

ABRIL de 2007

 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des Infirmières et Infirmiers
autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM

 **investen**
iscii

Entornos laborales saludables
Guías de buenas prácticas

Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural





Saludo de Doris Grinspun, Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario)

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer la "Guía para la aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural". Esta Guía forma parte de una serie de seis Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables realizadas por la comunidad de las enfermeras. El objetivo de las Guías es proporcionar la mejor evidencia posible, y de este modo respaldar la creación de entornos laborales saludables y prósperos.

Al aplicarlas, la excelencia en el servicio que han de prestar las enfermeras en su labor cotidiana se ve respaldada. La RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este interesantísimo recurso.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen realidad nuestra idea de unas Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables. Al gobierno de Ontario y Health Canada, por reconocer la capacidad de la RNAO para liderar este programa y concedernos una generosa financiación. A Donna Tucker (Directora del programa desde el año 2003 hasta el año 2005) e Irmajean Bajnok (Directora del Centro para la Excelencia Profesional en la Enfermería y Directora del programa desde el año 2005 de la RNAO), por aportar sus conocimientos y trabajar intensamente para promover la producción de estas Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables. A todos los jefes de equipo de las Guías para entornos laborales saludables y, para esta Guía en particular, a Rani Srivastava y Dianna Craig, por su gestión, compromiso y, sobre todo, por su gran experiencia. También a los miembros del equipo que generosamente han contribuido con su tiempo y conocimientos. No podríamos haber entregado un recurso de calidad sin ellos.

Agradecemos de antemano a toda la comunidad enfermera, tan comprometida y apasionada por la excelencia en los cuidados de enfermería y los entornos laborales saludables, y que ahora adoptará estas Guías de buenas prácticas para implantarlas en sus lugares de trabajo. Le pedimos que evalúe su impacto y nos comunique lo que funciona y lo que no, para que podamos continuar aprendiendo y podamos revisar estas Guías según la evidencia y la práctica. Estos procesos están destinados a producir grandes resultados: comunidades de aprendizaje mutuo gracias al trabajo en equipo y al intercambio de experiencias y conocimientos. La sinergia resultante quedará patente en todo el movimiento de Guías de buenas prácticas, en los lugares de trabajo, así como en las personas que reciben cuidados de enfermería.

La creación de entornos laborales saludables conlleva una responsabilidad individual y colectiva. Una implantación eficaz de estas directrices requiere el esfuerzo concertado de los gestores, el personal y las enfermeras de práctica clínica avanzada, las enfermeras dedicadas a la elaboración de directrices, formación e investigación, y los demás profesionales de la salud de las instituciones procedentes de otras disciplinas. También requiere el pleno apoyo institucional de la Dirección y sus consejeros delegados. Es nuestro deseo que comparta estas Guías con los miembros de su equipo. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros.

Juntos, podemos garantizar que las enfermeras y los demás profesionales de la salud contribuyan en la creación de entornos laborales saludables. Es algo imprescindible para garantizar la calidad de la atención que se presta al paciente. ¡Hagamos que los profesionales de la salud, y las personas a las que atienden, sean los verdaderos beneficiarios de este gran trabajo!

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD (c), OOnt.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario)



Saludos de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto Carlos III de España.

Madrid Enero 2011

Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

**Esther González María, RN, MSc, PhD
candidate**

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

*Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid,
CES Felipe II*

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción

*Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad de Valladolid*

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos

*Licenciada en Traducción e Interpretación.
Universidad Complutense de Madrid,
CES Felipe II*

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

*Ldo. en Traducción e Interpretación
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y
Universidad de Granada*

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

Clara Isabel Ruiz Ábalo

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

Jaime Bonet

*Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Carmen Martínez Pérez-Herrera

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Francisco Paredes Maldonado

*Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y
traducción
Universidad de Orleáns (Francia)*

Aimón Sánchez

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias*

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)*

Pilar Mesa, DUE

*Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba*

Juan Carlos Fernández

*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears*

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
*Unidad de coordinación y desarrollo de la
Investigación en Enfermería, Investén-isciii.
Instituto Carlos III, España.*

Pablo Uriel Latorre, DUE
*Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España*

**Montserrat Gea Sánchez,
DUE, PhD candidate**
*Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis
Sanitaris. Lleida*

Ana Craviotto Vallejo, DUE
*Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid,
España*

Raquel Sánchez, DUE
*Hospital Universitario de Getafe, Madrid,
España*

Iosune Salinas
*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España*

Aviso de responsabilidad y Copyright

Aviso de responsabilidad

Estas Guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso debe ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y a las circunstancias de cada lugar de trabajo. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, ni los autores ni la RNAO garantizan la exactitud de la información recogida en las guías, y tampoco asumirán responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

Este documento es de dominio público y puede emplearse y reimprimirse sin permiso especial, a excepción de los materiales con derechos de autor explicitados, para los que está prohibida la reproducción sin la autorización expresa de los titulares de los derechos de autor. La RNAO agradece que se les cite como fuente. El formato sugerido para la cita se indica a continuación:

Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Acercas de la traducción

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

Miembros del equipo de desarrollo

Rani Srivastava, RN, MScN, PhD(c)

Panel Chair

Deputy Chief of Nursing Practice
Centre for Addiction & Mental Health
Toronto, Ontario

Saima Ahmad

BScN Level Student (class 2006)
McMaster University
Diversity Officer, Nursing Students of Ontario
Hamilton, Ontario

Janet Anderson, RN, BScN, MEd

Manager, Practice
College of Nurses of Ontario
Toronto, Ontario

Cynthia Baker, RN, PhD

Director, School of Nursing and Associate Dean
Faculty of Health Sciences, Queens University
Kingston, Ontario

Helen Barrow, RPN (Registered Practical Nurse)

Case Manager – Out Patient Mental Health
North York General
Toronto, Ontario

Allison A. Brown, RN, BScN

Office Case Manager
Central West Community Care Access Centre
Etobicoke, Ontario

Rob Calnan, RN, BScN, MEd

Manager
Practice and Evaluation
Canadian Nurse Practitioner Initiative
Canadian Nurse Association
Ottawa, Ontario

Salma Debs-Ivall, RN, BScN, MScN

Corporate Associate Coordinator
Nursing Education
Nursing Professional Practice Department
The Ottawa Hospital

Terri Dixon RN, BN, MEd

Professor, Nursing
Collaborative Nursing Degree Program
Ryerson University, Centennial College,
George Brown College
George Brown College Site
Toronto, Ontario

Lisa Dutcher, RN, BN, MN(c)

First Nations and Inuit Home Community
Care Program Coordinator N.B. and P.E.I.
Past President, Aboriginal Nurses Association
Fredericton, New Brunswick

Ginette Lazure, inf., MScinf., PhD

Professeure agrégée,
Directrice des programmes de premier cycle
Responsable académique pour la formation
à l'international
Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec

Ruth Lee, RN, BScN, MScN, PhD

Chief of Nursing Practice, Professional Affairs
McMaster University Medical Centre
Hamilton Health Sciences
Hamilton Ontario

Joan Lesmond, RN, BScN, MSN, EdD

Chief Nursing Executive
Casey House
Toronto, Ontario

Shalimar Santos-Comia, RN, BScN, MHSc

Director, Nursing Education and Informatics
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Yasmin Vali, RN, MHSA

Director, Community and Patient Relations
Access and Equity Services
The Scarborough Hospital
Toronto, Ontario

Michael J. Villeneuve, RN, BScN, MSc

Scholar in Residence
Canadian Nurses Association
Ottawa, Ontario



Responsabilidad del desarrollo de las Guías

The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), con la financiación del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, en lo sucesivo MOHLTC por sus siglas en inglés), se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, implantación piloto, difusión y evaluación de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables. Esta Guía ha sido desarrollada por un equipo de enfermeras reunidas por la RNAO, que llevó a cabo su trabajo con toda libertad e independencia del MOHLTC. El equipo de desarrollo de la Guía tuvo el apoyo de los miembros del equipo de proyectos de la RNAO que se enumeran a continuación.

Equipo del proyecto

Irmajean Bajnok, RN, MSN, PhD

Director, RNAO Centre for Professional Nursing Excellence
Project Director (as of July 2005)

Donna Tucker, RN, MScN

Project Director (2003-2005)

Dianna Craig, RN, BA, MEd

Panel Coordinator (as of April 2005)

Cian Knights, BA

Project Assistant (2003-August 2005)

Erica Kumar, BSc, GC, DipHlthProm

Project Assistant (as of September 2005)



Información de contacto

Registered Nurses' Association of Ontario
Healthy Work Environments Best Practice Guidelines Project
158 Pearl Street, Toronto, Ontario, M5H 1L3
Página web: <http://www.rnao.org>

Agradecimientos a los colaboradores

Desde la RNAO, queremos agradecer a los siguientes colaboradores su trabajo en la revisión y optimización de esta Guía de buenas prácticas en enfermería:

Rita K. Adeniran, MSN, RN, CMAC, BC

Global Nurse Ambassador
Hospital of the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania

**Patricia Boucher, RN, BHSc(N), COHN(C),
CRSP, CDMP**

Director Client and Consultant Services
Ontario Safety Association for Community
and Health Care
Toronto, Ontario

Gwendolyn Bourdon, RN, BScN, MEd

Education Manager
Runnymede Health Care Centre
Toronto, Ontario

Barbara Aileen Bowles, RN, BSN, PNC(C)

Staff Nurse
Niagara Health Systems
St. Catharines, Ontario

Manjit Kaur Budwal, RN, BScN

Practice Consultant
College of Nurses of Ontario
Toronto, Ontario

**Margarita Cleghorne, RPN
(Registered Practical Nurse)**

Clinical Instructor
Wescom Solutions
Mississauga, Ontario

Patrick Clifford, BA, BSW, BEd, MSW, RSW

Coordinator, Professional Practice
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario

Jeffrey D'Hondt, BA Hon, BSW, MSW, RSW

Policy Analyst
Ministry of Health and Long-Term Care
Toronto, Ontario

Cécile Diby, RN, BScN

Nursing Education Specialist
SCO Health Care Service
Ottawa, Ontario

**Josephine B. Etowa, RN, RM, IBCLC,
BScN, MN, PhD**

Assistant Professor
Dalhousie University School of Nursing
Halifax, Nova Scotia

Nancy Fram, RN, BScN, MEd

VP Professional Affairs and Chief Nursing Executive
Hamilton Health Sciences
Hamilton, Ontario

Linda Gardner, BA

Diversity and Community Access Coordinator
Women's College Hospital
Toronto, Ontario

Rose Gass, RN, ENC(C), BA Econ, MHS(c)

Director Emergency and Intensive Care
Norfolk General Hospital
Simcoe, Ontario

Amy Go, MSW

Executive Director
Yee Hong Centre for Geriatric Care
Toronto, Ontario

Julie Gregg, RN, BScN, MAd Ed

Coordinator, Member Relations and Development
College of Registered Nurses of Nova Scotia
Halifax, Nova Scotia

Pat Griffin, RN, PhD

Executive Director
Canadian Association of Schools of Nursing
Ottawa, Ontario

Rebecca Hagey, BS, BSc, MA, PhD, Cert. Mediation

Associate Professor, Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario

Mary Jane Herlihey, BScN, RN

Clinical Education Consultant
ParaMed Home Health Care
Ottawa, Ontario

Christy Ip

Student
Centre for Equity in Health and Society
Toronto, Ontario

Sandra Ireland, RN, BScN, MSc, PhD(student)

Chief of Nursing Practice
Hamilton General Hospital
Hamilton, Ontario

Terri Irwin, RN, MN

Practice Consultant
College of Nurses of Ontario
Toronto, Ontario

Rachel Johnson

Nursing Student
McMaster University
Hamilton, Ontario

Carolyn Johnson, BScN, RN, MEd

Professional Practice Liaison Children's Health
and Policy Development
IWK Health Care Centre
Halifax, Nova Scotia

Catherine Kohm, RN, MEd

Director of Nursing
Baycrest
Toronto, Ontario

Brenda Lewis, RN, BScN

Registration Consultant
College of Nurses of Ontario
Toronto, Ontario

Cheryl Lyons, RN, BScN

Professional Practice Educator
Joseph Brant Memorial Hospital
Burlington, Ontario

Suzette Mahabeer, RN, BScN, MS(c)

Staff Nurse
St. Joseph's Health Care
Stoney Creek, Ontario

Patricia Malloy, MSN, RN

Clinical Nurse Specialist/Nurse Practitioner
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Mariana Markovic, RN, CPN(C), BScN

