haberse hallado en situaciones en las que no comprendía ciertos comportamientos y actitudes de los pacientes por diferencias culturales le había provocado que reflexionara a menudo sobre el tema. Finalmente, solo el PS18, que representa 5 %, indicó que había reflexionado sobre ello pocas veces.

En el segundo nivel, se encuentran los que respondieron que no, un 40 %. El PS1 comentó que sus reflexiones iban más enfocadas a averiguar de qué manera médica les podía proporcionar ayuda que en su cultura, mientras que el PS4 indicó que no era ni un tema que se tratara de manera común entre los compañeros.

4.1.2. Variable 2

La segunda variable que se ha sido objeto de estudio, tal y como se indica en la Tabla 2, es la necesidad de formar a los profesionales sanitarios para llegar a adquirir las competencias interculturales e instruirles en un concepto muy importante dentro del ámbito sanitario, y en otros ámbitos de la administración pública, que es el llamado «humildad cultural» (Tervalon y Murray-García, 1998 como se citó en UNESCO, 2017).

Por una parte, las competencias de cualquier tipo requieren un proceso de aprendizaje, ese aprendizaje puede ocurrir de manera consciente o inconsciente, pero sucede. Con la competencia intercultural existe una dificultad mayor y es que en algunas ocasiones es necesario olvidar lo aprendido para poder incorporar nuevos conocimientos y adoptar nuevas actitudes que con los aprendizajes anteriores no son compatibles (UNESCO, 2017).

Por otra parte, la «humildad cultural» no solo es importante practicarla por el hecho de estar relacionada con la adquisición de las competencias interculturales, sino también por abogar por la desaparición de la diferencia de poder entre los participantes de los encuentros que tienen lugar en la administración pública en general y el ámbito sanitario en concreto.

A continuación, se recogen en la Tabla 8 y en la Tabla 9 el bloque de preguntas teniendo en cuenta esta variable y las respuestas del personal sanitario.

Tabla 8

Respuestas de la pregunta 1

¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Sí	1	5 %	PS11: Sí.
No	19	95 %	PS1: ¿Humildad? No.
			PS2: Nunca había oído este concepto, pero de algún modo me imaginaba que era algo relacionado con la cultura, pero no lo había oído, así como tal.
			PS3: No.
			PS4: No. Me imagino por dónde va, pero no lo había escuchado.

			<p>PS5: ¿Humildad? La gente es muy desconfiada, son muy desconfiados, no vienen con humildad, vienen con desconfianza...</p>
			<p>PS6: No.</p>
			<p>PS7: Humildad cultural, ¿A qué se refiere? A ser...</p>
			<p>PS8: No.</p>
			<p>PS9: Bueno, no lo había oído nunca [...] pienso que debe ir en contra del egocentrismo, de pensar que mi propia cultura no es superior al resto de las demás, sino que es una más dentro de una cesta donde hay muchas y no tiene por qué ser la mejor.</p>
			<p>PS10: No.</p>
			<p>PS12: La verdad es que no lo había oído nunca.</p>
			<p>PS13: No, bueno el concepto como así, no, pero a lo mejor lo que la frase envuelve a lo mejor sí, pero no.</p>
			<p>PS14: Sí, lo que pasa que a veces se hace difícil, hay momentos en que tú dices me siento cómoda avasallada, entonces y si seguimos siendo humildes, hay sectores... siento que tenemos que ser más reactivos, aunque usemos la razón y los sentimientos, pero hay momento en que tú tienes que reaccionar porque me siento como atropellada.</p>
			<p>PS15: No.</p>
			<p>PS16: Bueno, no lo conozco, pero vamos en él yo creo que lo practico. Eres humilde cuando estás con una persona que no tiene tu misma cultura, intentas explicarle lo que aquí se hace para que se integren en esta cultura.</p>

			PS17: No, pero creo que tiene que ver también la inseguridad que puede tener una población cuando está en otro sitio y en otro lugar y de sentirse a lo mejor un poco desprotegida porque no es su país.
			PS18: No.
			PS19: No.
			PS20: No.

Como se puede observar en la Tabla 8, la gran mayoría del personal del Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Inca desconocía por completo el concepto de «humildad cultural». Mientras solo una persona respondió afirmativamente, el resto, suponiendo el 95 % del personal, reconoció no haber oído nunca dicho concepto. Sin embargo, aunque no estuvieran familiarizados con él, algunos de ellos ofrecieron definiciones que se considera relevante comentar porque a través de ellas se puede entrever si, aunque no conocen el concepto, ponen en práctica en su día a día lo que el concepto intenta transmitir.

Por un lado, en el caso de la respuesta del PS5, se puede afirmar que se está partiendo de la base de que las personas que se deben comportar con humildad son los usuarios. Se puede señalar que es una actitud totalmente contraria a por lo que aboga el concepto debido a que se trata de defender igualdad de poderes y no avivar la desigualdad inherente por las condiciones en las que se encuentra cada parte. En este caso, se podría considerar que no se practica.

Por otro lado, el PS14 defendió que conoce el concepto, pero que considera que no es factible debido a la presión que algunos usuarios ejercen durante las consultas médicas. Teniendo en cuenta que el concepto trata sobre la autorreflexión y la autocrítica además de la voluntad de equilibrar los poderes de los participantes, se puede afirmar que no conoce realmente lo que significa y que tampoco lo practica.

Finalmente, en los casos del PS9, el PS16 y el PS17, a través de las definiciones aportadas, se puede ver que, de manera inconsciente, sí ponen en práctica lo que se intenta conseguir a través de la propagación del concepto. En el caso del PS9, la definición se centró en reflexionar y ser conscientes de que la cultura propia no es la única existente y que tampoco es la mejor, es una más dentro de un gran abanico de diversidad, es decir, no considerarse superiores. Otra, la del PS16, se enfocó a la integración del paciente en la cultura del país para que de esta manera pueda desenvolverse con mayor seguridad y conocimiento dentro de la

nueva comunidad a la que pertenece, esto es, promover la igualdad de condiciones. Y, por último, la definición del PS17 estuvo relacionada con la inseguridad que pueden sentir las personas que están fuera de su país por el hecho de encontrarse en un sitio en el que se sienten desprotegidos por no ser nacionales de él, definición que vislumbra la autorreflexión de dicho profesional.

Tabla 9

Respuestas de la pregunta 2

¿Ha recibido formación en su centro de salud en enfoques interculturales en la atención sanitaria? ¿En qué ha consistido?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Sí	3	15 %	PS9: Sí. Sobre dietas en función de la cultura [...] en cuanto al tipo de religión sí [...] recibir comunicación acerca del Ramadán para tener en cuenta que los pacientes musulmanes que van a venir están haciendo el Ramadán [...] Después de la manera interaccionar de ellos, de cómo eran las familias [...] También de idioma [...] hace un par de años nos repartieron bueno era un librito y te ponían algunas frases y cómo se escribían en árabe y cómo se pronunciaban para poder mejorar la comunicación.
			PS13: Sí, sí, sí. Hablamos de la cultura marroquí, del Ramadán. Claro durante el Ramadán se hacen muchos ayunos [...], dar consejos sobre qué alimentos tienen que tomar, etcétera. Sí, hemos recibido.
			PS19: Sí, hemos hecho algún cursillo hace tiempo, pero nos intentan reciclar, lo que pasa que no con la frecuencia que se desearía, pero sí algo hemos recibido.

			Charlas sobre cuál es la problemática normal de un centro de salud para con gente de otros países.
No	17	85 %	PS1/2/3/4/5/7/8/11/14/15/16/17/18/20: No.
			PS6: Si lo han hecho, tampoco he ido eh. Quiero decir que quizás lo han propuesto, pero yo siempre me inclino por electros y reanimaciones.
			PS10: No, no he recibido formación [...] Sí que he tenido la opción de tenerla [...] No los he hecho, he hecho otro tipo de cursos, pero estos no.
			PS12: No, es super interesante, pero no.

Tal y como se muestra en la Tabla 9, la mayoría de los entrevistados no han recibido formación sobre aspectos interculturales mientras que unos pocos afirman haberla recibido o, al menos, haber tenido la opción de hacerlo.

En el caso de los profesionales que respondieron afirmativamente, que representan el 15 % del total, se detectan dos contenidos diferentes, pero que a la vez están interrelacionados. El PS9 y el PS13 afirmaron haber sido formados sobre aspectos religiosos, alimentarios e idiomáticos de los seguidores del islam. Además, ambos hacen referencia a la temporada en el que los fieles practican el Ramadán, un hecho a tener muy en cuenta por los ayunos que deben realizar y las consecuencias que acarrea para la salud. Y el PS19 indicó que había recibido charlas sobre las problemáticas comunes que existen en los centros de salud a los que acuden personas de procedencias culturales muy diversas.

Por otro lado, de los diecisiete profesionales que afirmaron no haber recibido formación, es decir, el 85 % de la plantilla, dos de ellos, el PS10 y el PS6, reconocieron que la opción la habían tenido, pero que habían optado por cursos que trataran de otros temas, mientras que el PS12 manifestó su interés por recibir algún tipo de formación de ese tipo.

4.1.3. Tendencias y necesidades

Tras el análisis de las dos variables que se extraen de la dimensión 1, se pueden establecer las siguientes tendencias y necesidades:

Por una parte, dado que el 95 % de los entrevistados sí reconoce la importancia de la cultura en general en su labor como sanitarios, el 65 % es consciente de la influencia que ejerce la propia en la actividad profesional y el 60 % admite haber reflexionado sobre ello se puede afirmar que, en general, un 75 % del total cumple con uno o varios aspectos que suponen estar en proceso de lograr poseer la autoconsciencia que, tal y como se ha mencionado anteriormente, es uno de los primeros pasos para desarrollar las competencias interculturales.

Por otra parte, se observa que hay una evidente carencia en cuanto a la formación recibida con enfoques interculturales ya que de los diecisiete profesionales que respondieron negativamente, solo dos admitieron haber rechazado la opción mientras que el resto mantuvo que nunca se les había ofrecido formación de ese tipo. Como ya se ha indicado, la formación es un aspecto clave para poder desarrollarlas, por lo tanto, se detecta la necesidad de una mayor involucración por parte de la administración pública.

4.2. Dimensión 2

De acuerdo con Rodríguez et al. (2013), el CGE (2022), y Rey-Gamero y Acosta Martínez (2013), una de las competencias esenciales que deben poseer los profesionales sanitarios es la habilidad de saber cómo relacionarse con los pacientes y con otros profesionales. En gran parte se debe a que en su día a día son transmisores de mensajes que pueden provocar un gran impacto en las personas que están tratando o requieren ayuda o consejo de otros profesionales, pertenecientes a la misma especialidad o no, para poder brindar la mejor atención posible. Estas interacciones, ya complicadas de por sí en algunas circunstancias, se dificultan más cuando un participante no comparte la misma cultura ni lengua que el otro. Por lo tanto, se debería hacer uso de todos los recursos y todas las herramientas, tanto internos como externos, disponibles para asegurar una comunicación productiva y ventajosa para ambas partes. Para lograr poseer esta competencia, en este caso enfocada a la interculturalidad, se han identificado tres variables que, en función de su presencia, determinarán el nivel de adquisición de ella.

4.2.1. Variable 3

La tercera variable que se ha estudiado es la «escucha activa» que, según Bustamante – Asociación MATIZ (2020), significa mantener una comunicación basada en la empatía y el respeto, siempre teniendo en mente la naturaleza bidireccional del encuentro comunicativo. En el caso sanitario, y más concretamente en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria

(SUAP) de Inca, se podría entender como reconocer que el paciente inmigrante merece ser escuchado y comprendido.

A continuación, en la Tabla 10, la Tabla 11 y la Tabla 12, se presenta el bloque de preguntas y respuestas obtenidas para determinar el nivel de cumplimiento de esta variable.

Tabla 10

Respuestas de la pregunta 1

¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Mucha	6	30 %	PS1: Mucha, lo que pasa es que yo les hago muchas preguntas [...] tienes que indagar [...] a veces dentro de las culturas, cuando vas viendo que ellos no lo consideran lo mismo o bien por la barrera idiomática tienes que perder un poquito más de tiempo a la hora de hacer las preguntas, si quieres realmente saber y poder ayudarle [...]
			PS2: Mucha.
			PS8: Mucha.
			PS11: A ver yo en principio le doy toda la importancia porque es una persona que se supone que viene porque tiene un problema médico y yo puedo ayudarla. También depende de su actitud y otros condicionantes, pero importancia, toda. O sea, no porque siga un patrón que más o menos se repite le doy menos importancia porque no siempre es así, por tanto, intento escuchar y entender bien lo que me dice.
			PS14: Mucha porque es de ahí de donde sacamos la información para saber qué hacer. [...]

			PS17: Mucha, es un paciente que tienes enfrente y lo que él te diga no creo que lo diga para obtener nada a cambio o igual que otro tipo de paciente que a lo mejor dice que le duele la espalda, porque le duele, y dice que quiere una baja médica... cuánto es de intenso ese dolor o cómo de severo es el problema anatómico para necesitar la baja médica o no... [...]
Tiene	1	5 %	PS10: Pues la tiene... muchas veces vienen y hay mucho sufrimiento. Hay alguno que te coge un poco de confianza y ves que hay mucha ansiedad, mucho dolor, hay historias muy duras detrás de ellos, no todos, pero muchos sí.
La misma	5	25 %	PS6: La misma que le daría a otro, es que no le veo la diferencia.
			PS7: La misma que los de cualquier otra persona.
			PS12: Igual sea un paciente de un sitio o de otro, es igual.
			PS15: Como a los de cualquiera, ni inmigrante ni no inmigrante, es su palabra y es nuestra herramienta de trabajo, cuando hacemos una anamnesis es su palabra la que nos va guiando para realizar un diagnóstico.
			PS18: Intento dar la importancia que tienen y la misma que daría al testimonio de otra persona que no es inmigrante, en principio...
Le otorgan credibilidad	3	15 %	PS3: Pues, real lo que sea lo que me digan.
			PS9: Yo siempre me creo lo que me cuenta el paciente, sea inmigrante o no sea inmigrante, el paciente me cuenta una historia. Otra cosa es que vea contradicciones porque después no se refleje eso que me ha contado en su estado

			<p>general, pero no va en función de que sea inmigrante o no inmigrante. De entrada, haces una anamnesis del paciente, pero también tienes que valorar lo que te cuenta el paciente. Es decir, de entrada, doy por sentado que el paciente viene a solicitar una atención sanitaria y lógicamente querrá lo mejor para él y me va a ir contando la verdad, no me va a mentir.</p> <p>PS13: Bueno, yo creo que éticamente lo que dice el paciente es lo que realmente es, no tenemos medio de demostrar que lo que está diciendo el paciente no es real. O sea, éticamente lo que el paciente dice es lo que es y, bueno, si es de forma reiterativa, ya hay medios para ver si no es realmente lo que está diciendo o, por ejemplo, un dolor lumbar que el paciente viene cada día cada día cada día, hay que ver si realmente es así, la actitud la forma, etcétera.</p>
Bastante y por comprobar	2	10 %	<p>PS4: Bastante.</p> <p>PS20: Creo que al final ya sean creíble o no creíbles, porque muchas veces te pueden dar testimonios no correctos, pues obviamente dices... pero de todas maneras tú sacas un poco la conclusión de la forma de expresión, la forma de actuar del paciente puede inspirar... simplemente es un testimonio que puede ser real o no.</p>
No le otorgan credibilidad	3	15 %	<p>PS5: Pues si te digo la verdad, yo creo que va por países, hay países que te dan más credibilidad que otros. Yo te digo, por ejemplo, para mí los argentinos tienen muy poca credibilidad, es que es así, para mí son unos</p>

			mantas y los musulmanes, los moros, también creo que a veces van con mucha puñetería y mentira, también lo pienso.
			PS16: Pues es que es difícil a veces. Yo creo que a veces si no entienden, no puede ser un testimonio fiable y a veces ellos tampoco te pueden entender lo que les preguntas. Yo creo que a veces también les puede dar vergüenza, depende de en qué temas puede que a lo mejor también la vergüenza les pueda condicionar a explicar su malestar o...
			PS19: Bueno hay que entenderlos porque, por ejemplo, hablando ya de la barrera idiomática, ellos muchas veces te contestan con monosílabos de sí o no para intentar no parecer tontos, te dicen sí, sí, sí lo he entendido, pero a lo mejor no lo han entendido. En este sentido, intento desglosar si esto ha ocurrido o no.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 10, se puede considerar que hay diversos puntos de vista con respecto a lo que los pacientes inmigrantes transmiten durante la anamnesis. A continuación, se mencionan las respuestas más relevantes y que a través de las cuales es posible determinar la tendencia mayoritaria.

De los veinte profesionales entrevistados, solo seis respondieron que eran muy importantes los testimonios de estos pacientes, representando un 30 % del total. Entre los razonamientos que sustentaban su respuesta encontramos diferentes enfoques que se considera relevante mencionar. Por una parte, el PS1 mantuvo que es muy importante el testimonio, pero que también lo es indagar en profundidad y hacer muchas preguntas para asegurarse de estar entendiendo bien lo que le sucede. Por otra parte, el PS11 manifestó que es indispensable analizar las actitudes, escuchar bien y entender para poder seguir con el diagnóstico. Seguidamente, el PS14 afirmó que son de mucha importancia porque es la herramienta de la que disponen para saber cómo proceder con el tratamiento médico. Y, finalmente, el PS17 dio

por sentado que el paciente no tiene intenciones escondidas por lo que se le debe otorgar mucho valor a sus palabras.

En el caso del PS10, el único entrevistado que consideró que tiene importancia, sin ninguna otra calificación, su argumento fue que es importante por todo el sufrimiento que transmiten muchos de los pacientes inmigrantes.

Por otro lado, se encuentran aquellos que respondieron afirmando que no tienen ni más importancia ni menos que los de un paciente que no sea inmigrante. Esta categoría la componen cinco profesionales, siendo un 25 % del total.

En el siguiente bloque de respuestas, se hallan las de los tres profesionales, el 15 %, que directamente afirmaron otorgarle toda la credibilidad desde el primer momento. Mientras que el PS3 no aportó ningún comentario a su afirmación, el PS9 y el PS13 manifestaron que el testimonio se podrá comprobar con base en la existencia de contradicciones en la historia o la falta de correspondencia entre lo expresado y el estado de salud que presenten, siempre afirmando que su condición de inmigrante no es un factor que se deba tener en cuenta para estar atentos a dichas contradicciones, sino que es algo común en cualquier anamnesis.

Posteriormente, se muestran las opiniones de los dos profesionales que indicaron que son o bien bastante importantes, el PS4, o bien un aspecto que se debe comprobar mediante la forma de expresión y las conclusiones que se sacan de ellas.

Por último, se presenta la categoría a la que pertenecen las respuestas de aquellos que reconocieron no darle credibilidad al testimonio, un 15 %, por tres motivos principales. En primer lugar, se encuentra la respuesta del PS5 que afirmó que existen algunas nacionalidades que ya de entrada le provocan desconfianza porque cree que le mentirán. En segundo lugar, el PS16 comentó que, dada la falta de comprensión del idioma que algunos pacientes demuestran, es muy probable que no entiendan las preguntas y, en consecuencia, no respondan correctamente. Además, este profesional añadió que en algunas ocasiones tiene la sensación de que sienten vergüenza y no se sinceran del todo sobre el problema o las circunstancias causantes del él. Y, finalmente, el PS19 indicó que la barrera idiomática afecta a la fiabilidad del discurso del paciente porque no comprenden de lo que se está hablando y, por lo tanto, siente la necesidad de tener que averiguar si esto está ocurriendo o no.

Tabla 11

Respuestas de la pregunta 2

¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?
--

Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Sí	15	75 %	PS1/3/5/7/8/9/10/11/13/14/15/17/18/19/20: Sí.
Sí y mención de la barrera idiomática	3	15 %	PS4: Sí, lo que ocurre es que a veces la barrera idiomática que por ejemplo pueda tener la persona influencia mucho y no podemos acabar de dar el trato que querríamos dar o las indicaciones y las ayudas terapéuticas porque no puedo tener una expresión clara con la persona, o ellos no nos entienden, muchas veces ocurre esto, que es más la barrera idiomática con la persona que no la diferencia cultural en sí. La barrera idiomática no nos permite acabar de dar las indicaciones.
			PS12: Si lo entiendo, sí. Es que claro, fundamentalmente es el idioma, para mí la barrera fundamental es idiomática, con lo cual, sí, claro, escucha activa siempre, incluso más porque puedo no entenderle y tiene que ser más activa.
			PS16: Sí, intentas mantener una escucha activa, pero claro a veces sucede eso, es que el tema de la anamnesis a veces es complicado porque hay personas que no hablan nada nada de castellano, nada de mallorquín, es imposible.
Creen que sí	2	10 %	PS2: Sí normalmente sí, creo que sí.
			PS6: Sí, creo que sí.

Tal y como se muestra en la Tabla 11, el porcentaje de respuestas afirmativas se podría considerar de un 100 %, sin embargo, existen algunos matices en la manera de responder que pueden indicar que no mantienen una escucha activa total.

Por un lado, se encuentran los quince profesionales, siendo el 75 %, que respondieron con un sí rotundo, hecho que lleva a pensar que están muy seguros de poner en práctica todo aquello necesario para estar escuchando activamente.

Por otro lado, se presentan aquellos profesionales que además de responder afirmativamente, añaden algunos comentarios que se considera relevante mencionar, representando un 15 %. En primer lugar, el PS4 y el PS16 señalaron que la escucha activa solo la ven posible si pueden entenderse con el paciente, pero que, de lo contrario, es muy complicado poder comunicarse y, por lo tanto, no pueden brindar la atención ni la escucha que desearían. Y, en segundo lugar, se encuentra la respuesta del PS12 en la que afirmó que es incluso más activa debido a la barrera idiomática porque se debe esforzar más para poder comprender.

Finalmente, se encuentran el PS2 y el PS6, el 10 %, que respondieron de manera afirmativa, pero con poca seguridad, lo cual lleva a pensar que es posible que no siempre mantenga una escucha activa.

Tabla 12

Respuestas de la pregunta 3

¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Positiva, con predisposición para superar las barreras, empática	10	50 %	PS1: La mía, bueno, siempre es a la expectativa de ver qué es lo que puedan necesitar y cómo les pueda ayudar en relación con el problema actual de salud, quiero decir, es escucha activa de saber a ver qué es lo que precisan en este momento y entonces ser muy claros sobre cuál es la actuación que podemos hacer conjuntamente, establecer objetivos. Con los hijos también porque a veces viene gente mayor, necesitan que los acompañen y necesitan que se lo traduzcan, los hay que ya entienden, pero si no, tienes que establecer entre todos la fecha para para volver, esto quizá

		<p>sea la diferencia que podamos hacer con otra persona mayor que viene cuando citamos [...]</p>
		<p>PS2: Bueno, la de intentar entender y comprender lo que el paciente me está explicando. Aunque sí que es verdad que muchas veces cuando hay una barrera idiomática con un paciente que no es de nuestra cultura, normalmente hago un esfuerzo por intentar entender o si viene acompañado de un acompañante que sí que entiende un poco más la lengua castellana o catalana, hago que pase con él para que haga un poco de mediador y poder comprender más el problema de salud que tiene el paciente.</p>
		<p>PS4: Intento siempre que sea una actitud abierta y positiva hacia el paciente. Intento, si puedo, recurrir a otra persona para que me pueda ayudar a comunicarme, todo lo que pueda hacer a favor de que nos podamos entender y tener una charla abierta y exponiendo temas abiertamente, lo intento.</p>
		<p>PS9: Bueno, intento mostrarme abierta y atenta a lo que me está explicando el paciente, lógicamente para que la conversación y la interacción sea lo más fluida posible y para que el paciente, de alguna manera, sienta empatía hacia mí y eso facilita la comunicación entre las dos. Entonces, yo intento dejar que el paciente hable y después sí que voy preguntando sobre cosas que no me han quedado claras [...]</p>
		<p>PS10: Para ellos, positivas. Hay algunas veces que hay inmigrantes que se han puesto a llorar, vienen por ansiedad, somatizan síntomas con</p>

			<p>dolor de estómago, cervicales y todo es ansiedad, están fuera de su territorio, los familiares los tienen lejos y para ellos sí, sí que es un sufrimiento, sí.</p> <p>PS11: Yo creo que intento y creo que consigo ser amable y educada, al menos lo intento. Y creo que intento empatizar bastante, arreglar y cuidar un poco a aquella persona el ratito que estamos juntos y darle una solución.</p> <p>PS12: Una actitud abierta y receptiva.</p> <p>PS15: Una actitud abierta, empática y siempre de escucha, y que sea con asertividad, eso sí nos lo han enseñado.</p> <p>PS16: Hombre intento ayudarles, aunque sea con señas.</p> <p>PS20: Primero escucho al paciente, escucho todo lo que manifiesta. Hacemos de ese intercambio que sea lo más productivo posible para sacar todo lo que a él le puede incomodar o todo lo que le afecta. Al final es empatía, ser empático con él para que me pueda contar todas sus necesidades.</p>
<p>La misma, pero consciente de la diferencia</p>	<p>1</p>	<p>5 %</p>	<p>PS13: Yo creo que como con otros pacientes, inclusive soy..., porque a lo mejor hay una barrera de idiomática pues hay que emplear más tiempo, a lo mejor hay que imprimirle la pauta de medicación y escribirsele a ver si realmente entiende. A lo mejor le aconsejo que venga con alguien que pueda traducir si no hablan bien porque normalmente te dicen sí, sí, sí y no están entendiendo nada de lo que te están diciendo y, bueno, eso es lo que hacemos.</p>

La misma	5	25 %	PS3: La misma que cuando no es inmigrante, en mi caso, sí, en serio.
			PS6: La misma que con todos.
			PS8: Bueno, la misma podría tener con cualquier paciente que tiene algún problema.
			PS17: Las actitudes se pueden mejorar porque en este tipo de prestación médica que realizamos es de urgencia, entonces, hay veces en que la anamnesis, los antecedentes de por qué empezó esto, nos lo saltamos, es incorrecto, pero es como le duele una pieza en la boca y tú vas directamente y dices, bueno, tiene que tomar antibiótico y tiene que sacar una cita con el dentista y ya está. [...] hay veces que no profundizamos en por qué ese problema médico, que no depende solo de él, no es resuelto.
			PS19: Yo igual que con una persona normal, no me pongo ni por encima ni debajo. Hago mi trabajo lo mejor que puedo.
La correcta	2	10 %	PS7: La correcta.
			PS18: Yo pienso que tengo una actitud buena, quiero decir adecuada, lo intento con todas mis fuerzas al menos...
Conciliadora, pero defensiva	1	5 %	PS14: Yo en general trato de conciliar, lo que pasa es que a veces se ponen agresivos y tú dices un momento, tengo que parar esto porque nos atropellan. Nos exigen cosas que no le podemos dar, que no es justo que se lo demos a unos y no se lo demos a todos. Todos son pacientes, no importa de dónde sean de España, de Latinoamérica, nórdicos o lo que fuera, todos son pacientes y hay que tener una actitud

			equilibrada y repartir lo que el Estado o la salud pública puede dar de forma equitativa entre todos, independientemente de la raza, de la religión, de donde venga, de la cultura.
Indiferente de manera negativa	1	5 %	PS5: Tranquila, indiferente, hago el trabajo, no me sobrepaso de simpática, pero procuro no ser estúpida tampoco.

Como se presenta en la Tabla 12, existen varias actitudes adoptadas por los profesionales durante los encuentros con los pacientes inmigrantes. Se podría afirmar que, a modo general, la tendencia es positiva debido a que los que muestran actitudes que favorecen la interacción tratan de superar las barreras y reconocen la necesidad de un esfuerzo mayor, representando el 55 %. A continuación, se destacarán las observaciones más relevantes de cada una de las respuestas en función de la categoría.

Por una parte, se encuentran los diez profesionales, el 50 %, que de maneras diferentes demuestran tener una actitud óptima que ayuda a la comunicación y la detección del problema de salud y, en consecuencia, se podrá proporcionar una atención muy satisfactoria. Las principales maneras de definir sus actitudes son: abierta, positiva, empática y predispuesta a superar las barreras que existan. En primer lugar, el PS1, el PS2 y el PS4 mantuvieron que recurren a familiares, amigos o cualquier persona que esté disponible en ese momento para poder comunicarse con el paciente y averiguar con exactitud el problema médico por el que viene a la consulta. En segundo lugar, el PS9 y el PS20 sostuvieron que su actitud es la de respetar el turno de palabra del paciente, dejándole todo el tiempo que necesite, y escuchar con atención. Además, ambos añadieron que la empatía desempeña un papel muy importante en esos encuentros. En tercer lugar, la respuesta del PS10 demostró cierto nivel de compasión hacia ellos por las diferentes duras historias que le han ido contando a lo largo de su carrera y, por ese motivo, siempre mantiene una actitud positiva con ellos. En cuarto lugar, el PS11 y el PS15 señalaron que empatizan con los pacientes que tienen enfrente, añadiendo el PS11 que intenta cuidar de esa persona el tiempo que están juntos y el PS15 que en todo momento escucha con asertividad. Seguidamente, se presenta la respuesta del PS12 que aseguró mostrarse receptiva y el PS16 que manifestó intentar ayudar, aunque sea con señas.

En la siguiente categoría, se encuentra el PS13 que, aunque afirmó que su actitud es como la que mantiene con otros pacientes, también añadió que es consciente de la dificultad

añadida que puede conllevar la comunicación deficiente y, por lo tanto, lleva a cabo algunas acciones que con un paciente no inmigrante quizás no serían necesarias.

Por otra parte, se presentan las respuestas de los cinco profesionales, el 25 %, que declararon adoptar la misma actitud con todos los pacientes que visitan. Solamente el PS17 reconoció y lamentó no realizar algunas indagaciones más profundas para averiguar el origen de ese problema médico debido al ritmo de inmediatez característica de los servicios de urgencias.

Seguidamente, se muestran las respuestas de los dos profesionales que afirmaron comportarse de manera correcta. Mientras que el PS7 no aportó ningún otro comentario, el PS18 demostró voluntad sincera para conseguirlo.

En quinto lugar, el PS14 defendió que su actitud es conciliadora, pero en su respuesta se puede entrever que parte de la base de que los pacientes inmigrantes por sistema vienen con ciertas exigencias que a su modo de ver dificultan mantener la mencionada actitud conciliadora.

Y, finalmente, en la categoría de «indiferencia» se encuentra el PS5 que, aunque señaló que se muestra tranquila, también reconoció que no es excesivamente simpática y que trata de no comportarse de una manera poco amable.

4.2.2. Variable 4

La variable que se ha analizado en cuarto lugar es la «retroalimentación». Este concepto pretende poner de relieve la importancia de interesarse por las opiniones de las personas a las que se ha atendido para, de esta manera, favorecer al desarrollo de las capacidades necesarias para conseguir una comunicación óptima en entornos en los que interactúan personas de diferentes culturas (RNAO, 2011).

A continuación, en la Tabla 13 se presentan las respuestas a las preguntas formuladas para evaluar de qué manera gestionan los profesionales sanitarios entrevistados este aspecto de la comunicación intercultural.

Tabla 13

Respuestas de las preguntas 1 y 2

<p>1) ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?</p> <p>2) ¿Le da o le daría importancia?</p>

Categoría	Número de respuestas	Porcentaje de la pregunta 1	Respuesta
Sí	7	35 %	PS4: 1) Sí, yo intento por ejemplo cuando acabo una consulta hacer un <i>feedback</i> con la persona a ver si, por ejemplo, cree que puedo mejorar, pero lo hago con cualquier cultura, no sólo con los inmigrantes [...] 2) Sí, es súper importante.
			PS7: 1) Sí. 2) Bastante.
			PS10: 1) Sí, sí. Muchas veces lo preguntas y te lo dicen, otros están más distantes y no entran, pero otros sí. 2) Sí, claro, todo lo que digan los pacientes muchas veces le tienes que dar importancia porque quieras o no vienen a urgencias y en urgencias no conocemos a los pacientes, [...] pero en urgencias viene uno y otro, y no sabes exactamente qué les pasa, si te dicen la verdad, si no, si... [...]
			PS14: 1) Sí, es más, he intentado aprender a saludarles en su idioma, no sé como elemento integrador, a veces un saludo es la puerta de entrada a una buena comunicación. Lo que pasa es que, vuelvo a repetirte, hay grupos que son muy difíciles. 2) Sí.

		<p>PS15:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sí. 2) Mucha porque si el paciente no está de acuerdo con lo que decimos nosotros, difícilmente seguirá un tratamiento o un nuevo proceso diagnóstico que nosotros le propongamos y muchas veces es necesario saber qué piensa el paciente y de dónde viene culturalmente para entender. Aquí lo que más nos ocurre, sobre todo, es con los musulmanes en época de Ramadán, es muy complicado. De hecho, es inútil darles un tratamiento tres veces al día porque sabemos que no se lo tomarán. Eso si no lo sabemos desde el principio, no practicaremos buena medicina. Debemos intentar consensuar otros tipos de tratamientos para que ellos se lo tomen o quieran seguir un tratamiento o un proceso diagnóstico. Y si no sabemos que es Ramadán y no sabemos ciertas normas...yo, de hecho, sí que me he leído esa parte del Corán para saber qué puedo decir o qué no puedo decir porque muchas veces ellos tampoco lo saben. <hr/> <p>PS17:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) y 2) Sí, creo que aquel que trabaja de cara al público, en sanidad o en cualquier otro lugar, le gustaría que la opinión fuera la mejor o prestar ese servicio lo mejor posible para que esa persona se encuentre satisfecha del servicio que le han prestado. En cualquier lugar.
--	--	--

			<p>PS18:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sí. 2) Le doy la misma importancia que con una persona de aquí, lo intento.
<p>Sí, si ayuda con el problema de salud</p>	<p>1</p>	<p>5 %</p>	<p>PS6:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) y 2) Si la situación me lo pide para resolver el problema por el que el paciente está aquí, sí. Si la situación es ya meterme en su vida, no. Ahora si las preguntas que le pueda hacer como, por ejemplo, hemos tenido algún chico que está en un centro de acogida que tú ves que cada dos por tres viene, que empieza a presentar cortes y tú después te das cuenta de que este chico llegó en patera aquí y todo, pues claro que sí, quizás preguntes. E incluso le dices cuándo estarás de guardia para que venga y pregunte por ti para hablar, porque es una forma de poder atender a la población, también a los más jóvenes y vulnerables y tú entiendes su situación porque no es tan fácil. Por tanto, siempre he intentado estar disponible para todos, pero me da igual uno que los demás [...]
<p>No, pero siempre consulta antes de administrar tratamiento</p>	<p>1</p>	<p>5 %</p>	<p>PS9:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bueno, no hemos pasado ningún tipo de encuesta, pero sí que cuando les tengo que hacer algún tratamiento o alguna cura siempre les pregunto si les parece bien, por ejemplo, un corte que haya que suturar o si le voy a poner un inyectable, no le pido permiso, pero sí que le explico que le voy a poner un inyectable o le consulto si le

			<p>parece bien que se lo ponga, entonces, de alguna manera no invado su espacio.</p> <p>2) Sí. Es un respetar a esa persona como una persona que es, entonces, si hay que hacer algún tipo de técnica no puedo ir de cualquier manera y sin decirle nada o cogerle el brazo con el manguito y tomarle la tensión, no, hay que decírselo, pues ahora le voy a hacer esto y por ejemplo si es mirar la tensión, nadie te dice que no se la mires. [...] Es verdad que a veces te preguntan si no es posible hacerlo de otra manera, a veces sí y a veces no, el paciente tiene que saberlo.</p>
<p>Le interesa, pero no pregunta</p>	<p>5</p>	<p>25 %</p>	<p>PS2:</p> <p>1) Aquí en urgencias, la verdad es que no, no es que no me interese, pero sí es verdad que en un servicio de urgencias lo que haces es atender a los pacientes. No es como por ejemplo una consulta que tienes más tiempo y tienes una continuidad y un seguimiento con ese paciente. Aquí en urgencias es: viene un problema, viene una persona con un problema de salud que aquí en urgencias se intenta dar una solución, si nosotros no se podemos dar, se le deriva a otro hospital, por ejemplo, y realmente nosotros no tenemos una continuidad y un seguimiento con aquella persona, por tanto, es muy difícil saber la percepción del sistema de salud de personas de otros países.</p>

			<p>2) Hombre, sí, claro que sí [...] yo creo que es importante saber qué es lo que piensan del sistema de salud como cualquier otro ciudadano.</p>
			<p>PS8:</p> <p>1) Bueno, me importa, pero no me formo mucho en ese tema, la verdad.</p> <p>2) Sí, sí.</p>
			<p>PS12:</p> <p>1) Sí, o sea a lo mejor por mi trabajo no lo hago, pero interés, por supuesto, claro.</p> <p>2) Le doy importancia, sí.</p>
			<p>PS19:</p> <p>1) y 2) Bueno, nosotros hacemos guardias y después estamos un poco desconectados. No es como un médico de cabecera que hace un seguimiento y tal. Yo si fuese médico de cabecera pues, por supuesto, intentaría seguir y hacer este seguimiento, pero nuestro trabajo para esta pregunta... no sigo, quiero decir.</p>
			<p>PS20:</p> <p>1) Como normalmente tenemos muchos pacientes, es difícil. Me gusta escuchar al paciente, es importante que les escuches para que ellos se sientan bien. Incluso, más que la atención del tratamiento, quieren que les escuches un rato, por lo menos dos minutos, pero es tan rápida la consulta que al final no escuchas más. Si tuvieras un poco más de tiempo para poder escuchar y saber un poco más de la persona.</p> <p>2) Sí, sí.</p>

No	6	30 %	<p>PS1:</p> <p>1) Bien, la verdad es que en el servicio de urgencias o en el día a día que yo estoy en mi consulta no les vamos preguntando las opiniones porque, la verdad, mi agenda está tan llena que no, no tengo tiempo, tengo diez minutos por paciente, a veces cinco, y alguna vez les digo media hora porque necesito esa media hora, después me supone llevar un retraso, pero esa media hora la necesito para darles la información necesaria para que ellos puedan tomar decisiones sobre su tratamiento y puedan entender cuál es el tratamiento más adecuado según lo que nosotros entendemos y según lo que el médico ha prescrito. Entonces, no tengo tiempo en esta consulta o en urgencias de preguntarles las opiniones. No, no lo hago, la verdad.</p> <p>2) Hombre, claro, como a las nuestras.</p>
			<p>PS3:</p> <p>1) Lo cierto es que no he hecho ningún curso de cómo hacen allí las cosas y tal. Yo intento aplicar lo que hacemos aquí e intento que se adapten a lo que hacemos aquí. La verdad que no.</p> <p>2) Sí, sí, está claro.</p>
			<p>PS5:</p> <p>1) No.</p> <p>2) Hombre, sí.</p>
			<p>PS11:</p> <p>1) No. En realidad, yo no les digo si piensan que están bien atendidos o si se sienten</p>

			discriminados, pero sí que a veces me lo dicen.
			2) Sí, claro, mucha importancia. No sólo en mi trabajo, sino también en la cola del super.
			PS13: 1) Bueno es algo que hago poco. Si el paciente me lo reclama, a lo mejor doy una explicación, pero no es algo que vaya buscando. 2) Sí, claro.
			PS16: 1) No. 2) Hombre, yo creo que es importante saber cómo se encuentran ellos, cómo se sienten y si se sienten bien atendidos o si no se sienten bien atendidos. Creo que tampoco se ha hecho ningún estudio en el que se refleje cómo se encuentra el paciente inmigrante en el servicio de salud.

Tal y como se presenta en la Tabla 13, el 60 % de los profesionales no practica el ejercicio de retroalimentación con los pacientes a los que atienden. Sin embargo, la totalidad de los entrevistados mantiene que es importante conocer sus opiniones o percepciones.

A continuación, se presentan los diferentes argumentos más destacables proporcionados por los informantes en relación con sus respuestas afirmativas o negativas y el grado de importancia que le conceden a este aspecto.

Por un lado, los ocho sanitarios que respondieron afirmativamente, el 40 %, ofrecen diferentes respuestas de las que se extrae de qué manera intentan poner práctica este ejercicio.

En primer lugar, el PS4 y el PS10 mantuvieron que al finalizar la consulta preguntan abiertamente cómo consideran que ha sido la atención recibida, en el caso del PS4 porque se interesa por saber en qué aspectos debe mejorar mientras que el PS10 no menciona ese aspecto, pero se puede afirmar que está implícito en el acto de interesarse. En segundo lugar, el PS14

sostuvo que sí quiere conocer las percepciones de este grupo de la población y que incluso ha intentado aprender en su idioma los saludos iniciales para poder demostrar una buena predisposición y que se sientan integrados. Seguidamente, el PS17 indicó que, en su opinión, todo trabajador que esté en el ámbito de cara al público debe desear que las percepciones de la prestación del servicio sea la mejor posible. Y, finalmente, se encuentra el PS6 que apuntó que el único momento en el que formula preguntas más personales es cuando eso no significa entrometerse en su vida privada.

Por otro lado, de los doce profesionales, el 60 %, que respondieron negativamente, se obtienen diversas justificaciones que se podrían considerar una consecuencia del contexto en el que su interacción tiene lugar.

En primer lugar, se encuentra la respuesta del PS9, representando un 5 %, en la cual señaló que no se ha realizado ningún tipo de encuesta para conocer cómo se siente este grupo de pacientes, pero afirmó que durante la consulta se preocupa por informar y consultar al paciente en todo momento sobre los pasos que se están siguiendo en su tratamiento. En segundo lugar, se presentan las respuestas de los declararon que sí tienen interés por conocerlas, pero que no preguntan, un 25 %. Dentro de esta categoría se encuentra la justificación del PS2, el PS19 y el PS20 en la que expusieron que, debido a la naturaleza de su trabajo, es decir, en un servicio de urgencias es muy difícil realizar este ejercicio debido a la presión de la inmediatez del encuentro y la cantidad de personas que acuden. Además, el PS19 añadió que el hecho de hacer guardias, las cuales no tienen por qué ser seguidas, dificulta mucho hacer este tipo de seguimiento. Y, por último, de los seis informantes que respondieron que no sin hacer alusión a su interés, se recogen los que apuntaron que, aunque no preguntan directamente, los mismos pacientes se lo comentan y, en ese caso, el PS13 afirmó estar dispuesto a ofrecer algún tipo de explicación si la valoración por parte de la persona inmigrante es negativa. Además, dentro de esta categoría, se encuentra la respuesta del PS1 que reiteró, una vez más, la falta de tiempo del que dispone en sus consultas, haciendo referencia tanto a su trabajo en el servicio de urgencias como en el de horario de centro, es decir, en el horario de atención primaria regular.

Además, a través de esta pregunta formulada, se quiso investigar el nivel de importancia que le conceden a las opiniones o percepciones de este grupo de la población al que atienden.

Por un lado, de los ocho profesionales que respondieron que sí a la pregunta inicial, solamente dos le concedieron mucha importancia, tres lo consideraron importante, uno respondió simplemente con el adjetivo bastante y otro manifestó que son igual de importantes que las de los pacientes nacionales. Por otro lado, el profesional sanitario que afirmó interesarse

si considera que no es invadir su privacidad, también declaró que se encuentran al mismo nivel que las opiniones de los pacientes no inmigrantes. Seguidamente, de los entrevistados que reconocieron que sí sienten interés, pero no preguntan y de los que respondieron sencillamente que no, un total de once personas, ocho de ellos afirmaron que le conceden importancia, dos de ellos volvieron a asegurar que no están ni por encima ni por debajo de las del resto de la población mientras que solo uno indicó que le parecían muy importantes. Finalmente, el entrevistado que aseguró informar de todos los pasos del tratamiento en la consulta también le otorgó importancia a este aspecto.

Entre las razones proporcionadas por los informantes para justificar sus respuestas se encuentran, por una parte, la de que si el paciente no está conforme con el tratamiento prescrito es muy probable que no lo vaya a seguir, poniendo de ejemplo el caso de la época del Ramadán, en la que, según el PS15, es inútil prescribirles una medicación con una toma de tres veces al día porque saben que no se la tomarán y que, por lo tanto, hay que consensuar otros tipos de tratamiento si es posible. Por otra parte, el PS9 afirmó que consultar e informar es una cuestión de respeto que toda persona merece, venga de donde venga. Y, finalmente, el PS6 sostuvo que quizás a través de este interés por conocer sus percepciones se puede resolver el problema médico por el que ha acudido a la consulta.

4.2.3. Variable 5

Esta variable podría considerarse una de las que menos depende de los profesionales sanitarios en sí, sino de la administración pública como órgano dirigente de todo el sistema de salud español. A esta variable se la ha denominado «Materiales comprensibles para los pacientes», es una recomendación que afirma la necesidad de facilitar folletos o letreros que contengan información relevante para el paciente en su idioma y, de esta manera, conseguir que pueda comprenderlo sin dificultad (Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2001, como se citó en RNAO, 2011).

A continuación, se presentan las respuestas a las dos preguntas formuladas con el objetivo de averiguar en qué estado se encuentra la existencia de este tipo de material y en qué nivel de consideración se le mantiene. Dicha información se recoge en la Tabla 14.

Tabla 14

Respuestas de las preguntas 1 y 2

1) ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?
--

2) ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje de la pregunta 1	Respuesta
Sí	7	35 %	PS3: 1) No de todo. Creo que hay de lactancia materna y cosas así. En catalán y castellano y quizás en otras lenguas que puedes elegir. Sí, sí hay algo, no mucho. 2) Sí, sí, sí.
			PS4: 1) De adultos no tenemos casi nada. Tenemos quizás algún folleto de alimentación, pero te puedo decir que no. Y de pediatría sí tenemos un poco más de folletos en diferentes idiomas, pero sinceramente debería haber mucha más información desde mi punto de vista... 2) Sí, muy importante.
			PS8: 1) Supongo que sí, pero no lo sé seguro. 2) Sí.
			PS9: 1) Yo supongo que sí, pero no trabajamos con ello. 2) Bueno, nosotros a nivel de urgencias no hemos tenido mucho problema porque las personas que no hablan nuestro idioma suelen venir acompañadas de otra que sí lo habla, sus allegados familiares, a veces pueden ser amigos, pero normalmente son familiares que llevan aquí ya bastante tiempo residiendo y que hablan

			<p>perfectamente español y acompañan al paciente que desconoce nuestro idioma y hacen de traductor. Entonces, le comentas si le puede explicar esto y te fías de lo que el acompañante le cuenta.</p> <p>Podría ser importante, sí, es importante. Bueno, sería interesante si nos permitiera poder tratar mejor el tema directamente porque a veces me pregunto si le debe contar exactamente todo lo que le he dicho o le hace un resumen, seguramente se lo cuenta bien, pero a veces pienso que puede que en lugar de hacer una traducción de todo lo que estoy diciendo, hacen un resumen. [...] Claro, la comunicación es importantísima. No me había planteado esto, pero seguramente tener este material que nos permitiera una comunicación más directa con el propio paciente sí sería muchísimo mejor porque así pues le haríamos llegar exactamente lo que nosotros queremos que sepa.</p>
			<p>PS14:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hay algunas cosas. Pero yo no trabajo en este centro de forma permanente, quizás te lo puede contestar mejor otra persona que esté más en el centro. Hay integradores, lo que pasa es que nosotros los fines de semana no tenemos acceso. 2) Yo creo que sería importante, el asunto es que no tenemos los medios, no lo veo viable para los fines de semana [...]

			<p>PS15:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pienso que sí, que tenemos folletos así traducidos a varios idiomas y estarán en algún armario. 2) Sí, pero vaya, creo que lo importante es que las personas que están de cara al público sean personas abiertas y comunicativas. El tema del idioma y de la cultura realmente, en mi experiencia eh, da igual si sabes o no sabes, lo importante es que tu objetivo sea comunicar. Si ambos quieren comunicarse, no hay barrera idiomática. [...]
			<p>PS19:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sí. 2) Claro, imprescindible porque hay mucha gente que ya te digo que la barrera idiomática/cultural es total.
No	13	65 %	<p>PS1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Material adaptado si lo tenemos yo no lo he visto [...] 2) Yo, sé que hay, lo he visto, lo que no sé es si hay en este centro. Yo por ejemplo como que no me he encontrado aún con la necesidad porque la mayoría ya vienen con los hijos que saben o con la nuera. No lo he necesitado.
			<p>PS2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No. 2) Sí, sí por lo que hemos hablado, que sí es verdad que sobre todo aquí en Inca tienes mucha población que proviene de Marruecos y de partes cercanas a Marruecos y realmente tienes un problema

			<p>cuando hay una barrera idiomática, no puedes saber qué le pasa a esa persona, qué problema tiene. Pero bueno también tengo que decirte que a ver nosotros sí que hacemos un esfuerzo por intentar entender a aquella persona, pero también creo que los usuarios que tienen una barrera idiomática que vienen de otra cultura, también deberían hacer algo para integrarse un poco y poner de su parte para tratar de entender. [...]</p>
			<p>PS5:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Que yo sepa, no. 2) Sí, sí, yo creo que sí, que debería haber de eso porque si te viene una diarrea y tú le dices los alimentos por escrito, lo que puede comer o lo que no puede comer, si es una persona diabética y todo, [...]
			<p>PS6:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No. [...] 2) Sí, aquí a veces tenemos problemas porque no podemos entender bien a los pacientes y por lo tanto la anamnesis que tú le haces a veces no sabes si es fiable. Y tienes que salir a preguntar si vienen acompañados y aquí sí se pierde información, porque no es la misma información que me puede dar su hijo, que son los que normalmente me traducen [...]
			<p>PS7:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Que yo sepa no. [...] 2) Pues sí, ayudaría mucho. [...]
			<p>PS10:</p>

			<p>1) Bueno, había unos trípticos, lo que pasa que ahora ya no, con esto del COVID-19 no creo que haya trípticos, a lo mejor ahora volverán a empezar con los trípticos, había traducciones con las típicas frases de tienes dolor o eres alérgico, sí que había, pero antes del COVID-19, ahora no.</p> <p>2) Sí, claro siempre, y si no se usa el traductor de Google, pero sí, sí que es importante.</p>
			<p>PS11:</p> <p>1) No.</p> <p>2) Evidentemente.</p>
			<p>PS12:</p> <p>1) Sí, me consta que sí. Por ejemplo, sobre todo traducción. Pero nosotros en el servicio de urgencias no lo tenemos, no. Podemos adquirirlo en internet, o sea existe la herramienta informática del IB-SALUT, yo sé que hay consejos para pacientes, no hay mucha cantidad, pero algo hay si buscas en internet, lo podrías llegar a conseguir, pero no está facilitado por nuestra administración de una forma fácil y contemplada como algo importante que tiene que estar.</p> <p>2) Bueno, yo creo que sí, aunque del volumen de pacientes que vemos, no sean la gran mayoría, pero tener la posibilidad, sí. Es que, pues eso, es fundamental la comunicación.</p>
			<p>PS13:</p> <p>1) No.</p> <p>2) Sí, claro.</p>

			<p>PS16:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No, tampoco. 2) Pues sí, claro que sería importante, sí sería importante. [...]
			<p>PS17:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Debe de existir, pero yo no lo he visto [...] 2) Sí.
			<p>PS18:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Que yo sepa no. [...] 2) Sí, tal vez sí. Es que estas preguntas que me haces, no me las había planteado nunca y ahora que lo pienso...sí, deberíamos tenerlo.
			<p>PS20:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Que me hayan dado, no. 2) Yo creo que siempre de cualquier material o informe se podría sacar algo provechoso. Yo creo que sí sería importante tener siempre algo en papel, sí.

De acuerdo con los resultados mostrados en la Tabla 14, el 35 % del personal sanitario afirmó que sí se dispone de material adaptado culturalmente a los usuarios del servicio procedentes de otros países mientras que el 65 % restante mantuvo que no o que si está disponible no lo han visto nunca.

A continuación, se destacan las respuestas más significativas obtenidas durante la entrevista organizadas en dos bloques en función del aspecto analizado.

Por un lado, de los siete profesionales que respondieron de manera afirmativa se pueden obtener diversos comentarios que se considera relevante mencionar.

En primer lugar, el PS4 y el PS5 indicaron que los materiales de los que disponen en el centro en el horario del servicio de urgencias son folletos o documentos con información sobre lactancia materna o cuestiones de pediatría. En segundo lugar, tres profesionales, el PS8, el PS14 y el PS15, a pesar de mantener que existe dicho material, reconocieron que no saben dónde se encuentra. Posteriormente, el PS9 apuntó que, aunque está a su disposición, no se

trabaja con él. Y, finalmente, el PS19 respondió que sí sin mencionar nada con respecto a su uso u ubicación dentro del centro.

Por otro lado, de los trece entrevistados que forman parte del personal de este servicio de urgencias, encontramos tres grupos de respuestas mayoritarias.

En primer lugar, once de ellos respondieron simplemente que no existe dicho material. Seguidamente, el PS10 indicó que antes del inicio de la pandemia provocada por la propagación de la COVID-19 sí se disponía en el centro de trípticos traducidos a varios idiomas con las oraciones típicas de las que se hace uso durante la anamnesis del paciente. Y, finalmente, el PS12 afirmó que en el servicio de urgencias no tienen este tipo de material y que, aunque se puede obtener en internet a través de una herramienta informática del IB-SALUT, no está facilitado por parte de la administración de forma sencilla y considerado como algo importante.

De la misma manera que en la pregunta de la variable 4, se quiso descubrir qué consideración le otorgan a la existencia de dicho material en relación con su utilidad y provecho.

Por una parte, entre los siete profesionales que afirmaron que sí había material adaptado o traducido se extraen diferentes niveles de importancia. Primeramente, se encuentran los tres profesionales que respondieron que sí lo consideran importante. Posteriormente, se hallan los otros dos que le otorgaron una gran importancia, sin añadir más comentarios. En tercer lugar, el PS9 primero indicó que no es un recurso primordial y más adelante respondió que sí, los argumentos de este curioso caso se detallarán en el siguiente párrafo. Por último, el séptimo profesional perteneciente a este grupo mantuvo que no era un aspecto importante. Por otra parte, los trece entrevistados que negaron la existencia de dicho material le conceden también distintos grados de importancia. En primer lugar, solo uno de ellos lo consideró realmente importante. En segundo lugar, once de ellos afirmaron que es un recurso importante que facilitaría la interacción en esos encuentros. Y, finalmente, solo uno de estos profesionales mantuvo que no es determinante.

Los argumentos más destacables ofrecidos por los informantes se presentarán en función de la categoría a la que pertenece la respuesta de la pregunta 1.

Entre las observaciones de los que afirmaron la existencia de dicho material se considera interesante comentar, en primer lugar, el anteriormente mencionado caso del PS9 porque, en un primer momento, respondió que contar con este recurso no es primordial ya que normalmente los pacientes que no poseen un conocimiento óptimo de las dos lenguas vehiculares de la comunidad autónoma siempre vienen acompañados por alguna persona que sí lo posee y que, por lo tanto, no es necesario disponer de él. Sin embargo, más adelante en la entrevista,

reconoció que, si disponer de estos materiales suponía poder tratar con el paciente de manera directa sin necesidad de intermediarios, sí es un elemento importante para la comunicación. En segundo lugar, se encuentra la respuesta del PS14 que indicó que obtener más material del poco del que disponen es inviable teniendo en cuenta el servicio en el que trabaja. Y, por último, se presenta la opinión del PS15 que mantuvo que realmente no lo considera importante puesto que, en su opinión, lo esencial en este tipo de encuentros es la voluntad por ambas partes de quererse comunicar y que, si esta voluntad está presente, no existen barreras idiomáticas.

Entre las aportaciones más relevantes que ofrecieron los que negaron la existencia de este tipo de recurso se encuentra, primeramente, la opinión de PS2 que sostuvo que, aunque es importante, no se debería atribuir toda la responsabilidad al personal sanitario en cuanto a la mejora de la comunicación, sino que también los pacientes que no dominan el idioma deberían hacer un esfuerzo por aprenderlo e integrarse. En segundo lugar, el PS5 señaló que tener documentos con las recomendaciones del tratamiento por escrito y traducidos ayudaría mucho a que el paciente llevara a cabo todo lo prescrito en beneficio de su salud. Seguidamente, el PS6 manifestó que sería una forma de comunicación en la que no se perdería información a través de los hijos o cualquier persona que en ese encuentro estuviera ejerciendo las funciones de intérprete. En tercer lugar, se considera digno de mencionar la reflexión del PS18 en la que reconoció que es un elemento importante, pero que era la primera vez que se lo había planteado. Y, finalmente, la respuesta del PS1 coincidió con la del PS9 en cuanto a que no es importante puesto que acuden a la consulta con una persona de confianza que posee conocimientos suficientes de castellano o catalán.

4.2.4. Tendencias y necesidades

Después de llevar a cabo el análisis de las tres variables extraídas de la dimensión 2, se pueden identificar las siguientes tendencias y necesidades:

Dentro de la variable 3, en la primera pregunta se identifica, por un lado, un gran número de informantes que respondió de manera rotunda que los testimonios de los pacientes inmigrantes son muy importantes o que tienen la importancia que los de cualquier otro paciente, un 75 %. Por otro lado, de los que respondieron con más dudas y con menos seguridad, se encuentran, en primer lugar, justificaciones que permiten entrever que no es una cuestión de discriminación por venir de un país diferente al suyo, sino que esa desconfianza viene por las diferentes actitudes del paciente, las cuales pueden revelar contradicciones, o por la imposibilidad de comunicación, hecho que conlleva a no responder adecuadamente porque no

se ha entendido la pregunta o no saber cómo expresar la respuesta con claridad porque no se tiene el vocabulario para ello. Y, finalmente, solamente un sanitario reconoció que dependía meramente del país del que procedía el paciente, representando el 5 % del total. Por lo tanto, se puede afirmar que la tendencia es muy positiva porque el 95 % de los profesionales le conceden, de una manera u otra, la importancia que dichos testimonios poseen.

En la segunda pregunta, se observa que el 100 % de los entrevistados afirmaron mantener o, al menos, intentar mantener una escucha activa durante la anamnesis. Por ello, se considera adecuado indicar que la tendencia, una vez más, es muy positiva, puesto que, tal y como se ha mencionado anteriormente, es muy importante estar dispuestos y atentos a escuchar para poder favorecer la comunicación intercultural (Bustamante – Asociación MATIZ, 2020).

En la tercera pregunta, se vuelve a observar que el porcentaje de respuestas que cumplen con totalmente con la variable es considerablemente aceptable, un 55 %. Estos profesionales indicaron que mantienen unas actitudes que favorecen la comunicación intercultural porque usan todas las herramientas internas de las que pueden disponer para conseguir una óptima comunicación cuando el encuentro es intercultural. Sin embargo, un 35 % del personal ofreció respuestas que, aunque se cumple la variable parcialmente, parecen indicar la falta de reconocimiento de las diversas dificultades que puede entrañar una conversación con una persona de una cultura muy diferente a la propia. Esto se debe a que la mayoría respondió que su actitud es igual con todos los pacientes, respuesta que puede ser positiva y a la vez negativa porque las herramientas necesarias para comunicarse varían cuando hay más barreras que superar. Y, por último, el 10 % restante reconoció mostrarse con cierto recelo cuando el paciente es inmigrante porque la pregunta formulada desencadenó ciertos comentarios que demuestran una actitud tensa y poco predispuesta. En este caso, sí que se observa la necesidad de desaprender ciertos comportamientos y adquirir herramientas, mediante formación o ejercicios, para incrementar el número de profesionales que cumpla con esta variable en su totalidad.

Las respuestas de obtenidas con base en las preguntas de la variable 4 ponen de relieve que muy pocos sanitarios buscan la retroalimentación, recomendación que, como ya se ha mencionado, ofrece RNAO (2011). En este caso, solo un 35 % de los entrevistados afirmaron que al final de la consulta intentan practicar ese intercambio. Por otro lado, un 10 % afirmó que de manera indirecta sí lo pone en práctica, pero con ciertas condiciones, cuando debería ser una práctica habitual. Finalmente, el 55 % restante indicó que, aunque les interesaba, no disponían del tiempo ni pertenecían al servicio más idóneo para hacerlo. Sin embargo, a pesar de que la

mayoría no cumple con la variable, el 100 % sostuvo que les otorgaría importancia a sus percepciones, porcentaje que deja entrever que de manera inconsciente sí reconocen los beneficios que conllevaría ponerlo en práctica. A partir de los resultados, se detecta la necesidad de buscar esa retroalimentación y proporcionarles más tiempo en las consultas para que ese factor no impida llevarla a cabo.

De la información obtenida a través de las preguntas derivadas de la variable 5 se puede concluir que no se trabaja con material informativo adaptado culturalmente a los pacientes inmigrante puesto que el 65 % negó su existencia y del 35 % que afirmó poder acceder a este tipo de material, no saben dónde está o no lo utilizan. Sin embargo, solamente el 10 % sostuvo que no era un aspecto importante para su labor como personal sanitario del servicio de urgencias. En conclusión, se detecta la necesidad de brindarles materiales para todas las edades y en los idiomas que están más presentes en su día a día (Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2001, como se cita en RNAO, 2011). Además, se identifica que es necesario demostrarles la utilidad de dicho material para mantener una comunicación directa con el paciente que asegure su comprensión.

4.3. Dimensión 3

Según apuntan Rodríguez et al. (2013) y el CGE (2022), dentro de las competencias interpersonales, tal y como se ha mencionado anteriormente, se encuentra la capacidad de gestionar los conflictos y mantener una buena predisposición para no fomentarlos. En el contexto de este trabajo, se orienta a la discriminación o comportamiento racistas que pueden tener lugar en un entorno en el que las partes que interactúan proceden de culturas y países diferentes además de no compartir necesariamente la misma lengua. En el caso del Servicio de Urgencia de Atención Primaria de Inca, la presencia de población inmigrante es tan elevada que esos encuentros ocurren a diario. Por este motivo, es crucial que, para ofrecer la mejor calidad en la atención sanitaria, se posea esta capacidad de promoción de la aceptación, el respeto y la comprensión mutua. Para poder adquirir esta competencia en relación con el aspecto intercultural se ha identificado una variable que, dependiendo de su cumplimiento, ayudará a identificar el grado de posesión de ella.

4.3.1. Variable 6

La variable que se ha extraído de esta dimensión es, tal y como se ha indicado con anterioridad, «Identificar actitudes racistas o discriminatorias y actuar frente a ellas». Entre las actitudes

racistas que se pueden identificar se encuentran aquellas que pueden parecer insustanciales, como por ejemplo comentarios, o aquellas que resultan más evidentes y, por consiguiente, de mayor gravedad (RNAO, 2011).

A continuación, se presentan las respuestas de los profesionales cuando se les formuló la pregunta sobre las prácticas discriminatorias o racistas que hubieran podido presenciar y de qué manera actuaron en ese momento. Dichas respuestas se recogen en la Tabla 15.

Tabla 15

Respuestas de las preguntas 1 y 2

1) ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?			
2) ¿Qué hizo al respecto?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje de la pregunta 1	Respuesta
Sí	5	25 %	PS4: 1) Sí, siempre hay quien hace comentarios, sí. 2) Intento no entrar en el juego, es decir, detengo la conversación.
			PS6: 1) Sí. 2) Delante del paciente yo no puedo hacer nada porque si es mi compañero el que le está atendiendo no puedo hacer nada. Lo que ocurre es que a veces a lo mejor sí que les pregunto si pueden venir un momento para hablar conmigo, depende de quién sea eh porque a según qué profesional no le puedes decir nada, pero según quién sea, porque ya le conoces, le intentas hacer ver que quizás se ha pasado un poco. A una compañera se lo dije y ella se dio cuenta de lo que había hecho. Pero, claro, yo delante

			<p>del paciente no diré nada nunca porque nunca puedo dejar a un compañero mal.</p>
			<p>PS10:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No, lo máximo que puedes apreciar son comentarios de compañeros, pero siempre detrás, nunca adelante, que desprecias a un paciente por ser de otra zona. 2) Escuchar y actuar según yo considero que debo actuar con el paciente.
			<p>PS11:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No. Sí que es verdad que se hacen comentarios de gente que ya es conocida y siempre hay alguien que viene a decirte cosas. 2) Pues nada, escuchar lo que me digan y luego hacer lo que yo creo.
			<p>PS18:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Yo creo que desgraciadamente alguna vez sí. 2) Pues eso, siempre sacas fuerzas de donde sea, intentas suavizarlo y volver atrás si te has acelerado de más. Volver a intentar...
Sí, pero no en este	1	5 %	<p>PS2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ahora mismo que yo recuerde, en este no. Que yo recuerde no, pero sí que es verdad que he trabajado en otras instituciones y es verdad que ciertas personas por venir de dónde vienen o de tener otra cultura, he visto que se les daba un trato o una atención más desfavorable. 2) Claro, es que realmente si es otro compañero tienes las manos un poco atadas, porque tampoco vas a desacreditar

			a tu compañero. Por tanto, es una situación algo violenta pero claro evidentemente tampoco desacreditarás a un compañero tuyo. Es una situación algo violenta.
No	13	65 %	PS1/5/7/8/9/12/13/14/15/16/17/19/20: No.
Racista hacia pacientes no, pero discriminatoria hacía su persona por ser mujer, sí.	1	5 %	PS3: Más bien al revés, la verdad, o sea que me hayan tratado mal para ser mujer sí, sí me he sentido así y no que ningún compañero haya tratado mal a un paciente por ser inmigrante.

Tal y como se muestra en la Tabla 15, solo un 30 % de los profesionales respondió de tal manera que se les incluyó en la categoría de haber presenciado alguna conducta racista o discriminatoria, de los cuales únicamente uno manifestó que no se había producido en el centro *Es Blanquer*. Sin embargo, el 65 % sostuvo que jamás habían sido testigos de actuaciones de ese tipo en el centro y un informante afirmó que sí había vivido discriminación, pero no por parte de sus compañeros de trabajo.

Se indican a continuación las respuestas más destacables proporcionadas por el equipo de sanitarios entrevistado.

Por un lado, de los cinco profesionales que se encuentran en la categoría de respuestas afirmativas, solamente tres respondieron que sí mientras que los otros dos respondieron que no para posteriormente añadir que lo máximo que podía ocurrir era presenciar como otros compañeros hacían comentarios en relación con algún paciente. Tanto el PS10 como el PS11 mencionaron que nunca sucede delante del paciente, sino que es cuando no está presente, por lo tanto, no lo consideraban un comportamiento racista. Por otro lado, el informante restante dentro de esta categoría, el PS2, aseguró haber presenciado tratos desfavorables a ciertas personas por razón de su procedencia natal. Y, finalmente, se halla el caso del PS3 que mantuvo haberse sentido discriminada por parte de algunos pacientes por el simple hecho de ser mujer, pero que jamás había presenciado una mala conducta por parte de sus compañeros hacia pacientes inmigrantes.

Con respecto a la segunda pregunta dentro de esta variable, se observa que la mayoría optan por mantenerse al margen. En primer lugar, en el caso del PS4, la actuación que lleva a cabo es la de detener la conversación para desligarse completamente de los comentarios que puedan resultar ofensivos. Seguidamente, el PS6 y el PS2 indicaron que es una situación complicada porque delante del paciente no creen que puedan actuar y desacreditar o dejar en mal lugar al compañero que está actuando de manera racista o discriminatoria. Solamente en el caso del PS6 se ve un interés por querer influir en el comportamiento del compañero haciéndole una reflexión posterior y en privado. En tercer lugar, el PS10 y el PS11 manifestaron que escuchan lo que el otro profesional pueda comentarles acerca de esa persona, pero sin que eso repercuta en su manera de comportarse con el paciente en cuestión. Y, por último, el PS18 manifestó que en esos momentos intenta suavizar la situación y rectificar si es necesario, respuesta de la que se puede extraer que es ese mismo profesional el que está cometiendo un acto racista o discriminatorio.

4.3.2. Tendencias y necesidades

Tras analizar las respuestas de las preguntas con base en la variable 6, se considera oportuno establecer las tendencias y necesidades siguientes:

En primer lugar, teniendo en cuenta el alto porcentaje de respuestas negativas, un 65 %, se puede afirmar que la tendencia dominante es a no cometer actos racistas ni discriminatorios en este centro ubicado en la localidad de Inca. Sin embargo, dentro de la categoría afirmativa, se vislumbran algunas prácticas que, aunque a primera vista no se consideren racista, lo son, hecho que pone en duda las respuestas negativas del 65 % anteriormente mencionado. En segundo lugar, se puede señalar que la tendencia mayoritaria dentro de la manera de actuar frente a comportamientos de este tipo es la inacción. Por lo tanto, se considera adecuado identificar dos necesidades: la primera es instruir a los profesionales en cuáles son los actos racistas o discriminatorios para que, de esta manera, sean capaces de identificarlos y la segunda es proporcionarles herramientas para que se vean con la seguridad suficiente para actuar frente a ello sin sentir que están siendo desleales a sus compañeros de trabajo.

4.4. Dimensión 4

La cuarta y última dimensión sobre la que se basa este trabajo de investigación es la «Adaptación a diferentes situaciones y entornos» (Rodríguez et al, 2013, CGE, 2022 y Rey-Gamero y Acosta-Ramírez, 2013). Esta capacidad que, de igual manera que las anteriores, se

halla dentro de las competencias interpersonales, permite que todo profesional sea capaz de afrontar los cambios y variar su manera de actuar en función de lo que las circunstancias demanden. En el caso de este servicio objeto de estudio, el cual es de urgencias, las probabilidades de situaciones inesperadas, cambios y entornos con muchos elementos que no se puede prever son muy altas, por lo tanto, es esencial que posean esta capacidad para poder ejercer su trabajo de la mejor manera posible. Este aspecto es también aplicable a la cuestión intercultural porque las situaciones en las que haya barreras idiomáticas y culturales forman parte también de los distintos cambios a los que deben hacer frente. De esta dimensión se extraen tres variables, el cumplimiento de las cuales permitirá determinar en qué estado de adquisición se encuentra esta capacidad.

4.4.1. Variable 7

Esta variable se ha denominado como «Identificar nuestras percepciones en cuanto a la diversidad entre individuos» (RNAO, 2011). El concepto de adaptación no se considera necesario únicamente cuando hay factores externos, sino también cuando algún elemento interno provoca que reaccionemos de una manera determinada. Es decir, nuestra percepción, aunque intentemos que no se manifieste, si no somos conscientes de ella, difícilmente se podrá controlar. A través de esta pregunta se pretende averiguar qué actitudes se activan cuando la persona que deben atender es culturalmente diferente a ellos y cuánta importancia le otorgan a este dato.

A continuación, se presenta en la Tabla 17 las respuestas de los profesionales sanitarios cuando se les formuló la pregunta que pretendían evaluar el nivel de cumplimiento de esta variable.