Professional Practice Specialist
Ontario Nurses' Association
Toronto, Ontario

Debra McAuslan, RN, MScN

Professional Practice Specialist
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Toba Miller, RN, MScN, MHA, GNC(C)

Advanced Practice Nurse
The Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario

Norma Nicholson, RN, BA, MA(Ed)

Service Manager
West Park Health Care Centre
Mississauga, Ontario

Nancy Purdy, RN, PhD(c)

Doctoral Student
University of Western Ontario
London, Ontario

Cheryl Reid-Haughian, RN, MHScN, CCHN(C)

Director, Professional Practice
ParaMed Home Health Care
Ottawa, Ontario

Andrea Riekstins, RN, MN, ACNP

Clinical Nurse Specialist/Nurse Practitioner
Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Chantal Saint-Pierre, PhD

Directrice Module des Sciences de la Santé
Université du Québec
Gatineau, Québec

Mary Saxe-Braithwaite, BScN, MScN MBA, CHE

Vice President Programs and Chief Nursing Officer
Providence Continuing Care Centre
Kingston, Ontario

Lorraine Schubert, RN, BAAN, MEd

Clinical Nurse Educator
North York General Hospital
Toronto, Ontario

Rhonda Singer, RN, CHRDP

President
Progress Career Planning Institute
Toronto, Ontario

Judy Smith, RN, BScN, ENC(C)

Nurse Educator
York Central Hospital
Richmond Hill, Ontario

Paulette Stewart, BScN, MN, PhD(c)

Clinical Nurse Specialist
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Hilda Swirsky, RN, BScN, MEd

Clinical Nurse and Sessional Professor
Mount Sinai Hospital and George Brown College
Toronto, Ontario

Rosemarie Taylor, RN, EdD(c), MA, BSN

Associate Director of Patient Care Services
Jackson Health System
Miami, Florida

Adele Vukic, RN, BN MN

Assistant Professor
Dalhousie University
Halifax, Nova Scotia

Olive Wahoush, RN, MSC, PhD

Assistant Professor
McMaster University
Hamilton, Ontario

Donna Walsh, RN, BScN

ISMP Canada Fellow
Institute for Safe Medication Practices Canada
Toronto, Ontario

Cheryl Yost, RN, BScN, MEd

Director of Patient Care Services
Manitoulin Health Centre
Little Current, Ontario

Índice de Contenidos

Antecedentes del Proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables	10
Marco institucional del Proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables	12
Antecedentes de la Guía para la aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria:	
el desarrollo de la competencia cultural	17
Desarrollo de la Guía	19
Marco conceptual de la Guía para la aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria:	
el desarrollo de la competencia cultural	21
Recursos y tipos de evidencia de la Guía para la aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria:	
el desarrollo de la competencia cultural	22
Mensajes y temas principales obtenidos de la revisión sistemática de la literatura	25
Objetivos generales	26
Objetivos y ámbito de aplicación	26
Cómo utilizar este documento	27
Contexto individual: Buenas prácticas en torno a la competencia cultural	28
Recomendaciones de ámbito individual	30
Evidencia	32
Contexto institucional: Buenas prácticas en torno a la competencia cultural para empleados y sindicatos ...	35
Recomendaciones	36
Evidencia	39
Contexto externo: Buenas prácticas en torno a la competencia cultural para el ámbito académico, los gobiernos y organismos reguladores, y las asociaciones de profesionales	46
Recomendaciones individuales	47
Evidencia	50
Conclusión	56
Proceso de revisión y actualización de las Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables ...	57
Referencias	58
Referencias enumeradas	58
Referencias por orden alfabético	64

Las palabras marcadas con el símbolo G a lo largo del presente documento se encuentran en el Glosario de términos.

Anexo A: Glosario de términos	70
Anexo B: Resumen de los modelos fundamentales relacionados con la competencia cultural	73
Anexo C: Proceso de desarrollo de la Guía	76
Anexo D: Proceso para la revisión sistemática de la literatura del JBI	77
Anexo E: Herramientas	80
Anexo F: Implantación – Consejos y estrategias	82
Anexo G: Estándares CLAS	83

Las palabras marcadas con el símbolo G a lo largo del presente documento se encuentran en el Glosario de términos.



Antecedentes del Proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos saludables

La RNAO, gracias a la financiación del MOHLTC, comenzó a desarrollar en julio de 2003 las Guías de buenas prácticas basadas en la evidencia, con el objetivo de crear entornos laborales saludables^G para las enfermeras.^G Al igual que cuando se toman decisiones clínicas, es importante que los responsables de crear entornos laborales saludables tomen sus decisiones basándose en la mejor evidencia posible.

El proyecto de Guías de buenas prácticas^G para entornos laborales saludables responde a las prioridades identificadas por el Comité provincial mixto de enfermería (Joint Provincial Nursing Committee, en lo sucesivo JPNC por sus siglas en inglés), y el Comité canadiense de asesoramiento en enfermería (en adelante, Canadian Nursing Advisory Committee¹ por su nombre en inglés). La idea de desarrollar y distribuir ampliamente una Guía para entornos laborales saludables se propuso por primera vez en el informe titulado *Garantizar la atención sanitaria: Informe sobre la contratación y permanencia de las enfermeras de Ontario*², presentado ante el MOHLTC en 2000 y aprobado por el JPNC.

Los sistemas de salud están sometidos a una presión que va en aumento, dado que han de controlar los costes e incrementar la productividad, al tiempo que dan respuesta a las numerosas demandas de las poblaciones en proceso de crecimiento y envejecimiento, con tecnologías avanzadas y un consumismo más sofisticado. La reforma sanitaria de Canadá está enfocada a los principales objetivos definidos en el Primer acuerdo ministerial de 2000,³ de aplicación federal, provincial y territorial (Federal/Provincial/Territorial First Ministers' Agreement 2000),³ y en los Acuerdos en materia de salud de 2003⁴ y 2004⁵:

- Disponer del acceso oportuno a los servicios de salud en función de las necesidades.
- Un servicio de salud seguro, orientado al paciente o usuario, eficaz y de calidad.
- Un sistema de salud sostenible y asequible.

Las enfermeras constituyen un elemento indispensable para la consecución de estos objetivos. Es fundamental que exista un número adecuado de enfermeras para asegurar la accesibilidad a un sistema de salud seguro y oportuno. Lograr entornos laborales saludables resulta primordial de cara a la seguridad, contratación y permanencia de las enfermeras.

Un gran número de informes y artículos han documentado las dificultades para contratar y conservar una buena plantilla de enfermería.^{2, 6-10} Hay quien ha sugerido que la base de la escasez actual de enfermeras es el resultado de entornos laborales insalubres.¹¹⁻¹⁴ Se necesitan estrategias que mejoren los centros de trabajo de las enfermeras para reparar el daño producido por una década de implacables reestructuraciones y reducciones en las plantillas.

Cada vez tenemos una mejor comprensión de la relación entre los entornos laborales de las enfermeras, los resultados en los pacientes, y los resultados en la organización y funcionamiento del sistema.¹⁵⁻¹⁷ Varios estudios han mostrado fuertes vínculos entre el personal de enfermería y los acontecimientos adversos de los pacientes.¹⁸⁻²⁸ La evidencia muestra que los entornos de trabajo saludables redundan en beneficios económicos para las instituciones ya que reducen el absentismo laboral, la pérdida de productividad, los costes de atención sanitaria de la institución,²⁹ y los gastos derivados de los acontecimientos adversos para el paciente^G.³⁰

Lograr un entorno laboral saludable para las enfermeras requiere una *transformación* con “intervenciones que aborden los factores subyacentes del lugar de trabajo y de la institución”.³¹ Esta es la intención con la que hemos desarrollado estas Guías. Creemos que una completa implantación marcará la diferencia para las enfermeras, sus pacientes o usuarios, y para las instituciones y comunidades en las que trabajan. Como es natural, al prestar una especial atención en la creación de entornos laborales saludables, no solo se beneficia a las enfermeras, sino a otros profesionales de la salud. Asimismo, creemos que las Guías de buenas prácticas únicamente pueden implantarse con éxito cuando existen recursos y procesos de planificación adecuados, respaldo administrativo e institucional, y los medios precisos.

El proyecto se estructura en seis Guías principales de buenas prácticas para entornos laborales saludables

- Colaboración entre los equipos de enfermeras.
- Desarrollo y mantenimiento de manera eficaz de la contratación y la carga de trabajo.
- Desarrollo y mantenimiento del liderazgo de las enfermeras.
- Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural.
- Profesionalidad en la enfermería.
- Salud laboral, seguridad y bienestar de las enfermeras

“ *Un entorno laboral saludable es...
...un lugar de práctica donde se maximiza la salud y
el bienestar de las enfermeras, la calidad en los
resultados de los pacientes o usuarios, el
rendimiento de las instituciones, y los resultados
para la sociedad.* ”

Marco organizativo del Proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables

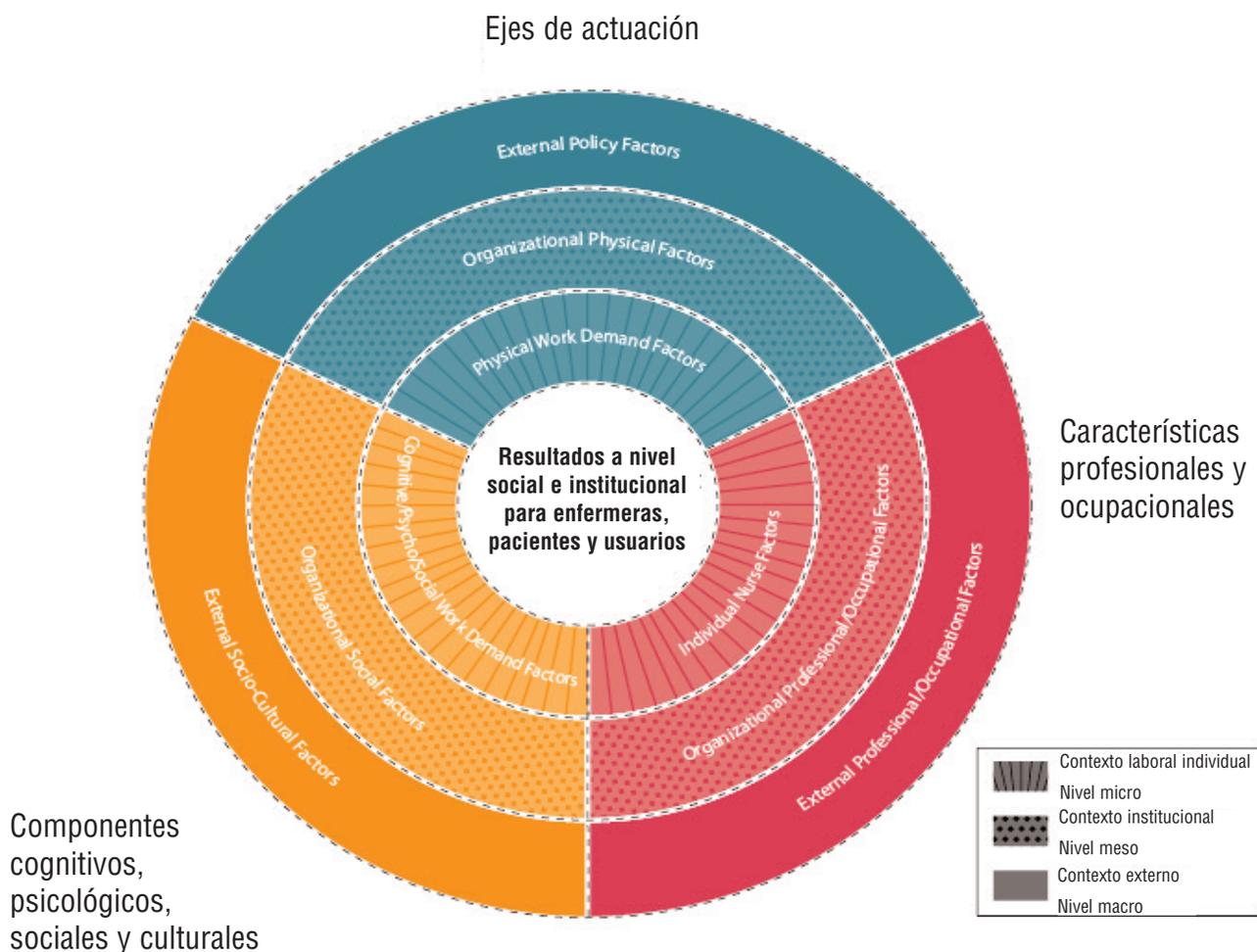


Figura 1. Modelo conceptual para entornos de trabajo saludables en enfermería: componentes, factores y resultadosⁱⁱ⁻ⁱⁱⁱ

Conseguir un ambiente de trabajo saludable para las enfermeras es una tarea compleja y que abarca muchos campos, con numerosos elementos relacionados entre sí. Se precisa un modelo integral para poder desarrollar, implantar y evaluar un enfoque sistemático que permita mejorar el entorno laboral de las enfermeras. Los entornos de trabajo saludables para el personal de enfermería son definidos como lugares de trabajo donde se maximizan la salud y el bienestar de las enfermeras, la calidad en los resultados de los pacientes o usuarios, la actuación organizativa y los resultados sociales.