Tabla 16

Respuestas de la pregunta 1

¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Mucha	7	35 %	PS3: Es que yo intento tratar a todo el mundo igual, o sea que sí es verdad que según de dónde vienen sabes que podrán tener un

			<p>cuidado o no, porque si no tienen dinero quizás no pueden comprar lo que necesitan o si deben ir a trabajar y viven cuatro en una habitación, ¿sabes? Vuelve a hacerme la pregunta.</p> <p>Mucha.</p>
			<p>PS5: Yo le doy mucha importancia, le doy un 90% de importancia a la cultura [...]</p> <p>Claro si tienes unos hábitos, tienes una cultura, unas creencias es mucho mejor todo, sí.</p>
			<p>PS8: Mucha importancia.</p>
			<p>PS11: A ver, yo creo que hay algo muy importante que es el habla, por tanto, esto ya es algo que condiciona y forma parte de su cultura lógicamente. Y, sí, le das mucha importancia, por lo mismo que te he dicho antes, tiene mucha importancia.</p>
			<p>PS12: Bueno, como decía antes igual, o sea, le doy muchísima importancia porque les quiero atender de la mejor manera posible. La parte social es muy importante y la cultural.</p>
			<p>PS15: Mucha importancia, cada persona vive su enfermedad en función de dónde viene, de su cultura.</p>
			<p>PS17: Bueno, mucha, porque en ocasiones pueden tener un problema médico de un tiempo de evolución y por desconocimiento o por temor lo infravaloran, creo que en un momento determinado lo supervaloren [...]</p> <p>[...] los que trabajan con consulta programada comentan que en ocasiones los pacientes no acuden a la consulta porque quizás mientras esperan estarán allí pacientes de nacionalidad</p>

			de aquí también esperando y que como que le da vergüenza o agobio estar allí [...]
Le dan importancia	6	30 %	<p>PS2: Hombre, para mí todos los pacientes son iguales o sea no hago diferenciación alguna, ni tengo un trato de favoritismo ni al contrario ni un trato desfavorable cuando es una persona inmigrante. Para mí todos los pacientes son iguales y no hago diferenciación de ese tipo.</p> <p>Hombre, le doy importancia porque sé que aquella persona quizás no tiene las mismas costumbres o no tiene la misma capacidad de entender que puede tener una persona que sea de aquí y sí que es verdad que haces un esfuerzo para que aquella persona pueda entender y pueda comprender lo que le estás explicando o el tratamiento que se le está poniendo o algún tema relacionado con su salud.</p>
			<p>PS4: Sí, porque dependiendo de la cultura existen muchas modificaciones en cuanto a, por ejemplo, la alimentación que le pueda dar yo o el tipo de indicaciones que le pueda dar, sí creo que es importante.</p>
			<p>PS7: Bueno, es importante conocer un poco porque también a la hora de atender es distinto, a lo mejor cuando hacen el Ramadán, tú sabes que hacen un ayuno, podemos tener unos problemas, no se pueden medicar durante y todo esto, claro, es bueno saberlo porque tú sabes que a ellos durante el día no les puedes poner nada y después, por la noche sí, conocer un poco las costumbres, y sí, porque también</p>

			<p>influyen en el tema sanitario, a la hora de atenderles.</p> <p>PS10: Tiene importancia [...]</p> <p>PS16: Hombre, intentas estar próximo a él, pero bueno, a veces es difícil también porque la comunicación no es fluida, a veces vienen con un traductor que es un que es un niño, entonces no te puedes comunicar como tú quisieras, ni dar la información, ni ellos te dan la información como tú desearías tenerla.</p> <p>PS20: Bueno yo pienso que al final la gente inmigrante muchas veces, obviamente por la necesidad de buscar un futuro mejor, abandonan el grupo familiar para poder venir a estas zonas y así después poder mantener a su familia de esta forma, pero hacen un gran sacrificio, porque no es fácil venir y de la forma como viene mucha gente, pues no es bueno. Sí, le doy importancia.</p>
Bastante	1	5 %	PS18: Bastante importancia, a lo mejor soy un poco discriminadora, pero sí.
La necesaria	1	5 %	PS6: Hombre, la justa que me sirva para poder atender al paciente de la mejor forma posible. No es lo mismo atender a un paciente que quizás me viene porque está en Ramadán y las hipoglucemias que pueda presentar, que una persona que sé que esas semanas comerá normal, la atención es muy diferente. Por tanto, sí que necesito saber la procedencia.
Importancia si provoca barrera idiomática	1	5 %	PS9: Depende de la situación, le doy importancia si eso va a ser un impedimento a la hora de que el paciente entienda el tratamiento, entienda el plan de curas, si hay

			<p>un problema de idioma se tiene que tener en cuenta porque si yo le explico las cosas y no intento que él las entienda porque doy por sentado que sabe mi idioma y no lo sabe entonces aquí vamos a tener un conflicto [...] lo que vemos aquí más son barreras idiomáticas, pero también hay que tener en cuenta que hay personas que hablan nuestra lengua, pero hay determinados vocablos que no significan lo mismo en su dialecto que en el nuestro, entonces, al explicarle algo o tener trato con esos pacientes hay que hacer un <i>feedback</i> para asegurarse de que han entendido lo que nosotros queríamos hacerles llegar.</p>
Ninguna	4	20 %	PS1: Importancia, como para hacer diferencias no.
			PS13: No le doy ninguna importancia a la procedencia, para mí es más importante la forma de comunicarse con nosotros, ya sea en su idioma o no, y la actitud y el respeto que tenga a la hora de intercambiar.
			PS14: Depende de la conducta del paciente, no de donde son. Lo que pasa que hay ciertos patrones de conducta que se dan en determinados orígenes, no sé, es como una sumatoria de condiciones, [...]
			PS19: Bueno, yo no distingo entre pacientes, lo que pasa que realmente cuando tenemos pacientes de otro ámbito cultural, cultural y lingüístico eh porque es que entra en el mismo paquete, sí que hay un poco más de dificultad, pero yo no hago distinciones, intento ser ecuánime.

De acuerdo con la información presentada en la Tabla 17, el 80 % de los profesionales sanitarios entrevistados reconocieron que es un aspecto que tienen en cuenta. Dentro de este porcentaje hay distintos niveles y argumentos diversos, sin embargo, la mayoría afirmó que la procedencia cultural es importante. Por el contrario, solo el 20 % de las respuestas restantes indicaron que no es una cuestión a la que le otorguen valor alguno.

A continuación, se expondrán las respuestas más relevantes dentro del 80 % del personal sanitario, mencionado en el párrafo anterior, las cuales se clasifican en diferentes categorías en función de los argumentos y los niveles de importancia que le conceden a la cuestión cultural de los pacientes a los que atienden.

En primer lugar, se identifica la categoría en la que los informantes manifestaron la gran importancia que consideran que merece este aspecto. Por un lado, el PS3 sostuvo que su trato no varía con respecto a otros pacientes, pero que en el caso de los inmigrantes es consciente de que en algunas ocasiones su falta de recursos económicos puede influir a la hora de seguir el tratamiento. Posteriormente, el PS5 indicó que poseer una cultura y unos hábitos facilita la interacción. Por otro lado, el PS11 afirmó que la importancia residía en la barrera idiomática que puede conllevar, aspecto que considera clave de toda la problemática. Seguidamente, el PS12 y el PS15 destacaron la relevancia que tiene la parte social, añadiendo el PS15 que cada persona experimenta su enfermedad de manera distinta dependiendo de su lugar de procedencia. Y, finalmente, el PS17 apuntó que, en ocasiones, por desconocimiento, este colectivo de pacientes infravalora o supervalora los síntomas, hecho que puede ocasionar consecuencias médicas graves. Además, este mismo profesional indicó que a veces no acuden a las consultas programadas por miedo a interactuar con personas originales de España.

En segundo lugar, se encuentra la categoría en la que los profesionales le otorgan importancia sin ningún tipo de calificativo. Por una parte, el argumento del PS2 se centró en que este tipo de pacientes pueden tener costumbres diferentes y/o no entender bien la información que se le quiere transmitir. Por otra parte, el PS4 señaló que las recomendaciones médicas pueden variar por, a modo de ejemplo, las diferencias en cuanto a la alimentación. Seguidamente, el PS7 mencionó la importancia de ser conscientes de la época en la que están en Ramadán puesto que no se les puede dar medicación durante el día porque no se la tomarán. Por otro lado, el PS16 indicó, al igual que el PS11, que la dificultad en la comunicación es determinante. Y, por último, el PS20 reconoció que le activa el sentimiento de empatía y reconoce el sufrimiento de dejar atrás su familia.

En tercer lugar, se hallan las categorías en las que el nivel de importancia es menor. Por una parte, el PS18 respondió que le otorga bastante importancia. Por otra parte, el PS6 mantuvo que simplemente es importante cuando es relevante para proporcionar la mejor atención posible. Además, este último profesional volvió a hacer referencia al caso de los seguidores del islam en época de Ramadán. Y, finalmente, el PS9 que coincidió con el PS11 y el PS16 en cuanto a que la importancia se presenta cuando hay una barrera de idioma.

En cuarto lugar, se colocan los que manifestaron que no es relevante en absoluto. Por un lado, el PS1 mantuvo que no trata de manera diferente a ningún paciente independientemente de su lugar de origen. Por otro lado, el PS13 y el PS14 apuntaron que lo fundamental reside en las actitudes, la forma de comunicarse y las conductas de los pacientes, pero no de su procedencia. Sin embargo, el PS14 reconoció que ciertos los habitantes de ciertos países repiten los mismos patrones de conducta.

4.4.2. Variable 8

La variable 8 tiene como objetivo indagar sobre cómo se sienten los profesionales cuando atienden a un paciente de procedencia cultural diferente y de qué manera los influencia a la hora de desempeñar su actividad profesional, la denominación de dicha variable, tal y como se indica anteriormente, es «Reconocer nuestros prejuicios y acciones consecuentes de ellos» (RNAO, 2011). Con esta pregunta se intenta explorar cuántos miembros del personal tienen ideas prefijadas de la persona que tiene enfrente y de si eso provoca una influencia negativa o positiva.

A continuación, se muestran las respuestas de las dos preguntas formuladas para determinar en qué estado se encuentra este aspecto. La información se presenta en la Tabla 17.

Tabla 17

Respuestas de las preguntas 1 y 2

Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, 1) ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona? En caso afirmativo, 2) ¿Cómo influye en su manera de atenderle?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje de la pregunta 1	Respuesta
Sí	11	55 %	PS2: 1) Intento que no, pero si es verdad que hay muchos prejuicios, o sea eso sí que es verdad, muchas veces lo hemos oído,

			<p>también es verdad que después dices bueno, tienes que verlo como un paciente. Pero bueno sí que es verdad que claro la sociedad hace que tengamos prejuicios ante unas culturas u otras.</p> <p>2) Realmente influye negativamente, creo yo [...] tenemos una serie de prejuicios que nos hacen que evidentemente afecte negativamente.</p>
			<p>PS3:</p> <p>1) Sí.</p> <p>2) A mí no, yo siempre intento tratar a todo el mundo como me gustaría que me trataran, o sea, creo que yo no hago diferencias, creo. Al menos lo intento.</p>
			<p>PS4:</p> <p>1) Intento que no, pero a veces hacemos unos prejuicios que muchas veces nos vienen ya dados por la sociedad en la que vivimos, pero intento nunca hacer un prejuicio sobre la cultura que viene.</p> <p>2) Intento que no me influya.</p>
			<p>PS5:</p> <p>1) Yo sí, yo sí.</p> <p>2) ¿Me influye? No, no me lo pregunto, ni positivo ni negativo, no me hace ninguna influencia, hago mi trabajo y punto. Lo pasa que existe la barrera idiomática y no te da para más y tampoco hacen mucho esfuerzo por entenderte, no todo el mundo eh, pero sí, al menos yo lo considero.</p>
			<p>PS10:</p>

			<p>1) Sí, indirectamente sí.</p> <p>2) Positivamente, sí porque muchas veces depende de cómo lo ves... sí, tienes una idea predeterminada y muchas veces te van contando historias y aunque no sea la historia de este paciente sí que condiciona para que lo trates de una determinada manera.</p>
			<p>PS11:</p> <p>1) Sí. Porque hay personas de una determinada raza o etnia o cultura diferente que repiten determinados modelos de consulta y eso ya de entrada te pone un poco en guardia, quizás no esta no es la palabra, pero sí te condiciona.</p> <p>2) Yo creo a veces te da la sensación de que te engañarán o que te hacen una consulta, pero finalmente lo que quieren es otra cosa, por tanto, tú ya los escuchas y buscas un poco por dónde te la pueden colar, en cierto modo.</p>
			<p>PS12:</p> <p>1) Sí, puedo tener una idea de pues esto, lo que hablamos, de qué costumbres pueden tener o qué valor le dan a la sanidad o a lo mejor pueden tener unas ideas que se comparten en general por proceder de un mismo país, comparten ideas sobre la sanidad... creo que sí.</p> <p>2) Sí, claro que influye porque crees que, a ver pregunta no sé si es porque influye negativa o positivamente, yo creo que influye siempre. [...] Al final el tratamiento de una</p>

			<p>enfermedad, por ejemplo, pues va a ser igual, pero a lo mejor las recomendaciones que voy a dar para el tratamiento o normas de volver a consultarnos si no va bien, pues, a lo mejor se lo digo de una manera o de otra.</p>
			<p>PS14:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sí, de algunos sí porque tienen un patrón de conducta [...] Hay ciertos grupos o ciertas nacionalidades que vienen con determinadas conductas que un poco tienen como un patrón, es algo que ya tienen y que es frecuente, no te digo que todos, pero que es frecuente en determinados grupos de distintas nacionalidades. 2) Influye en que a veces son más difíciles de manejar, hay gente que viene considerando que a todo tienen derecho, como si esto fuera un supermercado, donde se les ofrece y se les va a dar todo y no es así [...] Y hay grupos que vienen exigiendo todo, que le des todo, como un derecho.
			<p>PS15:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) A veces es inevitable, pero intentamos no hacerlo porque nos llevamos muchas sorpresas muchas veces. 2) Puede ser una influencia negativa o positiva, o en ocasiones ni positiva ni negativa. Simplemente en ocasiones estos prejuicios nos condicionan la forma de abordar al paciente. Yo intento, después de tanta experiencia, aprender a no tener estos prejuicios y a abordar al paciente desde

			<p>cero. Yo pienso que es algo más de la inexperiencia, con el tiempo aprendemos a no prejuizar a nuestros pacientes.</p>
			<p>PS18:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Desgraciadamente alguna vez sí. Lo siento, pero sí. 2) Intento hacerlo de la mejor forma posible y que no haya ningún tipo de diferencia con los demás. Intento que sea equitativo, que esté nivelado.
			<p>PS20:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bueno, vengo también de otro sitio y digamos muchas veces sabemos cómo somos y no es que conozca la cultura de cada país, pero obviamente siendo inmigrante pues te pones en el pellejo también de ellos, lo que yo creo que al final es empatía, es empatía y empatía con todo. 2) Bueno, no hago una diferenciación en la forma de atenderles, sean inmigrantes o no. Simplemente, siento que es un paciente de otro sitio pues sé, normalmente, por la atención que reciben y las necesidades de cada sitio, veo esa parte. La necesidad más que todo, pero por el resto la atención es similar.
No	9	45 %	PS1/6/7/8/9/13/16/17/19: No.

De acuerdo con los datos mostrados en la Tabla 17, once de los miembros del personal entrevistado reconocieron tener ideas prefijadas de la persona a la que está atendiendo, representando al 55 % del total. Sin embargo, el resto, un 45 %, mantuvo que no.

A continuación, se mencionan los diversos argumentos ofrecidos por el personal sanitario del centro que respondió afirmativamente a la pregunta y comentó el tipo de influencia que le pueden provocar esas ideas.

Por un lado, el PS2 y el PS4, manifestaron que, debido a ser parte de la sociedad, es inevitable tener una serie de ideas sobre culturas y nacionalidades en concreto y que, por lo tanto, al ser un aspecto muy arraigado en el ser humano, no lo pueden evitar, argumento compartido por el PS15, pero que también añadió que intenta que no sea así porque se llevan muchas sorpresas si partes de esas ideas prefijadas. Por otro lado, el PS11 indicó que hay determinados grupos de una misma etnia o cultura que repiten ciertos modelos de consulta, es decir, que vienen normalmente con un objetivo que suele ser similar al de otro compatriota que ha acudido o acudirá al servicio de urgencias. Posteriormente, el PS12 señaló que sus ideas prefijadas son en cuanto a sus costumbres, valores o ideas que se comparten por venir de un mismo sitio. Por otra parte, el PS14 recalcó la similitud de conductas que presentan ciertos grupos y que, por ello, como es algo recurrente, ya se cree saber qué actitud o comportamiento va a adoptar el paciente. Seguidamente, el PS20 mencionó la empatía y el reconocer las dificultades por las que ha podido pasar el paciente por ser inmigrante.

A todos aquellos que respondieron afirmativamente, se les preguntó acerca de las influencias, las cuales se resumirán en el párrafo siguiente.

En primer lugar, se encuentran aquellos que reconocieron que la influencia es negativa, alegando, por un lado, el PS11 que siente que le van a engañar y, por otro lado, el PS14 que opina que vienen exigiendo y considerando que tienen derecho a todo. En segundo lugar, se hallan los que respondieron que a ellos no les afecta o que al menos intentan que les afecte. Posteriormente, el PS10 y el PS12 indicaron a través de sus respuestas que la influencia es positiva para el paciente, debido a la empatía que siente el primero y las diferencias en cuanto a la manera de transmitir las recomendaciones del segundo. Y, finalmente, el PS15 que aseguró que ya de entrada le cambia la manera de abordar al paciente, pero mantuvo que con la experiencia es una práctica que desaparece porque se aprende a no dejarse influir por ideas preconcebidas.

4.4.3. Variable 9

A la última variable extraída de la dimensión 4 se la ha denominado «Reflexionar sobre nuestras estrategias ante conflictos culturales», que de acuerdo con RNAO (2011), es la forma de llevar a cabo un análisis personal para identificar de qué manera se actúa cuando se está produciendo

un choque cultural. Para la realización de este trabajo, también se ha entendido choque cultural como forma de comportarse cuando se tiene un prejuicio y se activan ciertas conductas internas de las que, en algunos casos, no se es consciente. Asimismo, se ha tomado en consideración cuando ese choque viene ocasionado por un conflicto que no tiene por qué derivar de prejuicios o valoraciones previas sobre esa persona sin conocerla. En este caso, algunos de los informantes no entendieron correctamente la pregunta y se considera relevante mencionar que los ejemplos propuestos por la investigadora fueron dos y siempre los mismo para asegurar coherencia en las respuestas: la situación en la que un paciente no quiere ser atendido por uno de los profesionales por ser del sexo opuesto o el caso de no querer aceptar una medicación porque va en contra de sus creencias religiosas o de otro tipo.

A continuación, se presentan las respuestas obtenidas al formular las dos preguntas que tenían como objetivo averiguar las estrategias utilizadas por el personal sanitario cuando se producía uno de los dos tipos de choques culturales anteriormente mencionados. Dicha información se muestra en la Tabla 18 y la Tabla 19.

Tabla 18

Respuestas de la pregunta 1

En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?			
Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
No ha sucedido	8	40 %	PS1: [...] No, lo cierto es que no tengo prejuicios.
			PS4: [...] Estrategia como tal, no he adoptado ninguna nunca, no he tenido tampoco ningún problema nunca en el sentido de que entre en la consulta y ya tenga un prejuicio claro y fijado sobre el paciente y que me perjudique en el día a día en la consulta, intento que no sea así.
			PS6: [...] creo que por ahora en veinte y pico años todavía no me lo han dicho nunca.
			PS7: No, yo creo que no lo he hecho.

			<p>PS10: No sé, yo no creo que actúe de una manera negativa, no actúo de una manera racista por ser de una determinada raza actuaré mal, eso no, todo lo contrario.</p> <p>PS16: No actuaría con prejuicio, no, no.</p> <p>PS19: Yo no tengo prejuicios.</p> <p>PS20: Esto no, no me ha pasado.</p>
Escuchar y preguntar más	2	10 %	<p>PS11: Si soy consciente de que no estoy haciendo bien las cosas en el sentido de que me dejo llevar por prejuicios, intento escuchar más o preguntar más para aclarar si realmente me estoy equivocando o si finalmente confirmo lo que yo sospechaba, pero intento profundizar más.</p> <p>PS12: Bueno, a lo mejor pregunto más, si tengo un prejuicio, que puedo tenerlo, pues a lo mejor intento sinceramente que no me pueda afectar y tratarlo de la misma manera sobre todo si es negativo ese perjuicio, si es positivo pues a lo mejor no me importa tanto, pero intento a lo mejor preguntar más información de esa familia o de esa persona.</p>
Esfuerzo personal para eliminar ese pensamiento	5	25 %	<p>PS2: [...] debemos intentar que no afecte negativamente, sino que hay que ver a la persona como un paciente más como otra persona de aquí, de nuestra cultura. [...]</p> <p>PS9: [...] Si soy consciente de que a lo mejor puedo tener una idea prefijada por su color de piel o por su manera de vestir, pues intento centrarme en lo que me cuenta el paciente, intento centrarme en lo que me dice, en lo que me cuenta más que en su</p>

			<p>aparición para intentar ser lo más objetiva posible, no dejarme influir por prejuicios.</p> <p>PS13: Si en algún momento soy prejuiciosa, intento pues cambiarlo y a lo mejor reflexiono sobre eso, [...] he trabajado a nivel personal sobre este tema, porque la verdad es que me costó un poco.</p> <p>PS14: Tengo prejuicios porque soy una persona. Trato de manejarlo con razón y con sentimiento, [...]</p> <p>PS18: [...] intento estar lo más relajada posible y gestionarlo con suavidad y no ponerme nerviosa.</p>
Rectificar	4	20 %	<p>PS5: Si me diera cuenta, rectificaría en positivo, sí, sí.</p> <p>PS8: Bueno, intentar reencaminar la entrevista o la anamnesis y ser objetivo.</p> <p>PS15: Esto me ha pasado muchas veces, me he equivocado muchísimas veces. Y en ese momento lo que hay que hacer es pedir disculpas, hacer un borrón total y volver a empezar.</p> <p>PS17: Bueno, si ocurriera y uno se da cuenta en la entrevista médica que el paciente se ha sentido ofendido o dolido, tratar de arreglarlo lo antes posible.</p>
Desconocimiento	1	5 %	<p>PS3: ¿Si creo que estoy teniendo un prejuicio? Pues no sé [...]</p>

Tal y como se refleja en la Tabla 18, de los 20 profesionales entrevistados, doce, representando al 60 % del total, reconocieron que sí les había sucedido y algunos propusieron una serie de estrategias que utilizan cuando se dan cuenta de que se están dejando llevar por un prejuicio mientras que el 40 % restante sostuvo que nunca se habían encontrado en esa situación.

A continuación, se comentan las respuestas más relevantes que permiten discernir de manera indirecta el grado de adquisición de uno de los aspectos más importantes de las competencias interculturales, identificar prejuicios y eliminar conductas derivadas de ellos.

Por un lado, solo dos profesionales indicaron que su estrategia consistía en preguntar más, conseguir profundizar en la conversación y escuchar más activamente para, por una parte, según afirmó el PS11, comprobar si estaba cometiendo un error de juicio o, por otra parte, de acuerdo con el PS12, tratar de eliminar ese pensamiento y conseguir que no le afectara. Además, este último profesional manifestó que si era un prejuicio que conllevara un comportamiento positivo hacia el paciente, no intentaría corregirlo.

Por otro lado, el siguiente bloque de respuestas pertenece a la categoría de esfuerzo personal para hacer desaparecer esa idea que les impide actuar con objetividad. Entre las estrategias propuestas se encuentran, en primer lugar, la del PS2 que afirmó intentar recordar constantemente que se trata de un paciente más y que, por lo tanto, merece recibir el mismo trato que una persona perteneciente a su mismo país. En segundo lugar, el PS9 comentó que se centra en la cuestión de salud por la que esa persona ha acudido a urgencias y, de esa manera, puede dejar a un lado otros factores que no deberían tener importancia. En tercer lugar, el PS13 simplemente reconoció que intenta cambiarlo en ese momento y, posteriormente, a nivel personal reflexiona sobre lo sucedido y trabaja internamente para evitar que vuelva a ocurrir. En cuarto lugar, el PS14 mencionó hacer uso de la razón y los sentimientos, dos aspectos que consideraba claves para poder reconducir la situación. Y, por último, el PS18 señaló que su estrategia es gestionar la situación con suavidad y mantener la tranquilidad necesaria para manejar su comportamiento.

Además, se identificó otra categoría dentro de la cual se encuentran cuatro profesionales: el PS5, el PS8, el PS15 y el PS17. Ellos señalaron que su estrategia es rectificar, reencaminar la anamnesis, pedir disculpas y arreglarlo lo antes posible, respectivamente.

Finalmente, se encuentra el caso del PS3 que reconoció que no sabe cómo actuaría y, acto seguido, volvió a mencionar sus estrategias frente a las barreras idiomáticas, hecho que lleva a pensar que su mayor problema reside en la comunicación y no en sus prejuicios.

Tabla 19

Respuestas de la pregunta 2

Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?
--

Categoría	Número de respuestas	Porcentaje	Respuesta
Intentar adaptarse para evitar el conflicto, si no es posible, respetar su decisión	3	15 %	PS11: Yo llegado el momento de que, por ejemplo, hay un caso muy concreto con los magrebíes o musulmanes en general que es el Ramadán. Cuando están en Ramadán y les dices que se tomen este antibiótico o esta pastilla cada 8 h y te dicen que no, pues si puedes dar esta medicación cada 12 h en lugar de cada 8 h, pues lo arreglas. Pero si no, les dices que es lo que hay, que han venido con un problema y yo le doy la solución, por tanto, ya es él el que debe decidir lo que hacer.
			PS13: Cuando hay un conflicto cultural pues intento sobre todo en el tema de las mujeres a las que les cuesta desvestirse, a las mujeres marroquíes les cuesta mucho, bueno intento darle privacidad y decirle solo tenemos que mirar etcétera. Es decir, colaboro un poco, vamos más despacio porque tengo el objetivo de ayudar, llegar a un diagnóstico y poderla ayudar.
			PS17: [...] Igualmente hay técnicas y hay maneras de, en esa situación tensa en esta entrevista, tratar de solucionar. [...]
Respetar y explicar consecuencias	4	20 %	PS1: [...] Y, bueno, mi actitud es de respeto, porque al final cada uno es el dueño de su cuerpo, yo no puedo obligar a nadie a tomar ni una pastilla ni una inyección, lo que ocurre es que les explico cuál es la consecuencia de no hacer lo prescrito, en este caso, por el médico, y explicar y dar información, pero obligar, no

			<p>se puede obligar a nadie, sea de aquí o sea de otro lado, ya sea por cultura como si es por desconocimiento y si es por desconocimiento, volver a explicar y tener muy en cuenta que lo entiendan también los hijos para que entre todos puedan tomar la mejor decisión, pero son ellos quienes deben tomar la decisión, no soy yo. Esto lo tengo clarísimo, sea de aquí o de otro lado.</p>
			<p>PS7: Yo he intentado respetar porque al final si piensas que es un bien para el otro y está en contra por su cultura, tú le intentas explicar y luego ya decide al paciente.</p>
			<p>PS9: [...] Sí que por ejemplo está el caso de los testigos de Jehová que rechazan transfusiones de sangre, tú no puedes imponer nada al paciente, el paciente es el que debe dar su aceptación, tú puedes intentar explicarle y hacerle ver que para ese problema que tiene lo más idóneo es seguir un determinado tratamiento. [...] hay que tener en cuenta que, aunque a lo mejor para la enfermedad o ese tipo de problema que pueda tener el paciente ese tratamiento que le vas a dar puede ser el mejor, al ser seres biopsicosociales, no solo está la parte física, si ese paciente físicamente está muy bien, pero emocionalmente tiene un conflicto de intereses porque de alguna manera siente que no está cumpliendo con su religión vamos a tener otro problema [...]</p>
			<p>PS12: A ver, yo la verdad creo que en mi forma de tratar a los pacientes no busco la confrontación, o sea pienso que el médico está</p>

			recomendando, está informando y está trasladando la información y luego el paciente decide [...] O sea, bueno pues si no quiere que yo le atienda tiene derecho a le atienda otro profesional, le digo a mi compañero. No me ofendo porque creo que es que la cultura es algo muy arraigado de una persona.
Esforzarse para que entiendan bien	3	15 %	PS2: Sí que es verdad que esto normalmente nos pone muy nerviosos [...] lo haces un poco con señas, intentas poner el <i>google</i> traductor en el ordenador para intentar que esa persona comprenda, pero sí que es verdad que hay un problema, es un problema.
			PS15: Se debe intentar razonar y siempre desde el punto de vista científico, intentar dejar de lado todos aquellos aspectos que puedan condicionar, que son aspectos culturales, nuestro objetivo y fijar un objetivo para intentar llegar desde ambas partes.
			PS19: En este caso les intento, no convencer porque no les convences de nada, pero les intento decir que la medicación no es un alimento y, bueno, es que hay que tener las cosas claras en este en este mundo.
Defender su derecho a decidir	2	10 %	PS8: Bueno, la gente tiene derecho a decidir lo que quiere hacer.
			PS10: Ah pues tú mismo, mira si no quieres... sí que ha habido situaciones y se van con las pastillas y tú les dices que si cambian de actitud o les duele más pues que las tomen.
Reconducir la situación	1	5 %	PS18: Intento estar lo más relajada posible, alguna vez pierdo los estribos, evidentemente,

			pero intentas reconducir la situación y de la mejor forma posible. Cuesta algunas veces...
No ha ocurrido	4	20 %	PS3: Dar la información muy básica.
			PS4: No, [...] siempre me ocurre con el idioma, que el problema es el idioma, [...]
			PS6: Nunca me ha pasado.
			PS20: Normalmente no he tenido este tipo de inconvenientes, no me ha pasado.
Evitar el encuentro	1	5 %	PS14: Me salgo. Busco a otro compañero que le atienda. Cuando veo que no puedo manejar la situación busco ayuda y que se ocupe otro porque no estoy pudiendo conmigo misma. [...] después hago un trabajo interno a ver si le busco alternativas para justificar la conducta.
Actitud de molestia	2	10 %	PS5: Bien, me mantengo así, si no quieres hacerlo, no lo hagas. Pero yo digo no vengas al médico si tú no quieres hacer lo que el médico te dice, pues no vengas, eso es lo que digo yo. Es que es así, es que, si no quieres porque estás haciendo el Ramadán, pues no vengas al médico, ¿Sabes?
			PS16: Sí, alguna vez ha habido algún conflicto. O que te pidan, por ejemplo, recetas porque se va a Marruecos 3 meses y quiere que le hagas insulina, pero claro tú dices que no, que no le puedes hacer tantas recetas de insulina. Ahí puede haber un conflicto y a lo mejor el paciente se enfada, pero tú le dices que no, que eso no se puede hacer de esa manera.

De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 19, únicamente 4 profesionales mantuvieron que no habían experimentado un conflicto cultural, siendo el 20 % del total. Sin embargo, el

80 % restante respondió ofreciendo diversas estrategias utilizadas cuando han tenido este tipo de problemas o simplemente explicando su manera de actuar.

A continuación, se mencionarán las respuestas que se consideran más sustanciales con respecto a las diferentes actitudes que adoptan frente a los ya mencionados conflictos.

En primer lugar, se hallan las propuestas pertenecientes a la primera categoría indicada en la Tabla 19. Por un lado, el PS11 afirmó que mantiene una predisposición a adaptarse y ajusta el tratamiento a los horarios que mejor le convengan al paciente si eso es posible. Y, por otro lado, el PS13, en el caso de encontrarse con una situación en la que la persona siente vergüenza o incomodidad a la hora de desvestirse, intenta darle más privacidad y llevar un ritmo de consulta más lento para reducir su nivel de estrés.

En segundo lugar, entre las respuestas de la categoría siguiente, se encuentran el PS1, el PS7 y el PS12 que indicaron mantener una actitud de respeto frente a la negativa de tomar cierto tipo de medicación, pero todos ellos coincidieron en que se aseguran de explicar en profundidad las consecuencias. Además, el PS9 señaló la importancia de considerar tanto la parte física como la mental cuando se está tratando a una persona porque si seguir las indicaciones médicas le supone un conflicto interno se genera otro problema de salud.

En tercer lugar, se sitúan los que sostuvieron la necesidad de esforzarse para que garantizar la comprensión plena de la cuestión, a través del traductor de *Google* en el caso del PS2, mediante el razonamiento desde el punto de vista científico, como apuntó el PS15, y por medio de hacer una distinción clara de los conceptos.

En cuarto lugar, se localizan aquellos profesionales, el PS8 y el PS10, que indicaron el derecho a decidir que tiene cada persona y, por lo tanto, no intentan influir en su manera de pensar con ningún recurso anteriormente mencionado.

En quinto lugar, se encuentra el caso del PS18 que, al formularle la pregunta, lo asoció a las peleas que ocurren en la zona por motivos culturales, por ese motivo su respuesta fue que su estrategia es mantener la calma y mostrarse lo más relajada posible.

En sexto lugar, el PS14 reconoció que cuando se produce una situación que no puede controlar, evita el encuentro y recurre a otro compañero para que atienda al paciente con el que se está produciendo ese conflicto cultural.

Por último, se detecta en las respuestas del PS5 y el PS16, una actitud molesta frente a la negativa de este grupo de la población a seguir las recomendaciones. Por un lado, el PS5 opinó que es inútil acudir al servicio de atención sanitaria si no se tiene intención de proceder

con los consejos o tratamientos prescritos mientras que, por otro lado, el PS16 indicó que simplemente les recuerda la manera de proceder del país en el que residen.

4.4.4. Tendencias y necesidades

Una vez finalizado el análisis de las tres variables derivadas de la dimensión 4, es oportuno considerar que con respecto a ella se distinguen las siguientes tendencias y necesidades:

A través de las respuestas obtenidas de la pregunta con base en la variable 7, se observa una gran tendencia a considerar la procedencia cultural como aspecto importante y muy determinante en la atención sanitaria. En ese caso, se puede afirmar que la gran mayoría cumple con esta variable puesto que son conscientes de cómo afectan sus ideas y creencias cuando se encuentran con un paciente que no las comparte. Este aspecto podría ser negativo si fomentara una actitud negativa por parte del profesional sanitario, sin embargo, el 80 % de los entrevistados ofrecieron una serie de argumentos que permiten deducir una actitud positiva desencadenada por sus pensamientos cuando se encuentran con esa persona culturalmente diferente. Además, tampoco se puede afirmar que los que respondieron de forma negativa no la cumplen porque de sus razonamientos emanan actitudes de profesionalidad y cumplimiento con el deber sanitario independientemente de la nacionalidad del paciente. Por lo tanto, la posible necesidad detectada se centraría en estos últimos que, aunque no se les agrupa fuera del cumplimiento de la variable, sí deberían reflexionar en profundidad sobre este aspecto (RNAO, 2011).

En el caso de la variable 8, una vez más, la mayoría cumple con la recomendación propuesta por la RNAO (2011) porque admiten los sentimientos que les provocan las personas de otras culturas e identifican las conductas consecuentes a ellos. Según la RNAO (2011) es una de las acciones que favorecen el desarrollo de las competencias interculturales, porque, en otras palabras, no se puede abordar una cuestión si ni siquiera se ha identificado. Además, no todos los que respondieron afirmativamente señalaron conductas negativas, sino todo lo contrario, reconocieron que esas ideas les provocan unos sentimientos que pueden llegar a favorecer al paciente, como la empatía. Por consiguiente, dado que el 45 % restante afirma no tener ideas preconcebidas, se puede afirmar que todo el personal posee o está en proceso de desarrollar las capacidades necesarias para ser interculturalmente competente.

Finalmente, las tendencias observadas en las respuestas de los profesionales sobre las diferentes estrategias vuelven a ser positivas. En total, entre las estrategias ofrecidas frente al prejuicio o al conflicto cultural, el 55 % de los profesionales indica disponer de ciertas

estrategias que facilitan la resolución del problema, por lo tanto, se sigue la recomendación de la RNAO (2011). Por otro lado, se detecta la necesidad de trabajar sobre ese aspecto en el 15 % de los profesionales debido a que reconocen o se deduce por sus respuestas que no utilizan ni examinan las estrategias personales en esos momentos. Por último, es difícil determinar el estado de la cuestión del 30 % restante que afirma no necesitarlas porque no se han encontrado en ninguna situación de este tipo. Esto es debido a que pueden tener dichas estrategias de manera inconsciente, no habiéndose dado cuenta de los conflictos culturales en los que se han encontrado o de cuando han actuado con base en un prejuicio.

5. Discusión

Tras el análisis individual de cada una de las cuatro dimensiones estudiadas mediante el cumplimiento de las variables derivadas de ellas, se pueden interpretar los resultados de una manera más global teniendo como marco de referencia los aspectos mencionados en las fuentes utilizadas para llevar a cabo este trabajo de investigación. Además, una vez expuestos los resultados de manera general, se considera relevante comparar estos con los de los estudios anteriores mencionados en el apartado 2.3.

En primer lugar, la dimensión 1 que versaba sobre la capacidad de interacción con los demás (Rodríguez et al, 2013 y CGE, 2022) se dividía en dos variables, de las cuales se puede afirmar el cumplimiento de una de ellas. Por un lado, se observa que la gran mayoría de los entrevistados es consciente de la propia identidad, aspecto que Dreardoff (2001, como se citó en UNESCO, 2017) considera fundamental para empezar el proceso de desarrollo de las competencias que permiten encuentros interculturales óptimos. Por otro lado, se detecta que la formación con respecto a esta es cuestión es prácticamente nula, por lo tanto, tal y como señala la UNESCO (2017) existe una necesidad de instruir sobre cómo aprender y desarrollar estas competencias además de dar a conocer el concepto de «humildad cultural».