En el modelo conceptual integral de entornos de trabajo saludables para el personal de enfermería presenta el entorno laboral saludable como un producto de la interdependencia entre los determinantes de los sistemas individuales (micro nivel), organizativos (meso nivel) y externos (macro nivel) como se muestra anteriormente en los tres círculos. En el centro de los círculos están los beneficiarios esperados de los entornos de trabajo saludables para las enfermeras: las enfermeras, los pacientes o usuarios, las organizaciones y sistemas, y la sociedad en su conjunto, incluyendo comunidades más saludables.^{iv} Las líneas de este modelo están punteadas para indicar las interacciones sinérgicas entre todos los niveles y componentes del modelo.

El modelo sugiere que el funcionamiento de los individuos se ve influido y mediado por las interacciones entre el individuo y su entorno. Así pues, las intervenciones para promover entornos de trabajo saludables deben estar centradas en diferentes niveles y componentes del sistema. De igual manera, estas intervenciones deben influir no sólo en los factores del sistema y las interacciones entre ellos, sino también en el propio sistema.^{v,vi}

Los supuestos que sustentan el modelo son los siguientes:

- Los entornos laborales saludables son esenciales para los cuidados seguros y de calidad en el paciente o cliente.
- El modelo es aplicable a todos los lugares de trabajo y todos los dominios del personal de enfermería.
- Los factores individual, organizativo y externo del sistema son los que determinan los entornos de trabajo saludables para las enfermeras.
- Los factores de los tres niveles afectan a la salud y el bienestar de las enfermeras, a la calidad de los resultados de los pacientes o usuarios, al comportamiento institucional y del sistema, y a los resultados para la sociedad, tanto individualmente como mediante interacciones sinérgicas.
- En cada nivel, hay componentes de política física y estructural, componentes cognitivos, psicológicos, sociales y culturales y componentes profesionales o ocupacionales.
- Los factores profesionales u ocupacionales son únicos para cada profesión, mientras que, los factores restantes son comunes para todas las ocupaciones o profesiones.

i Adaptado por DeJoy, D.M. & Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Medicine*, 35(12): December, 1221-1230; modified by Laschinger, MacDonald & Shamian (2001); y modificado de nuevo por Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok, & Shamian (2003).

ii Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al. (2001, June). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.

iii O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2):12-16.

iv Hancock, T. (2000). The evolution, The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management*, 100(2):21-23.

v Green, L.W., Richard, L. and Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4): March/April, 270-281.

vi Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management. In Diana L. Gustafson (ed.), *Care and Consequence: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women*. Halifax, Nova Scotia, Canada. Fernwood Publishing.

Características físicas y estructurales de las directrices

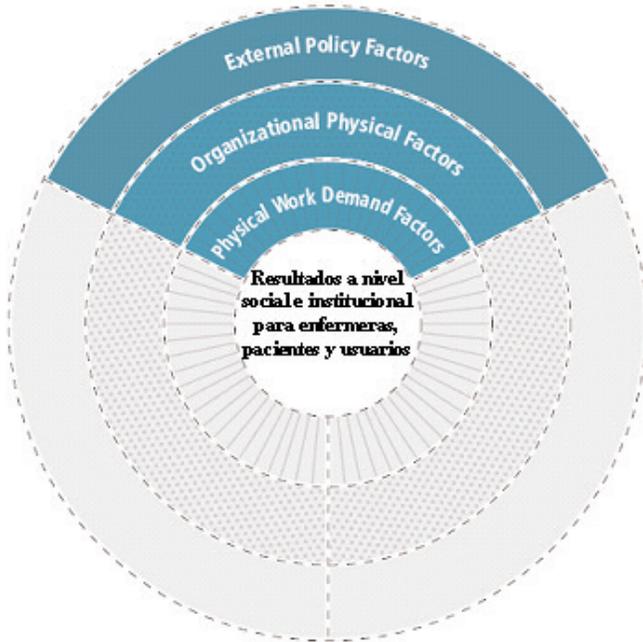


Figura 1A

Componentes físicas y estructurales

- A nivel individual, los factores de la demanda de trabajo físico (Physical Work Demand Factors) recogen las exigencias del trabajo que requiere capacidades físicas y esfuerzo por parte del individuo^{vii}. Estos factores incluyen la carga de trabajo, los cambios de horario y turno, el levantar pesos, la exposición a sustancias nocivas e infecciosas, y las amenazas para la seguridad personal.
- En el nivel institucional, los factores físicos organizativos (Organizational Physical Factors) comprenden dos aspectos: las características físicas y el entorno físico de la institución, así como las estructuras organizativas los procesos creados para responder a las exigencias físicas del trabajo. Se incluyen entre estos factores las prácticas de dotación de personal, la flexibilidad y autoprogramación de los horarios, el acceso a equipos de elevación que estén en buen estado de funcionamiento, las políticas para la salud y seguridad laboral y la seguridad personal..
- En el sistema o nivel externo, los factores de competencia externa (External Policy Factors) incluyen a los modelos de atención sanitaria, la financiación y los marcos legales, comerciales, económicos y políticos ajenos a la institución (p. ej.: políticas de inmigración, reformas del sistema de salud).

vii Grinspun, D. (2002). The Social Construction of Nursing Caring. Unpublished Doctoral Dissertation Proposal. York University, North York, Ontario.

Componentes cognitivos, psicológicos, sociales y culturales

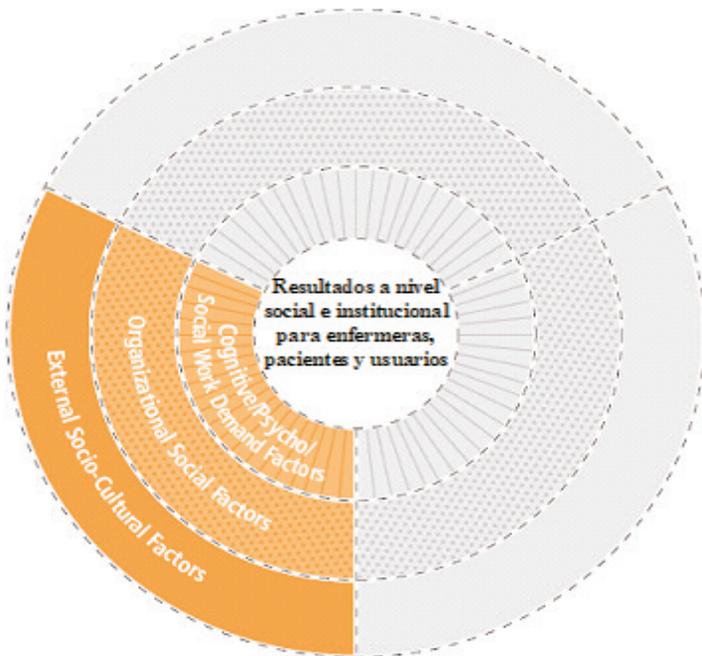


Figura 1B

Componentes cognitivos, psicológicos, sociales y culturales

- En el ámbito individual, los factores cognitivos y psicosociales (Cognitive and Psychosocial Work Demand Factors), incluyen los requerimientos en cuanto a las capacidades cognitivas, psicológicas y sociales que debe tener un individuo para el desempeño de su labor profesional (p. ej.: conocimientos clínicos, habilidades para afrontar problemas de forma efectiva, habilidades para la comunicación)^{vii}. Entre estos factores se incluyen la complejidad clínica, la seguridad en el trabajo, las relaciones dentro del equipo, las necesidades emocionales, la claridad en los roles y la presión de rol.
- En el ámbito institucional, los factores sociales e institucionales u organizativos (Organizational Social Factors) están asociados con el clima, la cultura y los valores institucionales. Entre estos factores se encuentran la estabilidad institucional, las estructuras y prácticas relacionadas con la comunicación, las relaciones entre empleados y gestores, y una cultura que favorece el apoyo y la formación continuada.
- En el ámbito del sistema, los factores socioculturales externos (External Sociocultural Factors) contemplan las tendencias de los consumidores, los cambios en las preferencias de los cuidados, el cambio en los roles de la familia, la diversidad de la población y de los profesionales, o una demografía en constante cambio. Todo ello influye en el funcionamiento de las instituciones e individuos.

Características profesionales y ocupacionales

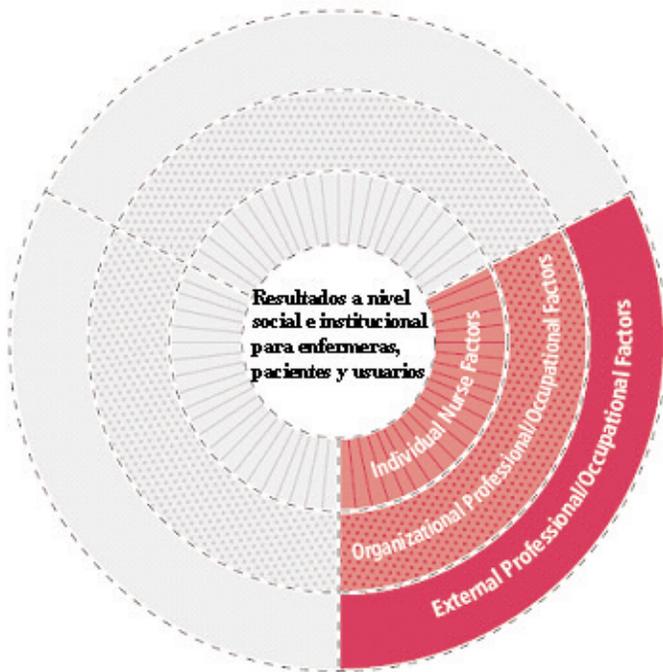


Figura 1C

Componentes profesionales y ocupacionales

- En el ámbito individual, los factores individuales de la enfermería incluyen los atributos personales, o bien sus capacidades y conocimientos adquiridos, que determinan su respuesta ante las exigencias físicas, cognitivas y psicosociales del trabajo^{vii}. Entre estos factores se encuentran: el compromiso con el cuidado del paciente o usuario, la institución y la profesión; la ética y los valores personales; la práctica reflexiva; la capacidad de resiliencia; la adaptabilidad y confianza en uno mismo; y la conciliación o equilibrio entre la vida familiar y el trabajo.
- En el ámbito institucional, los factores de organización profesional y ocupacional (Organizational Professional/Occupational Factors) son propios de la naturaleza y rol de la profesión u ocupación. Se incluyen entre estos factores el alcance de la práctica, el nivel de autonomía y el control sobre el trabajo, así como las relaciones interdisciplinarias.
- En el nivel externo o del sistema, los factores profesionales externos incluyen las políticas y la regulación en los ámbitos provincial o territorial, nacional e internacional, que influyen en las políticas sociales de salud y en las interacciones sociales dentro y a través de las distintas disciplinas y campos.

Antecedentes de la Guía para la aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural

El siglo veintiuno presenta desafíos para los canadienses similares, en muchos sentidos, a aquellos a los que se enfrentaron hace cien años. Aunque en el futuro se espera una tasa de crecimiento de la población menor que la que se avecinaba en 1907, como ocurrió en esa época, la mayor parte del incremento demográfico se deberá a la inmigración. La diferencia con respecto a principios del siglo veinte es que la amplia mayoría de los nuevos inmigrantes (alrededor del 80%) llegarán de países no europeos donde la mayoría de sus ciudadanos no son blancos. Tendrán una edad media inferior a la mayoría de los canadienses y su primera lengua no será ni el inglés ni el francés.