En segundo lugar, en cuanto a la dimensión 2 que se centraba en las habilidades y herramientas para comunicarse con pacientes y otros profesionales (Rodríguez et al, 2013, CGE, 2022, y Rey-Gamero y Acosta-Ramírez, 2013), podemos observar que, de las tres variables examinadas, los profesionales sanitarios cumplen, en su mayoría, con solamente una de ellas. Por una parte, se identifica que casi la totalidad de los sanitarios mantiene una escucha activa durante la anamnesis que, tal y como señala Bustamante – Asociación MATIZ (2020), es un elemento esencial para la comunicación. Por otra parte, se pone de manifiesto que no se practica el ejercicio de la retroalimentación propuesto por la RNAO (2011) como una manera de validar la comunicación establecida entre los participantes. Y, por último, se puede indicar que tampoco se cumple con la recomendación de disponer de materiales comprensibles para los pacientes (Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services (2001) como se citó en RNAO, 2011) porque, primeramente, la mayoría de los informantes señalaron que no hay y, seguidamente, los que sí afirmaron su existencia, no trabajan con ello. Se considera relevante destacar que para poder favorecer el cumplimiento de estas dos últimas variables, se requiere la implicación de la administración pública por dos razones: la primera es que muchos profesionales reconocieron no preguntar acerca de las percepciones de los pacientes inmigrantes por falta de tiempo durante la consulta, por lo tanto, quizás sería oportuno

dotar de más recursos humanos para poder afrontar la carga de trabajo y aumentar la duración de las consultas; y la segunda es que si desde la administración no se produce este tipo de material y se les explica cómo utilizarlos, es muy difícil que puedan hacer uso de ellos como apoyo para comunicarse.

En tercer lugar, de la dimensión 3, basada en la gestión de conflictos o problemas y predisposición a no crearlos (Rodríguez et al., 2013 y CGE, 2022), podemos interpretar que tampoco se cumple con la recomendación propuesta por la RNAO (2011), es decir, identificar actitudes racistas o discriminatorias y actuar frente a ellas porque, por un lado, se observa la falta de conocimiento sobre lo que puede ser considerado como tal y, por otro lado, la mayoría de los que respondieron que habían presenciado conductas de este tipo manifestaron que no se enfrentaban a ellas. En este caso, se observa inseguridad y miedo a la reacción de la persona que se comporta de esta manera, por consiguiente, se puede deducir que les faltan herramientas para ser capaces de actuar en beneficio de la persona perjudicada.

En cuarto y último lugar, en la dimensión 4, la cual consiste en la adaptación a diferentes situaciones y entornos (Rodríguez et al, 2013, CGE, 2022 y Rey-Gamero y Acosta-Ramírez, 2013), se puede identificar el cumplimiento, a diferentes niveles, de las tres variables que se han analizado. Por un lado, el alto porcentaje de profesionales sanitarios que identifican sus percepciones en cuanto a la diversidad entre individuos (RNAO, 2011) apunta a que la mayoría ha desarrollado esta capacidad que según la RNAO (2011) es necesaria para el desarrollo de las competencias interculturales. Por otro lado, dado que más de la mitad de los trabajadores admiten sus prejuicios y acciones consecuentes de ellos (RNAO, 2011), se puede afirmar que un número considerable de ellos también está en proceso de alcanzar otro aspecto crucial para ser interculturalmente competentes. Y, finalmente, con respecto a la variable que tenía como foco de estudio las diferentes estrategias ante conflictos culturales (RNAO, 2011), se puede indicar que el nivel de adquisición de esta capacidad es similar al de la variable anterior, por lo tanto, el resultado es, una vez más, positivo.

Asimismo, se considera relevante señalar dos cuestiones que no eran objeto de análisis, pero que por la alta frecuencia en la que los entrevistaron las mencionaron, pueden resaltar otras necesidades no contempladas en la entrevista. Primeramente, la gran mayoría de los profesionales, en diferentes preguntas, comentaron la problemática de salud con la que se encuentran en época de Ramadán. Esta respuesta tan recurrente puede indicar que existe una clara falta de mediación para acercar las posturas de los sanitarios con la de los seguidores del islam. Esta observación reside en que solamente dos personas indicaron intentar ajustar el

tratamiento al horario en el que se les permite comer durante este periodo de máxima espiritualidad. Por lo tanto, se evidencia una falta de sensibilización por parte del personal de este servicio. Además, de la cantidad de ocasiones en las que los informantes hicieron referencia a la barrera idiomática, se puede extraer que es un aspecto al que le conceden mucha importancia. Por consiguiente, se detecta una gran voluntad de poder comunicarse con el paciente de manera fluida y con comprensión mutua, lo cual significa que le conceden gran valor a la comunicación, una de las capacidades necesarias para las competencias interculturales anteriormente mencionadas.

Finalmente, cabe añadir que el tipo de profesional, del equipo médico o del de enfermería, no ha sido un factor que tuvieran ninguna influencia en las respuestas puesto que en los resultados anteriormente descritos las pocas diferencias encontradas son de uno o dos participantes, proporción que no se estima relevante para diferenciar entre ambos tipos de profesionales.

Otro aspecto que cabe señalar son las coincidencias en cuanto a los resultados obtenidos en este trabajo de investigación con los de los estudios realizados con anterioridad por otros autores.

Por un lado, la necesidad señalada a través de la variable 2, esto es, la formación sobre cuestiones culturales e interculturales a los profesionales de la salud se detecta también en las investigaciones llevadas a cabo por Vázquez et al. (2009), Serra et al. (2013), Gil y Solano (2017), Imbaquingo (2021) y Guardia (2021). En todos estos trabajos se menciona que es crucial poseer conocimientos de las costumbres, ideas, valores y hábitos de la cultura con la que se está interactuando al igual que de las competencias interculturales en general para mejorar la atención y la labor de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, a través de la evaluación de la recomendación de la RNAO (2011) de buscar la retroalimentación con los pacientes a los que atienden, enmarcado en la variable 4, se identifica que la gran mayoría alude a la corta duración de las consultas, por lo tanto, tal y como destacan Vázquez et al. (2009) se debería disponer de más tiempo para dedicar a los pacientes.

Por último, la clara necesidad de recibir apoyo para la comunicación apuntada tanto por Campos (2004) como por Vázquez et al. (2009) y al igual que Gil y Solano (2017), también se puede extraer en este trabajo mediante las respuestas obtenidas a las preguntas formuladas con base en la variable 5. Aunque en el artículo de Campos (2004) se hace más referencia a la figura del mediador-intérprete como necesidad imperante, también se menciona el derecho de los pacientes a recibir traducciones de algunos documentos en los trámites sanitarios contemplado

en la legislación de la UE. Además, en los otros dos trabajos, se menciona el apoyo a la comunicación, el cual puede ser entendido como profesional lingüístico capacitado para la mediación y la interpretación o como materiales y folletos adaptados y traducidos a las diferentes culturas que acuden al servicio sanitario.

Conclusiones

La pregunta principal de este trabajo era averiguar cuántas capacidades de las que conforman las competencias interculturales poseían los profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias de Atención Primaria de la localidad de Inca. De esta, derivaban dos objetivos, los cuales eran identificar qué necesidades emanaban del diagnóstico de dichas capacidades y qué recomendaciones se podían ofrecer al respecto. Además, como hipótesis de partida general, se planteó que el personal sanitario de este servicio del centro *Es Blanquer* contaban con un número reducido de ellas y, por lo tanto, sus competencias interculturales eran bastante deficientes. Asimismo, de esta se formularon dos hipótesis más específicas que mantenían que, por un lado, los profesionales necesitan recibir más apoyo, formación y estrategias para ser totalmente competentes en los encuentros interculturales y ponerlo en práctica en el SUAP, y, por otro lado, que es necesaria la involucración de la administración pública para conseguirlo. Tras llevar a cabo la investigación, se puede llegar a las siguientes conclusiones.

La primera conclusión extraída es que la hipótesis de partida general era parcialmente errónea. Como ya se ha mencionado, el análisis se realizó teniendo en cuenta nueve variables, de las cuales estos profesionales cumplen con cinco dado el alto porcentaje de entrevistados que poseían las capacidades descritas en ellas. Por lo tanto, no se puede considerar que el número sea reducido puesto que es más de la mitad.

En segundo lugar, se puede afirmar que las cuatro variables en las que se observa un bajo porcentaje del personal que las cumple son directamente dependientes de la administración pública. Esta afirmación se basa en que la falta de formación enfocada a la interculturalidad que podría limitar sus capacidades, recursos y herramientas para identificar actuaciones racistas o discriminatorias, la carencia del tiempo suficiente para poder practicar la retroalimentación y la ausencia de apoyo para poder comunicarse con facilidad con los pacientes de procedencia cultural e idioma diferentes no se pueden abordar y suplir sin la implicación de la administración. Por lo tanto, en cuanto a las hipótesis específicas, los resultados obtenidos en esta investigación podrían ser un punto de partida para confirmar lo que se planteaba en ellas, esto es, que hay una clara carencia de apoyo para facilitar las interacciones interculturales que viven día a día estos profesionales además de sostener que sin la involucración de la administración pública no será posible adquirir la competencia intercultural en toda su plenitud. Sin embargo, se reconoce la necesidad de estudios futuros que se centren únicamente en esta cuestión que, para ello, deberían utilizar otro tipo de instrumentos más aptos y enfocados a la investigación en el ámbito administrativo que dirige el sistema de salud en la Atención Primaria.

Y, por último, se puede concluir que la barrera idiomática con la que se enfrentan a diario en sus jornadas laborales es la cuestión que recibe más atención por parte de los informantes. A pesar de ser cierto que es un punto absolutamente crucial en todo el proceso de la atención sanitaria, también lo es la cultura en sí. Esta conclusión se deriva de que solamente uno de los profesionales hizo alusión al colectivo de inmigrantes que comparte la misma lengua que los sanitarios y, aun así, puede haber problemas de comunicación si no se es interculturalmente competente.

Asimismo, cabe señalar que esta investigación presente algunas limitaciones. Por un lado, no se puede extrapolar a todos los centros de Mallorca que disponen del Servicio de Urgencias de Atención Primaria porque solo ha sido objeto de estudio uno de los cuatro centros de la isla. Por otro lado, debido a que es un servicio muy específico y con unas características propias, tampoco se puede deducir que la carencia de competencia intercultural en él sea igual en todos los otros servicios ofrecidos en la Atención Primaria en general. Por lo tanto, se detecta la necesidad de ampliar el contexto de estudio para poder determinar en profundidad en qué estado se encuentra esta cuestión y cuál serían las mejores recomendaciones para abordarla. Y, finalmente, se debería llevar a cabo una evaluación con información o pruebas recopiladas de manera directa e indirecta, tal y como propone Deardorff (2011).

Bibliografía

- Abella Vázquez, C. M. (2003). Globalización y multiculturalismo: ¿son posibles las democracias multiculturales en la era del globalismo? *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, 7, 133-156.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005). *Libro Blanco: Título de grado de enfermería*. España. Disponible en <http://www.aneca.es/>
- Anand, R. y Lahiri, I. (2009) Intercultural Competence in Health Care Developing Skills for Interculturally Competent Care. En Deardorff, D. K. (Ed.), *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*, 387-402. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Arza-Porras, J. y Rodríguez-Camacho, M. F. (2019). Competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana en España. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, 26, 59-82.
- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez F.I., Repullo J.R., Peña-Longobardo L.M., Ridaio-López M. y Hernández-Quevedo C. (2018). Informe del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*, 20(2), 1–179. España. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf
- Bustamante Maza, S. - Asociación MATIZ (2020). *Manual de competencias interculturales aplicadas al desarrollo de proyectos en la Administración Pública*, (1º ed.). DOI: <https://doi.org/10.25145/b.ManComInt.2020>
- Campos López, J. G. (2004). Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí. *Repositori Universitat Jaume I*, 10.
- Condon, J. (2015). Intercultural Communication, Definition of. En J. M. Bennett (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Intercultural Competence* (450-453). Thousand Oaks, CA, Sage.
- Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas (2005). Libro blanco titulación medicina. España.
- Consejo General de Enfermería (2022, enero). *Perfil del profesional de enfermería*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/primer-ciclo/perfil-del-profesional>.
- Deardorff, D. K. (2011). Assessing intercultural competence. En Jeremy D. Penn (Ed.), *Assessing Complex General Education Student Learning Outcomes: New Directions for*

- Institutional Research*, Number 149, (65-79). Wiley Periodicals, Inc.
<https://doi.org/10.1002/ir.381>.
- Deardorff, D. K. (2019). *Manual for developing intercultural competencies: Story circles*. (1st ed.) Routledge.
- Fernández, R. (17 de febrero de 2022). *Ranking de países con mayor producto interior bruto (PIB) estimado de 2020 a 2026*. Statista. Recuperado el 10 de marzo de 2022 de <https://es.statista.com/estadisticas/600234/ranking-de-paises-con-el-producto-interior-bruto-pib-mas-alto-en/>
- Foro-ciudad.com (20 de abril de 2022). *Demografía de Inca*. Autor. Recuperado el 15 de marzo de 2022 de <https://www.foro-ciudad.com/islas-baleares/inca/habitantes.html>
- Fundación La Merced Migraciones (2019). *Guía de Gestión de la diversidad cultural en los centros de salud*. Madrid.
- García, T. (2003). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. *Recuperado de http://www.univasantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf*.
- Guardia, T. A. (2021). *La mediación intercultural en el ámbito sanitario: estudio de caso de experiencias de personal sanitario en un hospital público de la ciudad de La Rioja, Argentina* [Trabajo de Fin de Máster, Universitat Jaume I]. Repositori Universitat Jaume I.
- Gil Estevan, M. D. y Solano Ruíz, M. D. C. (2017). La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 49(9), 549-556.
- IB-SALUT (s.f.). *Àrees de Salut*. Recuperado el 17 de marzo de 2022 de <https://www.ibsalut.es/servei/organitzacio/ordenacio-sanitaria-territorial/arees-de-salut>.
- IB-SALUT (2022, gener). *Àrea de salut de Mallorca*. Recuperado el 17 de marzo de 2022 de <https://www.ibsalut.es/servei/organitzacio/ordenacio-sanitaria-territorial/arees-de-salut/area-de-salut-de-mallorca>.
- IB-SALUT (s.f.). *Centres sanitaris*. Recuperado el 17 de marzo de 2022 de <https://www.ibsalut.es/servei/recursos-i-centres-sanitaris/centres-sanitaris>.
- IB-SALUT (2022, gener). *Nivells d'assistència sanitària*. Recuperado el 17 de marzo de 2022 de <https://www.ibsalut.es/servei/serveis/prestacions-sanitaries/acces-a-la-cartera-de-serveis/77-nivells-d-assistencia-sanitaria>.

- IB-SALUT (s.f.). *Ordenació sanitària territorial*. Recuperado el 17 de marzo de 2022 de <https://www.ibsalut.es/servei/organitzacio/ordenacio-sanitaria-territorial>.
- IB-SALUT (s.f.). *Sectors sanitaris*. Recuperado el 17 de marzo de 2022 de <https://www.ibsalut.es/servei/organitzacio/ordenacio-sanitaria-territorial/sectors-sanitaris>.
- IB-SALUT (s.f.). *SUAP*. Recuperado el 17 de marzo de 2022 de <https://www.ibsalut.es/apmallorca/ca/ap-mallorca/unitats-suport/urgencies/suap>.
- IB-SALUT (s.f.). *Zones bàsiques de salut*. Recuperado el 17 de marzo de 2022 de <https://www.ibsalut.es/servei/organitzacio/ordenacio-sanitaria-territorial/zones-basiques-de-salut>.
- Ireland, S. (27 de abril de 2021). *Revealed: Countries With The Best Health Care Systems, 2021*. CEOWORLD Magazine. Recuperado el 3 de mayo de 2022 de <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/>
- Imbaquingo Vela, A. Y. (2021). *Aplicación de la competencia cultural en profesionales del centro de Salud Otavalo* [Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título Magister en Salud Pública con Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte.
- Lázaro-Gutiérrez, R. y Tejero González, J. M. (2017). Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *Panace@*, 18(46), 97-107.
- Lustig, M. W. y Koester, J. (2010). *Intercultural competence: Interpersonal communication across cultures* (6th ed.). Pearson.
- Méler, J. L. (2004). Historia de la Globalización. *Boletín de Información*, (282), 21-31.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud (2012) [monografía en Internet]. Madrid. Disponible en: www.msssi.gob.es.
- Monje Álvarez, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica*. Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Programa de Comunicación Social y (Descriptor corporativo).
- Pena Díaz, M. C. (2016). Public service interpreting and translation (PSIT) as a social integration tool. *New Voices in Translation Studies*, 14, 74-99.

- Rey-Gamero, A. y Acosta-Ramírez, N. (2013). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp12-25.ecpe>.
- RNAO (2011). *Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria; el desarrollo de la competencia cultural. Guías de Buenas Prácticas*. Regional Nursery Association of Ontario. Investén. ISCIII.
- Rodríguez, D., Berenguera, A., Pujol-Ribera, E., Capella, J., De Peray, J. L. y Roma, J. (2013). Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 388-397. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.10.005>.
- Serra Galceran, M., Mestres Camps, L., González Soriano, M., Leyva Moral, J. M., De Dios Sánchez, R. y Montiel Pastor, M. (2013). Competencia clínico cultural: Análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. *Scielo*. 22(1-2). <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100004>.
- Solera Albero, J. y Tárraga López, P. J. (2020). La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(5), 468-472.
- UNESCO (2017). *COMPETENCIAS INTERCULTURALES: Marco conceptual y operativo*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Cátedra UNESCO - diálogo intercultural.
- Universidad de Deusto y Universidad de Groningen (2003). *Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Fase Uno*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Vázquez Navarrete, M. L., Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I. y Lizana Alcazo, T. (2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 396-402. DOI: 10.1016/j.gaceta.2008.10.008.
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F. y Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>
- Wolters Kluwer (s. f.). *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)*. Guías Jurídicas – Wolters Kluwer. Recuperado el 2 de mayo de 2022 de <https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAA>

AAAEAMtMSbF1jTAAAUNjAwMTtbLUouLM DxbIwMDCwNzAwuQQGZapUt-
ckhlQaptWmJOcSoAo_pXuDUAAAA=WKE

Anexos

5.1. Anexo 1 – Transcripciones de las entrevistas

IDIOMA ORIGINAL

PS1

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS1: Jo considero que qualsevol persona és el mateix tant si es d'aquí com si és d'una altra banda. No té importància. Sí que té importància si no ens entenem, això sí, però importància de la seva cultura a l'hora d'atendre'ls, atenc a un igual que a un altre. No és ningú primer que un altre.

I: Creu que la cultura condiciona la seva activitat professional?

PS1: Tots tenim *sesgos*, suposo que sí, suposo que una mica, però que jo me'n hagi adonat i que en sigui conscient, de forma conscient, no.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS1: No, reflexiono més en com els pugui ajudar i què necessiten per curar-se que sobre la seva cultura. Clar, a vegades et trobes amb gent que és diabètica i tenen una caps de dàtils devora el seu llit, clar, ells estan molt avesats a menjar dàtils i per tu és una barbaritat això i els has de fer entendre. Tu veus que això són coses culturals perquè ells estan avesats en això.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS1: Importància, com per fer diferències no.

I: Quan atén un/a pacient immigrant, té algunes idees prefixades d'aquesta persona?

PS1: No, la veritat és que no.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS1: Molta, el que passa és que jo els faig moltes preguntes, és a dir, clar, tots et diuen no, no menjo fruita, perquè en aquest exemple dels dàtils, ells quan tu els demanes a vegades si mengen fruita, és com si no ho consideressin una fruita, per ells és una cosa essencial. I tu els hi dius que no, però és que això...has d'indagar, a vegades dins les cultures, quan vas veient que ells no ho consideren el mateix o bé per la barrera idiomàtica hi has de perdre un poquet més de temps a l'hora de fer les preguntes, si vols realment saber i poder-lo ajudar, més que res perquè hi ha un poquet de barrera idiomàtica, a pesar que sàpiguen l'idioma sempre n'hi ha un poc. A lo millor ells no consideren que allò sigui fruita perquè no li diuen fruita, sinó que ells consideren que és una cosa essencial.

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS1: Sí, sempre, sempre.

I: Com creu que és la seva actitud?

PS1: La meva, bé, sempre és a l'expectativa de veure a mem què és el que puguin haver de menester i el que jo els pugui ajudar en relació al problema actual de salut, vull dir, és escolta activa de saber a veure què és el que precisen en aquest moment i llavors ser molt clars sobre quina és l'actuació que podem fer conjuntament, establir objectius, amb els fills també perquè a vegades ve gent major, necessiten que els acompanyin i necessiten que els ho tradueixin, n'hi ha que ja entenen, però si no, has d'establir entre tots a veure quan ens podem tornar a trobar, això potser és la diferència que puguem fer amb una altra persona major que ve quan citem, en canvi amb els altres has d'estar pendent, en contacte amb el fill per si pot venir la nora o si pot venir el fill, i això és la diferència que puguem haver de fer.

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS1: És que ara estava pensant a veure si m'ha pogut passar perquè aquí atenem població de moltes cultures diferents, perquè és vera que Inca té població de per totes bandes. No, la veritat és que no tinc prejudicis.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS1: Bé, jo no m'he trobat amb aquest conflicte.

I: D'acord, no li ha passat.

PS1: Actualment no m'hi he trobat, no. Sí que m'he trobat que no han volgut prendre la insulina perquè els fa por. Però això tant li fa por a una persona d'aquí com a una persona de qualsevol altra banda, sigui del país que sigui. I, bé, la meva actitud és de respecte, perquè al final cada un és l'amo del seu cos, jo no puc obligar a ningú a prendre ni una pastilla ni una injecció, el que passa és que els explico quina és la conseqüència de no fer el que està prescrit, en aquest cas pel metge, i explicar i donar informació, però obligar, no es pot obligar a ningú, sigui d'aquí o sigui d'una altra banda, tant si és per cultura com si és per desconeixement i si és per desconeixement, tornar a explicar i tenir molt en compte que ho entenguin també els fills perquè entre tots puguin prendre la millor decisió, però són ells qui han de prendre la decisió, no soc jo. Això ho tinc claríssim, sigui d'aquí o d'una altra banda.

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS1: Bé, la veritat és que al servei d'urgències o al dia a dia que joestic a la meva consulta no els anem demanant les opinions perquè, la veritat, la meva agenda està tan plena que no, no tinc temps, tinc deu minuts per pacient, a vegades cinc, i qualque vegada els dic mitja hora perquè

necessito aquella mitja hora, després em suposa dur un retard, però aquesta mitja hora la necessito per donar-los la informació necessària perquè ells puguin prendre decisions damunt el seu tractament i puguin entendre quin és el tractament més adequat segons el que nosaltres entenem i segons el que el metge ha prescrit, llavors, no tinc temps dins aquesta consulta o dins urgències de demanar-los les opinions. No, no els ho demano, la veritat.

I: I li donaria importància?

PS1: Home, clar, com a les nostres.

I: Ha presenciat alguna conducta o pràctica institucional racista o discriminatòria en el centre on treballa?

PS1: No

I: Coneix el concepte de «humilitat cultural»?

PS1: Humilitat? No.

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa]. Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària?

PS1: No, de fet, ahir vaig emplenar un qüestionari que ens fan de necessitats formatives i que jo recordi no apareixia això com a tal.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS1: Material adaptat jo no el conec si el tenim, el que sí que tenim és un traductor, això sí que ho tenim i sol estar per aquí, unes hores pel dematí, ells ja el coneixen, la majoria de la comunitat magrebí el coneix. I la resta de gent sol venir amb algun acompanyant per entendre'ls. Sí que és vera que per exemple a consulta he tingut un pacient que només xerra anglès, du aquí mig any i només xerra anglès i, bé, ens entenem amb l'anglès. Vulguis o no, el meu vocabulari no és tan extens com en espanyol, ni molt manco, però t'adaptes, perquè en anglès no tenim traductor per totes les paraules.

I: I aquest traductor que ha dit, també ve al servei d'urgències?

PS1: No, bé, hi és al dematí, els dematins sí, si els dematins és per aquí i el necessites un moment, ve, per exemple, ha vingut ell quan he estat atenent gent a respiratori per veure si estaven infectats o no per la COVID-19. Ell ha vingut, sí.

I: D'acord, i considera que és important tenir material ja fet, apart del traductor, material ja creat adaptat per aquests usuaris?

PS1: Jo, sé que n'hi ha, n'he vist, el que no sé és si n'hi ha en aquest centre. Jo per exemple com que no m'he trobat el cas encara d'haver-lo de menester, perquè sí que és vera que la

majoria ja venen amb els fills que en saben o amb la nora. No m'he trobat el cas d'haver-ho de menester.

TRADUCCIÓN

PS1

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS1: Yo considero que cualquier persona es lo mismo tanto si es de aquí como si es de otro lado. No tiene importancia. Sí tiene importancia si no nos entendemos, eso sí, pero importancia de su cultura a la hora de atenderles, atiando a uno igual que a otro. No es nadie primero que otro.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS1: Todos tenemos sesgos, supongo que sí, supongo que un poco, pero que yo que me haya dado cuenta y que sea consciente, de forma consciente, no.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS1: No, reflexiono más sobre cómo les pueda ayudar y en qué necesitan para curarse que sobre su cultura. Claro, a veces te encuentras con gente que es diabética y tienen una caja de dátiles al lado de su cama, claro, ellos están muy acostumbrados a comer dátiles y para ti es una barbaridad eso y debes hacerles entender. Tú ves que esto son cosas culturales porque ellos están acostumbrados a ello.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural del paciente inmigrante al que atiende?

PS1: Importancia, como para hacer diferencias no.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS1: No, la verdad es que no.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS1: Mucha, lo que pasa es que yo les hago muchas preguntas, es decir, claro, todos te dicen no, no como fruta, porque en este ejemplo de los dátiles, ellos cuando tú les preguntas a veces si comen fruta, es como si no lo consideraran una fruta, para ellos es algo esencial. Y tú les dices que no, pero es que eso... tienes que indagar, a veces dentro de las culturas, cuando vas viendo que ellos no lo consideran lo mismo o bien por la barrera idiomática tienes que perder un poquito más de tiempo a la hora de hacer las preguntas, si quieres realmente saber y poder ayudarle, más que nada porque hay un poquito de barrera idiomática, a pesar de que sepan el idioma siempre hay un poco. A lo mejor ellos no consideran que eso sea fruta porque a eso no lo llaman fruta, sino que ellos consideran que es algo esencial.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS1: Sí, siempre, siempre.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS1: La mía, bueno, siempre es a la expectativa de ver qué es lo que puedan necesitar y cómo les pueda ayudar en relación con el problema actual de salud, quiero decir, es escucha activa de saber a ver qué es lo que precisan en este momento y entonces ser muy claros sobre cuál es la actuación que podemos hacer conjuntamente, establecer objetivos. Con los hijos también porque a veces viene gente mayor, necesitan que los acompañen y necesitan que se lo traduzcan, los hay que ya entienden, pero si no, tienes que establecer entre todos la fecha para para volver, esto quizá sea la diferencia que podamos hacer con otra persona mayor que viene cuando citamos, en cambio con los demás debes estar pendiente, en contacto con el hijo por si puede venir la nuera o si puede venir el hijo, y esta es la diferencia que podamos tener que hacer.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS1: Es que ahora estaba pensando a ver si me ha podido pasar porque aquí atendemos a población de muchas culturas diferentes, porque es verdad que Inca tiene población de todas partes. No, lo cierto es que no tengo prejuicios.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS1: Bien, yo no me he encontrado con esto.

I: Vale, no le ha pasado.

PS1: Actualmente no me lo he encontrado, no. Sí que me he encontrado con que no han querido tomar la insulina porque les da miedo. Pero eso le da miedo tanto a una persona de aquí como a una persona de cualquier otro lado, sea del país que sea. Y, bueno, mi actitud es de respeto, porque al final cada uno es el dueño de su cuerpo, yo no puedo obligar a nadie a tomar ni una pastilla ni una inyección, lo que ocurre es que les explico cuál es la consecuencia de no hacer lo prescrito, en este caso, por el médico, y explicar y dar información, pero obligar, no se puede obligar a nadie, sea de aquí o sea de otro lado, ya sea por cultura como si es por desconocimiento y si es por desconocimiento, volver a explicar y tener muy en cuenta que lo entiendan también los hijos para que entre todos puedan tomar la mejor decisión, pero son ellos quienes deben tomar la decisión, no soy yo. Esto lo tengo clarísimo, sea de aquí o de otro lado.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS1: Bien, la verdad es que en el servicio de urgencias o en el día a día que yo estoy en mi consulta no les vamos preguntando las opiniones porque, la verdad, mi agenda está tan llena

que no, no tengo tiempo, tengo diez minutos por paciente, a veces cinco, y alguna vez les digo media hora porque necesito esa media hora, después me supone llevar un retraso, pero esa media hora la necesito para darles la información necesaria para que ellos puedan tomar decisiones sobre su tratamiento y puedan entender cuál es el tratamiento más adecuado según lo que nosotros entendemos y según lo que el médico ha prescrito. Entonces, no tengo tiempo en esta consulta o en urgencias de preguntarles las opiniones. No, no lo hago, la verdad.

I: ¿Y le daría importancia?

PS1: Hombre, claro, como a las nuestras.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS1: No.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS1: ¿Humildad? No.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS1: No, de hecho, ayer rellené un cuestionario que nos hacen de necesidades formativas y que yo recuerde no aparecía esto como tal.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS1: Material adaptado si lo tenemos yo no lo he visto, lo que sí tenemos es un traductor, eso sí que lo tenemos y suele estar por aquí, unas horas por la mañana, ellos ya lo conocen, la mayoría de la comunidad magrebí lo conoce. Y el resto de gente suele venir con algún acompañante para entenderlos. Sí que es verdad que por ejemplo en consulta he tenido un paciente que sólo habla inglés, lleva aquí medio año y sólo habla inglés y, bueno, nos entendemos con el inglés. Quieras o no, mi vocabulario no es tan extenso como en español, ni mucho menos, pero te adaptas, porque en inglés no tenemos traductor para todas las palabras.

I: ¿Y este traductor que ha dicho también viene en el servicio de urgencias?

PS1: No, bueno, está por la mañana, las mañanas sí, si las mañanas que está por aquí y lo necesitas un momento, viene, por ejemplo, ha venido él cuando he estado atendiendo a gente en respiratorio para ver si estaban infectados o no por la COVID-19. Él ha venido, sí.

I: ¿Considera que es importante tener material ya hecho, aparte del traductor, material ya creado adaptado para estos usuarios?

PS1: Yo, sé que hay, lo he visto, lo que no sé es si hay en este centro. Yo por ejemplo como que no me he encontrado aún con la necesidad porque la mayoría ya vienen con los hijos que saben o con la nuera. No lo he necesitado.

IDIOMA ORIGINAL

PS2

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS2: D'acord, home, la veritat és que bastanta.

I: Creu que la cultura condiona la seva activitat professional?

PS2: Sí, jo crec que sí.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS2: No, la veritat és que mai.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS2: Home, vinc a dir, per jo tots els pacients són iguals o sigui no faig cap diferenciació ni tinc un tracte de favoritisme ni al contrari ni un tracte desfavorable quan és una persona que és immigrant. Jo per jo tots els pacients són iguals i no faig diferenciació d'aquest tipus.

I: Però li dona importància, és un fet a tenir en compte?

PS2: Home, li dono importància perquè sé que aquella persona potser no té els mateixos costums o no té la mateixa capacitat d'entendre que pot tenir una persona que sigui d'aquí i sí que és vera que fas un esforç perquè aquella persona pugui entendre i pugui comprendre el que li estàs explicant o el tractament que se li està posant o qualche tema relacionat amb la seva salut.

I: I: Quan atén un/a pacient immigrant, té algunes idees prefixades d'aquesta persona?

PS2: Intento que no, però si que és vera que hi ha molts de prejudicis, o sigui això sí que és vera, molts de pics ho hem sentit, també és vera que després dius bé, l'has de veure com un pacient, però bé sí que és vera que clar la societat fa que tinguem prejudicis davant unes cultures o unes altres.

I: De quina manera li influeix quan l'atén?

PS2: Realment influeix negativament, crec jo, però a nivell general, o sigui si per exemple tenim un pacient sud-americà o un pacient que per exemple prové de l'àrea del Marroc i de tot això, i és vera que tenim una sèrie de prejudicis, fan que evidentment afecti negativament.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS2: Molta.

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS2: Sí normalment sí, crec que sí.

I: Com creu que és la seva actitud?

PS2: Bé, d'intentar entendre i comprendre el que el pacient m'està explicant. Maldament sí que és vera que molts de pics quan hi ha una barrera idiomàtica amb un pacient que no és de la nostra cultura, sí que és vera que normalment faig un esforç per intentar entendre o si ve acompanyat d'un acompanyant que sí que entén una mica més la llengua castellana o catalana, faig que passi amb ell per fer una mica de mediador i poder comprendre més el problema de salut que té el pacient.

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS2: Normalment intento pensar que tots els pacients són iguals, que és vera que tenim moltes idees ja prefixades o molts de prejudicis i hem d'intentar que no afecti negativament sinó que s'ha de veure la persona com un pacient més com si fos una altra persona d'aquí, de la nostra cultura. Hem d'intentar fer *borrón* i intentar veure'l com si fos una persona d'aquí.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS2: Sí que és vera que això normalment ens posa molt nerviosos, o sigui no només a jo, perquè si que és vera que quan hi ha una barrera idiomàtica, que tu estàs intentant explicar alguna cosa, però la persona per un problema d'idioma o de llengua no t'entén, allà hi ha un problema, ho fas una mica amb senyes, intentes posar el *google* traductor al ordenador per intentar que aquella persona compregui, però si que és vera que hi ha un problema, és un problema.

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS2: Aquí a urgències, la veritat és que no, no és que no m'interessi, però sí que és vera que en un servei d'urgències el que fas és atendre als pacients. No és com per exemple una consulta que tens més temps i tens una continuïtat i un seguiment amb aquell pacient. Aquí a urgències és: ve un problema, ve una persona amb un problema de salut que aquí a urgències s'intenta posar solució, si nosaltres no la podem posar es deriva a un altre hospital, per exemple, i realment nosaltres no tenim una continuïtat i un seguiment d'aquella persona, per tant, és molt difícil saber la percepció del sistema de salut de persones d'altres països.

I: I li donaria importància?

PS2: Home, sí, clar que sí, en el cas que del centre de salut que tens un continuïtat i un seguiment amb aquest tipus de pacients, sí que és vera que jo crec que com un altre ciutadà, jo crec que és important saber què és el que pensen del sistema de salut.

I: Ha presenciada alguna conducta o pràctica institucional racista o discriminatòria en el centre on treballa?

PS2: Ara mateix que jo recordi, en aquest no. Que jo recordi no, però si que és vera que he fet feina en altres institucions i sí que és vera que certes persones per venir d'on venen o de tenir una altra cultura, he vist que se'ls donava un tracte o una atenció més desfavorable.

I: Què va fer al respecte?

PS2: Clar, és que realment si és un altre company estàs una mica de mans fermades, perquè tampoc no desacreditaràs al teu company. Per tant és una situació una mica violenta, però clar evidentment tampoc no desacreditaràs a un company teu. És una situació una mica violenta.

I: Coneix el concepte de «humilitat cultural»?

PS2: M'ho puc imaginar, suposo que deu ser ésser empàtic amb aquelles persones que provenen d'una altra cultura, d'un altre país, intentar entendre la situació que estan vivint aquí, si m'equivoco m'ho...

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa].

PS2: Mai havia sentit aquest terme, però de qualque manera m'imaginava que era alguna cosa relacionada amb la cultura, però no ho havia sentit així com a tal.

I: Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària?

PS2: No. Ni aquí ni a altres.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS2: No.

I: Considera que és important disposar d'aquest tipus de material?

PS2: Sí, sí pel fet que hem xerrat, que sí que és vera que sobretot aquí a Inca tens molta població que prové del Marroc i de parts properes al Marroc i realment tens un problema quan hi ha una barrera idiomàtica, no pots saber què li passa a aquella persona, quin problema té. Però bé també t'he de dir que a veure nosaltres sí que fem un esforç per intentar entendre aquella persona, però també crec que els usuaris que tenen una barrera idiomàtica que venen d'una altra cultura, també haurien de fer per integrar-se una mica i posar de la seva part per intentar entendre. No només donar la responsabilitat als professionals de la salut sinó que ells també com a pacients han de ser participants del seu problema de salut i també s'han d'interessar per una mica adaptar-se al sistema de salut que hi ha en aquesta comunitat.

TRADUCCIÓN

PS2

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS2: Vale, hombre, la verdad es que bastante.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS2: Sí, yo creo que sí.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS2: No, la verdad es que nunca.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural del paciente inmigrante al que atiende?

PS2: Hombre, para mí todos los pacientes son iguales o sea no hago diferenciación alguna, ni tengo un trato de favoritismo ni al contrario ni un trato desfavorable cuando es una persona inmigrante. Para mí todos los pacientes son iguales y no hago diferenciación de ese tipo.

I: Pero le da importancia, ¿Es un hecho que tenga en cuenta?

PS2: Hombre, le doy importancia porque sé que aquella persona quizás no tiene las mismas costumbres o no tiene la misma capacidad de entender que puede tener una persona que sea de aquí y sí que es verdad que haces un esfuerzo para que aquella persona pueda entender y pueda comprender lo que le estás explicando o el tratamiento que se le está poniendo o algún tema relacionado con su salud.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS2: Intento que no, pero sí es verdad que hay muchos prejuicios, o sea eso sí que es verdad, muchas veces lo hemos oído, también es verdad que después dices bueno, tienes que verlo como un paciente. Pero bueno sí que es verdad que claro la sociedad hace que tengamos prejuicios ante unas culturas u otras.

I: ¿De qué manera le influye cuando le atiende?

PS2: Realmente influye negativamente, creo yo, pero a nivel general, o sea si por ejemplo tenemos un paciente sudamericano o un paciente que proviene del área de Marruecos, es verdad que tenemos una serie de prejuicios que nos hacen que evidentemente afecte negativamente.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS2: Mucha.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS2: Sí normalmente sí, creo que sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS2: Bueno, la de intentar entender y comprender lo que el paciente me está explicando. Aunque sí que es verdad que muchas veces cuando hay una barrera idiomática con un paciente que no es de nuestra cultura, normalmente hago un esfuerzo por intentar entender o si viene acompañado de un acompañante que sí que entiende un poco más la lengua castellana o catalana, hago que pase con él para que haga un poco de mediador y poder comprender más el problema de salud que tiene el paciente.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS2: Normalmente intento pensar que todos los pacientes son iguales, que es verdad que tenemos muchas ideas ya prefijadas o muchos prejuicios y debemos intentar que no afecte negativamente, sino que hay que ver a la persona como un paciente más como otra persona de aquí, de nuestra cultura. Debemos intentar hacer borrón e intentar verlo como si fuera una persona de aquí.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS2: Sí que es verdad que esto normalmente nos pone muy nerviosos, o sea no sólo a mí, porque sí que es verdad que cuando hay una barrera idiomática, que tú estás intentando explicar algo, pero la persona por un problema de idioma o de lengua no te entiende, allí hay un problema, lo haces un poco con señas, intentas poner el *google* traductor en el ordenador para intentar que esa persona comprenda, pero sí que es verdad que hay un problema, es un problema.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS2: Aquí en urgencias, la verdad es que no, no es que no me interese, pero sí es verdad que en un servicio de urgencias lo que haces es atender a los pacientes. No es como por ejemplo una consulta que tienes más tiempo y tienes una continuidad y un seguimiento con ese paciente. Aquí en urgencias es: viene un problema, viene una persona con un problema de salud que aquí en urgencias se intenta dar una solución, si nosotros no se la podemos dar, se le deriva a otro hospital, por ejemplo, y realmente nosotros no tenemos una continuidad y un seguimiento con aquella persona, por tanto, es muy difícil saber la percepción del sistema de salud de personas de otros países.

I: ¿Y le daría importancia?

PS2: Hombre, sí, claro que sí, en caso del centro de salud, en el que tienes una continuidad y un seguimiento con este tipo de pacientes, sí que es verdad que yo creo que es importante saber qué es lo que piensan del sistema de salud como cualquier otro ciudadano.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS2: Ahora mismo que yo recuerde, en este no. Que yo recuerde no, pero sí que es verdad que he trabajado en otras instituciones y es verdad que ciertas personas por venir de donde vienen o tener otra cultura, he visto que se les daba un trato o una atención más desfavorable.

I: ¿Qué hizo al respecto?

PS2: Claro, es que realmente si es otro compañero tienes las manos un poco atadas, porque tampoco vas a desacreditar a tu compañero. Por tanto, es una situación algo violenta, pero claro evidentemente tampoco desacreditarás a un compañero tuyo. Es una situación algo violenta.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS2: Puedo imaginármelo, supongo que será ser empático con aquellas personas que provienen de otra cultura, de otro país, intentar entender la situación que están viviendo aquí, si me equivoco...

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa].

PS2: Nunca había oído este concepto, pero de algún modo me imaginaba que era algo relacionado con la cultura, pero no lo había oído, así como tal.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS2: No. Ni aquí ni en otros.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS2: No.

I: ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?

PS2: Sí, sí por lo que hemos hablado, que sí es verdad que sobre todo aquí en Inca tienes mucha población que proviene de Marruecos y de partes cercanas a Marruecos y realmente tienes un problema cuando hay una barrera idiomática, no puedes saber qué le pasa a esa persona, qué problema tiene. Pero bueno también tengo que decirte que a ver nosotros sí que hacemos un esfuerzo por intentar entender a aquella persona, pero también creo que los usuarios que tienen una barrera idiomática que vienen de otra cultura, también deberían hacer algo para integrarse un poco y poner de su parte para tratar de entender. No sólo dar la responsabilidad a los profesionales de la salud, sino que ellos también como pacientes deben ser partícipes de su problema de salud y también deben interesarse por adaptarse al sistema de salud que hay en esta comunidad.

IDIOMA ORIGINAL

PS3

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS3: La cultura? Molta.

I: Creu que la cultura condiciona la seva activitat professional?

PS3: Molt.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS3: Suposo que sí, suposo que sí, sí.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS3: És que jo intento tractar a tothom igual, o sigui que sí que és vera que segons d'on venen saps que podran tenir un cuidats o no, perquè si no tenen doblers potser no poden comprar el que necessiten o si han d'anar a fer feina i viuen quatre en una habitació... Torna'm a fer la pregunta.

I: Quanta importància li dona?

PS3: Molta.

I: I: Quan atén un/a pacient immigrant, té algunes idees prefixades d'aquesta persona?

PS3: Sí.

I: Com influeix en la seva manera d'atendre'l?

PS3: A jo no, jo sempre intento tractar a tothom com m'agradaria que me tractessin, o sigui, crec que jo no faig diferències, crec. Al manco ho intento.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS3: Idò, real el que sigui el que em diuen.

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS3: Sí.

I: Com creu que és la seva actitud?

PS3: La mateixa que quan no és immigrant, jo al meu cas, sí, de veres.

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS3: Si crec que estic tenint un prejudici? Idò no ho sé, bé crec que també en el cas d'una barrera idiomàtica intentes fer més gestes o intentes endevinar si t'han entès. O sigui, que fas l'explicació més senzilla, potser seria més bona, però fas com molt un resum. Li dius aigua i sabó i demà vens. Si hi ha barrera idiomàtica en aquest cas, que per jo és el problema principal, no puc fer l'explicació com toca. I me quedo amb més dubtes sobre si ho faran. Això seria el principal problema dintre d'infermeria sobretot.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS3: M'he trobat molt pocs casos, però sí que és vera que quan estàs donant una explicació a una senyora i mira al seu marit perquè encara no sap parlar castellà tens el dubte de si arriba la informació tal com és perquè és com el *teléfono roto*, tu dius, ell interpreta, diu i explica i retorna. I et quedes amb dubtes.

I: Quina estratègia utilitza?

PS3: Donar la informació molt bàsica.

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS3: La veritat és que no he fet cap curs de com ho fan allà i tal. Jo intento aplicar el que fem aquí i intento que s'adaptin al que fem aquí. La veritat que no.

I: Però no ha demanat mai?

PS3: No.

I: I li donaria importància?

PS3: Sí, sí, està clar.

I: Ha presenciada alguna conducta o pràctica institucional racista o discriminatòria en el centre on treballa?

PS3: Més al revés, la veritat, o sigui que m'hagin tractat com a malament per ser **[gènere]** sí, sí que m'he sentit així i no que cap companya hagi tractat malament a un pacient per ser immigrant.

I: Coneix el concepte de «humilitat cultural»?

PS3: No.

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa]. Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària? En què ha consistit?

PS3: No, he vist que hi ha fullets de «deixa el tabac» i surt gent de totes les ètnies allà i molt bé.

I: Però enfocat a la interculturalitat?

PS3: Formació no. Els pòsters i això que pengem que sí que s'intenta integrar tothom, però a jo personalment no m'han dit farem això per tal o tenim aquesta població.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS3: No de tot.

I: Però n'hi ha?

PS3: Sí, crec que n'hi ha de lactància materna i de coses així. En català i castellà i potser en altres llengües que pots triar. Sí, sí que hi ha alguna cosa, no molt.

I: Considera que és important disposar d'aquest tipus de material?

PS3: Sí, sí, sí.

TRADUCCIÓN

PS3

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS3: ¿La cultura? Mucha.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS3: Mucho.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS3: Supongo que sí, supongo que sí, sí.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural del paciente inmigrante al que atiende?

PS3: Es que yo intento tratar a todo el mundo igual, o sea, que sí es verdad que según de dónde vienen sabes que podrán tener un cuidado o no, porque si no tienen dinero quizás no pueden comprar lo que necesitan o si deben ir a trabajar y viven cuatro en una habitación... Vuelve a hacerme la pregunta.

I: ¿Cuánta importancia le da?

PS3: Mucha.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS3: Sí.

I: ¿Cómo le influye en su forma de atenderle?

PS3: A mí no, yo siempre intento tratar a todo el mundo como me gustaría que me trataran, o sea, creo que yo no hago diferencias, creo. Al menos lo intento.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS3: Pues, real lo que sea lo que me digan.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS3: Sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS3: La misma que cuando no es inmigrante, en mi caso, sí, en serio.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS3: ¿Si creo que estoy teniendo un prejuicio? Pues no sé, bueno creo que también en el caso de una barrera idiomática intentas hacer más gestos o intentas adivinar si te han entendido. O sea, que haces la explicación más sencilla, quizás dar una explicación mejor, pero haces como

un resumen. Le dices agua y jabón y mañana vienes. Si hay barrera idiomática en este caso, que para mí es el principal problema, no puedo hacer la explicación como toca. Y me quedo con más dudas sobre si van a hacerlo. Esto sería el principal problema en enfermería, sobre todo.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS3: Me he encontrado muy pocos casos, pero sí que es verdad que cuando estás dando una explicación a una señora y mira al marido porque todavía no sabe hablar castellano tienes la duda de si llega la información tal y como es porque como el teléfono roto, tú dices, él interpreta, dice y explica y la información vuelve. Y te quedas con dudas.

I: ¿Qué estrategia utiliza?

PS3: Dar la información muy básica.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS3: Lo cierto es que no he hecho ningún curso de cómo hacen allí las cosas y tal. Yo intento aplicar lo que hacemos aquí e intento que se adapten a lo que hacemos aquí. La verdad que no.

I: ¿Pero nunca les ha preguntado?

PS3: No.

I: ¿Y le daría importancia?

PS3: Sí, sí, está claro.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS3: Más bien al revés, la verdad, o sea que me hayan tratado mal por ser **[género]** sí, sí me he sentido así y no que ningún compañero haya tratado mal a un paciente por ser inmigrante.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS3: No.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

¿En qué ha consistido?

PS3: No, he visto que hay folletos de «deja el tabaco» y sale gente de todas las etnias allí y muy bien.

I: ¿Pero enfocado a la interculturalidad?

PS3: Formación no. Los pósteres y eso que colgamos que sí que se intenta integrar a todos, pero a mí personalmente no me han dicho haremos esto para tal cosa o tenemos esta población.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS3: No de todo.

I: ¿Pero hay?

PS3: Sí, creo que hay de lactancia materna y cosas así. En catalán y castellano y quizás en otras lenguas que puedes elegir. Sí, sí hay algo, no mucho.

I: ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?

PS3: Sí, sí, sí.

IDIOMA ORIGINAL

PS4

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS4: Molta, perquè jo crec que al segle que vivim que hi ha un munt de diferències culturals a la societat, és molt important tenir en compte en el moment que tractes al pacient la seva cultura i el seu entorn.

I: Creu que la cultura condiciona la seva activitat professional?

PS4: Intento que no, però una mica sí que crec que ens condiciona. Intento que no influeixi en res, però, crec que sense voler molts de pics sí que condiciona.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS4: No, sincerament no és una cosa que xerrem fins i tot amb els mateixos professionals de la salut, no és una cosa que ens posem a xerrar en el dia a dia.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS4: Sí, perquè depenent de la cultura hi ha moltes modificacions en relació, per exemple, a l'alimentació que li pugui donar jo o el tipus d'indicacions que li pugui donar, sí que crec que és important.

I: Quan atén un/a pacient immigrant, té algunes idees prefixades d'aquesta persona?

PS4: Intento que no, però a vegades fem uns prejudicis que moltes vegades ens venen ja donats per la societat en què vivim, però intento mai fer un prejudici sobre la cultura que ve.

I: Com influeix en la seva manera d'atendre'l?

PS4: Intento que no m'influeixi.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS4: Bastanta.

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS4: Sí, el que passa és que a vegades la barrera idiomàtica que per exemple pugui tenir la persona influencia molt i no podem acabar de donar el tracte que voldríem donar o les indicacions i les ajudes terapèutiques perquè no puc tenir una expressió clara amb la persona, o ells no ens entenen, molts de pics passa això, que és més la barrera idiomàtica amb la persona que no la diferència cultural en sí. La barrera idiomàtica no ens permet acabar de donar les indicacions.

I: Com creu que és la seva actitud?

PS4: Intento sempre que sigui una actitud oberta i positiva cap al pacient. Intento si puc ajudar-me de qualsevol altre persona perquè me pugui ajudar a comunicar, tot el que pugui fer a favor que ens puguem entendre i fer una xerrada oberta i exposant temes oberts, ho intento.

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS4: Bé, intento, ja et dic, estratègia com a tal, crec que no n'he utilitzada cap, el que intento sobretot és que quan entri la persona independentment de la cultura i de les diferències culturals que puguem tenir, no tenir cap prejudici perquè si no sí que influencia negativa cap a l'atenció que pugui donar. Intento que això no em passi. Estratègia com a tal, no n'he adoptada cap mai, no he tingut tampoc cap problema mai a nivell que m'entri a la consulta i ja tingui un prejudici clar i fixat damunt el pacient i que em perjudiqui en el dia a dia a la consulta, intento que no sigui així.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS4: No, jo el que m'ha passat per exemple, tinc un cas a [lloc] que és una senyora marroquí, sempre em passa amb l'idioma, que el problema és l'idioma, que no ens entenem i això ja ens frena, però no és perquè hi hagi un problema o una barrera per un prejudici meu cap a la persona, sinó perquè no hi ha comunicació clara ni ella ens entén i ni nosaltres a ella, però és pel problema de comunicació.

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS4: Sí, jo intento per exemple quan acabo una consulta fer un *feedback* amb la persona a veure si per exemple troba que puc millorar, però ho faig amb qualsevol cultura, no només amb els immigrants, és a dir, per exemple si necessites o trobes que podria millorar, però això ho faig amb tothom, tant immigrants com els locals d'aquí.

I: I li dona importància?

PS4: Sí, és súper important.

I: Ha presenciat alguna conducta o pràctica institucional racista o discriminatòria en el centre on treballa?

PS4: Sí, sempre hi ha qualcú que fa comentaris, sí.

I: Què fa vostè al respecte?

PS4: Intento no entrar en el joc, és a dir, aturo la conversa.

I: Coneix el concepte de «humilitat cultural»?

PS4: No. M'imagino per on va, però no l'havia escoltat.

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa]. Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària?

PS4: No, jo no.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS4: Adults, no tenim quasi res. Tenim potser qualche fullet d'alimentació, però et puc dir que no. I de pediatria sí que tenim un poc més de fullets en diferents idiomes, però sincerament hi hauria d'haver molta més informació des del meu punt de vista...

I: Això me du a la següent pregunta, considera que és important disposar d'aquest tipus de material?

PS4: Sí, molt important.

TRADUCCIÓN

PS4

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS4: Mucha, porque yo creo que en el siglo en el que vivimos que hay un montón de diferencias culturales en la sociedad, es muy importante tener en cuenta en el momento que tratas al paciente su cultura y su entorno.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS4: Intento que no, pero un poco sí creo que nos condiciona. Intento que no influya en nada, pero creo que sin querer muchas veces sí que condiciona.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS4: No, sinceramente no es algo que hablemos incluso con los propios profesionales de la salud, no es algo sobre lo que nos pongamos a hablar en el día a día.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural del paciente inmigrante al que atiende?

PS4: Sí, porque dependiendo de la cultura existen muchas modificaciones en cuanto a, por ejemplo, la alimentación que le pueda dar yo o el tipo de indicaciones que le pueda dar, sí creo que es importante.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS4: Intento que no, pero a veces hacemos unos prejuicios que muchas veces nos vienen ya dados por la sociedad en la que vivimos, pero intento nunca hacer un prejuicio sobre la cultura que viene.

I: ¿Cómo le influye en su forma de atenderle?

PS4: Intento que no me influya.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS4: Bastante.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS4: Sí, lo que ocurre es que a veces la barrera idiomática que por ejemplo pueda tener la persona influencia mucho y no podemos acabar de dar el trato que querríamos dar o las indicaciones y las ayudas terapéuticas porque no puedo tener una expresión clara con la persona, o ellos no nos entienden, muchas veces ocurre esto, que es más la barrera idiomática con la persona que no la diferencia cultural en sí. La barrera idiomática no nos permite acabar de dar las indicaciones.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS4: Intento siempre que sea una actitud abierta y positiva hacia el paciente. Intento, si puedo, recurrir a otra persona para que me pueda ayudar a comunicarme, todo lo que pueda hacer a favor de que nos podamos entender y tener una charla abierta y exponiendo temas abiertamente, lo intento.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS4: Bueno, intento, ya te digo, estrategia como tal, creo que no he utilizado ninguna, lo que intento sobre todo es que cuando entre la persona independientemente de la cultura y de las diferencias culturales que podamos tener, no tener ningún prejuicio porque si no sí que influencia negativamente la atención que pueda dar. Intento que esto no me ocurra. Estrategia como tal, no he adoptado ninguna nunca, no he tenido tampoco ningún problema nunca en el sentido de que entre en la consulta y ya tenga un prejuicio claro y fijado sobre el paciente y que me perjudique en el día a día en la consulta, intento que no sea así.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS4: No, a mí lo que me ha pasado es, por ejemplo, tengo un caso en **[lugar]** que es una señora marroquí, siempre me ocurre con el idioma, que el problema es el idioma, que no nos entendemos y eso ya nos frena, pero no se debe a que haya un problema o una barrera por un prejuicio mío hacia la persona, sino porque no hay comunicación clara ni ella nos entiende ni nosotros a ellos, pero es por el problema de comunicación.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS4: Sí, yo intento por ejemplo cuando acabo una consulta hacer un *feedback* con la persona a ver si, por ejemplo, cree que puedo mejorar, pero lo hago con cualquier cultura, no solo con los

inmigrantes, es decir, por ejemplo si necesitas o encuentras que podría mejorar, pero esto lo hago con todos, tanto inmigrantes como los locales de aquí.

I: ¿Y le da importancia?

PS4: Sí, es súper importante.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS4: Sí, siempre hay quien hace comentarios, sí.

I: ¿Qué hace usted al respecto?

PS4: Intento no entrar en el juego, es decir, detengo la conversación.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS4: No. Me imagino por dónde va, pero no lo había escuchado

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS4: No, yo no.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS4: Adultos, no tenemos casi nada. Tenemos quizás algún folleto de alimentación, pero te puedo decir que no. Y de pediatría sí tenemos un poco más de folletos en diferentes idiomas, pero sinceramente debería haber mucha más información desde mi punto de vista...

I: Esto me lleva a la siguiente pregunta, ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS4: Sí, muy importante.

IDIOMA ORIGINAL

PS5

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS5: La cultura? Molta, 100%.

I: Creu que la cultura condiciona la seva activitat professional?

PS5: No. Jo crec que no.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS5: No. Te soc sincera.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS5: Jo li dono molta importància, li dono un 90% d'importància a la cultura, és que amb cultura vas per tot, amb bon modals i cultura, com més cultura tens més s'agilitza tota la gestió, no t'enfades. Clar si tens uns hàbits, tens una cultura, unes creences és molt millor tot, sí.

I: I: Quan atén un/a pacient immigrant, té algunes idees prefixades d'aquesta persona?

PS5: Jo sí, jo sí.

I: Com influeix en la seva manera d'atendre'l?

PS5: M'influeix? No, no m'ho demano, ni positiu ni negatiu, no em fa cap influència, faig la meva feina i punt. El passa que és que hi ha la barrera idiomàtica i no et dona per més i tampoc no fan gaire esforç per entendre't, no tothom eh però sí, al manco jo ho considero.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS5: Idò sí et dic la veritat, jo crec que va per països, hi ha països que et donen més credibilitat que uns altres. Jo et dic, per exemple, per jo els argentins tenen molt poca credibilitat, és que és així, jo per jo els trobo mantes i els musulmans, els moros, també trobo que a vegades també van amb molta punyeteria i mentida, també ho trobo.

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS5: Sí, sí, perquè m'interessa, sí, sí...

I: Com creu que és la seva actitud?

PS5: Tranquil·la, indiferent, faig la feina, no em sobrepasso de simpàtica, però procuro no ser estúpida tampoc, llibre pla.

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS5: Si me n'adonés, rectificaria en positiu, sí, sí.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS5: [No sap què respondre]

I: Com per exemple que no vulguin que l'atengui vostè perquè és un/a home/dona o no vol prendre aquesta medicació perquè és el Ramadà....

PS5: Bé, me mantinc així, si no ho vols fer idò no ho facis, saps, però dic no vinguis al metge, si tu no vols fer el que el metge et diu, idò no venguis, això és el que dic jo. És que és així, és que si no vols perquè estàs fent el Ramadà, idò no venguis al metge.

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS5: No.

I: I li donaria importància?

PS5: Home, sí.

I: Ha presenciat alguna conducta o pràctica institucional racista o discriminatòria en el centre on treballa?

PS5: No, jo personalment no.

I: Coneix el concepte de «humilitat cultural»?

PS5: Humilitat? La gent és molt desconfiada, són molt desconfiats, no venen amb humilitat, venen amb desconfiança, per jo, per jo...

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa]. Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària?

PS5: No.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS5: Que jo sàpiga no.

I: Considera que és important disposar d'aquest tipus de material?

PS5: Sí, sí, jo crec que sí, que hi hauria d'haver d'això perquè si et ve una diarrea i tu li dius els aliments per escrit, el que pot menjar o el que no pot menjar, si és una persona diabètica i tot això, tenir uns consentiments adaptats en la seva llengua, crec que seria adequat i correcte, sí. Perquè crec que a vegades ni t'entenen eh, a vegades no t'entenen, això sí que és vera eh...això si que hauria d'existir.

TRADUCCIÓN

PS5

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS5: ¿La cultura? Mucha, 100%.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS5: No. Yo creo que no.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS5: No. Te soy sincera.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural del paciente inmigrante al que atiende?

PS5: Yo le doy mucha importancia, le doy un 90% de importancia a la cultura, es que con cultura vas por todo, con buen modales y cultura, cuanta más cultura tienes, más se agiliza toda la gestión, no te enfadas. Claro si tienes unos hábitos, tienes una cultura, unas creencias es mucho mejor todo, sí.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS5: Yo sí, yo sí.

I: ¿Cómo le influye en su forma de atenderle?

PS5: ¿Me influye? No, no me lo pregunto, ni positivo ni negativo, no me hace ninguna influencia, hago mi trabajo y punto. Lo que existe es la barrera idiomática y no te da para más y tampoco hacen mucho esfuerzo por entenderte, no todo el mundo eh, pero sí, al menos yo lo considero.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS5: Pues si te digo la verdad, yo creo que va por países, hay países que te dan más credibilidad que otros. Yo te digo, por ejemplo, para mí los argentinos tienen muy poca credibilidad, es que es así, para mí son unos mantas y los musulmanes, los moros, también creo que a veces van con mucha puñetería y mentira, también lo pienso.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS5: Sí, sí, porque me interesa, sí, sí...

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS5: Tranquila, indiferente, hago el trabajo, no me sobrepaso de simpática, pero procuro no ser estúpida tampoco.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, si ha pasado, ¿Qué estrategias utiliza?

PS5: Si me diera cuenta, rectificaría en positivo, sí, sí.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS5: [No sabe qué responder]

I: Como por ejemplo que no quieren que les atienda usted porque es un/a hombre/mujer o no quieren tomar esta medicación porque están en Ramadán.

PS5: Bien, me mantengo así, si no quieres hacerlo, no lo hagas. Pero yo digo no vengas al médico si tú no quieres hacer lo que el médico te dice, pues no vengas, eso es lo que digo yo. Es que es así, es que, si no quieres porque estás haciendo el Ramadán, pues no vengas al médico.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS5: No.

I: ¿Y le daría importancia?

PS5: Hombre, sí.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS5: No, yo personalmente no.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS5: ¿Humildad? La gente es muy desconfiada, son muy desconfiados, no vienen con humildad, vienen con desconfianza...

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS5: No.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS5: Que yo sepa no.

I: ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?

PS5: Sí, sí, yo creo que sí, que debería haber de eso porque si te viene una diarrea y tú le dices los alimentos por escrito, lo que puede comer o lo que no puede comer, si es una persona diabética y todo, tener unos consentimientos adaptados en su lengua, creo que sería lo adecuado y lo correcto, sí. Porque creo que a veces ni te entienden eh, a veces no te entienden, eso sí que es verdad eh...eso sí que debería existir.

IDIOMA ORIGINAL

PS6

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS6: Molta.

I: Creu que la cultura condiciona la seva activitat professional?

PS6: Sí.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS6: Sí.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS6: Home, la justa que em serveixi per poder atendre al pacient de la millor manera possible. No és el mateix atendre un pacient que potser ve perquè està en Ramadà i les hipoglucèmies que pugui fer i tot, que una persona que sé que aquelles setmanes menjarà normal, l'atenció és molt diferent. Per tant, sí que necessito saber la procedència.

I: I: Quan atén un/a pacient immigrant, té algunes idees prefixades d'aquesta persona?

PS6: No ho he mirat mai i tampoc he mirat els doblers dels pacients que venen. No he atès mai ningú diferent perquè tinguin un poder adquisitiu ni més alt ni més baix ni per d'on venguin, aquí nosaltres per exemple atenem molts de pacient gitanos, de cultura gitana i no li veig diferència.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS6: La mateixa que li donaria a un altre, és que no li veig la diferència.

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS6: Sí, crec que sí.

I: Com creu que és la seva actitud?

PS6: La mateixa que amb tothom.

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS6: Sempre els he explicat que des que entren fins que se'n van els he atès amb educació, de la mateixa manera que acabo d'atendre els pacients que ja se n'hagin anat. Que si hi ha qualque cosa que els pugui ofendre que em puguin dir, que no tinc cap problema per escoltar, però crec que per ara en vint i pico d'anys encara no m'ho han dit mai.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS6: No m'ha passat mai.

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS6: Si la situació m'ho demana per resoldre el problema pel qual el pacient és aquí, sí. Si la situació ja és ficar-me en la seva vida, no. Ara si les preguntes que li pugui fer, com per exemple, hem tingut qualque al·lot que està en un centre d'acollida que tu veus que cada dos per tres ve, que comença a presentar talls i tu després te n'adones que aquest al·lot va arribar en *paterna* aquí i tot, idò clar que sí que potser demanes. I fins i tot li dius quan estaràs de guàrdia perquè demani per tu per venir a xerrar, perquè és una manera de poder atendre la població, també els més joves i vulnerables i tu entens la seva situació perquè no és tan fàcil. Per tant, sempre he intentat estar disponible per tothom, però m'és igual un que els altres. És que moltes preguntes les puc entendre, però jo no he fet mai diferència, per tant...

I: Ha presenciat alguna conducta o pràctica institucional racista o discriminatòria en el centre on treballa?

PS6: Sí.

I: Què va fer al respecte?

PS6: Davant el pacient jo no puc fer res perquè si és el meu company el que l'està atenent no puc fer res. El que passa és que a vegades a lo millor si que els dic que vinguin un moment i, depèn de qui sigui eh perquè segons quin professional no li pots dir res, però segons qui perquè ja els coneixes li pots demanar si no troben que potser s'han passat un poc. A una companya li vaig dir i ella se'n va adonar del que havia fet. Però, clar, jo davant el pacient no diré res mai perquè no puc deixar mai un company malament.

I: Coneix el concepte de «humilitat cultural»?

PS6: No.

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa]. Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària? En què ha consistit?

PS6: Si l'han fet, tampoc no hi he anat eh. Vull dir que potser l'han proposat, però jo sempre m'inclino per *electros* i reanimacions.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS6: No. Jo he intentat i tot amb els pacients que venen que són del Marroc apuntar paraules i després d'un pacient a un altre dient les mateixes paraules amb la mateixa pronúncia, no m'han entès i vaig deixar de fer-ho.

I: Considera que és important disposar d'aquest tipus de material?

PS6: Sí, aquí a vegades tenim problemes perquè no podem entendre bé els pacients i per tant l'anamnesi que tu fas a vegades no saps si és fiable. I has de sortir a demanar si venen acompanyats i aquí sí que es perd informació, perquè no és la mateixa informació que em pot

donar el seu fill, que són els que normalment tradueixen, als quals jo els xerro en mallorquí perquè són nins escolaritzats aquí i sé que m'entenen bé. Però ara l'altre dia hi va haver el cas d'un amb el qual no ens enteníem gens i un que era amic seu justament era a urgències, però clar, així es perd la confidencialitat del pacient i en aquest cas trobo que això no ha de ser. Clar, hauríem de tenir o un mediador cultural, que sé que hi era a l'hospital, però aquí nosaltres no el tenim. Si just ara ens han posat un guarda de seguretat i jo dec dur aquí onze o dotze anys, per tant jo crec que arribarà tot, però a poc a poc.

TRADUCCIÓN

PS6

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS6: Mucha.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS6: Sí.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS6: Sí.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural del paciente inmigrante al que atiende?

PS6: Hombre, la justa que me sirva para poder atender al paciente de la mejor forma posible. No es lo mismo atender a un paciente que quizás me viene porque está en Ramadán y las hipoglucemias que pueda presentar, que una persona que sé que esas semanas comerá normal, la atención es muy diferente. Por tanto, sí que necesito saber la procedencia.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS6: No lo he mirado nunca y tampoco he mirado el dinero de los pacientes que vienen. Nunca he atendido a nadie diferente por tener un poder adquisitivo ni más alto ni más bajo ni por el sitio del que venga, aquí nosotros por ejemplo atendemos a muchos pacientes gitanos, de cultura gitana, y no le veo la diferencia.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS6: La misma que le daría a otro, es que no le veo la diferencia.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS6: Sí, creo que sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS6: La misma que con todos.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS6: Siempre les he explicado que desde que entran hasta que se van les he atendido con educación, del mismo modo que acabo de atender a los pacientes que ya se hayan ido. Que si hay algo que les pueda ofender que puedan decirme, que no tengo ningún problema en escuchar, pero creo que por ahora en veinte y pico años todavía no me lo han dicho nunca.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS6: Nunca me ha pasado.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS6: Si la situación me lo pide para resolver el problema por el que el paciente está aquí, sí. Si la situación es ya meterme en su vida, no. Ahora si las preguntas que le pueda hacer como, por ejemplo, hemos tenido algún chico que está en un centro de acogida que tú ves que cada dos por tres viene, que empieza a presentar cortes y tú después te das cuenta de que este chico llegó en patera aquí y todo, pues claro que sí, quizás preguntes. E incluso le dices cuándo estarás de guardia para que venga y pregunte por ti para hablar, porque es una forma de poder atender a la población, también a los más jóvenes y vulnerables y tú entiendes su situación porque no es tan fácil. Por tanto, siempre he intentado estar disponible para todos, pero me da igual uno que los demás. Es que muchas preguntas las puedo entender, pero yo nunca he hecho diferencia, por lo tanto...

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS6: Sí.

I: ¿Qué hace al respecto?

PS6: Delante del paciente yo no puedo hacer nada porque si es mi compañero el que le está atendiendo no puedo hacer nada. Lo que ocurre es que a veces a lo mejor sí que les pregunto si pueden venir un momento para hablar conmigo, depende de quién sea eh porque a según qué profesional no le puedes decir nada, pero según quién sea, porque ya le conoces, le intentas hacer ver que quizás se ha pasado un poco. A una compañera se lo dije y ella se dio cuenta de lo que había hecho. Pero, claro, yo delante del paciente no diré nada nunca porque nunca puedo dejar a un compañero mal.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS6: No.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria? ¿En qué ha consistido?

PS6: Si lo han hecho, tampoco he ido eh. Quiero decir que quizás lo han propuesto, pero yo siempre me inclino por electros y reanimaciones.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS6: No. Yo he intentado incluso con los pacientes que vienen que son de Marruecos apuntar palabras y después de un paciente a otro diciendo las mismas palabras con la misma pronunciación, no me han entendido y dejé de hacerlo.

I: ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?

PS6: Sí, aquí a veces tenemos problemas porque no podemos entender bien a los pacientes y por lo tanto la anamnesis que tú le haces a veces no sabes si es fiable. Y tienes que salir a preguntar si vienen acompañados y aquí sí se pierde información, porque no es la misma información que me puede dar su hijo, que son los que normalmente me traducen, a los que yo les hablo en mallorquín porque son niños escolarizados aquí y sé que me entienden bien. Pero el otro día tuvimos el caso de uno con el que no podíamos entendernos y uno que era amigo suyo justamente estaba en urgencias, pero claro, así se pierde la confidencialidad del paciente y en este caso creo que esto no debe ser así. Claro, deberíamos tener o un mediador cultural, que sé que había uno en el hospital, pero aquí nosotros no tenemos. Si justo ahora nos han puesto un guardia de seguridad y yo debo llevar aquí once o doce años, por lo tanto, yo creo que llegará todo, pero poco a poco.

IDIOMA ORIGINAL

PS7

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS7: Bé, sí que és important. És important saber un poc els costums, un poc tot de cada un d'ells perquè clar a l'hora d'atendre influeix, clar.

I: Creu que la cultura condiciona la seva activitat professional?

PS7: No.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS7: Sí, clar.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS7: Bé, és important conèixer un poc perquè també a l'hora d'atendre és distint, a lo millor quan fan el Ramadà, tu saps que fan un dejú, podem tenir uns problemes, no es poden medicar durant, i tot això clar és bo conèixer perquè tu saps que ells durant el dia no els pots posar res i després el vespre sí, conèixer un poc els costums, idè sí, perquè també influeixen en el tema sanitari també, a l'hora d'atendre'ls.

I: I: Quan atén un/a pacient immigrant, té algunes idees prefixades d'aquesta persona?

PS7: No.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS7: La mateix que els de qualsevol altra persona.

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS7: Sí.

I: Com creu que és la seva actitud?

PS7: La correcta.

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS7: No, jo crec que no ho he fet.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS7: Jo he intentat respectar perquè al final, maldament si trobes que és un bé per l'altre, està en contra per la seva cultura, per tant, tu li intentes explicar i després ja decideix el pacient.

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS7: Sí.

I: I li dona importància?

PS7: Bastanta.

I: Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

No.

I: Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS7: Humildad cultural, a qué se refiere? A ser...

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa]. Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària?

PS7: No.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS7: Que jo sàpiga no. Abans hi havia un traductor que venia els dematins.

I: Al SUAP?

PS7: No, al centre de salut, que ja no ve, n'hi havia un. Quan tenies qualche problema a vegades de barrera idiomàtica, perquè a vegades és molt complicat entendre.

I: I ara ja no ve?

PS7: Crec que no, però no t'ho podria dir 100%.

I: Però sempre xerrem de centre?

PS7: A nivell de SUAP no, no n'hem tingut mai.

I: Considera que és important disposar d'aquest tipus de material?