La razón por la que a los profesionales de enfermería les preocupa el cambio que se avecina es obvia. Estos futuros ciudadanos canadienses tendrán acceso al sistema de salud y recibirán una serie de servicios de salud por parte de una variedad de profesionales de la salud, muchos de los cuales serán enfermeras. Además, algunos de estos futuros canadienses se convertirán en las enfermeras de las próximas generaciones. Traerán consigo diferentes normas y tradiciones culturales, diferentes valores y creencias sobre la salud, y sobre la enfermedad y su tratamiento, y todo ello influirá en su visión del proceso asistencial en general y de la enfermería en particular.

Aunque Canadá, desde hace tiempo, tiene una identidad multicultural y una tradición de aceptación de la diversidad reforzada, por ejemplo, por la política de multiculturalismo de 1971 adoptada por el Gobierno Federal, los propósitos del gobierno no han sido suficientes para conseguir la equidad y la integración. El racismo y la opresión cultural han sido realidades padecidas por muchos grupos minoritarios que viven en Canadá, especialmente, por los aborígenes de las Primeras Naciones,⁶ en los que se ha perpetuado en el tiempo el impacto de la pobreza, la mala salud, la pérdida de identidad y la marginalidad.⁶ Esta realidad, como parte de los aspectos de la sociedad canadiense, se puede observar claramente en el entorno de trabajo de los servicios de salud. Las enfermeras procedentes de grupos minoritarios⁶, visibles o invisibles que trabajan por todo Canadá en diferentes entornos de servicios de salud, hablan de sus experiencias de discriminación⁶ y racismo⁶ así como de los retos a los que se tienen que enfrentar en el desempeño eficaz de su labor.

En el futuro, debemos abordar con claridad el reto de la diversidad, presente durante generaciones, de manera que se dejen de aceptar prácticas o tolerar actitudes que limiten el potencial de muchas compañeras canadienses. Esto cobra una especial importancia en el ámbito de la salud, sector que ya se enfrenta a graves problemas relacionados con la contratación y la permanencia de las enfermeras y de otros profesionales de la salud. Esta Guía de buenas prácticas en enfermería para la diversidad cultural proporciona recomendaciones firmes sobre las acciones que se pueden llevar a cabo para abordar la diversidad de los profesionales de la salud como parte de la creación de un entorno y un equipo de trabajo saludables.

La diversidad cultural, en su sentido más amplio, ha de ser abordada de modo que sea posible crear una plantilla de atención sanitaria verdaderamente integrada que acepte todo tipo de diversidad. Las minorías, ya sean canadienses de color, aborígenes de las Primeras Naciones, discapacitados, homosexuales, etc., han dejado patente que ha habido ocasiones en las que se han sentido rechazadas en el campo de la enfermería, en los servicios de salud y en sus centros de trabajo. Hablan de un trato en el lugar de trabajo que les incomoda, bien debido a una hostilidad externa o a una sutil discriminación. Y aunque los profesionales de la salud son cada vez de origen más diverso, esta diversidad no siempre queda patente en los puestos directivos y en los niveles intermedios de gestión.

¿Cómo nos podemos preparar para integrar una nueva plantilla en constante cambio? ¿Cómo podemos ser innovadores, cordiales y receptivos, protegiendo la seguridad de los pacientes e integrando nuevas ideas al tiempo que mantenemos y mejoramos todo lo bueno que tenemos? ¿Cómo podemos crear centros de salud en los que se acepte y promocióne a los diversos grupos de enfermeras que ya forman parte de su plantilla?

La presente Guía de buenas prácticas incluye recomendaciones de ámbito individual, institucional u organizativo y para el sistema externo. Se trata de una herramienta fundamental destinada a los cargos directivos cuyo fin es comprender y planificar mejor los entornos de trabajo de manera que se optimice el rendimiento, la productividad y la satisfacción de todos y cada uno de los miembros de sus equipos.

Mientras que los responsables de contratación y las instituciones se esfuerzan por crear lugares de trabajo valiosos y saludables en los que se maximice el potencial de los trabajadores, los programas centrados en la diversidad, la cultura, el trabajo en equipo y los valores comunes ya no son vistos como elementos superfluos dirigidos a una minoría. Estos programas fomentan que el potencial de cada uno de los miembros del equipo se haga realidad y lo empleen como la base fundamental de un entorno laboral realmente saludable.

Aunque el camino que hay que recorrer hasta la aceptación de la diversidad está plagado de obstáculos, quedarse de brazos cruzados no es una opción. Atender este aspecto del entorno laboral es esencial para conseguir una atención sanitaria de calidad basada en la conservación de un equipo de profesionales productivo y satisfecho, así como un correcto proceso de contratación continuada. La Guía establece los cimientos sobre los que las líderes de enfermería entre otros, podrán crear un entorno laboral que reconozca y acepte verdaderamente la diversidad consiguiendo resultados positivos para los pacientes, las enfermeras y la institución.

Desarrollo de la Guía

En la creación de esta Guía, el grupo de expertos tuvo especialmente en cuenta su título. Diversidad es un término amplio y se puede referir a cualquier número de distintas cualidades, rasgos o características, entre las que se incluyen el color de la piel, el sexo, la edad, la raza, la identidad étnica, la ciudadanía, la orientación sexual y las capacidades físicas y cognitivas. A los efectos de la presente Guía, se adoptó la definición propuesta por Friday.³⁴ El equipo llegó a la conclusión de que mientras que la aceptación de la diversidad es una ideología, la competencia cultural⁶ es una capacidad y, como tal, se refleja en el comportamiento. La aceptación de la diversidad cultural⁶ en el lugar de trabajo implica un compromiso con prácticas culturalmente competentes que eliminen la discriminación y la desigualdad, confirmen las diferencias y se dediquen activamente a implantar estrategias inspiradas en las virtudes de las diferencias.

La competencia cultural (véase el modelo, Anexo B) es un continuo que va desde la eliminación del extremo negativo ocupado por el carácter destructivo (racismo y abuso) hasta el extremo positivo en el que se valora la diversidad cultural y se pueden crear oportunidades innovadoras de transformación que maximicen los beneficios sanitarios, económicos y sociales. La competencia cultural³⁵ en el lugar de trabajo se puede describir como un conjunto congruente de conductas del personal, prácticas de gestión y políticas institucionales que se producen en un lugar de la práctica clínica, que dan origen a un entorno institucional que es respetuoso e integra la diversidad cultural y otras formas de diversidad.³⁵ Los valores subyacentes de la competencia cultural son el efecto integrador⁶, el respeto, valorar las diferencias, la equidad y el compromiso. Estos valores han sido introducidos en todas las recomendaciones.

En la revisión de la evidencia relacionada con esta Guía, en la que se incluyen las opiniones de los expertos y los comentarios de los colaboradores, quedó claro que existían puntos de vista divergentes y opiniones vehementes al respecto de una serie de cuestiones. El grupo de desarrollo de la Guía destacó la importancia de plantear estos temas y afrontar las injusticias, desigualdades y lagunas presentes para cuestionar los sistemas y las estructuras que dieron lugar a las realidades actuales. Estos asuntos han sido agrupados en cuatro temas: (1) terminología; (2) acercamiento a los grupos infrarrepresentados (contratación); (3) recopilación de datos para identificar los grupos infrarrepresentados (medición de la diversidad); y (4) contratación y permanencia de enfermeras formadas en el extranjero. Debido a que estos temas no son fáciles de resolver, se han identificado como “cuestiones espinosas”, y la discusión de cada una de ellas ha sido incorporada en diferentes apartados de la Guía.

“ *Diversidad se refiere a todo atributo que destaca en un individuo y le hace sentirse diferente de otro individuo.* ”

Friday³⁴

Valores clave para la competencia cultural

1. Efecto integrador.
2. Respeto.
3. Valorar las diferencias.
4. Equidad.
5. Compromiso

Esta Guía proporciona recomendaciones que todos los profesionales de la salud pueden usar para el arraigo en los entornos laborales de una cultura que lleve a todos los miembros del equipo a comprender la diversidad y a aceptar las diferencias que ésta aporta a los entornos de trabajo. En concordancia con el marco conceptual del programa de Guías de buenas prácticas en entornos laborales saludables, las recomendaciones de esta Guía se dividen en tres categorías:

1. Recomendaciones de ámbito individual: centradas en la conducta profesional de la enfermera y agrupadas en aquellas que abordan las conductas de autoconciencia, comunicación y el aprendizaje de nuevos comportamientos.

2. Recomendaciones de ámbito institucional u organizativo: se dirigen a los responsables de contratación de las enfermeras, a los sindicatos y a las agrupaciones de empleados (como las de los centros en los que el personal no está sindicalizado, pero puede trabajar conjuntamente en las cuestiones relativas al lugar de trabajo). Estas recomendaciones se agrupan en dos secciones: contratación y permanencia. La sección de permanencia se divide además en las recomendaciones dirigidas a la orientación y formación periódica de los empleados, a las directrices y prácticas del lugar de trabajo, y a la permanencia de enfermeras formadas en el extranjero. Cabe destacar que estas recomendaciones se dirigen a todos los centros en los que trabajan enfermeras, incluyendo las instituciones sanitarias y otros centros clínicos, centros educativos (p. ej.: institutos de enseñanza superior y universidades que emplean a enfermeras como profesoras), centros comunitarios y de salud pública, y organizaciones de profesionales.

3. Recomendaciones para el sistema externo: se dirigen a la formación y a los planes de estudios, gobiernos, órganos de acreditación, organismos reguladores y a las asociaciones de profesionales que apoyan a las enfermeras. Las recomendaciones académicas se subdividen además en las dirigidas a los estudiantes y a las facultades, y el currículo.

Cada una de las secciones anteriores comienza con una enunciación e incluye recomendaciones y la evidencia en la que se basan. Los términos y las frases marcadas con el símbolo “G” están definidos en el glosario que aparece en el Anexo A.

Cuestiones espinosas: la terminología

La terminología empleada en esta Guía es una cuestión espinosa, porque la elección de los términos usados para distinguir grupos de personas puede ser personal y polémica, especialmente, cuando estos grupos representan diferencias de raza, sexo, orientación sexual, cultura u otras características.

En la creación de esta Guía, el equipo se esforzó por mantener, dentro de lo posible, una terminología neutra y no sentenciosa. En algunos casos, se usan términos como “minoría”, “minoría visible”, “minoría invisible” y “minoría idiomática”, y al hacerlo, el equipo se refiere únicamente a números proporcionales dentro de la gran población canadiense, sin que con ello se pretenda dar al término una menor importancia o representatividad.

En algunas recomendaciones, se usa el término “grupos infrarrepresentados”, de nuevo, para referirse únicamente a la representación desproporcionada de algunos canadienses en esos centros en comparación con la mayoría tradicional.

Marco conceptual para la aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural

Para organizar las recomendaciones, se usó el modelo conceptual de entornos laborales saludables para enfermeras basándose en la revisión de la literatura anterior. Sin embargo, el equipo de expertos conceptualizó un marco complementario para guiar la posterior revisión sistemática y análisis de la literatura. El precepto principal del marco es que los resultados, ya estén relacionados con los individuos, los pacientes, los grupos o las instituciones, están influidos por cuatro variables:

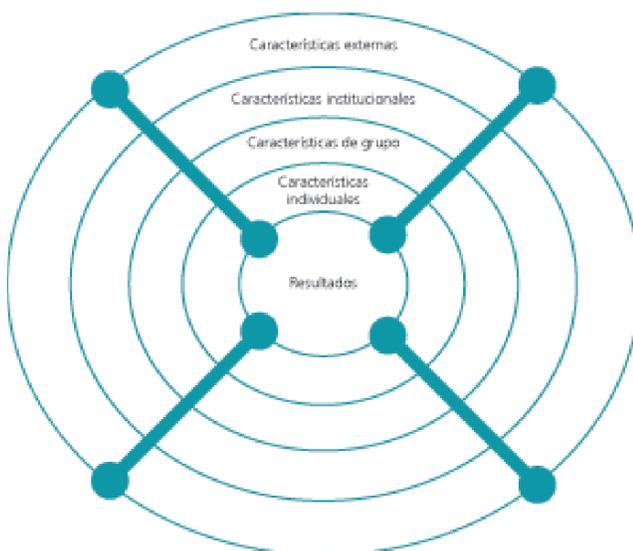
1. **Las características externas** como son la globalización de la sociedad y la situación en el mercado, la fuerza de trabajo a nivel internacional, las políticas de multiculturalismo, la legislación sobre derechos humanos y la escasez global de enfermeras.
2. **Las características institucionales** como el clima de diversidad en el lugar de trabajo.
3. **Las características de grupo**, como son la diversidad dentro del grupo, la cultura de integración en el grupo, las capacidades de comunicación y el intercambio de conocimientos entre los miembros del grupo.
4. **Las características individuales** como son el bagaje cultural, las creencias, los valores y la identidad étnica.

Estas variables se relacionan entre sí y con los resultados mediante los “temas vinculantes” indicados en las figuras A y B.

Figura A



Figura B



Temas vinculantes [—●—]

1. Mecanismos de responsabilidad para aceptar y mantener la diversidad.
2. Prácticas culturalmente competentes.
3. Parámetros e indicadores.
4. Guías y estándares

Recursos y tipos de evidencia para la aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural

La toma de decisiones basada en la evidencia se ha convertido en el estándar generalmente aceptado para las prácticas y directrices de la atención sanitaria. Sin embargo, se ha de admitir que el propio término está abierto a múltiples interpretaciones y perspectivas. La Organización Mundial de la Salud define evidencia como *“las conclusiones de las investigaciones y otros conocimientos que pueden servir como base útil para tomar decisiones en materia de salud pública y atención sanitaria.”*³⁶

“ La evidencia es intrínsecamente incierta, dinámica, compleja, refutable y, rara vez, completa. ”

Canadian Health Services
Research Foundation³⁶

Aunque la intención de extender la orientación ofrecida por la práctica clínica basada en la evidencia a la gestión de los servicios sanitarios sea de admirar, se ha argumentado que venerar o valorar la evidencia fruto de la investigación frente a la evidencia política e institucional puede ser problemático. En un informe sobre la conceptualización y la combinación de la evidencia para la orientación en los sistemas de salud, la Fundación Canadiense de Investigación en Servicios de Salud (Canadian Health Services Research Foundation, en adelante CHSRF por sus siglas en inglés) indica que la evidencia puede ser bien coloquial o científica. La evidencia coloquial se puede describir como *“las experiencias, opiniones y realidades de los colaboradores”*³⁶ e incluye la evidencia sobre recursos, opinión de los expertos y profesionales, criterio político, valores, así como los aspectos prácticos de la situación. Las decisiones que se toman diariamente en materia de atención sanitaria están predominantemente guiadas por la evidencia coloquial.

Mediante el proceso de deliberación, se pueden combinar diferentes tipos de evidencia. Un proceso deliberativo es una integración del análisis técnico (o de investigación) y la deliberación de los colaboradores (consenso del grupo de expertos), y su utilización es deseable cuando están en juego asuntos debatibles. El proceso tiene objetivos claros: es integrador y transparente; desafía a la ciencia; promueve el diálogo entre las partes; y potencia un consenso sobre una posible decisión. El proceso deliberativo es diferente del proceso consultivo, y refleja la participación de los colaboradores. Lo que se busca es llegar a un consenso equilibrado que *“respete tanto la integridad científica, por un lado, como su capacidad para ser implantado en el contexto de un sistema sanitario específico. El consenso equilibrado se obtiene considerando detenidamente todas las evidencias relevantes e implicando a una buena selección de las personas mejor cualificadas para su evaluación, así como a los que, con mayor probabilidad, se verán afectados por el mismo.”*³⁶

“ La evidencia coloquial puede complementar o paliar la falta de evidencia científica en un contexto ”

Canadian Health Services
Research Foundation³⁶

Quizás por todas estas razones, Davies³⁷ llama a la precaución al hablar de las “buenas” prácticas, un término cargado de subjetividad, y sostiene que sería más realista intentar descubrir y compartir prácticas “prometedoras”. Respecto a los gobiernos, advierte que *“un gobierno basado en la evidencia no sustituye un gobierno basado en el pensamiento.”* Esto mismo es válido para la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Es necesario que el desarrollo de entornos laborales saludables se refleje en prácticas prometedoras en continua evolución basadas en un pensamiento y un análisis crítico de cada entorno en particular.

Incluso durante la preparación de la presente Guía, el conocimiento aceptado sobre la evidencia comenzó a pasar de la toma de decisiones “basada en la evidencia” a la toma de decisiones “orientada por la evidencia”.³⁶ Este cambio reconoce alguno de los verdaderos problemas que suponen la definición de la evidencia y la posterior decisión sobre cuál es la evidencia “correcta” en una determinada situación. También admite que el tipo de evidencia considerada tradicionalmente como la más valiosa, es decir, los resultados de ensayos controlados aleatorizados (en adelante ECA por sus siglas en español) rigurosos, no representan el único ni el mejor modo de comprender un fenómeno concreto. Además, muchos fenómenos, entre los que se incluyen la diversidad y la competencia cultural, no se podrían estudiar con una metodología de ensayos clínicos aleatorizados.

La práctica basada en la evidencia se puede describir como un enfoque de resolución de problemas en la práctica clínica que integra el uso concienzudo de la mejor evidencia con la experiencia de los profesionales de la salud, así como las preferencias y los valores de los pacientes para tomar decisiones sobre el tipo de atención que reciben.³⁸ En otras palabras, el contexto y el ajuste son fundamentales para evaluar y utilizar la evidencia en la práctica. El contexto de diversidad varía según la región (por ejemplo, urbana o rural) y el país. Esto se ha de tener en cuenta a la hora de determinar la aplicabilidad de la evidencia y las recomendaciones en determinados campos de la práctica.

Estas Guías son el resultado de la revisión sistemática realizada por el Instituto Joanna Briggs (Joanna Briggs Institute, en adelante JBI por sus siglas en inglés), de la revisión de datos cualitativos, los extensos diálogos y debates del grupo de expertos y las opiniones de un equipo de revisores externos. Debido a la escasa investigación existente sobre la diversidad, la competencia cultural y los entornos laborales saludables, se han extraído conclusiones lógicas de la literatura sobre la competencia cultural en la práctica clínica. El equipo de expertos estaba compuesto por profesionales de enfermería representantes de una diversidad ideológica en cuanto a los conceptos de cultura y diversidad, así como de una diversidad con respecto a la función y al ámbito en el que ejercen la profesión (formación, política, práctica clínica, gestión e investigación en las especialidades clínicas), geografía e identidades culturales, incluyendo edad, género, educación, raza, identidad étnica, orientación sexual y estatus de los aborígenes de las Primeras Naciones. En el Anexo C, se presenta un esquema del proceso usado en el desarrollo de esta Guía.

Fuentes de la evidencia

Muchas son las fuentes de evidencia que hay disponibles. Klein³⁶ describe tres tipos de evidencia: la que es fruto de la investigación, la institucional y la política. Las dos últimas están dirigidas a la capacidad e implantación institucional. En la actualidad, la creación de Guías de buenas prácticas conlleva identificar las virtudes de la evidencia sobre las que están basadas.³⁹ Los sistemas predominantes de clasificación de la evidencia determinan que las revisiones sistemáticas de los ECA generan la evidencia de mayor calidad, mientras que otros tipos de diseños son considerados como de menor calidad.⁴⁰ En cualquier caso, no todos los temas de interés para la investigación son compatibles con los métodos de los ECA, especialmente cuando los sujetos no se pueden aleatorizar, o bien las variables de interés ya existen o son difíciles de aislar. Además, no todos los temas de interés se centran en una relación de causa y efecto. Por lo tanto, no existe un solo sistema de nivelación que se ajuste a todos los tipos de temas de interés y evidencias. Aunque para los temas de

investigación relativos a la relación causal, el tipo más deseado de evidencia es la revisión sistemática o el metaanálisis de todos los ECA relevantes, éste se convierte en uno de los menos deseados cuando los temas de investigación requieren un entendimiento de las experiencias. El nivel más alto de evidencia en este caso es la evidencia obtenida de las revisiones sistemáticas de estudios descriptivos y cualitativos.⁴¹ Es por ello que estas guías no incluyen un sistema de clasificación de la evidencia.

La literatura sobre la aceptación de la diversidad en la atención sanitaria consta en buena parte de estudios descriptivos, estudios cualitativos, opiniones, información basada en la experiencia e informes narrativos basados en evaluaciones de programas. El equipo también se basa en documentos e informes de programas de Estados Unidos, Australia, Reino Unido y Canadá, así como en experiencias de primera mano de los miembros del equipo en la implantación de iniciativas relacionadas con la competencia cultural o la diversidad en entornos de formación, práctica y política.

“ *La evidencia es la información que más se acerca a los hechos. La forma que adopta depende del contexto. Las conclusiones de una investigación de alta calidad metodológicamente apropiada constituyen la evidencia más precisa. Debido al carácter a menudo incompleto, y a veces, contradictorio o inaccesible de las investigaciones, hay otros tipos de información que se convierten en complementos o sustitutos necesarios de las investigaciones. La base de la evidencia para una decisión está constituida por múltiples formas de evidencia combinadas para equilibrar el rigor y la conveniencia, dando, no obstante, prioridad al primero frente a la segunda.* ⁴² ”

Mensajes y temas principales obtenidos de la revisión sistemática de la literatura

Los principales mensajes surgidos de los temas identificados a partir de la revisión sistemática de la literatura realizada por el JBI⁴⁰ para esta Guía de buenas prácticas en enfermería son las siguientes:

1. Conjunto de destrezas de las enfermeras

La competencia cultural es un conjunto obligatorio de destrezas para todos los profesionales de la salud.

- Los profesionales de la salud necesitan contar con las habilidades apropiadas para abordar la diversidad y ejercer su profesión de manera competente con grupos diversos culturalmente.

2. Diversidad de la fuerza de trabajo

La contratación y el mantenimiento de personal para conseguir la diversidad en la plantilla no solo pueden beneficiar al profesional de la salud en la prestación de unos cuidados culturalmente competentes⁶ sino también a los grupos minoritarios en los cuidados que reciben y a los que tienen acceso.

- Las instituciones han de implantar procesos que ayuden a garantizar la existencia y el mantenimiento de la diversidad en la plantilla en cualquier ámbito y nivel. Se ha sugerido que la diversidad en la fuerza de trabajo tiene un efecto positivo en los grupos culturalmente diversos.⁴⁰

3. Sistemas y apoyos

El arraigamiento de los procesos y las prácticas en materia de competencia cultural dentro de las estructuras institucionales y los planes de estudios potenciará el desarrollo de la competencia cultural.

- Se ha observado que la competencia cultural es un proceso constante cuya introducción en los procesos institucionales era necesaria. Se identificó la necesidad de establecer un conjunto definido de protocolos y Guías para apoyar la competencia cultural y de que estas prácticas habrían de basarse en la mejor evidencia existente.

4. Sistemas de ayuda en la toma de decisiones y mejora de la práctica

La utilización de indicadores relacionados con un clima de diversidad en la institución es fundamental para medir la eficacia y determinar la responsabilidad de aceptar la diversidad.

- Se identificó la necesidad de medir la eficacia de estrategias específicas con un control continuo de indicadores descritos y utilizados para tomar decisiones sobre acciones y enfoques posteriores.

5. Educación y formación

La educación de grado y posgrado, y el aprendizaje continuo adquirido en los centros sanitarios han de contar con los principios de la competencia cultural a lo largo del proceso de aprendizaje.

- Se identificó la necesidad de que los profesionales sanitarios recibieran una educación y una formación en materia de competencia cultural que les preparare para atender y abordar las necesidades de los grupos culturalmente diversos. Se identificó que la educación y la formación han de existir en el plan de estudios inicial y continuar a través de procesos de desarrollo del personal ofrecidos por las instituciones.

6. Colaboración

Las instituciones que promueven la colaboración y el trabajo en colaboración mejorarán los servicios destinados a las poblaciones culturalmente diversas⁶ y contribuirán a conseguir un entorno laboral que acepte la diversidad.

- Se indicó que la colaboración entre los profesionales de la salud y otros organismos mejora la atención prestada a los grupos de pacientes culturalmente diversos. El aumento de la colaboración entre los profesionales de la salud y los grupos culturalmente diversos y sus comunidades también podría mejorar los servicios, así como la productividad y la satisfacción de la plantilla.

Objetivos generales

El **proyecto de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables** se centra en la creación de entornos de trabajo saludables para enfermeras que tendrán su efecto en los pacientes y las instituciones. Por lo tanto, la Guía *Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural* no incide directamente en la competencia cultural relativa a los pacientes, sino en la relativa al lugar de trabajo y la plantilla.

Objetivos generales

Promover un entorno laboral saludable para las enfermeras mediante la identificación de las buenas prácticas para aceptar la diversidad dentro de las instituciones de atención sanitaria. Esto se consigue a través de los siguientes objetivos:

1. Identificar las prácticas culturalmente competentes que mejoren los resultados para las enfermeras, los pacientes, las instituciones y los sistemas.
2. Identificar los valores, las relaciones, las estructuras y los procesos institucionales necesarios para desarrollar y conservar prácticas culturalmente competentes.