PS7: Idò sí, ajudaria molt. Tenir aquesta figura per poder trucar un moment donat per fer una traducció o això, perquè inclús a vegades n'ha vingut qualcun i no et pots entendre de cap manera i fins i tot a vegades se t'ha ocorregut que cridés a qualche amic que potser xerrés un poquet l'espanyol per fer un poc de traducció, és que si no, no entens res. Senyes, però a vegades te perds molt...

TRADUCCIÓN

PS7

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS7: Bueno, sí que es importante. Es importante saber algo sobre las costumbres, un poco de cada una de ellas porque claro a la hora de atender influye, claro.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS7: No.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS7: Sí, claro.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural del paciente inmigrante al que atiende?

PS7: Bueno, es importante conocer un poco porque también a la hora de atender es distinto, a lo mejor cuando hacen el Ramadán, tú sabes que hacen un ayuno, podemos tener unos problemas, no se pueden medicar durante y todo esto, claro, es bueno saberlo porque tú sabes que a ellos durante el día no les puedes poner nada y después, por la noche sí, conocer un poco las costumbres, y sí, porque también influyen en el tema sanitario, a la hora de atenderles.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS7: No.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS7: La misma que a los de cualquier otra persona.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS7: Sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS7: La correcta.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS7: No, yo creo que no lo he hecho.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS7: Yo he intentado respetar porque al final si piensas que es un bien para el otro y está en contra por su cultura, tú le intentas explicar y luego ya decide al paciente.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS7: Sí.

I: ¿Y le da importancia?

PS7: Bastante.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS7: No.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS7: Humildad cultural, ¿A qué se refiere? A ser...

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS7: No

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS7: Que yo sepa no. Antes había un traductor que vendía las mañanas

I: ¿En el SUAP?

PS7: No, en el centro de salud, que ya no viene, había uno. Cuando tenías algún problema a veces de barrera idiomática, porque a veces resulta muy complicado entender.

I: ¿Y ahora ya no viene?

PS7: Creo que no, pero no podría decirte 100%.

I: ¿Pero siempre hablamos de centro?

PS7: A nivel de SUAP no, nunca lo hemos tenido.

I: ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?

PS7: Pues sí, ayudaría mucho. Tener esta figura para poder llamar un momento dado para hacer una traducción o eso, porque incluso a veces ha venido alguno y no te puedes entender de ninguna manera e incluso a veces se te ha ocurrido que llamara a algún amigo que quizá habla un poquito el español para hacer algo de traducción, es que, si no, no entiendes nada. Con señas te pierdes mucho.

PS8

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS8: Mucha.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS8: No.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS8: Sí.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural del paciente inmigrante al que atiende?

PS8: Mucha importancia.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS8: No.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS8: Mucha

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS8: Sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS8: Bueno, la misma podría tener con cualquier paciente que tiene algún problema.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS8: Bueno, intentar reencaminar la entrevista o la anamnesis y ser objetivo.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS8: [No sabe qué responder]

I: Como por ejemplo que no quieren que les atienda usted porque es un/a hombre/mujer o no quieren tomar esta medicación porque están en Ramadán.

PS8: Bueno, la gente tiene derecho a decidir lo que quiere hacer.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS8: Bueno, me importa, pero no me formo mucho en ese tema, la verdad.

I: ¿Y le da importancia?

PS8: Sí, sí.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS8: No.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS8: No.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS8: No.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS8: Supongo que sí, pero no lo sé seguro.

I: ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?

PS8: Sí.

PS9

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS9: Tiene mucha importancia, la cultura es la base de una sociedad, todos tenemos una cultura, todos compartimos una cultura y por eso es determinante a la hora de interactuar con otras personas.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS9: Pienso que puede condicionar la actividad profesional, uno cuando trabaja tiene que ser profesional y ser objetivo y no dejar que prejuicios o aprendizajes antiguos o costumbres que forman parte de la cultura de uno propio influya a la hora de atender a un paciente, si nos dejamos influir por estereotipos o determinados prejuicios, eso sí que va a influir y, no siempre de manera positiva, en la atención al paciente. Hay que ser lo más profesional, lo más objetivo posible a la hora de atender a cualquier persona e intentar atender a todo el mundo de la misma manera, de la misma manera no mal, claro.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS9: Sí, muchas veces.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural del paciente inmigrante al que atiende?

PS9: Depende de la situación, le doy importancia si eso va a ser un impedimento a la hora de que el paciente entienda el tratamiento, entienda el plan de curas, si hay un problema de idioma se tiene que tener en cuenta porque si yo le explico las cosas y no intento que él las entienda porque doy por sentado que sabe mi idioma y no lo sabe entonces aquí vamos a tener un conflicto, de la misma manera que es una persona que a lo mejor no sabe leer, entonces no le puedo entregar papeles escritos porque no los va a leer. Puedo intentar contactar con algún familiar que pueda de alguna manera quitar esa barrera, que puede ser una barrera..., bueno siempre tiene que ver con la cultura, pero lo que vemos aquí más son barreras idiomáticas, pero también hay que tener en cuenta que hay personas que hablan nuestra lengua, pero hay determinados vocablos que no significan lo mismo en su dialecto que en el nuestro, entonces, al explicarle algo o tener trato con esos pacientes hay que hacer un *feedback* para asegurarse de que han entendido lo que nosotros queríamos hacerles llegar.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS9: No.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS9: Yo siempre me creo lo que me cuenta el paciente, sea inmigrante o no sea inmigrante, el paciente me cuenta una historia. Otra cosa es que vea contradicciones porque después no se

refleje eso que me ha contado en su estado general, pero no va en función de que sea inmigrante o no inmigrante. De entrada, haces una anamnesis del paciente, pero también tienes que valorar lo que te cuenta el paciente. Es decir, de entrada, doy por sentado que el paciente viene a solicitar una atención sanitaria y lógicamente querrá lo mejor para él y me va a ir contando la verdad, no me va a mentir.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS9: Sí, por lo menos lo intento.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS9: Bueno, intento mostrarme abierta y atenta a lo que me está explicando el paciente, lógicamente para que la conversación y la interacción sea lo más fluida posible y para que el paciente, de alguna manera, sienta empatía hacia mí y eso facilita la comunicación entre los dos. Entonces, yo intento dejar que el paciente hable y después sí que voy preguntando sobre cosas que no me han quedado claras o veces le pido que por favor me repita determinadas cosas que me ha contado porque quiero saber si no las he entendido bien o si bien lo que me ha contado me lo pues... a veces no es que no te cuenten la verdad, sino que te lo cuentan rápido y al contártelo por segunda vez ya te añaden una serie de detalles que no te habían contado en la primera vez y te puedes hacer un poquito mejor la idea de lo que les pasa.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS9: Bueno, normalmente intento tratar a todos los pacientes de la misma manera. Si soy consciente de que a lo mejor puedo tener una idea prefijada por su color de piel o por su manera de vestir, pues intento centrarme en lo que me cuenta el paciente, intento centrarme en lo que me dice, en lo que me cuenta más que en su apariencia para intentar ser lo más objetivo/a posible, no dejarme influir por prejuicios.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS9: ¿Por ejemplo?

I: Como por ejemplo que no quieren que les atienda usted porque es un/a hombre/mujer o no quieren tomar esta medicación porque están en Ramadán.

PS9: Bueno lo primero no me ha pasado, lo del tema de la medicación sí, entonces intento dialogar con el paciente porque, bueno, no conozco a fondo todas las religiones, pero no conozco ninguna religión que prohíba a sus seguidores seguir tratamientos en beneficio de su salud. Sí que por ejemplo está el caso de los testigos de Jehová que rechazan transfusiones de sangre, tú no puedes imponer nada al paciente, el paciente es el que debe dar su aceptación, tú

puedes intentar explicarle y hacerle ver que para ese problema que tiene lo más idóneo es seguir un determinado tratamiento. Que pueda chocar con su religión o que pueda haber problemas con la religión, hay que intentar dialogarlo con el paciente, pero hay que entender que el paciente es el que tiene la última decisión, es el dueño de su vida, es el que sigue esa determinada religión o esa determinada filosofía de vida y tú no le puedes imponer un tratamiento porque a tu criterio y a tu juicio sea lo único idóneo para el paciente porque si el paciente lo sigue hay que tener en cuenta que, aunque a lo mejor para la enfermedad o ese tipo de problema que pueda tener el paciente ese tratamiento que le vas a dar puede ser el mejor, al ser seres biopsicosociales, no solo está la parte física, si ese paciente físicamente está muy bien, pero emocionalmente tiene un conflicto de intereses porque de alguna manera siente que no está cumpliendo con su religión vamos a tener otro problema, entonces, yo pienso que siempre hay que valorar el paciente como un ser individual, hay que tener en cuenta que no es solo un trozo de carne entre comillas, que hay factores ambientales, factores sociales, creencias que influyen y que hay que tenerse en cuenta a la hora de tratar al paciente y que nunca hay que imponer nada, hay que hacerle ver o intentar explicarles lo mejor posible lo que hay que hacer, lo que sería idóneo hacer, lo que le conviene más, pero respetar la voluntad del paciente.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS9: Bueno, no hemos pasado ningún tipo de encuesta, pero sí que cuando les tengo que hacer algún tratamiento o alguna cura siempre les pregunto si les parece bien, por ejemplo, un corte que haya que suturar o si le voy a poner un inyectable, no le pido permiso, pero sí que le explico que le voy a poner un inyectable o le consulto si le parece bien que se lo ponga, entonces, de alguna manera no invado su espacio.

I: ¿Y le daría importancia?

PS9: Sí. Es un respetar a esa persona como una persona que es, entonces, si hay que hacer algún tipo de técnica no puedo ir de cualquier manera y sin decirle nada o cogerle el brazo con el manguito y tomarle la tensión, no, hay que decírselo, pues ahora le voy a hacer esto y por ejemplo si es mirar la tensión, nadie te dice que no se la mires. Hay otro tipo de técnicas a lo mejor son un poquito más invasivas, nada del otro mundo, y en esas a veces en función de cómo tú ves las manifestaciones no verbales del paciente sabes que quizás tienes que introducirle ese tratamiento que le vas a administrar de otra manera. No exactamente pidiéndole permiso, pero sí de alguna manera preguntándole si le parece bien que le vayas a hacer eso. Normalmente el

paciente no te pone ningún problema. Es verdad que a veces te preguntan si no es posible hacerlo de otra manera, a veces sí y a veces no, el paciente tiene que saberlo.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS9: No, no he presenciado nada de esto, afortunadamente.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS9: Bueno, no lo había oído nunca, a lo mejor estoy equivocada, corrígeme si ese es el caso, pienso que debe ir en contra del egocentrismo, de no pensar que mi propia cultura es superior al resto de las demás, sino que es una más dentro de una cesta donde hay muchas y no tiene por qué ser la mejor. Pienso que va por aquí.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS9: Sí.

I: ¿En qué ha consistido?

PS9: Sobre dietas en función de la cultura que, claro, esto es terminante porque si tienes que hacer un plan de cuidados a un paciente diabético o a un paciente obeso o a un paciente hipertenso, si no sabes el tipo de dieta que sigue. Después en cuanto al tipo de religión sí, no tan expansivo, pero sí recibí comunicación acerca del Ramadán para tener en cuenta que los pacientes musulmanes que van a venir están haciendo el Ramadán y a la hora de dar tratamientos es importante saberlo y a la hora de valorar determinadas patologías. Después de la manera de interaccionar de ellos, de cómo eran las familias, ese fue un curso bastante extenso y fue muy interesante, y después el tema de la religión en el caso de los musulmanes, en otras religiones no porque a lo mejor las costumbres no son tan determinantes como pueda ser el Ramadán. También de idioma, hace un par de años nos repartieron bueno era un librito y te ponían algunas frases y cómo se escribían en árabe y cómo se pronunciaban para poder mejorar la comunicación, ahora también lo han hecho con el catalán, pero sí que hace un par de años lo hicieron con el árabe.

I: ¿En este centro y en horario de SUAP?

PS9: Era como una cartilla de estas de lectura de cuando éramos pequeños y eso circulaba, por lo menos, en este centro yo supongo que debía circular en otros centros de la isla. Entonces salía por ejemplo cómo se escribía en árabe y cómo se pronunciaba la frase para decirle que le ibas a pinchar para que se lo pudieras decir.

I: ¿Y ya no está ese librito?

PS9: No, yo no lo he vuelto a ver. De esto hace muchos años.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS9: Yo supongo que sí, pero no trabajamos con ello.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS9: Bueno, nosotros a nivel de urgencias no hemos tenido mucho problema porque las personas que no hablan nuestro idioma suelen venir acompañadas de otra que sí lo hablan, sus allegados familiares, a veces pueden ser amigos, pero normalmente son familiares que llevan aquí ya bastante tiempo residiendo y que hablan perfectamente español y acompañan al paciente que desconoce nuestro idioma y hacen de traductor. Entonces, le comentas si le puede explicar esto y te fías de lo que el acompañante le cuenta.

I: ¿Entonces no lo consideraría importante?

PS9: Podría ser importante, sí, es importante. Bueno, sería interesante si nos permitiera poder tratar mejor el tema directamente porque a veces me pregunto si le deben contar exactamente todo lo que le he dicho o le hace un resumen, seguramente se lo cuenta bien, pero a veces pienso que puede que en lugar de hacer una traducción de todo lo que estoy diciendo, hacen un resumen. Porque a veces le preguntas si le ha dicho que no duele la inyección o le pides que por favor le diga que le voy a poner una inyección o que lo que le voy a poner le va a doler un poquito y a veces captas que no se lo han dicho e insistes y entonces le dice otra cosa. O sea, que ves que a veces, no digo que lo hagan por malicia ni mucho menos, pero para resumir o porque a veces en ese momento no lo consideran importante y a lo mejor tú sí que lo consideras importante. Claro, la comunicación es importantísima. No me había planteado esto, pero seguramente tener este material que nos permitiera una comunicación más directa con el propio paciente sí sería muchísimo mejor porque así pues le haríamos llegar exactamente lo que nosotros queremos que sepa.

PS10

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS10: Ah, mucha, sobre todo en urgencias, tiene mucha, mucha importancia.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS10: Sí, sí, sí que condiciona porque muchas veces nos tenemos que poner en el lugar del paciente y muchas veces es difícil sobre todo si se desconoce su cultura, si la desconoces sí que puede ser difícil.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS10: Sí, sí, sí porque muchas veces te encuentras en situaciones que no entiendes y por cultura no entiendes, porque muchas veces dices no sé cómo pueden hacer estas cosas o actúan de esta manera y todo es pura cultura, para ellos es una cosa normal y para nosotros muchas veces no lo es.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los inmigrantes a los que usted atiende?

PS10: Tiene importancia, claro, lo que te estaba comentando antes, sí que la tiene, de dónde proceden tiene importancia.

I: Cuando atiende a un/ paciente inmigrante, ¿Tiene alguna idea prefijada de esa persona?

PS10: Sí, indirectamente sí.

I: ¿De qué manera le influye cuando le atiende?

PS10: Positivamente, sí porque muchas veces depende de cómo lo ves... sí, tienes una idea predeterminada y muchas veces te van contando historias y aunque no sea la historia de este paciente sí que condiciona para que lo trates de una determinada manera.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS10: Pues la tiene... muchas veces vienen y hay mucho sufrimiento. Hay alguno que te coge un poco de confianza y ves que hay mucha ansiedad, mucho dolor, hay historias muy duras detrás de ellos, no todos, pero muchos sí.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS10: Sí, sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta esos encuentros?

PS10: Para ellos, positivas. Hay algunas veces que hay inmigrantes que se han puesto a llorar, vienen por ansiedad, somatizan síntomas con dolor de estómago, cervicales y todo es ansiedad, están fuera de su territorio, los familiares los tienen lejos y para ellos sí, sí que es un sufrimiento, sí.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS10: No sé, yo no creo que actúe de una manera negativa, no actúo de una manera racista por ser de una determinada raza actuaré mal, eso no, todo lo contrario.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS10: Bueno, pues, intentaremos adaptar la situación para que sea lo más positivo posible...porque ¿Un conflicto como...?

I: Como por ejemplo que no quieren que les atienda usted porque es un/a hombre/mujer o no quieren tomar esta medicación porque están en Ramadán.

PS10: Ah pues tú mismo, mira si no quieres... sí que ha habido situaciones y se van con las pastillas y tú les dices que si cambian de actitud o les duele más pues que las tomen.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS10: Sí, sí. Muchas veces lo preguntas y te lo dicen, otros están más distantes y no entran, pero otros sí.

I: ¿Y le da importancia?

PS10: Sí, claro, todo lo que digan los pacientes muchas veces le tienes que dar importancia porque quieras o no vienen a urgencias y en urgencias no conocemos a los pacientes, no es lo mismo que estás en una consulta y llega un momento en el que sí conoces a tus pacientes, pero en urgencias viene uno y otro, y no sabes exactamente qué les pasa, si te dicen la verdad, si no, si... yo qué sé, vaya que es diferente.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS10: No, lo máximo que puedes apreciar son comentarios de compañeros, pero siempre detrás, nunca adelante, que desprecias a un paciente por ser de otra zona.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS10: No.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS10: No, no he recibido formación, pero sí que he tenido la opción de tenerla, o sea, la gerencia nos proporciona cursos por si queremos hacerlos o no. No los he hecho, he hecho otro tipo de cursos, pero estos no.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS10: Bueno, había unos trípticos, lo que pasa que ahora ya no, con esto del COVID-19 no creo que haya trípticos, a lo mejor ahora volverán a empezar con los trípticos, había traducciones con las típicas frases de tienes dolor o eres alérgico, sí que había, pero antes del COVID-19, ahora no.

I: ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?

PS10: Sí, claro siempre, y si no se usa el traductor de *Google*, pero sí, sí que es importante.

IDIOMA ORIGINAL

PS11

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS11: Sí. Jo crec que molta perquè si vols saber què li passa o què necessita aquella persona, has d'entendre una mica quines són els seus costums o què és el que fa en el seu dia a dia. Has de conèixer una mica aquella persona per saber com l'has de tractar.

I: Creu que la cultura condiciona la seva activitat professional?

PS11: Sí. Crec que sí.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS11: Sí.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS11: A veure, jo crec que hi ha un cosa molt important que és la parla, per tant, això ja és una cosa que condiciona i forma part de la seva cultura lògicament. I, sí, li dones molta importància, per el mateix que t'he dit abans, té molta importància.

I: Quan atén un/a pacient immigrant, té algunes idees prefixades d'aquesta persona?

PS11: Sí. Perquè hi ha persones d'una determinada raça o ètnia o cultura diferent que repeteixen determinats models de consulta i això ja d'entrada et posa una mica en guàrdia, potser aquesta no és la paraula, però sí que et condiciona.

I: Com influeix en la seva manera d'atendre'l?

PS11: Jo crec a vegades et fa la sensació que t'enganaran o que et fan una consulta, però finalment el que volen és una altra cosa, per tant, tu ja els escoltes i cerques una mica per on te la poden colar, en certa manera.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS11: A veure jo en principi li dono tota la importància perquè és una persona que se suposa que ve perquè té un problema mèdic i jo la puc ajudar. També depèn de l'actitud que té i altres condicionants, però importància tota. O sigui, no perquè segueixi un patró que més o manco es repeteix li dono menys importància perquè no sempre és així, per tant, intento escolta i entendre bé el que me diu.

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS11: Sí.

I: Com creu que és la seva actitud?

PS11: Jo crec que intento i crec que aconsegueixo ser amable i educada, al menys ho intento. I crec que intento empatitzar bastant, arreglar i cuidar una mica aquella persona l'estoneta que estem junts i donar-li una solució.

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS11: Si soc conscient que no estic fent bé les coses en el sentit que em deix dur per prejudicis, intento escoltar més o demanar més per aclarir si realment m'estic equivocant o si finalment confirmo el que jo sospitava, però intento aprofundir més.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS11: Jo arribat el moment que, per exemple, hi ha un cas molt concret amb els magrebins o musulmans en general que és el Ramadà. Quan estan en Ramadà i els dius que s'han de prendre aquest antibiòtic o aquesta pastilla cada vuit hores i et diuen que no, doncs si pots donar aquesta medicació cada 12h en comptes de cada 8h, doncs ho arregles. Però si no, li has dit que és el que hi ha, que ha vingut amb problema i jo li dono la solució, per tant, ja és ell que ha de decidir el que faci. També n'hi ha que venen i te diuen que quan estàs malalt el Ramadà no s'ha de fer... o sigui, hi ha com una exempció que si estàs malalt no et deixaràs morir perquè has de fer el Ramadà, però n'hi ha d'altres que no, que directament et diuen que no. Per tant, ja és cosa seva, jo no em puc inventar coses que no existeixen.

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS11: No. En realitat jo no els dic si pensen que estan ben atesos o si se senten discriminats, però si que a vegades m'ho diuen.

I: I li donaria importància?

PS11: Sí, clar, molta importància. No només a la meva feina, sinó també a la coa del supermercat.

I: Ha presenciada alguna conducta o pràctica institucional racista o discriminatòria en el centre on treballa?

PS11: No. Sí que és vera que es fan comentaris de gent que ja és coneguda i sempre hi ha algú que ve a dir-te coses.

I: Què fa al respecte?

PS11: Doncs, res, escoltar el que em diguin i després fer el que jo trobo.

I: Coneix el concepte de «humilitat cultural»?

PS11: Sí.

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa]. Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària?

PS11: No.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS11: No.

I: Considera que és important disposar d'aquest tipus de material?

PS11: Evidentment.

TRADUCCIÓN

PS11

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS11: Sí. Yo creo que mucha porque si quieres saber qué le ocurre o qué necesita esa persona, debes entender un poco cuáles son sus costumbres o qué es lo que hace en su día a día. Tienes que conocer un poco sobre aquella persona para saber cómo tratarla.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS11: Sí. Creo que sí.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS11: Sí.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

PS11: A ver, yo creo que hay algo muy importante que es el habla, por tanto, esto ya es algo que condiciona y forma parte de su cultura lógicamente. Y, sí, le das mucha importancia, por lo mismo que te he dicho antes, tiene mucha importancia.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS11: Sí. Porque hay personas de una determinada raza o etnia o cultura diferente que repiten determinados modelos de consulta y eso ya de entrada te pone un poco en guardia, quizás esta no es la palabra, pero sí te condiciona.

I: ¿Cómo le influye en su forma de atenderle?

PS11: Yo creo a veces te da la sensación de que te engañarán o que te hacen una consulta, pero finalmente lo que quieren es otra cosa, por tanto, tú ya los escuchas y buscas un poco por dónde te la pueden colar, en cierto modo.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS11: A ver yo en principio le doy toda la importancia porque es una persona que se supone que viene porque tiene un problema médico y yo puedo ayudarla. También depende de su

actitud y otros condicionantes, pero importancia, toda. O sea, no porque siga un patrón que más o menos se repite le doy menos importancia porque no siempre es así, por tanto, intento escuchar y entender bien lo que me dice.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS11: Sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS11: Yo creo que intento y creo que consigo ser amable y educada, al menos lo intento. Y creo que intento empatizar bastante y cuidar un poco a aquella persona el ratito que estamos juntos y darle una solución.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS11: Si soy consciente de que no estoy haciendo bien las cosas en el sentido de que me dejo llevar por prejuicios, intento escuchar más o preguntar más para aclarar si realmente me estoy equivocando o si finalmente confirmo lo que yo sospechaba, pero intento profundizar más.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS11: Yo llegado el momento de que, por ejemplo, hay un caso muy concreto con los magrebíes o musulmanes en general que es el Ramadán. Cuando están en Ramadán y les dices que se tomen este antibiótico o esta pastilla cada 8 h y te dicen que no, pues si puedes dar esta medicación cada 12 h en lugar de cada 8 h, lo arreglas. Pero si no, les dices que es lo que hay, que han venido con un problema y yo le doy la solución, por tanto, ya es él el que debe decidir lo que hacer. También los hay que vienen y te dicen que cuando estás enfermo el Ramadán no debe hacerse... o sea, hay como una exención de si estás enfermo, no te dejarás morir porque tienes que hacer el Ramadán, pero hay otros que no, que directamente te dicen que no. Por tanto, ya es cosa suya, yo no puedo inventarme cosas que no existen.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS11: No. En realidad, yo no les digo si piensan que están bien atendidos o si se sienten discriminados, pero sí que a veces me lo dicen.

I: ¿Y le daría importancia?

PS11: Sí, claro, mucha importancia. No sólo en mi trabajo, sino también en la cola del super.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS11: No. Sí que es verdad que se hacen comentarios de gente que ya es conocida y siempre hay alguien que viene a decirte cosas.

I: ¿Qué hace al respecto?

PS11: Pues nada, escuchar lo que me digan y luego hacer lo que yo creo.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS11: Sí.

I: ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS11: No.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS11: No.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS11: Evidentemente.

PS12

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS12: ¿Tengo que evaluarla en una escala o?

I: Bueno, sí, mucha o cómo cree que puede influir en la labor profesional de cada uno.

PS12: ¿La cultura que nosotros tengamos?

I: Sí, la propia.

PS12: Bueno fundamental para la hora de tratar al paciente, supongo que eso es lo que se pregunta... fundamental porque si no, no puedes entender al paciente que tienes enfrente y poderlo explorar en toda su dimensión porque puede haber cosas culturales que a lo mejor no conoces que se te pasan por alto y a lo mejor eso sea la causa de todo lo que se le está produciendo al paciente o así.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS12: La cultura también claro para todo, para la sanidad y para todo, absolutamente.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS12: Sí, sí. De hecho, antes de urgencias también trabajaba en un centro, lo digo porque a lo mejor tengo más tiempo trabajado en la atención a pacientes de esta zona que hay mucha inmigración y me suponía un gran problema, o sea, ahora también, pero quizás como yo trabajo también en otros, y como no soy del equipo de urgencias y hago menos horas de guardia, no lo veo tanto, pero sí he reflexionado muchísimas veces, muchísimas.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

PS12: Bueno, como decía antes igual, o sea, le doy muchísima importancia porque les quiero atender de la mejor manera posible. La parte social es muy importante y la cultural.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS12: Sí, puedo tener una idea de pues esto, lo que hablamos, de qué costumbres pueden tener o qué valor le dan a la sanidad o a lo mejor pueden tener unas ideas que se comparten en general por proceder de un mismo país, comparten ideas sobre la sanidad... creo que sí.

I: ¿Cómo influye en su manera de atenderle?

PS12: Sí, claro que influye porque crees que, a ver la pregunta no sé si es porque influye negativa o positivamente, yo creo que influye siempre. Estás delante de una persona, en las relaciones humanas influye siempre de dónde venimos porque es verdad que las costumbres son muy diferentes, pueden serlo, a lo mejor coinciden muchas, pero otras son muy diferentes y eso lo tienes que contemplar, no quiere decir que solo eso vaya a influir en cómo lo trato. Al

final el tratamiento de una enfermedad, por ejemplo, pues va a ser igual, pero a lo mejor las recomendaciones que voy a dar para el tratamiento o normas de volver a consultarnos si no va bien, pues, a lo mejor se lo digo de una manera o de otra.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS12: Si lo entiendo, sí. Es que claro, fundamentalmente es el idioma, para mí la barrera fundamental es idiomática, con lo cual, sí, claro, escucha activa siempre, incluso más porque puedo no entenderle y tiene que ser más activa.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS12: Una actitud abierta y receptiva.

I: Y ¿Cuánta importancia le da a sus testimonios?

PS12: Igual sea un paciente de un sitio o de otro, es igual.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS12: Bueno, a lo mejor pregunto más, si tengo un prejuicio, que puedo tenerlo, pues a lo mejor intento sinceramente que no me pueda afectar y tratarlo de la misma manera sobre todo si es negativo ese prejuicio, si es positivo pues a lo mejor no me importa tanto, pero intento a lo mejor preguntar más información de esa familia o de esa persona.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS12: ¿En qué sentido?

I: Por ejemplo, usted le quiere dar una medicación y el paciente le dice que por su religión no puede o es un/a hombre/mujer y no quiere que le atienda usted porque es un/a hombre/mujer.

PS12: A ver, yo la verdad creo que en mi forma de tratar a los pacientes no busco la confrontación, o sea pienso que el médico está recomendando, está informando y está trasladando la información y luego el paciente decide. Que no quiere, bueno, pues qué le vamos a hacer, pues ya está. Pero creo que mi forma de ser no es confrontarme con el paciente para imponer algo. No, no lo creo. O sea, bueno pues si no quiere que yo le atienda tiene derecho a que le atienda otro profesional, le digo a mi compañero. No me ofendo porque creo que la cultura es algo muy arraigado de una persona.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS12: Sí, o sea a lo mejor por mi trabajo no lo hago, pero interés, por supuesto, claro.

I: ¿Y le da importancia?

PS12: Le doy importancia, sí.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS12: No.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS12: La verdad es que no lo había oído nunca.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS12: No, es super interesante, pero no.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS12: Sí, me consta que sí. Por ejemplo, sobre todo traducción. Pero nosotros en el servicio de urgencias no lo tenemos, no. Podemos adquirirlo en internet, o sea existe la herramienta informática del IB-SALUT, yo sé que hay consejos para pacientes, no hay mucha cantidad, pero algo hay si buscas en internet, lo podrías llegar a conseguir, pero no está facilitado por nuestra administración de una forma fácil y contemplada como algo importante que tiene que estar.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS12: Bueno, yo creo que sí, aunque del volumen de pacientes que vemos, no sean la gran mayoría, pero tener la posibilidad, sí. Es que, pues eso, es fundamental la comunicación.

PS13

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS13: La misma importancia que tiene, o sea la persona físicamente como emocionalmente, o sea la cultura es parte de la persona, somos seres biopsicosociales, entonces la parte social es importante: de dónde vienes, quién eres.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS13: Sí, claro, condiciona mi labor.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS13: Sí, claro, he reflexionado mucho, de hecho, me costó un poco adaptarme, sobre todo en el ámbito laboral, no en el ámbito social. En el ámbito laboral pues veo que culturalmente aquí el médico pues no es como en los países de Latinoamérica, en [país] un médico es lo que antiguamente eran en las tribus, son dioses, entonces en cuanto al respeto y en cuanto a que cada vez veo que se va deteriorando más por parte tanto de los compañeros, sobre todo de los pacientes y familiares, pues es bastante diferente pudiéramos decir.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

PS13: No le doy ninguna importancia a la procedencia, para mí es más importante la forma de comunicarse con nosotros, ya sea en su idioma o no, y la actitud y el respeto que tenga a la hora de intercambiar.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS13: No, para nada.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS13: Bueno, yo creo que éticamente lo que dice el paciente es lo que realmente es, no tenemos medio de demostrar que lo que está diciendo el paciente no es real. O sea, éticamente lo que el paciente dice es lo que es y, bueno, si es de forma reiterativa, ya hay medios para ver si no es realmente lo que está diciendo o, por ejemplo, un dolor lumbar que el paciente viene cada día, hay que ver si realmente es así, la actitud la forma, etcétera.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS13: Por supuesto, la escucha activa es muy importante en la comunicación.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS13: Yo creo que como con otros pacientes, inclusive soy..., porque a lo mejor hay una barrera idiomática pues hay que emplear más tiempo, a lo mejor hay que imprimirle la pauta de medicación y escribírselo a ver si realmente entiende. A lo mejor le aconsejo que venga con

alguien que pueda traducir si no hablan bien porque normalmente te dicen que sí y no están entendiendo nada de lo que le estás diciendo y, bueno, eso es lo que hacemos.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS13: Si en algún momento soy prejuiciosa, intento pues cambiarlo y a lo mejor reflexiono sobre eso, los juicios de valor y tener criterio sobre alguien que tú no conoces pues es algo que tengo, bueno he trabajado a nivel personal sobre este tema, porque la verdad es que me costó un poco.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS13: Cuando hay un conflicto cultural pues intento sobre todo en el tema de las mujeres a las que les cuesta desvestirse, a las mujeres marroquíes les cuesta mucho, bueno intento darle privacidad y decirle solo tenemos que mirar etcétera. Es decir, colaboro un poco, vamos más despacio porque tengo el objetivo de ayudar, llegar a un diagnóstico y poderla ayudar.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS13: Bueno es algo que hago poco. Si el paciente me lo reclama, a lo mejor doy una explicación, pero no es algo que vaya buscando.

I: ¿Y le daría importancia?

PS13: Sí, claro.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS13: No.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS13: No, bueno el concepto como así, no, pero a lo mejor lo que la frase envuelve a lo mejor sí, pero no.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria? ¿En qué ha consistido?

PS13: Sí, sí, sí. Hablamos de la cultura marroquí, del Ramadán. Claro durante el Ramadán se hacen muchos ayunos y esto sobre todo en los pacientes diabéticos pues influye mucho, dar consejos sobre qué alimentos tienen que tomar, etcétera. Sí, hemos recibido.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS13: No.

I: ¿Considera que es importante contar con ese tipo de material?

PS13: Sí, claro.

PS14

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS14: Es muy importante, a ver, es lo que te permite hacer el trabajo más fácil, tú te encuentras con una persona más o menos culta puedes hablar de una manera y si no lo es tienes que hablar de otra para que te puedan entender, simplifica mucho creo yo.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS14: No.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS14: No.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

PS14: Depende de la conducta del paciente, no de donde son. Lo que pasa que hay ciertos patrones de conducta que se dan en determinados orígenes, no sé, es como una sumatoria de condiciones, no se comportan lo mismo un africano que un marroquí, no se comporta lo mismo un pakistaní que un argentino o que un chileno o que un ecuatoriano, es que son completamente diferentes, entonces tratar de llevar un equilibrio con esas diferentes conductas es lo que somos.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS14: Sí, de algunos sí porque tienen un patrón de conducta, debo ser honesta, porque me estás preguntando y yo voy a ser honesta. Hay ciertos grupos o ciertas nacionalidades que vienen con determinadas conductas que un poco tienen como un patrón, es algo que ya tienen y que es frecuente, no te digo que todos, pero que es frecuente en determinados grupos de distintas nacionalidades.

I: ¿De qué manera le influye cuando le atiende?

PS14: Influye en que a veces son más difíciles de manejar, hay gente que viene considerando que a todo tienen derecho, como si esto fuera un supermercado, donde se les ofrece y se les va a dar todo y no es así, si tú eres una persona medianamente culta, te vas a dar cuenta que el Estado no puede abastecer de todo lo que tú necesitas, que hay cosas por las que tienes que trabajar y esforzarte. Y hay grupos que vienen exigiendo todo, que le des todo, como un derecho.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS14: Mucha porque es de ahí de donde sacamos la información para saber qué hacer. Y si tú me dices que quieres esto y yo te digo que no puedo dártelo porque no corresponde pues tendremos que ver cómo nos ponemos de acuerdo.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS14: Sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS14: Yo en general trato de conciliar, lo que pasa es que a veces se ponen agresivos y tú dices un momento, tengo que parar esto porque nos atropellan. Nos exigen cosas que no le podemos dar, que no es justo que se lo demos a unos y no se lo demos a todos. Todos son pacientes, no importa de dónde sean de España, de Latinoamérica, nórdicos o lo que fuera, todos son pacientes y hay que tener una actitud equilibrada y repartir lo que el Estado o la salud pública puede dar de forma equitativa entre todos, independientemente de la raza, de la religión, de donde venga, de la cultura.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS14: Tengo prejuicios porque soy una persona. Trato de manejarlo con razón y con sentimiento, lo que pasa que a veces se hace un poco difícil porque no respetan ni tus sentimientos ni tus razonamientos y quieren imponer, entonces, determinados sectores, es lo que tú has planteado desde un comienzo, son diferentes conductas. Entonces, hay un momento que tienes que ponerle un límite y tienes que hacerles razonar. No quieren razonar, hay grupos que no quieren razonar.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS14: Me salgo. Busco a otro compañero que le atienda. Cuando veo que no puedo manejar la situación busco ayuda y que se ocupe otro porque no estoy pudiendo conmigo misma. No voy a le voy a agredir, pero yo no soy capaz de llevar la situación, cuando veo que la situación me supera yo inmediatamente busco y después sí, después hago un trabajo interno a ver si le busco alternativas para justificar la conducta. Lo que pasa es que a veces justificar las conductas es muy difícil.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS14: Sí, es más, he intentado aprender a saludarles en su idioma, no sé como elemento integrador, a veces un saludo es la puerta de entrada a una buena comunicación. Lo que pasa es que, vuelvo a repetirte, hay grupos que son muy difíciles.

I: ¿Y le da importancia?