Objetivos y ámbito de aplicación

La Guía aborda los siguientes asuntos:

- Conocimientos, competencias y conductas que existen en los lugares de trabajo culturalmente competentes.
- Indicadores y características de los centros sanitarios culturalmente competentes.
- Valores, relaciones, estructuras y procesos institucionales que apoyan el desarrollo de prácticas culturalmente competentes.
- Aprendizaje y desarrollo necesario para desarrollar, apoyar y mantener prácticas culturalmente competentes.
- Conductas y prácticas que reflejen una conciencia cultural y sirvan como herramientas que faciliten la aceptación de la diversidad en el lugar de trabajo.

Las recomendaciones en esta Guía se ocupan de:

- Prácticas culturalmente competentes en el lugar de trabajo.
- Competencias individuales, prácticas de gestión y directrices institucionales que se reflejen en prácticas culturalmente competentes.
- Estrategias de transformación para aceptar la diversidad en el ámbito individual, de grupo, institucional y del sistema de atención sanitaria.
- Estrategias y requisitos de formación para garantizar una plantilla culturalmente competente.
- Cambios en las directrices para apoyar y conservar prácticas culturalmente competentes.
- Oportunidades de investigación para el futuro.

Destinatarios:

La Guía es de utilidad en todos los ámbitos y centros en los que trabajan enfermeras.

Cómo usar este documento

La Guía proporciona un enfoque integral de la aceptación de la diversidad cultural mediante el desarrollo de la competencia cultural. Esta Guía no se debería leer y aplicar de una sola vez, sino que se debe revisar y realizar una reflexión al respecto para luego aplicarla de la manera más adecuada para su situación o su institución. Le sugerimos que siga el siguiente orden:

1. **Lea las recomendaciones.**
2. **Decídase por un campo de aplicación:** identifique el área de aplicación para usted mismo, su situación o institución donde usted crea que es necesario prestar atención para reforzar la competencia cultural.
3. **Reflexione críticamente sobre lo que para usted supone la diversidad y su opinión sobre las diferencias.**
4. **Desarrolle un plan provisional:** tras seleccionar un pequeño número de recomendaciones y conductas que es necesario tener en cuenta, consulte la tabla de estrategias y considere las sugerencias que se ofrecen. Desarrolle un plan que aborde sus áreas de aplicación. (Véase el Anexo F)
5. **Discuta el plan con los demás:** dedique el tiempo necesario para buscar las aportaciones de personas a las que puede afectar, o cuyo compromiso sea fundamental para que todo se desarrolle con éxito, así como de asesores de confianza que le aporten información útil y fidedigna acerca de la idoneidad de sus ideas. Recuerde buscar perspectivas diferentes de las suyas.
6. **Identifique recursos para el desarrollo:** tenga en cuenta los recursos con los que cuenta su institución. Si necesita más información, no dude en consultar alguna de las referencias bibliográficas citadas, o revisar algunos de los modelos identificados en el Anexo B, las herramientas sugeridas en el Anexo F y/o las ideas para la implantación que figuran en el Anexo F.
7. **Póngase manos a la obra:** lo importante es empezar y hacer los ajustes necesarios sobre la marcha. El desarrollo de la competencia cultural es una búsqueda continua que ofrece un gran número de oportunidades para el desarrollo y enriquecimiento profesional y personal; **¡disfrute del viaje!**

Contexto individual: Buenas prácticas en torno a la competencia cultural

Introducción

El concepto de competencia cultural se basa en el respeto hacia los demás y la búsqueda de un mayor sentido a la posibilidad de vivir y trabajar conjuntamente con tranquilidad y entendimiento.

“Independientemente de si un responsable de contratación ha adoptado o no la competencia cultural, el cambio debe comenzar por uno mismo. Cada uno de nosotros hemos de servir de modelo de conducta culturalmente competente y compartir nuestras capacidades y conocimientos con los demás. Debemos invitar a los demás al debate y enfrentarnos a aquellas conductas o prácticas institucionales cuestionables.”

*French*⁴³

En términos generales, la cultura está constituida por creencias aprendidas y transmitidas, así como por información y valores que conforman actitudes y generan sentido para los miembros de un grupo social.⁴⁴ La cultura de un individuo está influida por muchos factores, como son la raza, el género, la religión, el lugar de nacimiento, la identidad étnica, el estatus socioeconómico, la orientación sexual y sus experiencias personales. El grado en el que determinados factores influyen en una persona es variable. Aunque la definición de cultura es amplia e incluye valores y creencias, a efectos de la presente Guía, los datos demográficos y culturales⁶ cuyo seguimiento se considera importante incluyen, entre otras cosas, la edad, el género, la identidad etnocultural, la primera lengua y la orientación sexual. La competencia cultural es un proceso continuo para desarrollar eficazmente la capacidad de trabajar dentro del contexto cultural comunitario, familiar e individual a partir de unos antecedentes culturales y étnicos diversos.⁴⁵

La capacidad de atender a los demás suele ser considerada como la principal cualidad de las enfermeras, y ésta no se limita a las interacciones con los pacientes. El desarrollo de relaciones de compañerismo y colaboración con los demás es una forma de atención. El desarrollo de la competencia cultural significa que el profesional de la salud se da cuenta de sus propias características e inclinaciones culturales y del efecto que éstas producen en los demás. La comprensión de la visión que uno mismo tiene del mundo y la de “los demás” evita la estereotipación⁶ y el uso indebido de los conocimientos científicos.

No es realista esperar que alguien pueda tener un conocimiento consumado de todas las culturas, ni tampoco es razonable esperar que todos los miembros de un grupo se comporten de igual manera en una determinada situación. Sin embargo, sí es posible comprender, en sentido amplio, cómo afectan las culturas a las creencias y las conductas, incluyendo aquellas creencias y conductas relacionadas con la forma de prestar la atención de enfermería. Más que seguir la lista de actividades culturalmente competentes de una guía de directrices, se trata de incorporar el respeto, la aceptación y la buena voluntad, de modo que sean accesibles y puedan ser aprendidos desde nuevos modos de ser e interactuar con los demás.

A medida que aumenta la diversidad en Canadá, debe aumentar el sistema de salud. En una profesión comprometida con el cuidado de los demás, es necesario contratar y dar la bienvenida a hombres y mujeres de todas las culturas. Mediante nuestras acciones e interacciones, podemos apoyar y aprender de estos grupos culturalmente diversos para crear un entorno que saque provecho de la diversidad y favorezca la profesión y un sistema de atención sanitaria más amplio. En el esfuerzo por desarrollar entornos de prácticas profesionales de calidad, la aceptación de la diversidad cultural y la introducción de la competencia cultural no solo proporciona un entorno rico en el que trabajar y atender a las diversas poblaciones, sino que también proporciona a los hospitales y otros lugares de trabajo una ventaja competitiva al buscar la contratación y el mantenimiento del personal.

“ Para cuidar a alguien, debo saber quién soy.

Para cuidar a alguien, debo saber quién es ese alguien. Para cuidar a alguien, debo ser capaz de tender un puente de unión entre él y yo. ”

Jean Watson, cited by J. Anderson⁴⁶



Recomendaciones de ámbito individual

Para cada individuo, la aceptación de la diversidad significa el desarrollo de las siguientes competencias y conductas. En el Anexo E, se sugieren las herramientas para ayudar en el desarrollo de estas capacidades.

RECOMENDACIÓN
1. Autoconciencia – aprender a aceptar la diversidad en el ámbito individual:
1. Reflexionar sobre los propios valores y las creencias, incorporando la retroalimentación de los compañeros.
2. Ser consciente de nuestras propias opiniones sobre las diferencias entre las personas (p. ej.: diferentes opiniones, diferentes visiones del mundo, diferentes razas, diferentes valores, diferentes visiones de la sociedad).
3. Exponer y examinar continuamente, mediante la reflexión y el intercambio de información, de qué forma afectan nuestras propias inclinaciones, valores personales y creencias en los demás.
4. Identificar las diferencias culturales entre los pacientes y los colegas de profesión en el centro sanitario.
5. Admitir nuestros propios sentimientos y conductas hacia el trabajo con los pacientes, las familias y las compañeras que tienen diferentes antecedentes culturales, conductas saludables, sistemas de creencias y prácticas laborales.
6. Examinar nuestras estrategias para resolver conflictos que surgen con las compañeras y/o los pacientes de grupos culturalmente diversos.
7. Identificar y buscar orientación, apoyo, conocimiento y habilidades de modelos de rol que demuestren una suficiencia cultural. ⁶
8. Reconocer y enfrentarse a las conductas o prácticas institucionales injustas, discriminatorias y/o racistas
9. Reconocer la presencia o ausencia de individuos con antecedentes culturales diversos en todos los ámbitos del lugar de trabajo, reflexionando sobre la composición cultural de los pacientes o de la comunidad en la que se trabaja.
10. Reflexionar y actuar de modo integrador en todos los aspectos de nuestra propia práctica.
2. Comunicación - desarrollar capacidades de comunicación que promuevan entornos culturalmente diversos:
1. Ser consciente de los diferentes estilos de comunicación y de la influencia de la cultura en la comunicación.
2. Ser consciente de nuestro estilo preferido de comunicación, de sus virtudes y sus limitaciones, y de cómo afecta a las compañeras y a los receptores del cuidado.
3. Buscar retroalimentación con los pacientes y las compañeras, y participar en ejercicios de validación de la comunicación (p. ej.: “role-playing”, estudios de caso).
4. Usar una selección de capacidades de comunicación para comunicarse de manera eficaz con los pacientes y las compañeras (p. ej.: escuchar mostrando empatía, reflexionar, plantear cuestiones abiertas no sentenciosas).
5. Buscar y participar en oportunidades de aprendizaje que incluyan aquellas centradas en la comunicación y la diversidad.

RECOMENDACIÓN

3. Nuevo aprendizaje - alcanzar la competencia cultural en el ámbito individual:

1. Adquirir un conocimiento del abanico de normas, creencias y valores culturales relevantes para los pacientes y las compañeras como punto de partida para fomentar el entendimiento y promover la investigación.
2. Ser consciente de las discrepancias (p. ej.: resultados en salud, acceso al sistema de salud, situación económica, oportunidades laborales) que existen para las poblaciones diversas,⁶ y comprender los factores y procesos que contribuyen a su existencia.
3. Reconocer cómo la cultura y la diversidad influyen en las conductas y en las interacciones.
4. Desarrollar y aplicar conocimientos y destrezas en materia de competencia cultural en los campos de la comunicación, la planificación de la atención sanitaria, la resolución de conflictos y la gestión de los cambios.
5. Acceder, utilizar y asociarse a los recursos culturales.

Resultados previstos:

Una plantilla compuesta por enfermeras sin prejuicios, integradoras y respetuosas con el resto de sus compañeras y con los receptores de los cuidados de enfermería. Los miembros de la plantilla se identifican con los demás y colaboran entre sí para salvar los obstáculos a los que se enfrenta la equidad y la diversidad, y crean entornos de trabajo en los que se valora la contribución de cada persona, permitiendo así sacar el máximo partido de su potencial. Estas profesionales rehúsan participar en acciones de discriminación, acoso o intimidación, y abordan la situación de modo que se favorezca el cambio.

Evidencia^a

Autoconciencia

Estas recomendaciones se basan en la síntesis de toda la información obtenida a partir de la revisión sistemática de la evidencia cualitativa y discursiva^G realizada por el JBI⁴⁰. La autoconciencia es el primer paso para conseguir la competencia cultural. La evidencia ha demostrado que nuestras actitudes, ya sean conscientes o inconscientes, tienen un efecto directo y significativo en las personas que nos rodean. Esto es motivo de preocupación, especialmente, cuando se está intentando formar un equipo de salud.⁴⁷ Mediante la autorreflexión, los profesionales de la salud pueden reconocer sus propias creencias y valores culturales, lo que les ayudará a alcanzar la competencia cultural en la práctica. Además, la autoconciencia, tanto a nivel personal como profesional, a través de las prácticas de reflexión, puede ayudar a fortalecer el papel profesional de la enfermería.⁴⁰

La literatura describe maneras estructuradas de ayudar a las enfermeras a alcanzar la autoconciencia cultural y la sensibilidad cultural^G hacia los demás^{43,48}, y proporciona ejemplos de ejercicios con grupos pequeños para tener en cuenta diferencias como la raza, la identidad étnica, la capacidad y las experiencias, y cómo todas ellas han conformado nuestra conducta. Los estudios comparten como tema común que la autoconciencia seguida de la recopilación de información y el análisis de las prácticas laborales son los primeros pasos que conducen a desarrollar la competencia cultural y a valorar la diversidad en el lugar de trabajo.

La revisión de la literatura canadiense, estadounidense e internacional sobre la competencia cultural revela que la autoconciencia es un atributo fundamental de la competencia cultural.⁴⁹⁻⁵³ La autoconciencia va más allá aclarando la motivación y la visión relacionada con el devenir culturalmente competente.⁵⁴ Hay numerosas herramientas disponibles para la autoevaluación, que varían desde aquellas centradas en la autoevaluación en general⁵⁵ hasta las que hacen especial énfasis en la competencia cultural. En el Anexo E, hay una selección de estas herramientas basada en las recomendaciones del equipo de expertos y de los colaboradores.

Comunicación

La revisión sistemática del JBI⁴⁰ se centró en el trabajo entre el personal y el paciente que examinaba la relación entre una comunicación sensible con los grupos culturalmente diversos y la atención prestada. Gracias al conocimiento de otras culturas, el personal comunicaba de manera eficaz la información médica e intentaba conseguir mejores resultados a nivel de salud. Aunque la autoevaluación y la reflexión son necesarias para comunicarse de manera eficaz, la flexibilidad y la transparencia también son atributos necesarios para establecer una comunicación intercultural efectiva. Los profesionales de la salud necesitan aprender capacidades de comunicación culturalmente apropiadas para llevarlas a la práctica de manera competente y tratar las cuestiones relacionadas con la salud de manera eficaz.⁴⁰

“ Aunque los grupos culturalmente diversos pueden generar una mayor variedad de ideas y de otros recursos que los grupos culturalmente homogéneos, necesitan resolver algunos de los problemas de interacción que dificultan el funcionamiento del grupo. ”
Dreaschlin⁵⁹

a La fuente de la evidencia de todas las recomendaciones es la revisión sistemática del JBI, los antecedentes bibliográficos del resumen narrativo del JBI, la literatura sugerida por el equipo de expertos y el consenso alcanzado por los expertos

En una metasíntesis de estudios cualitativos sobre el cuidado prestado por las enfermeras a pacientes de culturas diferentes a las suyas, la comunicación fue identificada como un factor global en la “conexión con el paciente.”⁵⁶ El idioma y las diferencias culturales han sido identificadas sistemáticamente en la literatura como los factores que obstaculizan el desarrollo de relaciones sinceras (frente a superficiales) entre los pacientes y las enfermeras. Según nuestra experiencia, las diferencias culturales en cuanto al estilo de comunicarse también pueden afectar negativamente a las relaciones entre los miembros del equipo de salud, conduciendo a malentendidos y conflictos raciales. El conocimiento de la variedad de los estilos de comunicación y la conciencia del propio estilo, tener en cuenta el contexto y el entendimiento de las diferencias en los estilos de comunicación entre personas de diferentes culturas son todos factores clave en la comunicación. Es fundamental reconocer estas diferencias en un contexto específico. La comunicación intercultural está influida por una serie de factores entre los que se incluye la manera en la que se comparte el poder y la autoridad dentro de una cultura, el valor del individualismo y el colectivismo, así como el papel del contexto en la comunicación.^{53,57} El antropólogo, Edward Hall,⁵⁸ propuso un intervalo que variaba de un bajo contexto a un alto contexto con respecto a la contextualización de los mensajes enviados y recibidos. Las culturas de bajo contexto (como son la canadiense y la estadounidense) enfatizan las palabras usadas en la comunicación, poniendo menor énfasis en el contexto, como quién lo dice, cómo lo dice y qué no dice. En las culturas de alto contexto, como por ejemplo las culturas asiáticas, el contexto del mensaje es tan importante como las palabras usadas, e influye en la manera de entender el mensaje.⁴⁵

La comunicación, particularmente, entre grupos distintos, se convierte en una cuestión clave para el desarrollo de relaciones de compañerismo en el equipo de trabajo. Dreachslin⁵⁹ agrega la literatura sobre la gestión en general que demuestra una estrecha vinculación entre la diversidad racial y las dificultades para comunicarse y resolver conflictos dentro de los equipos. La investigación destaca una asociación significativa entre la diversidad, los conflictos entre grupos y las dificultades de comunicación con grupos más diversos que están teniendo más conflictos y falta de comunicación.⁵⁹

Hay un sólido fundamento de índole comercial para iniciar la comunicación acerca de la cultura como plataforma para el cambio.⁶⁰ Dreachslin⁵⁹ identifica el liderazgo como factor mitigante. Los directivos que validan las diferentes perspectivas y realidades representadas en el equipo de enfermería y demuestran una buena disposición para hablar de las diferencias consiguen un resultado positivo.

Nuevo aprendizaje

La revisión sistemática⁴⁰ del JBI identifica la necesidad de que los profesionales de la salud comprendan de manera exhaustiva las diferentes culturas para demostrar eficazmente una selección de capacidades de comunicación. Es importante alcanzar el equilibrio entre los procesos cognitivos, afectivos y de conducta, así como las estrategias de aprendizaje para los programas culturalmente competentes.⁴⁰ Los profesionales de la salud necesitan contar con un conjunto particular de habilidades para prestar una atención culturalmente competente. El desarrollo de este conjunto de destrezas incluye conocimientos, ser consciente de las desigualdades, las capacidades para comunicarse teniendo en cuenta las cuestiones culturales y un mayor conocimiento de las actitudes, creencias y cultura de los diversos grupos.⁴⁰

“Para alcanzar la competencia cultural, los profesionales de la salud deben ser conscientes del impacto de los factores sociales y culturales en las creencias y conductas saludables y estar dotados de herramientas y aptitudes que les permitan manejar estos factores a través de la formación y la educación.”

Betancourt⁶¹

Para adquirir este conjunto de destrezas, se requiere un cambio de actitud y, por tanto, un desaprendizaje. Existe la necesidad de desaprender la noción de que la cultura y las diferencias son negativas o problemáticas. Esto implica preguntarse: “¿cómo podemos aprender que nuestra opinión es una perspectiva y la perspectiva?” El personal también necesita aprender cómo evaluar las necesidades culturales y ser consciente de los recursos culturales disponibles.⁶

Una revisión sistemática y análisis de la literatura sobre los estudios realizados de 1980-2003 que evaluaban las intervenciones para mejorar la competencia cultural de los profesionales de la salud⁶² concluía que:

- Existe una evidencia excelente de que la formación en materia de competencia cultural mejora los conocimientos de los profesionales de la salud.
- Existe una gran evidencia de que la formación en materia de competencia cultural mejora las actitudes y las aptitudes de los profesionales de la salud.
- Existe una gran evidencia de que la formación en materia de competencia cultural afecta positivamente a la satisfacción de los pacientes.

Contexto institucional: Buenas prácticas en torno a la competencia cultural para empleados y sindicatos

Las instituciones de atención sanitaria sirven a una serie de personas diversas, pero no están cubriendo adecuadamente las necesidades de poblaciones específicas.^{63,64} En la creación de lugares de práctica clínica saludables y productivos, los responsables de la contratación y los sindicatos (cuando los hay) están vinculados de manera inextricable. Un importante papel de los responsables de la contratación de los servicios de salud consiste en contratar y conservar personal competente y cualificado para atender a los pacientes y familiares que acceden a los servicios de salud. Los empleados deben ser capaces de contribuir al máximo en su lugar de trabajo para ayudar a la institución a conseguir sus objetivos generales, al tiempo que obtienen una satisfacción personal y profesional. Uno de los objetivos de los sindicatos es negociar condiciones económicas y otras condiciones laborales colectivas para sus miembros.

En la consecución de los objetivos de una atención de calidad y una satisfacción profesional, los responsables de la contratación y los sindicatos deben crear conjuntamente entornos de trabajo que apoyen la competencia cultural en la prestación de los servicios y en las relaciones entre el personal. Del mismo modo, los responsables de contratación y los sindicatos deben valorar la diversidad para establecer las directrices y los procedimientos necesarios para que los miembros de la institución desarrollen y “vivan” la competencia cultural. A nivel más básico, se ha de dar una verdadera prioridad a la diversidad si queremos que se produzca un cambio real en la siguiente generación de enfermeras y demás profesionales de la salud.

Dar prioridad a la diversidad en el lugar de trabajo implica crear un entorno integrador en el que se reconozcan y valoren nuestras diferentes aptitudes, perspectivas culturales y bagaje. Los malentendidos culturales pueden conducir a una falta de comunicación, conflictos entre las personas y suposiciones erróneas. Todo ello puede llevar a los tipos de conflictos culturales que impiden dar prioridad a la integración, aceptación y respecto de otros puntos de vista. Si esto se produce, todos perdemos. Los entornos laborales saludables reconocen los conflictos culturales, y al abordarlos abiertamente, de manera respetuosa y reflexiva, es posible mitigar muchos de estos conflictos y sus consecuencias.

El trabajo conjunto entre los responsables de contratación y los sindicatos en materia de competencia cultural es muy beneficioso tanto para los pacientes y como para el personal. Cuando los profesionales son culturalmente competentes, establecen relaciones de ayuda positivas que implican al paciente o usuario y mejoran la calidad de los servicios que prestan.⁴⁰ Como factor de contratación y permanencia, es fundamental mejorar la satisfacción y el compromiso laboral dando una mayor oportunidad de participación en la toma de decisiones junto con la conciliación de la vida laboral y personal. Es posible mejorar el rendimiento y aumentar la innovación si se aprovecha la creatividad procedente de la cooperación con grupos culturalmente diversos. Para los pacientes o usuarios y residentes, esto implica servicios mejores y más receptivos basados en nuestra diversidad.

Para contratar y conservar una plantilla de enfermeras culturalmente diversa, es esencial que los puestos directivos acepten el reto de comprender su entorno actual y desarrollar programas que confirmen y reflejen el valor de las diferencias que esas enfermeras aportarán.⁶⁵ La aceptación de la diversidad y la prestación de servicios culturalmente competentes tienen el potencial de crear entornos laborales más saludables que mejoren los resultados para los pacientes, el personal y las instituciones.

Recomendaciones

RECOMENDACIÓN
1. Directrices y procedimientos del lugar de trabajo – Avanzar hacia un entorno organizativo con seguridad cultural:
1. Articular, implantar y evaluar la eficacia de la declaración de la misión, valores y planes estratégicos corporativos que enfatizan en el valor de la diversidad y la competencia cultural.
2. Dedicar partidas presupuestarias, incluyendo fondos para recursos humanos y técnicos, para planificar, implantar y evaluar estrategias que refuercen la diversidad en el lugar de trabajo.
3. Integrar la competencia cultural en el código de conducta de la institución y hacer respetar el código. (Los códigos de conducta implantados en los entornos laborales deben reflejar los principios de la actual Carta Canadiense de Derechos y Libertades y ser coherente con los códigos de derechos humanos a nivel provincial y territorial).
4. Desarrollar directrices, Guías y procesos para abordar el cambio y los conflictos.
5. Implantar, evaluar y adaptar las políticas y las guías para que sean respetuosas con la diversidad cultural, integren la competencia cultural y eliminen las prácticas discriminatorias.
6. Implantar y evaluar estrategias para desarrollar capacidades de liderazgo para la planificación de las sustituciones dirigidas a las poblaciones menos representadas con el fin de cubrir las lagunas y desigualdades identificadas por la institución.
2. Contratación – Contratar una plantilla diversa de enfermeras, responsables de contratación y sindicatos:
1. Identificar y hacer un seguimiento del perfil cultural, racial, lingüístico y demográfico de la plantilla en el ámbito institucional y comunitario que sirva como base sistemática.
2. Identificar las lagunas, preguntándose: “¿quiénes de los que deberían estar aquí no están?” (p. ej.: hombres, aborígenes de las Primeras Naciones, otros grupos étnicos) y desarrollar un plan que cubra estas lagunas.
3. Establecer procesos de acercamiento en colaboración con comunidades culturales y con otras instituciones para contratar e incluir una población culturalmente diversaG en la plantilla.
4. Buscar con determinación solicitudes de trabajo de profesionales cualificados con antecedentes culturales distintos para todos los niveles de la institución, incluyendo los cargos directivos, de manera que la institución sea un reflejo de las comunidades para las que trabaja.
5. Revisar y corregir todas las etapas de los procesos de contratación (p. ej., redacción de ofertas de trabajo, perfiles funcionales, credenciales necesarias) para evaluar la competencia cultural y eliminar los sesgos ⁶ sistémicos del proceso de selección.