PS14: Sí.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS14: Nunca.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS14: Sí, lo que pasa que a veces se hace difícil, hay momentos en que tú dices me siento cómoda avasallada, entonces y si seguimos siendo humildes, hay sectores... siento que tenemos que ser más reactivos, aunque usemos la razón y los sentimientos, pero hay momentos en que tú tienes que reaccionar porque me siento como atropellada.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS14: No.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS14: Hay algunas cosas. Pero yo no trabajo en este centro de forma permanente, quizás te lo puede contestar mejor otra persona que esté más en el centro. Hay integradores, lo que pasa es que nosotros los fines de semana no tenemos acceso.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS14: Yo creo que sería importante, el asunto es que no tenemos los medios, no lo veo viable para los fines de semana, pero debiéramos tener reuniones donde se puedan compartir experiencias, nosotros lo hacemos, pero porque nos llevamos muy bien y nos comunicamos aquí muy bien. Entonces si uno tiene un problema, estoy segura de que cualquier compañero te va a ayudar y te va a ayudar bien, que ese es otro tema. Pero no sé, yo soy médico sustituto, venimos aquí circunstancialmente, hacemos el trabajo lo mejor que podemos. Ahora tenemos guardia de seguridad, pero es que hasta hace poco no teníamos ni guardia de seguridad los fines de semana. Y por aquí circulan los fines de semana pacientes muy chungos.

IDIOMA ORIGINAL

PS15

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS15: Molta.

I: Creu que la cultura condiona la seva activitat professional?

PS15: Sí, sempre.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS15: No.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS15: Molta importància, cada persona viu la seva malaltia en funció d'on ve, de la seva cultura.

I: Quan atén un/a pacient immigrant, té alguna idees prefixades d'aquesta persona?

PS15: A vegades és inevitable, però intentem no fer-ho perquè ens portem moltes sorpreses moltes vegades.

I: Com influeix en la seva manera d'atendre'l?

PS15: Pot ser una influència negativa o positiva, o a vegades ni positiva ni negativa. Simplement a vegades aquests prejudicis ens condicionen la forma d'abordar al pacient. Jo intento, després de tanta experiència, aprendre a no tenir aquest prejudicis i a abordar al pacient des de zero. Jo penso que és una cosa més de la inexperiència, amb el temps aprenem a no prejutjar als nostres pacients.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS15: Com als de qualsevol, ni immigrant ni no immigrant, és la seva paraula i és la nostra eina de feina, quan fem una anamnesis és la seva paraula la qual ens va guiant per fer un diagnòstic.

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS15: Sempre.

I: Com creu que és la seva actitud?

PS15: Una actitud oberta, empàtica i sempre d'escolta, i que sigui amb assertivitat, això sí que ens ho han ensenyat.

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS15: Això m'ha passat moltes vegades, m'he equivocat moltíssimes vegades. I en aquell moment el que s'ha de fer és demanar disculpes, fer un rentat total i tornar a començar.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS15: S'ha d'intentar raonar i sempre des del punt de vista científic, intentar deixar de banda tots aquells aspectes que puguin condicionar, que són aspectes culturals, el nostre objectiu i fixar un objectiu per intentar arribar-hi des de les dues bandes.

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS15: Sí.

I: I li dona importància?

PS15: Molta perquè si el pacient no està d'acord amb el que diem nosaltres, difícilment farà cas a un tractament o a un nou procés diagnòstic que nosaltres proposem i moltes vegades és necessari saber què pensa el pacient i d'on ve culturalment per entendre. Aquí el que més ens passa, sobretot, és amb els musulmans en època de Ramadà, és molt complicat. De fet és inútil donar-los un tractament tres vegades al dia perquè sabem que no se'l prendran. Això sí que si no ho sabem des del principi, mala medicina farem. Hem d'intentar consensuar altres tipus de tractaments de manera que ells se'l prenguin o vulguin seguir un tractament o un procés diagnòstic. I si no sabem que és Ramadà i no sabem certes normes...jo, de fet, sí que m'he llegit aquest tros de l'Alcorà per saber què puc dir o què no puc dir perquè moltes vegades ells tampoc ho sabem.

I: Ha presenciat alguna conducta o pràctica institucional racista o discriminatòria en el centre on treballa?

PS15: No. Els espanyols no som racistes, en general no, aquí nosaltres som multiculturals també. No, no ho he vist i no m'ho imagino tampoc.

I: Coneix el concepte de «humilitat cultural»?

PS15: No.

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa]. Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària?

PS15: No. Aquí no rebem formació de cap tipus.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS15: Penso que sí, que tenim fulletons així traduïts a varis idiomes i deuen ser per algun armari.

I: Considera que és important disposar d'aquest tipus de material?

PS15: Sí, però vaja penso que el més important és que les persones que estan de cara al públic siguin persones obertes i comunicatives. El tema de l'idioma i de la cultura realment, en la meua experiència eh, és igual si en saps o no en saps, el que és important és que el teu objectiu sigui comunicar. Si tots dos es volen comunicar, no hi ha barrera idiomàtica. Aquí ens hem comunicat

amb qualsevol persona amb signes, com sigui...si un vol comunicar, ho fa. I la veritat és que hem tingut molts d'estrangers amb els que no ens enteníem de cap forma i hem tingut unes atencions boníssimes, però perquè tots ens hem esforçat. És una qüestió de voluntat, més que de coneixement, que també n'hem de tenir eh.

TRADUCCIÓN

PS15

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS15: Mucha.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS15: Sí, siempre.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS15: No.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

PS15: Mucha importancia, cada persona vive su enfermedad en función de dónde viene, de su cultura.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS15: A veces es inevitable, pero intentamos no hacerlo porque nos llevamos muchas sorpresas muchas veces.

I: ¿Cómo le influye en su forma de atenderle?

PS15: Puede ser una influencia negativa o positiva, o en ocasiones ni positiva ni negativa. Simplemente en ocasiones estos prejuicios nos condicionan la forma de abordar al paciente. Yo intento, después de tanta experiencia, aprender a no tener estos prejuicios y a abordar al paciente desde cero. Yo pienso que es algo más de la inexperiencia, con el tiempo aprendemos a no prejuzgar a nuestros pacientes.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS15: Como a los de cualquiera, ni inmigrante ni no inmigrante, es su palabra y es nuestra herramienta de trabajo, cuando hacemos una anamnesis es su palabra la que nos va guiando para realizar un diagnóstico.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS15: Siempre.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS15: Una actitud abierta, empática y siempre de escucha, y que sea con asertividad, eso sí nos lo han enseñado.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS15: Esto me ha pasado muchas veces, me he equivocado muchísimas veces. Y en ese momento lo que hay que hacer es pedir disculpas, hacer un borrón total y volver a empezar.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS15: Se debe intentar razonar y siempre desde el punto de vista científico, intentar dejar de lado todos aquellos aspectos que puedan condicionar, que son aspectos culturales, nuestro objetivo y fijar un objetivo para intentar llegar desde ambas partes.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS15: Sí.

I: ¿Y le da importancia?

PS15: Mucha porque si el paciente no está de acuerdo con lo que decimos nosotros, difícilmente seguirá un tratamiento o un nuevo proceso diagnóstico que nosotros le propongamos y muchas veces es necesario saber qué piensa el paciente y de dónde viene culturalmente para entender. Aquí lo que más nos ocurre, sobre todo, es con los musulmanes en época de Ramadán, es muy complicado. De hecho, es inútil darles un tratamiento tres veces al día porque sabemos que no se lo tomarán. Eso si no lo sabemos desde el principio, no practicaremos buena medicina. Debemos intentar consensuar otros tipos de tratamientos para que ellos se lo tomen o quieran seguir un tratamiento o un proceso diagnóstico. Y si no sabemos que es Ramadán y no sabemos ciertas normas...yo, de hecho, sí que me he leído esa parte del Corán para saber qué puedo decir o qué no puedo decir porque muchas veces ellos tampoco lo saben.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS15: No. Los españoles no somos racistas, por lo general no, aquí nosotros somos multiculturales también. No, no lo he visto y no me lo imagino tampoco.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS15: No.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS15: No. Aquí no recibimos formación de ningún tipo.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS15: Pienso que sí, que tenemos folletos así traducidos a varios idiomas y estarán en algún armario.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS15: Sí, pero vaya, creo que lo importante es que las personas que están de cara al público sean personas abiertas y comunicativas. El tema del idioma y de la cultura realmente, en mi experiencia eh, da igual si sabes o no sabes, lo importante es que tu objetivo sea comunicar. Si ambos quieren comunicarse, no hay barrera idiomática. Aquí nos hemos comunicado con cualquier persona a través de signos, como sea...si uno quiere comunicarlo, lo hace. Y la verdad es que hemos tenido muchos extranjeros con los que no nos entendíamos de ninguna forma y hemos dado una atención buenísima, pero porque todos nos hemos esforzado. Es una cuestión de voluntad, más que de conocimiento, que también debemos tener eh.

PS16

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS16: Pues por lo menos un 10, tiene importancia. Yo creo que es muy importante porque depende de la cultura de cada persona, si es de un país o es de otro país, hay que explicarle las cosas de una manera o hay que explicárselas de otra y hay que transmitírselas de diferente manera a una persona que a otra, eso está claro.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS16: La cultura propia no, no me condiciona.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS16: No, es la primera vez.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

PS16: Hombre, intentas estar próximo a él, pero bueno, a veces es difícil también porque la comunicación no es fluida, a veces vienen con un traductor que es un niño, entonces no te puedes comunicar como tú quisieras, ni dar la información, ni ellos te dan la información como tú desearías tenerla.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS16: No.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS16: Pues es que es difícil a veces. Yo creo que a veces si no entienden, no puede ser un testimonio fiable y a veces ellos tampoco te pueden entender lo que les preguntas. Yo creo que a veces también les puede dar vergüenza, depende de en qué temas puede que a lo mejor también la vergüenza les pueda condicionar para explicar su malestar o...

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS16: Sí, intentas mantener una escucha activa, pero claro a veces sucede eso, es que el tema de la anamnesis a veces es complicado porque hay personas que no hablan nada nada de castellano, nada de mallorquín, es imposible.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS16: Hombre intento ayudarles, aunque sea con señas. Claro, la menstruación, por ejemplo, hay veces que le preguntas el día que tuvo la última menstruación, pues a veces ella le pregunta a su marido. Hay veces que es difícil que ellos puedan entender lo que estás preguntando.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS16: No actuaría con prejuicio, no, no.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS16: Sí, alguna vez ha habido algún conflicto. O que te pidan, por ejemplo, recetas porque se va a Marruecos 3 meses y quiere que le hagas insulina, pero claro tú dices que no, que no le puedes hacer tantas recetas de insulina. Ahí puede haber un conflicto y a lo mejor el paciente se enfada, pero tú le dices que no, que eso no se puede hacer de esa manera.

I: ¿Y la estrategia para hacerle entender?

PS16: Pues que no podemos dispensar tres o cuatro envases de medicamentos. Aparte de que, hombre, permitirlo sí que te lo permitirían, pero no es lo ético ni lo justo yo creo, si no que se las compré allí, cuando esté allí en Marruecos pues que se compre el medicamento sería la estrategia.

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS16: No.

I: ¿Y le daría importancia?

PS16: Hombre, yo creo que es importante saber cómo se encuentran ellos, cómo se sienten y si se sienten bien atendidos o si no se sienten bien atendidos. Creo que tampoco se ha hecho ningún estudio en el que se refleje cómo se encuentra el paciente inmigrante en el servicio de salud.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS16: No, que lo haya presenciado no.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS16: Bueno, no lo conozco, pero vamos, yo creo que lo practico. Eres humilde cuando estás con una persona que no tiene tu misma cultura, intentas explicarle lo que aquí se hace para que se integren en esta cultura.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS16: No. Hombre, a veces sí que te pueden mandar alguna circular, eso sí, pues de enfermedades por ejemplo cuando ha venido el chagas de Sudamérica, la malaria no sé si hay, no he visto nunca malaria tampoco, pero sí que algún brote de chagas vino me parece algún año, pero no porque la institución te forme, sino porque a lo mejor o lo has escuchado tú o

porque hay una circular que en este momento, o brote de sarampión también alguna vez ha habido. Vamos no sé si ha sido de pacientes inmigrantes o de pacientes...

I: ¿De interculturalidad?

PS16: No.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS16: Hay un traductor por la mañana.

I: Pero ¿Para el SUAP?

PS16: No, en el SUAP no hay traductores.

I: ¿Y materiales o folletos?

PS16: No, tampoco.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS16: Pues sí, claro que sería importante, sí sería importante. De todas maneras yo lo comento a mis compañeros desde que empezó la pandemia vemos menos pacientes inmigrantes porque antes de la pandemia tú venías aquí a la hora nuestra y esto estaba lleno de niños, pero la mayoría niños magrebíes con su papá o su mamá y eso ahora no lo veo, yo no sé si con la pandemia ellos se sienten con más miedo de acudir al centro, en nuestro horario eh, no sé en el horario de centro de salud, pero yo noto que vienen menos pacientes inmigrantes, por lo menos los magrebíes que habitualmente hace años eran los que más venían porque ahora sí que es verdad que hay un poco de todo, más sudamericanos a lo mejor, más europeo del este, pero los magrebíes yo noto que ha sido un cambio importante, que demandan mucho menos, pero yo lo asocio al tema COVID-19.

PS17

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS17: Tiene importancia en cuanto a que en la profesión de nosotros o del personal médico tiene que basarse en una entrevista médico-paciente o sanitario-paciente y dependiendo de la cultura de esa persona, la lengua y otros factores asociados como sus raíces o su descendencia también puede ir enmarcado en muchas ocasiones la...la sintomatología no es la palabra, sino el buscar alivio de sus síntomas o de sus problemas sociosanitarios, es decir, en ocasiones, ya no tanto, los médicos podemos pensar que una persona acude frecuentemente a los servicios sanitarios sin necesidad de hacerlo, independientemente ahora de la pandemia que no viene al caso, y se ha establecido más lo de las consultas telefónicas y eso creo que ha llegado para quedarse, igual que la video consulta que, aunque aquí no está muy desarrollado, en Barcelona ya está y aquí también llegará. Pero, bueno, es cierto que otro tipo de población de más edad: los abuelitos, lo de la tercera edad... estamos hablando de esto por lo de la descendencia de estas personas que vienen. Entonces estas personas pueden tener varios síntomas o vienen por un síntoma, el síntoma más frecuente por el que acuden es dolor, pero en independencia de la zona de la provenga...[no acaba la frase] España es un país que ha recibido una inmigración en los últimos 20 o 25 años no como otros países de Europa más desarrollados como Francia, por ejemplo, Bélgica o Italia que la vienen recibiendo mucho antes, es decir, los países africanos de la parte norte, muchos eran colonias francesas y vienen ya emigrando a Francia desde hace mucho más tiempo y a lo mejor ya están en la segunda generación. A España vienen mayoritariamente de Marruecos, por ejemplo, y otros países africanos pero no tanto porque no son colonias, porque España no tiene en esa zona descendencia de colonia, a no ser Guinea Ecuatorial, y entonces aparte de Marruecos y otros países del este que vienen aquí, los países latinoamericanos son los que han venido más en los últimos 20 o 25 años cuando la situación económica ha mejorado un poco en España relacionado con que entró en la zona económica europea y otros factores. La situación socioeconómica de esos países latinoamericanos es muy mala y yo creo que la primera causa de las migraciones es económica, la segunda es política, pero la primera es económica y las personas migran. Mi impresión de los países latinoamericanos es que no son muy demandantes de atención sanitaria, pero en ocasiones hemos visto aquí personas de Venezuela o de Cuba que dicen que su país le hicieron de todo, esta prueba y aquí no me la hacen. No es tan cierto eso, pero a veces lo comentan. Entonces ya hay veces cuando llevas tanto tiempo trabajando con lo multicultural ya sabes que hay algunos lugares que piden pruebas u otras cosas que no se pueden. Hay unos protocolos que tienen que

establecerse para eso. Los países del este habitualmente no te dicen esto, tienen su idiosincrasia, sus costumbres, no son latinos. La población asiática nos suele venir mucho de urgencia y no sé si es porque mayoritariamente está trabajando a tiempo completo y pueden venir de noche por un problema puntual, dolor intenso de muela... las urgencias que vemos aquí nosotros... y esta población no es tan demandante. Hablando de las costumbres, los países africanos, sea árabe por ejemplo de Marruecos, o africanos que también hay últimamente, no como en Francia o en Bélgica, pero bueno, habitualmente vienen por dolor o algunos síntomas que pueden tenerlos una semana o más e incluso, en ocasiones, no vienen al médico, aquí influye también la costumbre de en cuanto al hombre y la mujer en estos países, hablo de los países estos africanos, que en ocasiones la mujer no viene sola al médico. Luego ya vemos la segunda generación de estas comunidades que ya la mujer o nació aquí y ya es casi independiente, bueno, independiente no sé económicamente, pero ya pueden ir solas al médico y demás, pero por lo regular esa señora de 40 años viene un día a las 9 de la noche con el esposo, porque el esposo estaba trabajando y hasta que no llegue el esposo no la trae y a lo mejor tenía el síntoma hace no sé qué tiempo, esos en las comunidades provenientes de África suele ocurrir que la mujer no viene sola mayoritariamente a la asistencia sanitaria, a no ser cuando la trae el esposo.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS17: Sí, bueno porque vengo de otro lugar que no es Europa y creo que me condiciona también porque he tenido la suerte de trabajar dos veces en **[Información personal]** entonces el haber estado en otro lugar creo que influye en todas las personas, en tu vida laboral para tener una visión, no de las enfermedades típicas infecciosas, sino de relacionarse con otras culturas y creo que eso me ayuda cuando tengo un paciente enfrente a mirarlo desde otra cultura también, pero bueno, no quiere decir que los que hayan nacido aquí, mis compañeros, y que no hayan trabajado en otros lugares... puede ser que incluso yo en un momento determinado tengo un paciente que no ha nacido aquí, la atención que le brindo en ese momento no sea la más adecuada independientemente de que me haya relacionado con su cultura y otro compañero de aquí que no lo haya hecho, le preste una atención mucho mejor que la mía en ese momento.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS17: Sí, cuando ya yo paso un paciente, bueno en dependencia de la sobrecarga de trabajo y si solo tengo este paciente y no hay otro paciente esperando, por ejemplo, con este paciente le pregunto de dónde eres... como que me siento muy bien en ese momento, **[información personal]** Si la consulta lo permite, por supuesto, porque uno viene por un problema médico,

no viene para hablarle de la procedencia cultural, pero me siento bien cuando interrelaciono con ellos.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

PS17: Bueno, mucha, porque en ocasiones pueden tener un problema médico de un tiempo de evolución y por desconocimiento o por temor lo infravaloran, creo que en un momento determinado lo supervaloren. **[Una persona]** me comentaba una vez que por ejemplo en ocasiones no acuden al médico a consulta programada, nosotros no hacemos consultas programadas porque trabajamos de urgencias, pero los que trabajan con consulta programada comentan que en ocasiones los pacientes no acuden a la consulta porque quizás mientras esperan estarán allí pacientes de nacionalidad de aquí también esperando y que como que les da vergüenza o agobio estar allí. Yo creo que esto va mejorando y a lo mejor dentro de poco tiempo no sea un problema para ellos. Aquí también influye lo que te decía si es una madre con un niño que a veces no trae al niño al médico a no ser que venga el padre, que es un error, pero bueno, sí porque si el niño tiene una urgencia..., pero bueno, sí creo que la sociedad tendría que trabajar para que esa mujer se pudiera desarrollar en la sociedad en grupos de apoyo para que ella se sienta como una persona más, que puede ir al médico sin su esposo y llevar al niño al colegio sin que venga el esposo, independiente de que a lo mejor el esposo está aquí desde hace 10 años y ella vino hace cuatro y no habla bien la lengua y demás. Creo que, si se trabajara en eso, llegará un momento en el que ella podrá hacerlo todo normal sin tener que ir con el esposo.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS17: No, no. Bueno, cuando tenemos un paciente, ya no hablamos de la esfera psicosomática, mental, de que se siente mal porque le duele la rodilla que es un dolor, pero también viene el problema de qué preocupación le da a ese paciente el por qué le duele la rodilla, a lo mejor tiene un tumor en la rodilla y hay que cortarle la pierna o a lo mejor lo que tiene en la rodilla es una picadura de mosquito que no tiene tanta importancia y él cree que se va a morir y viene al momento por la picadura. Es decir, creo que esto de la idiosincrasia o de la procedencia del paciente, lo de lo de hiper frecuentar la asistencia sanitaria en esos países no lo tienen fácil, no tienen un sistema sanitario como por suerte tiene España, pero aquí como vienen y pueden venir con una tarjeta sanitaria o sin, no se niega la prestación sanitaria, ellos pueden venir cuando quieran. Como te decía creo que es influyente el cómo esa familia puede tener esa libertad. Hay veces que vemos también que viene una niña que ha nacido aquí de segunda generación y viene

con la madre y la madre no hablan nada de la lengua local y la niña sí. La niña o el niño y vienen con ella y hacen de intérpretes y ya no tienen que esperar al esposo, también eso se ve.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS17: Mucha, es un paciente que tienes enfrente y lo que él te diga no creo que lo diga para obtener nada a cambio o igual que otro tipo de paciente que a lo mejor dice que le duele la espalda, porque le duele, y dice que quiere una baja médica... cuánto es de intenso ese dolor o cómo de severo es el problema anatómico para necesitar la baja médica o no... a lo mejor en ese momento él quiere venir porque su responsable o su jefe o la empresa donde trabaja le exige parte de visita aquí o un parte de baja porque si no, tiene problemas en el trabajo, a lo mejor no le duele tanto o le duele, pero ha venido porque el jefe le dice que traiga un papel si no, no puede venir a trabajar.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS17: Sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS17: Las actitudes se pueden mejorar porque en este tipo de prestación médica que realizamos es de urgencia, entonces, hay veces en que la anamnesis, los antecedentes de por qué empezó esto, nos lo saltamos, es incorrecto, pero es como: le duele una pieza en la boca y tú vas directamente y dices, bueno, tiene que tomar antibiótico y tiene que sacar una cita con el dentista y ya está. Y a lo mejor uno se salta los problemas socioeconómicos, es decir, bueno uno ve en el historial del paciente que viene cada 3 meses con dolor de muela, le dan antibiótico y no va a pagar el servicio del dentista porque no tiene dinero y no entra por la Seguridad Social y a los 3 meses vuelve el mismo paciente con el mismo problema, porque va a volver mientras no vaya al dentista. Entonces, uno, como en ocasiones en la conversación o entrevista médica sí se llega a tocar este tema y le dices que tiene que ir al dentista y te dice que no, que no tiene dinero. Pero le damos importancia a lo que dicen, por supuesto, lo que hay veces que no profundizamos en por qué ese problema médico, que no depende solo de él, no es resuelto.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS17: Bueno, sí que ha pasado. Pues, tratar de convencer o de explicarle que no es así. En una ocasión hubo un paciente que me dijo que le trataba así porque era un inmigrante y lo le dije que no, que **[información personal]**. Bueno, si ocurriera y uno se da cuenta en la entrevista médica que el paciente se ha sentido ofendido o dolido, tratar de arreglarlo lo antes posible.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS17: No, casi siempre he tenido muy pocos, pero si fuera, bueno, con los africanos lo tendría un poco más fácil que con la idiosincrasia árabe, pero lo he tenido muy poco. Igualmente hay técnicas y hay maneras de, en esa situación tensa en esta entrevista, tratar de solucionar. Es decir que esa persona independientemente del tratamiento médico o la sintomatología, cuando salga por la puerta, salga complacida y sienta que su problema se va a resolver y que lo han atendido bien.

I: De acuerdo, eso me lleva a la siguiente pregunta, ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS17: Sí, creo que aquel que trabaja de cara al público, en sanidad o en cualquier otro lugar, le gustaría que la opinión fuera la mejor o prestar ese servicio lo mejor posible para que esa persona se encuentre satisfecha del servicio que le han prestado. En cualquier lugar.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS17: No.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS17: No, pero creo que tiene que ver también con la inseguridad que puede tener una población cuando está en otro sitio y en otro lugar y de sentirse a lo mejor un poco desprotegida porque no es su país.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria? ¿En qué ha consistido?

PS17: No.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS17: Debe de existir, pero yo no lo he visto, pero sí sé que cuando acabamos la jornada laboral, que la acabamos por la mañana, que hay un compañero que lleva tiempo y creo que es de Marruecos...

I: Pero ¿En el SUAP?

PS17: No.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS17: Sí.

IDIOMA ORIGINAL

PS18

I: Quanta importància considera vostè que té la cultura en la seva labor professional?

PS18: Molta.

I: Creu que la cultura condiona la seva activitat professional?

PS18: Evidentment que sí.

I: Havia reflexionat alguna vegada sobre això?

PS18: Poques vegades.

I: Quanta importància li dona a la procedència cultural dels pacients immigrants que vostè atén?

PS18: Bastanta importància, a lo millor soc una mica discriminadora, però sí.

I: Quan atén un/a pacient immigrant, té alguna idees prefixades d'aquesta persona?

PS18: Malauradament qualche vegada sí. Em sap molt de greu, però sí.

I: Com influeix en la seva manera d'atendre'l?

PS18: Intento fer-ho de la millor manera possible i que no hi hagi cap tipus de diferència amb els altres. Intento que sigui equitatiu, que estigui anivellat.

I: Quanta importància li dona vostè als testimonis dels pacients immigrants?

PS18: Intento donar la importància que tenen i la mateixa que donaria al testimoni d'una altra persona que no és immigrant, en principi...

I: Creu que mantén una escolta activa durant l'anamnesi?

PS18: Sí.

I: Com creu que és la seva actitud?

PS18: Jo penso que tinc una actitud bona, vull dir adequada, ho intento amb totes les meves forces al menys...

I: En cas que s'adoni que està actuant partint d'un prejudici, quines estratègies utilitza?

PS18: El problema d'aquí és que moltes vegades quan hi ha immigrants tenim molts problemes de baralles o d'agressions, això et condiona una mica, intento que no em condioni, intento estar el més relaxada possible i gestionar-ho amb suavitat i amb els menys nervis possibles.

I: Quan hi ha un conflicte cultural, quines estratègies utilitza?

PS18: Intento estar el més relaxada possible, alguna vegada perdo els nervis, evidentment, però intentes reconduir la situació i de la millor manera possible. Costa qualche vegada...

I: S'interessa per conèixer les opinions o percepcions de la població immigrant que és usuària del servei en el qual vostè treballa?

PS18: Sí.

I: I li dona importància?

PS18: Li dono la mateixa importància que a les d'una persona d'aquí, ho intento.

I: Ha presenciat alguna conducta o pràctica institucional racista o discriminatòria en el centre on treballa?

PS18: Jo crec que malauradament alguna vegada sí.

I: Què va fer al respecte?

PS18: Doncs això, sempre treus forces d'allà on sigui, intentes suavitzar-ho i tornar enrere si t'has posat una mica més accelerada del que tocava. Tornar intentar...

I: Coneix el concepte de «humilitat cultural»?

PS18: No.

I: [Fa una breu explicació del concepte amb intenció únicament informativa]. Ha rebut formació en el seu centre sobre enfocaments interculturals en l'atenció sanitària?

PS18: No.

I: Hi ha en aquest centre material informatiu adaptat culturalment als usuaris?

PS18: Que jo sàpiga no. Sé que hi ha un traductor pels musulmans. Pot ser que fa molts d'anys n'hi hagués en relació a xenofòbia i racisme, però material adaptat d'aquest tipus no.

I: Considera que és important disposar d'aquest tipus de material?

PS18: Sí, tal vegada sí. És que aquestes preguntes que em fas, no me les havia plantejat mai i ara que ho penso...sí, ho hauríem de tenir.

TRADUCCIÓN

PS18

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS18: Mucha.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS18: Evidentemente que sí.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS18: Pocas veces.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

PS18: Bastante importancia, a lo mejor soy un poco discriminadora, pero sí.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS18: Desgraciadamente alguna vez sí. Lo siento, pero sí.

I: ¿Cómo le influye en su forma de atenderle?

PS18: Intento hacerlo de la mejor forma posible y que no haya ningún tipo de diferencia con los demás. Intento que sea equitativo, que esté nivelado.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS18: Intento dar la importancia que tienen y la misma que daría al testimonio de otra persona que no es inmigrante, en principio...

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS18: Sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS18: Yo pienso que tengo una actitud buena, quiero decir adecuada, lo intento con todas mis fuerzas al menos...

Y: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS18: El problema que tenemos aquí es que muchas veces cuando hay inmigrantes tenemos muchos problemas de peleas o de agresiones, esto te condiciona un poco, intento que no me condicione, intento estar lo más relajada posible y gestionarlo con suavidad y no ponerme nerviosa.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS18: Intento estar lo más relajada posible, alguna vez pierdo los estribos, evidentemente, pero intento reconducir la situación y de la mejor forma posible. Cuesta algunas veces...

I: ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS18: Sí.

I: ¿Y le da importancia?

PS18: Le doy la misma importancia que con una persona de aquí, lo intento.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS18: Yo creo que desgraciadamente alguna vez sí.

I: ¿Qué hizo al respecto?

PS18: Pues eso, siempre sacas fuerzas de donde sea, intentas suavizarlo y volver atrás si te has acelerado de más. Volver a intentar...

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS18: No.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS18: No.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS18: Que yo sepa no. Sé que existe un traductor para los musulmanes. Puede que, hace muchos años, hubiera algo en relación con la xenofobia y el racismo, pero material adaptado de este tipo no.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS18: Sí, tal vez sí. Es que estas preguntas que me haces, no me las había planteado nunca y ahora que lo pienso...sí, deberíamos tenerlo.

PS19

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS19: Considero que es imprescindible porque si no, se forma una barrera cultural, precisamente se llama barrera cultural porque impide una buena comunicación entre ambas partes.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS19: No.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS19: Sí, muchas veces.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende?

PS19: Bueno, yo no distingo entre pacientes, lo que pasa que realmente cuando tenemos pacientes de otro ámbito cultural, cultural y lingüístico eh porque es que entra en el mismo paquete, sí que hay un poco más de dificultad, pero yo no hago distinciones, intento ser ecuánime.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS19: No.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS19: Bueno hay que entenderlos porque, por ejemplo, hablando ya de la barrera idiomática, ellos muchas veces te contestan con monosílabos de sí o no para intentar no parecer tontos, te dicen que sí lo han entendido, pero a lo mejor no lo han entendido. En este sentido, intento desglosar si esto ha ocurrido o no.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS19: Sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS19: Yo igual que con una persona normal, no me pongo ni por encima ni debajo. Hago mi trabajo lo mejor que puedo.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS19: Yo no tengo prejuicios.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS19: Bueno conflicto cultural en el desarrollo de nuestra actividad no se suele dar... puede haber un conflicto idiomático porque él no te ha entendido bien, pero no sé hasta qué punto es cultural...

I: Como por ejemplo que no quieren que les atienda usted porque es un/a hombre/mujer o no quieren tomar esta medicación porque están en Ramadán.

PS19: Ah, bueno, sí, esto sí. En este caso les intento, no convencer porque no les convences de nada, pero les intento decir que la medicación no es un alimento y, bueno, es que hay que tener las cosas claras en este mundo.

I: De acuerdo, ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS19: Bueno, nosotros hacemos guardias y después estamos un poco desconectados. No es como un médico de cabecera que hace un seguimiento y tal. Yo si fuese médico de cabecera pues, por supuesto, intentaría seguir y hacer este seguimiento, pero nuestro trabajo para esta pregunta... no sigo, quiero decir.

I: ¿Y le daría importancia?

PS19: Sí, claro que le daría importancia.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS19: No.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS19: No.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS19: Sí, hemos hecho algún cursillo hace tiempo, pero nos intentan reciclar, lo que pasa que no con la frecuencia que se desearía, pero sí algo hemos recibido.

I: ¿En qué ha consistido?

PS19: Charlas sobre cuál es la problemática normal de un centro de salud para con gente de otros países.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS19: Sí.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS19: Claro, imprescindible porque hay mucha gente que tiene barrera idiomática/cultural total.

PS20

I: ¿Cuánta importancia considera usted que tiene la cultura en su labor profesional?

PS20: Bueno, yo creo que es una de las cosas importantes, una de las tantas cosas importantes que existen. Normalmente con la cultura uno también se puede interrelacionar con la gente, paciente, gente en general.

I: ¿Piensa que la cultura propia condiciona su actividad profesional?

PS20: No.

I: ¿Había reflexionado alguna vez al respecto?

PS20: No me he puesto a pensar realmente, pero...no, no me he puesto a pensar.

I: ¿Cuánta importancia le da a la procedencia cultural de los pacientes inmigrantes a los que usted atiende

PS20: Bueno yo pienso que al final la gente inmigrante muchas veces, obviamente por la necesidad de buscar un futuro mejor, abandonan el grupo familiar para poder venir a estas zonas y así después poder mantener a su familia de esta forma, pero hacen un gran sacrificio, porque no es fácil venir y de la forma como viene mucha gente, pues no es bueno. Sí, le doy importancia.

I: Cuando atiende a un/a paciente inmigrante, ¿Tiene ideas prefijadas de esa persona?

PS20: Bueno, **[información personal]** y digamos muchas veces sabemos cómo son y no es que conozca la cultura de cada país, pero obviamente **[información personal]** pues te pones en el pellejo también de ellos, lo que yo creo que al final es empatía, es empatía y empatía con todo.

I: ¿De qué manera le influye cuando le atiende?

PS20: Bueno, no hago una diferenciación en la forma de atenderles, sean inmigrantes o no. Simplemente, siento que es un paciente de otro sitio pues sé, normalmente, por la atención que reciben y las necesidades de cada sitio, veo esa parte. La necesidad más que todo, pero por el resto la atención es similar.

I: ¿Cuánta importancia le da usted a los testimonios de los pacientes inmigrantes?

PS20: Creo que al final ya sean creíbles o no creíbles, porque muchas veces te pueden dar testimonios no correctos, pues obviamente dices... pero de todas maneras tú sacas un poco la conclusión de la forma de expresión, la forma de actuar del paciente puede inspirar... simplemente es un testimonio que puede ser real o no.

I: ¿Cree que mantiene una escucha activa durante la anamnesis?

PS20: Sí.

I: ¿Qué actitudes cree que presenta en esos encuentros?

PS20: Primero escucho al paciente, escucho todo lo que manifiesta. Hacemos que ese intercambio sea lo más productivo posible para sacar todo lo que a él le pueda incomodar o todo lo que le afecta. Al final es empatía, ser empático con él para que me pueda contar todas sus necesidades.

I: En caso de que se dé cuenta de que está actuando con base en un prejuicio, ¿Qué estrategias utiliza?

PS20: Esto no, no me ha pasado.

I: Cuando hay un conflicto cultural, ¿Qué estrategias utiliza?

PS20: Conflicto de... ¿Idioma? ¿O?

I: Como por ejemplo que no quieren que les atienda usted porque es un/a hombre/mujer o no quieren tomar esta medicación porque están en Ramadán.

PS20: Normalmente no he tenido este tipo de inconvenientes, no me ha pasado.

I: De acuerdo, ¿Se interesa por conocer las opiniones o percepciones de la población inmigrante que es usuaria del servicio en el que usted trabaja?

PS20: Como normalmente tenemos muchos pacientes, es difícil. Me gusta escuchar al paciente, es importante que les escuches para que ellos se sientan bien. Incluso, más que la atención del tratamiento, quieren que les escuches un rato, por lo menos dos minutos, pero es tan rápida la consulta que al final no escuchas más. Si tuvieras un poco más de tiempo para poder escuchar y saber un poco más de la persona.

I: ¿Y le daría importancia?

PS20: Sí.

I: ¿Ha presenciado alguna conducta o práctica institucional racista o discriminatoria en el centro donde trabaja?

PS20: No.

I: ¿Conoce el concepto de «humildad cultural»?

PS20: No.

I: [Realiza una breve explicación del concepto con intención únicamente informativa]. ¿Ha recibido formación en su centro de salud sobre enfoques interculturales en la atención sanitaria?

PS20: No.

I: ¿Existe en este centro material informativo adaptado culturalmente a los usuarios?

PS20: Que me hayan dado, no.

I: ¿Considera que es importante contar con este tipo de material?

PS20: Yo creo que siempre de cualquier material o informe se podría sacar algo provechoso.
Yo creo que sí sería importante tener siempre algo en papel, sí.

Traducción

1. Introduction

The world we live in is the result of great social, economic, and migratory changes. Since the beginning of the second globalisation in 1950, our reality has been changing until we find ourselves in an era in which diversity is the major characteristic of our times. As Méler (2004) points out, it is appropriate to explain, first of all, what globalisation is and how it brings about changes in the history of humanity. This author, in his writing “Historia de la globalización”, presents several definitions that vary according to the aspects that are considered key to this phenomenon, of which it is considered relevant to comment on two of them. On the one hand, he refers to a very generic vision that emphasises the “revolución de la comunicación entre seres humanos” (Méler, 2004, p. 21). On the other hand, it also offers a much more scientific vision proposed by the International Monetary Fund (IMF), which only considers the economic part, that is, the increase in the quantity and diversity of commercial exchanges between all the countries of the world supported by technological advances. It is logical that the IMF, as one of the bodies whose function is to promote an optimal world economy, defines globalisation with only the financial part in mind. However, other aspects that are a consequence of this phenomenon must be taken into consideration, namely: the multicultural reality. As Abella (2003) points out, globalisation and multiculturalism cannot be understood as independent phenomena, since the increase in inequalities between the most and least economically developed countries, caused, to a large extent, by the aforementioned globalisation, has driven many people to seek better futures in countries that are culturally very different from their own. This has been the case in Spain since the end of the 19th century, which has led to a significant increase in the number of cultures living together in our country.

As a result of the coexistence of such a large number of different cultures, there have been some authors who have addressed this issue and have tried to establish a way of assessing the abilities of the population to interrelate with them, that is, intercultural competences. Among them stands out Deardorff (2011) with her chapter entitled “Assessing Intercultural Competence”, which is part of a book aimed at institutions offering higher education, in which she attempts, on the one hand, to comment on the different terms given to the concept of interculturality, a concept on which there is no agreement as to which is the most appropriate one (Deardorff, 2006, as cited in Deardorff, 2011) and, on the other hand, she delves into how it can be assessed. The author mentions that Fantini (2009) found different terms used to refer

to this concept, among which it is considered relevant to point out some, such as “sensibilidad intercultural”, “comunicación internacional” or “conciencia intercultural” (Fantini, 2009 as cited in Deardorff, 2011, p. 66, the translation is ours). She also notes that, for the purpose of this article, the term intercultural competence will be used as it refers to any encounter between people with different cultural backgrounds (Deardorff, 2011). In the following, the points to which the utmost attention should be paid in order to proceed with such an assessment will be outlined.

According to Deardorff (2011), the first step is to define exactly what intercultural competence is for the purpose of assessment and to establish the framework within which the concept lies. Furthermore, in her opinion, it is essential to review all the existing literature resulting from the efforts of different scholars who have addressed this issue. Once this task has been carried out, it is essential to identify specific aspects that all together would enable the overall objective of the programme or training to be achieved which is to acquire this competence. One of the examples proposed by the author would be “la comprensión de las perspectivas de los demás” (Deardorff, 2011, p. 72, the translation is ours), in which case this aspect should be established as the object of assessment.

The next step, as the author points out, is to establish these aforementioned objectives since the methodology and tools to be used when carrying out the assessment will depend on them. These objectives derived from the priority aspects extracted should be measurable and realistic. Furthermore, they can be subdivided in order to work with more manageable subcategories. Subsequently, it is necessary to design an evaluative method for the results obtained, which should consist of a direct and an indirect measure. She also points out that, for the collection of information, it may be useful to check previous studies to find out how it has been collected or just to compare both sets of results so that the new ones align with the already indicated ones.

Finally, Deardorff (2011) stresses the importance of combining direct and indirect information or evidence gathering. On the one hand, within the first type are the different activities to be carried out by being in contact with the person who is in the process of learning intercultural competences by observing their behaviour in encounters with people from other cultural backgrounds or analysing their reflections after the introduction of some aspects related to interculturality. On the other hand, the indirect type includes surveys or interviews, instruments that the researcher must be familiar with and know clearly what is being measured through them. In addition, the author proposes a series of key questions that will decide the

most appropriate tools for the study, such as identifying what evidence is needed to determine whether the established goals are met, what the limitations are, or how the data will be analysed.

A few years later, the same author produced a handbook entitled *Manual para el desarrollo de competencias interculturales* (the translation into Spanish of it was carried out by Sergio González Lizcano). The handbook mainly extracts, in a non-detailed way, approaches, which can be formal learning and informal/non-formal learning, and tools that favour the process of acquiring intercultural competences. In addition, it elaborates on one of the aforementioned tools called “Círculos de narraciones”. Of the above-mentioned approaches, it is reasonable to highlight that the first one is based on training gained on a professional level, either through courses or by including it in curricula. On the other hand, about the second one called the informal/non-formal approach, it is considered relevant to point out that it is possible to acquire the knowledge through daily interaction with people who possess some characteristics different from one's own (Deardorff, 2019).

These initiatives undertaken by Deardorff can be seen as a complement to what Translation and Interpreting in Public Services aims to achieve, which is to build social cohesion and to ensure that immigrant minority groups have the same level of autonomy and social integration as the nationals (Pena, 2016). There is still a struggle to introduce this profession in an official and recognised way, since this service is not available professionally in all areas of Public Services, therefore, promoting and providing intercultural competences in a generalised way could be the key to recognising the importance of the presence of a linguistic and cultural bridge.

The topic to be dealt with in this research work is closely related to all the above since, in order to be able to accept, respect, understand and live in peace with this multicultural reality in which there is constant contact between people who do not share the same ideas, values or beliefs, it is crucial to possess a series of interpersonal competences that make us sensitive to this new reality. This research will focus on health care that is provided for immigrant patients, the assessment of the intercultural competences of health professionals and the way these health professionals manage cultural diversity in such a sensitive and important context as health care. To this end, the responses of health professionals at *Es Blanquer Inca Centre de Salut* in the town of Inca were analysed. The staff under study belong to a unit called the Servicio de Urgencias de Atención Primaria, which is located in a town with a large immigrant population, an aspect that will be explained in greater depth in a later section.

1.1. Research question

After the exposition of this worldwide multicultural situation and, consequently, the multicultural situation in our country in the previous paragraphs, we can proceed to identify the general research question that arises from it:

What skills related to the fundamental aspects of intercultural competence do health professionals who provide health care to the immigrant population in the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) in the town of Inca possess?

1.1.2. Specific research questions

From the general question posed in the previous section, two specific questions are defined:

Question 1: What needs are detected from the diagnosis of the number of skills that health professionals possess in order to be interculturally competent when providing healthcare to the immigrant population in the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) in the town of Inca?

Question 2: What recommendations can be offered based on the diagnosis of the number of skills that health professionals possess in order to be interculturally competent when providing healthcare to the immigrant population in the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) in the town of Inca?

1.2. Delimitation and justification

As mentioned in the previous section, this study focuses solely on the health care professionals, comprised of doctors and nurses, who form part of the Servicio de Urgencias de Atención Primaria working in *Es Blanquer Inca Centre de Salut* in the town of Inca. Only interpersonal competences have been taken into account since within intercultural competences it is not relevant to study either instrumental or systemic competences. Likewise, given that this is an exploratory study, the aim is to identify needs and propose recommendations in a general way based on the diagnosis of the presence or absence of these competences.

This research is considered necessary in the context of Atención Primaria because the pandemic caused by COVID-19 has highlighted the great work carried out by all professionals working at this level of care. According to Solera and Tàrraga (2020), 80% of the people who presented mild symptoms or did not experience complications caused by the COVID-19 disease

were treated in primary care centres, thus unnecessary hospitalisations that had to be carried out in other countries such as China were avoided. Moreover, although this level of health care in Spain was already being underestimated before the pandemic, its work, as the first link in the entire Sistema Nacional de Salud, is crucial to achieve the goal that everyone wants: to treat and cure the people who need it. In addition, more specifically, research on this group of professionals is deemed appropriate since, as already mentioned, very diverse cultures coexist in Inca and in the emergency services it is essential to detect the cause of the medical problem quickly and, consequently, the importance of the role of an optimal communication is increased. In this case, this is hindered by cultural barriers, a fact that is closely linked to intercultural competences.

The objectives and hypotheses of this research work are set out below in different sections for them to be stated clearly.

1.3. Objectives

Based on the problem statement presented in the previous paragraphs, a general objective is identified.

1.3.1. General objective

To determine what skills related to the fundamental aspects of intercultural competence that health professionals possess when providing healthcare to the immigrant population in the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) in the town of Inca.

1.3.2. Specific objectives

From the general objective set out in section 1.4.1. two specific objectives are derived:

Objective 1: To identify the needs detected from the diagnosis of the number of skills that health professionals possess in order to be interculturally competent when providing healthcare to the immigrant population in the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) in the town of Inca.

Objective 2: To propose general recommendations based on the diagnosis of the number of skills that health professionals possess in order to be interculturally competent when providing healthcare to the immigrant population in the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) in the town of Inca.

1.4. Hypotheses

Based on the general question and objective, a general hypothesis has been formulated.

1.4.1. General hypothesis

Health professionals possess a small number of skills related to the fundamental aspects of intercultural competences which determine the possession of intercultural competences or favour their development.

1.4.2. Specific hypotheses

Following the general hypothesis, two specific hypotheses have been formulated:

Hypothesis 1: Health professionals need to receive more support, training, and strategies to become fully competent in intercultural encounters and put it into practice in the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

Hypothesis 2: Recommendations to facilitate the development of intercultural competences of health professionals cannot be implemented without the involvement of the public administration.

1.5. Limitations

Due to the limited time to conduct this research and the amount of pressure experienced in an emergency department, it was not possible to carry out an interview that encompassed each and every one of the aspects that make up intercultural competences, therefore, only those considered most relevant by the researcher will be analysed. Furthermore, as indicated above, in order to undertake a complete assessment, it is necessary to combine the use of evidence collected directly and indirectly (Deardorff, 2011), but, once again, given that there was not enough time available, only the interviews that form part of the indirect ones were used, which only allows us to obtain results that would need to be supplemented to be fully conclusive.

2. Methodology

A participant-oriented research methodology was used for this study. Likewise, the design was based on a qualitative approach using the structured interview method. The first step was to recruit informants using exponential non-discriminative snowball sampling. After having obtained the acceptance of all the participants, the interview was prepared. The interview questions were formulated taking into account the dimensions under study and the variables

derived from them (García, 2003). Once the data had been obtained, the content analysis was carried out by isolating units of information from the responses obtained and establishing a series of categories by coding these units in order to better reveal the message (Gómez, 2000, as cited in Monje, 2011). After categorisation, the existing relations between them have been extracted in order to obtain conclusions or trends derived from the analysis.

2.1. Interview design

Since the study aims to explore the intercultural competence of the interviewed health workers, the questions comprising the interviews are focused on aspects of intercultural communication between interviewees and users of health services who come from countries other than the one where care is provided. In addition, in order to conduct an interview with a deductive construction, a specific order of questions was established to allow interviewees to carry out a first stage of introspection, then address interaction with users, and then look into how they can access training. In other words, firstly, the aim was to make the participants reflect on their own culture and its influence on the way they act in their professional work. Secondly, questions were asked about how being in front of a person from a different cultural background influences their attitude. Finally, questions were asked about whether the health centre in which they work, as an element directly dependent on the public administration, provides material and training to deal with the possible problems that the intercultural issue may entail in the provision of health services.

As mentioned above, in order to elaborate the questions, the dimensions (D) and the variables (V) derived from them have been established, taking as a reference the interpersonal competences of health professionals as a general aspect (D) and their intercultural competences as a derived aspect (V). In order to be able to delimit both competences and, consequently, the dimensions and variables, a literature review was carried out on both issues, from which the most recurrent competences were extracted from the articles and publications found. In this way, four dimensions and the nine variables deriving from them have been identified, which, for the purposes of this research, are defined in Table 1 and Table 2:

Table 1

Dimensions of the instrument

Dimension (D)	Definition
D1 Ability to interact with others (Rodríguez et al, 2013 and CGE, 2022).	Having the skills for a mutually satisfactory interpersonal interaction.

D2: Ability and tools for communicating with patients and other professionals (Rodríguez et al, 2013, CGE, 2022, and Rey-Gamero and Acosta-Ramírez, 2013).	Adequately transmitting and receiving messages in a given communicative context using all available tools.
D3: Conflict or problem management and a predisposition not to create them (Rodríguez et al., 2013 and CGE, 2022).	Efficiently managing and resolving tense situations and problems through assertive communication.
D4: Adaptation to different situations and environments (Rodríguez et al, 2013, CGE, 2022 and Rey-Gamero and Acosta-Ramírez, 2013).	Being flexible when facing changes and being able to adopt different positions depending on what the encounter demands.

Table 2

Variables of the instrument

Dimension	Variable	Definition
D1	V1: “Auto consciencia /identidad” (Deardoff, 2011 as cited in UNESCO, 2017, p. 28).	Understanding how one's view of the world is constructed (Deardoff, 2011 as cited in UNESCO, 2017).
	V2: Need for training to develop intercultural competences (UNESCO, 2017) and “Humildad cultural” (Tervalon and Murray-Garcia, 1998 as cited in UNESCO, 2017, p. 40).	Receive training in cultural, religious, linguistic and customary aspects of patients from other backgrounds. ‘Cultural humility’ is understood as being self-reflective and critical, and seeking to decrease the asymmetry of power between the provider and the user of health services (UNESCO, 2017).
D2	V3: Active listening (Bustamante - MATIZ Association, 2020)	Communicating in an empathetic way through respect and, the exchange of messages recognising the bidirectional nature within it (Bustamante - MATIZ Association, 2020).

	V4: Feedback (RNAO, 2011).	Taking an interest in what patients think about the interaction that has taken place (RNAO, 2011).
	V5: Patient-understandable materials (Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services (2001) as cited in RNAO, 2011).	Have and use materials such as brochures or documents translated into patients' languages to make them easier to understand (Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services (2001) as cited in RNAO, 2011).
D3	V6: Identify and respond to racist or discriminatory attitudes (RNAO, 2011).	Know how to recognise when actions, behaviours or acts take place against a person because of their background or ethnicity and stand up against it.
D4	V7: Identify our perceptions of diversity among individuals (RNAO, 2011).	Acknowledge our feelings when the person we are communicating with is culturally different.
	V8: Acknowledge our biases and actions resulting from them (RNAO, 2011).	Be aware of how our preconceived ideas about a person influence the interaction.
	V9: Reflect on our strategies when facing cultural conflicts (RNAO, 2011).	Evaluate how we respond when culture clashes occur.

Once the dimensions and their variables were defined and structured, questions were designed through which the necessary information could be extracted for further analysis as detailed in Table 3.

Table 3

Corresponding questions

Dimension	Variable	Questions
D1	V1	PV1: How important do you consider culture to be in your professional work? Do you think that your own culture conditions your professional activity? Have you ever reflected on this?

	V2	PV2: Are you familiar with the concept of "Humildad cultural"? Have you received training in your health centre on intercultural approaches in health care? What has it consisted of?
D2	V3	PV3: How much importance do you attach to the testimonies of immigrant patients? Do you think you are an active listener during the anamnesis? What attitudes do you think you display in these encounters?
	V4	PV4: Are you interested in knowing the opinions or perceptions of the immigrant population using the service in which you work? Do you or would you consider it important?
	V5	PV5: Does this centre have culturally adapted information material for users? Do you think it is important to have this type of material?
D3	V6	PV6: Have you witnessed any racist or discriminatory institutional behaviour or practice in the centre where you work? What did you do about it?
D4	V7	PV7: How much importance do you attach to the cultural background of the immigrant patients you see?
	V8	PV8: When you see an immigrant patient, do you have any preconceived ideas about that person? If so, how does this influence your care?
	V9	PV9: In case you realise that you are acting on the basis of prejudice, what strategies do you use? When there is a cultural conflict, what strategies do you use?

The last step in the creation of the interview was to establish the order in which the questions were to be asked in order to establish the deductive construction mentioned above. The order followed is shown in Table 4.

Table 4

Order of questions

Order	Question
1st	PV1
2nd	PV7

3rd	PV8
4th	PV3
5th	PV9
6th	PV4
7th	PV6
8th	PV2
9th	PV5

2.2. Application of the interview

The interviews were carried out between the 19th of March and the 2nd of April at *Es Blanquer Inca Centre de Salut* de Inca and lasted an average of eight minutes. The locality under study was chosen because of its immigrant population density, as indicated in section 2.2.3.

The participants in the study were 20 health professionals who form part of the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), including doctors and nurses. The selection criterion was to include all staff of the centre who were part of the SUAP team, and for this purpose those professionals who only form part of the weekend team were also considered. In addition, it was necessary for them to have a considerable duration of interaction with the immigrant patient, therefore, administrative staff were excluded as their encounter does not meet the necessary duration requirement. Since the aim was to assess the intercultural competence of the health professionals as a whole, and as part of the public workers who are directly dependent on the public administration of the Comunidad Autónoma, neither the gender nor the age of the participants was taken into account, nor the type of professional involved, so that the existing trend in terms of their intercultural competence as a whole could be defined. However, we did not lose track of which professional team they belonged to (medical or nursing staff) in case, after analysis of the results, any noticeable differences were identified that would be relevant to mention.

Conclusions

The main question of this study was to find out how many of the skills that make up intercultural competences were possessed by health professionals in the Servicio de Urgencias de Atención Primaria in the town of Inca. From this, two objectives were derived, which were to identify what needs emanated from the diagnosis of these skills and what recommendations could be

offered in this respect. In addition, as a general starting hypothesis, it was suggested that the health care staff in this service at the *Es Blanquer* centre had a small number of them and, therefore, their intercultural competences were quite deficient. Two more specific hypotheses were also formulated, which maintained that, on the one hand, professionals need to receive more support, training, and strategies to become fully competent in intercultural encounters and put them into practice in the SUAP, and, on the other hand, that the involvement of the public administration is necessary to achieve this. After carrying out the research, the following conclusions can be drawn.

The first conclusion drawn is that the general starting hypothesis was partially wrong. As already mentioned, the analysis was carried out taking into account nine variables, of which these professionals fulfil five given the high percentage of respondents who possessed the skills described in them. Therefore, the number cannot be considered to be small, as it is more than half.

Secondly, it can be affirmed that the four variables in which a low percentage of the personnel who comply with them are directly dependent on the public administration. This assertion is based on the fact that the lack of training on interculturality may limit their capacity, resources, and tools to identify racist or discriminatory behaviours, the lack of sufficient time to be able to practice feedback and the lack of support to be able to communicate easily with patients from different cultural and linguistic backgrounds cannot be tackled and overcome without the involvement of the administration. Therefore, as far as the specific hypotheses are concerned, the results obtained in this research demonstrate what was stated in them, that is, that there is a clear lack of support to facilitate the intercultural interactions that these professionals experience on a daily basis and confirm that without the involvement of the public administration they will not be able to acquire intercultural competence in its fullness. However, it is recognised that there is a need for future studies that focus solely on this issue, which should use other types of instruments that are more suitable and focused on the research in the administrative sphere that manages the health system in Atención Primaria.

And finally, it can be concluded that the language barrier they face on a daily basis in their working day is the issue that receives the most attention from informants. While it is true that it is an absolutely crucial point in the whole process of health care, so is the culture itself. This conclusion derives from the fact that only one of the professionals alluded to the immigrant group sharing the same language as the health workers, and even so, there may be communication problems if one is not interculturally competent.

It should also be noted that this research has some limitations. On the one hand, it cannot be extrapolated to all the centres that have a Servicio de Urgencias de Atención Primaria because only one of the four centres in Mallorca was studied. On the other hand, because it is a very specific service with its own characteristics, it cannot be deduced that the lack of intercultural competence in this service is the same in all the other services offered in Atención Primaria in general. Therefore, there is a need to broaden the context of the study in order to determine in-depth the state of this issue and what would be the best recommendations to address it. And finally, an assessment should be carried out with information or evidence collected directly and indirectly, as proposed by Deardorff (2011).

2. Theoretical framework

2.1. Spanish National Health System

Spain is ranked number eight in the 2021 edition of the Health Care Index carried out by CEOWORLD Magazine, which evaluates the different healthcare systems of eighty-nine countries in the world (Ireland, 2021), a very high position if it is taken into account the number of countries surveyed and that among them are the ten richest countries in the world (Fernández, 2022), with Spain outperforming four of them. According to the monograph produced by the Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad in 2012 as an informative document on Spanish healthcare (SNS, 2012), the characteristics of the Sistema Nacional de Salud aim to guarantee compliance with the provisions of article 43 of the Constitución from 1978, that is, to provide health care to all citizens. The same document indicates “los principios y criterios sustantivos” (SNS, 2012, p. 6) that exist to ensure this right: to be free, universal, and public, to define rights and duties, to have a decentralised policy, to provide comprehensive health care that is evaluated and monitored, and to integrate “las diferentes estructuras y servicios públicos” (SNS, 2012, p. 6). It also describes the configuration of the Sistema Nacional de Salud, which is based on coordination between the State Administration and the Comunidades Autónomas (CC. AA) that hold different powers, which are established by the current Reparto de competencias según la Constitución Española; Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad; and Ley 16/2003 de 28 de mayo, on the cohesion and quality of the Sistema Nacional de Salud. The Administration is responsible for establishing the bases of the system and coordinating its functioning at the national and regional levels, directing foreign health issues, deciding on numerous aspects of pharmaceutical products such as legislation, authorisation or distribution, among others, and managing the Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

(INGESA), a substitute for the Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), whose function is to manage the Seguridad Social and is responsible for the administration of public health care provision (Wolters Kluwer, n.d.). In addition, in coordination with the Comunidades Autónomas, it carries out other actions on issues related to human consumption, medicines, facilities and equipment in the centres, quality, training and systematisation of information.

As Bernal-Delgado et al. (2018) point out in their Informe del sistema sanitario español, another characteristic of the health system is that three legal subsystems coexist: the universal national one (Sistema Nacional de Salud); the one exclusively for civil servants, members of the Armed Forces and the Judiciary, known as mutualidades; and the one focused on cases of accidents and occupational disease, known as mutuas.

2.1.1. Levels of care

Within the Sistema Nacional de Salud there are two levels of care that complement each other and are distinguished by the spontaneity of access of one and the technological complexity of the other (SNS, 2012). The first level is Atención Primaria (AP), the first link in the entire system, where basic services are provided, access is spontaneous, health is promoted and disease prevention is facilitated in health centres and local clinics or, when necessary, in the user's home. The second level is Atención Especializada (AE), which has more complex diagnostic and therapeutic resources, which allows it to be divided by specialities, can be accessed by indication of AP staff, is provided in specialised centres and hospitals, and may or may not require hospitalisation. Once the need for care at this second level has concluded, the tasks of monitoring and control fall back on AP (SNS, 2012).

2.1.1.1. Atención Primaria

Atención Primaria, as mentioned above, is the first point of contact between the user and the Spanish health system and could therefore be defined as the basic structure of the system. According to Bernal-Delgado et al. (2018) in their Informe del sistema sanitario, the model outlined in Ley General de Sanidad de 1986 for this level of care continues to be uniform at the national level. However, today, there are three different models that manage AP services: 1) the “estructura de gerencial clásica” that keeps AP and AE management separate, 2) “gestión integrada” that aims to evolve towards a single management throughout the entire process, and 3) “externalización de los servicios de atención primaria” (Bernal-Delgado et al. ,2018, p. 112). The professionals in charge of providing these services are public providers, family doctors and

nurses, although sometimes, due to planning criteria, other professionals are incorporated into the service. There are three ways of accessing the service: at the request of the patient, of another professional or in case of an emergency. In addition, there are scheduled medical appointments that are governed in accordance with the guidelines and recommendations established in the three existing general programmes, each of them is focused on a specific population group: children, women, adults, and the elderly. Apart from all the services related to these three programmes, other services such as rehabilitation or basic dental care are also provided if the necessary professionals are part of the team.

As indicated by Bernal-Delgado et al. (2018) in their Informe del sistema sanitario, this health care, being of a public nature, is provided in state-dependent centres. The managerial structuring of this level of care is usually carried out through annual programme-contracts signed with the regional health services, which are drafted according to the distribution of taxes and contributions, and with attention to certain aspects that have priority in the concerned Departamento, which will be explained in the following section. This process is of a negotiating nature as objectives and standards of care are jointly determined. Examples of these are the promotion of the appropriate use of pharmaceuticals or the promotion of generics over brand-name pharmaceuticals (Bernal-Delgado et al., 2018).

2.1.2. Community-based administration

As mentioned above, responsibility for health care is shared between the State and the Comunidades Autónomas, which are considered two levels of power. According to Bernal-Delgado et al. (2018) in their Informe del sistema sanitario, the authorities that hold the health power are the Comunidades Autónomas, which means that the State is responsible for only certain aspects and always under the command of the Consejo Interterritorial of the Sistema Nacional de Salud (CISNS). Coordination, cooperation, and communication between the different autonomous regions, and between them and the Administration, is in the hands of the CISNS, which is the body that aims to achieve the cohesion of the Sistema Nacional de Salud for all users in Spain (SNS, 2012). This body is made up of the person in charge of the Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, and the health ministers of the Comunidades Autónomas, and it operates through plenary sessions, a delegated committee, technical commissions, and groups of professionals in the field. The CISNS rules the consultative committee, which is responsible for informing, advising and formulating proposals (SNS, 2012). According to Bernal-Delgado et al. (2018) in their Informe del sistema sanitario

español, the other parts of the Spanish health system, which are mainly involved in health issues, are the Departamentos de Salud of each CC. AA. which represent the health authority with the help of some agencies. However, although the Departamentos de Salud have the competency to develop regional regulations and policies due to the transfer of powers, the Ministerio de Sanidad has responsibilities in planning and regulatory matters in relation to national regulations, the implementation of which is carried out by the Departamentos de Salud. Although each region has its own administration and management structure, health care in the cities of Ceuta and Melilla is managed by the State through INGESA.

2.1.2.1. The Balearic Islands

Taking into account the information extracted from the IB-SALUT website, the functional and territorial organisation of the public health system of the Balearic Islands is established in Decreto 16/2015, de 10 de abril, de ordenación sanitaria territorial de la comunidad autónoma de las Islas Baleares, and has a structural division consisting of áreas de salud (AS), sectores sanitarios (SS), and zonas básicas de salud (ZBS). The first is responsible for the unitary management of the health centres, establishments and programmes that are developed in each of the three existing areas in the community. The second is a subdivision within these áreas de salud, in which the established districts are considered. And finally, the third is a functional division within the sector sanitario that guarantees AP.

As at the national level, the Balearic Islands have different levels of health care, which, as indicated on the IB-SALUT website, are three: primary care, hospital care and emergency care. Primary care is provided at the centros de salud (CS) and the unidades básicas de salud (UBS) that depend on them, and it is supplied by the medical and nursing staff; it is the first point of contact when a health problem arises. On the other hand, hospital care may not be the first contact with the public health system of the Comunidad due to its different types of services: specialist outpatient clinics, hospitalisation, day hospital, diagnostic tests, treatment, and emergencies. For better coordination, in each territory there is an assigned reference hospital, which also allows for a more in-depth knowledge of the needs of the territory. Emergency care can be provided both in hospitals and in the CS that have the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), although others that do not have it and still can provide emergency care, therefore, apart from being CS, they are also Puntos de Atención Continuada (PACS). There is also the 061-emergency service which, having the option of being assisted over the telephone, allows obtaining an initial and immediate assessment.

The different health centres described on the IB-SALUT website are: the centros de salud that provide primary care, are responsible for the health of the inhabitants of a zona básica de salud, and have the means for prevention, promotion, diagnosis, treatment and rehabilitation; the unidades básicas de salud that are health centres where only part of the population of a zona básica de salud can go and which are dependent on a centro de salud; hospitals where specialised, programmed and urgent care is provided; the centros de referencia which are public resources belonging to other Comunidad Autónomas that provide care to the population of the Balearic Islands when that service is not available in said region. Lastly, there are centros de salud de atención intermedia that aim to increase the autonomy of the chronically ill through cures or pain relief.

2.1.2.2. Health services in Mallorca

Following the established division of the services offered by the Balearic Islands, the website of IB-SALUT describes that Mallorca has four SS, which in turn are composed of ZBS in which there is always a hospital, the SS are as follows:

The SS of *Llevant* comprising the Hospital de Manacor which comprises ten ZBS, the SS of *Tramuntana* which comprises seven ZBS and has the Hospital Comarcal de Inca, the SS of *Ponent* which comprises seventeen ZBS and has the Hospital Universitario de *Son Espases*, and the SS of *Migjorn* which comprises fourteen ZBS and has the Hospital Universitario *Son Llàtzer*.

2.1.2.2.1. Inca

As shown on the IB-SALUT website, the town of Inca is located within the SS of *Tramuntana*, and due to its large size and population, it is divided into two ZBS, *Es Blanquer* and *So na Monda*. The ZBS of *Es Blanquer* has one CS, known as the ZBS, and three UBS, while *So na Monda* has one CS, also known as the ZBS, and five UBS.

2.1.2.2.2. Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) of Inca.

As mentioned above, the AP also includes an emergency service. According to the IB-SALUT website, in the case of the Balearic Islands, this service is provided by the Gerencia de Atención de Urgencias 061, the continuity of care in some CS which are also Puntos de Atención Continuada (PAC) and, therefore, are open 24 hours, and through the care unit that is called the Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) and is dependent on the Gerencia de

Atención Primaria of Mallorca. This unit provides scheduled and emergency care when the CS or UBS of the different AS are closed. In addition, like the AP service, it can visit the population at home whenever the situation requires it. The centres that have the SUAP team work closely with different entities that deal with training issues and the writing of documents related to emergency care.

In the case of Inca, although it is divided into the ZBS of *Es Blanquer* and *So na Monda*, the centre which is the CS and PAC is located in *Es Blanquer*, and is responsible for providing this service, therefore, those belonging to both zones must go to the same centre.

2.1.2.3. The immigrant community in Inca

According to information extracted from Foro-ciudad.com, a website based on data published on the 1st of January 2022 by the Instituto Nacional de Estadística, the total population of the town of Inca is 33,726 inhabitants, of which, taking into account their place of birth, 41.52% are from Inca, 20.08% are from the Balearic Islands, 16.06% are from the rest of Spain and 22.34% are foreigners. In addition, the same electronic resource provides a breakdown by nationality of the percentage of the population from other countries, which shows that the majority of the immigrant population is from Morocco (25.1%), followed by inhabitants from Argentina (11%), Colombia (8%), Romania (6.3%) and Senegal (5.7%).

2.2. Professional competence of health workers

In order to be able to perform any professional work, it is necessary to possess certain competences that arise from the nature of the particular profession, that is to say, according to the Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional “la competencia profesional es el conjunto de conocimientos y capacidades que permiten el ejercicio de la actividad profesional, conforme a las exigencias de la producción y el empleo” (as cited in Rey-Gamero and Acosta-Ramírez, 2013, table 1). In the case of the health care sector, shared with other areas of specialisation, competences are very broad and are divided into categories depending on the aspect to be considered.

The Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas [CNDFME] (2005) differentiates between generic or transversal competences and specific competences, and in turn subdivides them into different fields. The CNDFME (2005), based on the Tuning Project, considers that generic competences are divided into: instrumental, those “que tienen una función instrumental” (Universidad de Deusto y Universidad de Groningen,

2003, p. 81); personal, the equivalent of the so-called interpersonal competences in the Tuning Project, which are defined as “capacidades *individuales* relativas a la capacidad de expresar los propios sentimientos, habilidades críticas y de autocrítica. Destrezas sociales relacionadas con las habilidades interpersonales, la capacidad de trabajar en equipo o la expresión de compromiso social o ético [...]” (Universidad de Deusto y Universidad de Groningen); and systemic, all those that “[...] conciernen a los sistemas como totalidad. Suponen una combinación de la comprensión, la sensibilidad y el conocimiento que permiten al individuo ver como las partes de un todo se relacionan y se agrupan [...]” (University of Deusto and University of Groningen, 2003, p. 82).

On the other hand, with regard to the specifics, the CNDFME (2005) takes as a reference the “requisitos globales mínimos esenciales en Educación Médica del Instituto Internacional para la Educación Médica” (Institute for International Medical Education Core Committee, 2003 as cited in CNDFME, 2005, p. 51), which consider that the professional profile of the individual must have certain personal values, attitudes, behaviours and ethics, must have acquired the scientific foundations of medicine, clinical skills, communication skills, knowledge of public health and health systems, be able to handle information and possess the capacity for critical analysis and research.

Likewise, a professional profile has been defined for graduates in Nursing, which must respond to the characteristics inherent to their role in patient care. Although the transversal or generic competences proposed for nursing staff match with those mentioned above in relation to medical staff as they are also taken from the Tuning project, the *Libro Blanco de Enfermería* distinguishes six groups of specific competences for nursing graduates: the first focuses on professional values and the role of these professionals who should be guided by respect for diversity, the second relates to the decision-making aspect of clinical issues based on scientific evidence, the third is focused on using all skills, interventions and activities to provide adequate and optimal care, the fourth refers to the knowledge and cognitive part of the staff to ensure the safety, dignity and rights of people, the fifth emphasises the importance of interpersonal and communication skills to be able to adapt to the communicative needs of each situation and provide adequate emotional support, and finally, the sixth relates to knowing how to work in an environment that involves interaction with other team members, leading and managing different situations (Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería [CNDEE], 2004).

2.2.1. Interpersonal competence

Interpersonal competence, as indicated above, forms part of the generic competences that all health professionals, in this case experts in both medicine and nursing, must acquire throughout their academic training and working life.

Among the different skills belonging to this competence, and based on the Tuning Project, the following stand out: the capacity for critical thinking and self-criticism or critical reasoning, working in a team, maintaining interpersonal relationships, working in an interdisciplinary team, appreciating or recognising diversity and multiculturalism, working in an international context (Consejo General de Enfermería [CGE], 2022 and the CNDFME, 2005).

In addition, the CNDEE (2004) states the need to be able to communicate effectively, give patients and their carers the opportunity to express their thoughts or concerns, not allow abusive treatment against patients, counsel appropriately, manage challenging attitudes, identify feelings of anxiety, stress and depression, provide emotional support and refer to other specialist professionals when necessary, and manage all aspects of care using relevant technologies. These competences seem to be unique to nurses because of the characteristics of their work, which is closer and more constant with the patient.

2.2.2. Intercultural competence

There are numerous authors and studies that address intercultural competence and provide definitions that allow understanding of the nature of the concept.

According to the *Manual de competencias interculturales aplicadas al desarrollo de proyectos en la Administración Pública* by Bustamante - MATIZ Association (2020), there is a lack of research on this aspect in the field of public administration and with the elaboration of the manual they intend to go deeper into this recurrent issue in this field. Bustamante - MATIZ Association (2020, p. 26) defines this concept as “el conjunto de habilidades cognitivas, afectivas y de comportamiento que conducen a una comunicación e interrelación efectiva y apropiada con personas que pertenecen a otros ‘sistemas culturales’”.

Another definition, provided by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2017) in its publication entitled *Competencias interculturales: Marco conceptual y operativo*, considers that:

Competencias interculturales se relacionan con tener un adecuado y relevante conocimiento sobre culturas particulares, así como conocimiento general sobre la suerte

de cuestiones que emergen cuando miembros de diferentes culturas interactúan, conservando actitudes receptivas que impulsen el establecimiento y mantenimiento del contacto con otros diversos. También tener las habilidades requeridas para aprovechar el conocimiento y las actitudes al interactuar con otros. (p. 20)

Furthermore, UNESCO (2017) states that it is a way of detaching from one's own logic and cultural dialects to be able to open oneself to ideas from others, a process that it considers a very interesting challenge that sometimes “llevan a redescubrir la propia identidad bajo formas descifradas de ‘lo otro’” (p. 10). In this way, the same publication indicates that possessing these competences makes people in the interaction fully capable participants in intercultural encounters.

There is also a definition that encompasses this competence as “a set of cognitive, affective, and behavioural skills and characteristics that support effective and appropriate interaction in a variety of cultural contexts” developed by an association (The Association of American Colleges and Universities, as cited in Condon, 2015, p. 452). As Condon (2015) points out with regard to the definition offered by the Association of American Colleges and Universities, this definition emphasises the importance of the willingness of the person in question to develop it and put it into practice, since having knowledge does not imply having acquired it, nor will it necessarily be the way to become interculturally competent unless there is a motivation to do so.