RECOMENDACIÓN

3. Permanencia – Conservar una plantilla diversa de enfermeras, responsables de la contratación y sindicatos:

1. Planificar programas de formación continuada y orientación basados en un estilo de aprendizaje principal culturalmente sensible, los supuestos y las conductas dentro de los grupos culturalmente diversos.
2. Desarrollar estrategias de formación que aborden la diversidad de conductas y estilos de aprendizaje preferidos en grupos de empleados.
3. Seguir un modelo de diversidad cultural para la implantación de la educación y la formación en materia de competencia cultural (véanse los ejemplos del Anexo B).
4. Proporcionar a los empleados una formación continua sobre los conceptos y las capacidades relacionados con la diversidad y la cultura que incluyan:
 - Comunicación
 - Conflictos culturales
 - Modelos de competencia
 - Evaluaciones apropiadas culturalmente
5. Asignar recursos económicos y humanos, como parte del presupuesto operativo destinado a las estrategias de formación, para promover la competencia cultural.
6. Evaluar los resultados de la formación en materia de competencia cultural y adaptar las estrategias según proceda.
7. Trabajar con instituciones nacionales y jurisdiccionales para hacer un seguimiento colectivo de la diversidad de la plantilla y del grado de representación de comunidades lingüísticas y culturalmente diversas, grupos raciales y características demográficas.
8. Trabajar con instituciones nacionales y jurisdiccionales para establecer conjuntamente mecanismos para superar los obstáculos de la contratación y permanencia de grupos infrarrepresentados dentro de la plantilla.

4. Enfermeras formadas en el extranjero – Dar un mayor apoyo a las enfermeras formadas en el extranjero

1. Evaluar las necesidades de aprendizaje propias de las enfermeras formadas en el extranjero y del personal que trabajará con ellas.
2. Establecer programas de apoyo y tutorías para las enfermeras formadas en el extranjero y los miembros de la plantilla que trabajarán con ellas.
3. Implantar y promover programas para ayudar a que las enfermeras formadas en el extranjero tengan un periodo de adaptación satisfactorio en los centros sanitarios canadienses.
4. Establecer una orientación basada en la competencia y una formación continuada para las enfermeras formadas en el extranjero que se centre en:
 - La introducción en la sociedad multicultural⁶ canadiense, en el sistema de salud y en la enfermería como profesión en Canadá
 - Matices lingüísticos y normas sociales
 - Capacidades psicosociales
 - Derechos humanos
 - Expectativas, derechos y responsabilidades de los responsables de contratación y los empleados
 - Tutorías

Resultados previstos

Un lugar de trabajo donde todos los empleados gocen de una seguridad cultural, donde se celebre la diversidad, haya una atmósfera que anime a la curiosidad, la creatividad, la innovación y el compromiso, y no existan obstáculos sistémicos que afecten a la contratación y a la permanencia de los empleados

Cuestiones espinosas: la contratación selectiva

Ya se sabe que la “acción afirmativa (discriminación positiva)⁶⁶” y la búsqueda selectiva de miembros de grupos infrarrepresentados son motivo de controversia y se percibe como una “discriminación inversa” o un menoscabo de las normas. Las recomendaciones se basan en el reconocimiento de que siguen existiendo desequilibrios históricos persistentes en cuanto al poder y las características culturales de la plantilla de enfermeras, particularmente, en el ámbito directivo y de toma de decisiones. Las estructuras existentes pueden contener sesgos sistémicos que conducen a una sutil discriminación. Tanto la evidencia basada en la investigación como la basada en el consenso indican que la contratación selectiva es una estrategia eficaz para aumentar la diversidad de la plantilla.⁴⁰ El acercamiento selectivo a los grupos infrarrepresentados podría ayudar a diversificar, enriquecer y, por tanto, fortalecer a la enfermería.

Cuestiones espinosas: la medición de la diversidad

El mero hecho de hablar sobre medir la diversidad de las poblaciones como medio de acercamiento a los grupos infrarrepresentados suscita respuestas vehementes. Las preocupaciones se suelen basar en la creencia de que la información recopilada será usada en contra de estas mismas poblaciones diversas.

La preocupación sobre el uso indebido de esta información se ha convertido en una excusa por defecto para no medir estas importantes variables sobre la diversidad cultural. Sin querer, este temor ha debilitado los propios programas destinados al acercamiento a los grupos infrarrepresentados, y a su vez, el desarrollo de programas que ayudarían a estos grupos a alcanzar el éxito y progresar en el sistema de salud. Lo cierto es que mucho de lo que “sabemos” sobre la plantilla de enfermeras canadienses (más allá de la edad, el género, la formación y la categoría profesional) es puramente anecdótico y está basado en experiencias compartidas. Los censos sobre la equidad en sectores como el de la salud son importantes, porque de no recopilarse este tipo de información, las medidas para desarrollar y apoyar una plantilla culturalmente diversa estarían inadecuadamente basadas en pruebas insuficientes. Los ejemplos de instituciones que están recopilando este tipo de información incluyen la Universidad de Toronto, y más recientemente, el Consejo Escolar del distrito de Toronto.⁶⁶

El error más común (que ha adquirido tanta fuerza que muchas personas lo consideran un “hecho”) es el concepto de que es “ilegal” preguntarle a un canadiense cuestiones relativas a datos demográficos y culturales como la raza, la religión, las discapacidades físicas o la orientación sexual. Tan dominante es esta creencia que incluso el mero hecho de sacar el tema suscita opiniones significativamente negativas.

¿Cuáles son los hechos? Es ilegal que, por ejemplo, los responsables de contratación o las universidades pidan a los canadienses que declaren características como la raza o la orientación sexual en una solicitud de trabajo o en una solicitud para una facultad de enfermería. Sin embargo, los gobiernos, los responsables de contratación, organismos reguladores y facultades están en su completo derecho de preguntar a las enfermeras o a las estudiantes de enfermería si desean declarar voluntariamente cómo se identifican (o no) con una serie de medidas demográficas. Además, los investigadores son totalmente libres de estudiar muestras de ciudadanos, incluyendo enfermeras, y preguntarles si desean declarar cualquier característica cultural con la que se identifiquen. Ha de quedar claro tanto a los que plantean las preguntas como a los destinatarios de las mismas que abstenerse de contestar no puede influir de ningún modo en un proceso de selección laboral, una solicitud para una facultad de enfermería o una renovación de una licencia de enfermería.

Por tanto, esta Guía recomienda que los responsables de contratación del ámbito de la salud pidan al personal y que las facultades de enfermería pidan a las estudiantes que les faciliten voluntariamente datos demográficos. De manera similar, se ruega a los organismos reguladores que hagan lo mismo para las plantillas de enfermería más numerosas y que los responsables de contratación presten atención a las características culturales de su plantilla. El objeto de solicitar, hacer un seguimiento y evaluar estos datos consiste en determinar de una manera más correcta las características culturales reales (no supuestas) de la profesión de enfermería. El conocimiento de esa información permitirá identificar las lagunas y los fallos (incluyendo los grupos culturales infrarrepresentados) y facilitará el desarrollo de estrategias de contratación y permanencia apropiadas.

Evidencia

Directrices y procedimientos del lugar de trabajo

El término “diversidad” se va integrando cada vez más en los círculos de gestión y recursos humanos, y las instituciones de todos los tamaños y tipos debaten sobre los beneficios de aceptar la diversidad en sus directrices y procedimientos. Cada vez está más extendida la idea de que tomar en serio la diversidad tiene un claro sentido de negocio.⁸⁴ Las instituciones necesitan desarrollar una declaración de principios clara en la que se destaque la importancia de la competencia cultural.^{63, 85} Es necesario que la plantilla mejore sus conocimientos acerca de las diferentes perspectivas sobre la diversidad para crear una atmósfera de seguridad cultural.⁶ Se debe asignar financiación y recursos suficientes para reforzar la diversidad.⁴⁰

Friday³⁴ expone en líneas generales ocho etapas consecutivas que en conjunto constituyen un buen procedimiento para tratar la diversidad dentro de las instituciones. Estas son:

1. Contacto.
2. Experiencia.
3. Conocimiento.
4. Entendimiento.
5. Agradecimiento.
6. Respeto.
7. Modificación de actitudes y conductas.
8. Interacción saludable

“ *Se ha afirmado que si es posible gestionar de manera eficaz la diversidad en una institución, sus beneficios potenciales incluyen una mayor creatividad e innovación, y una mejor toma de decisiones para la institución.* ”

Cox, cited by Friday³⁴

Las direcciones institucionales necesitan recalcar la importancia de la competencia cultural y hacerla más evidente en las directrices y las prácticas en el lugar de trabajo. Las instituciones deben crear un código de conducta e implantar directrices y procedimientos que eliminen las prácticas discriminatorias. En la planificación de las sustituciones, es necesario incorporar estrategias que incluyan tutorías.⁸⁶ La investigación sobre las percepciones que los directores, el personal de atención al público, los pacientes y usuarios tienen acerca de la diversidad pone de relieve el carácter fundamental de una atención culturalmente competente para prestar una atención de calidad.⁸⁷ Sin embargo, el significado de competencia cultural difiere según la función desempeñada en el centro de atención sanitaria.

Los que ocupan los puestos administrativos de categoría superior suelen identificar la competencia cultural con los componentes estructurales (es decir, el grado de diversidad entre la dotación de personal, las directrices y los procedimientos en relación con la diversidad, y la presencia de programas como servicios de traducción). Los gerentes tienen una mayor conciencia de la capacidad de los grupos culturalmente diversos para trabajar conjuntamente y ven la competencia cultural desde este prisma.

a La fuente de la evidencia de todas las recomendaciones es la revisión sistemática del JBI, los antecedentes bibliográficos del resumen narrativo del JBI, la literatura sugerida por el equipo de expertos y el consenso alcanzado por los expertos.

“ La diversidad se identifica como una de las cuestiones que la dirección ejecutiva suele ser incapaz de abordar, y es habitual que se propugnen creencias que no concuerdan con las conductas. ”
Thomas⁵⁴

El personal de atención al público, y los pacientes y usuarios tienen puntos de vista que se refieren más a los retos vinculados a la capacidad real de prestar y recibir una atención apropiada en el centro respetando la diversidad cultural tanto del personal como de los pacientes.⁸⁶

Las instituciones se enfrentan a desafíos propios de la implantación de directrices en el lugar de trabajo de modo que se admita la diversidad cultural. Por ejemplo, las evaluaciones de desempeño con procedimientos de fijación de objetivos y procedimientos de retroalimentación pueden suponer un desfase cultural con algunos individuos. Las diferencias en cuanto a los valores y las conductas influidas por la cultura, pueden dificultar la realización de las evaluaciones de desempeño³³ y, en algunos casos, las estructuras y expectativas de poder ponen en riesgo dichas evaluaciones en los grupos culturalmente diversos.⁸⁸

El liderazgo es sin duda una variable fundamental para que pueda triunfar cualquier iniciativa en materia de diversidad.⁸⁹ Centrar la atención en los dominios del conocimiento y las competencias básicas asociadas para conseguir la diversidad en el plano de la gestión es clave para preparar a los futuros directivos del ámbito de la salud y aumentar las capacidades, los conocimientos y las aptitudes de los directivos de los servicios sanitarios actuales.⁹⁰

“ La sensibilidad de los cargos ejecutivos superiores hacia las cuestiones relativas a la diversidad ha tenido un efecto sobre las prácticas de gestión de la diversidad en los hospitales. ”
Dreaschlin³³

Hay unos cuantos estudios de investigación que relacionan la diversidad con las conductas institucionales.³³ Resulta difícil plantear un argumento empresarial convincente para la diversidad, pues el estudio de los vínculos entre las prácticas de gestión de la diversidad y los resultados (resultados financieros, satisfacción de los usuarios, productividad, ausentismo, renovación, ciudadanía corporativa y satisfacción laboral) se encuentra en una etapa temprana, tanto en la literatura económica como de atención sanitaria. La relación es compleja y cuenta con variables contextuales, como son el estilo de gestión y la participación de los directivos, que influyen enormemente en su efecto y resultados. Existe solo un pequeño número de estudios que han examinado la relación que hay entre determinadas prácticas de gestión y los resultados institucionales. Sin embargo, existen pruebas de que las iniciativas de gestión de la diversidad pueden mejorar el compromiso y la satisfacción de todos los empleados en general, independientemente de su raza e identidad étnica. Gran parte de estas pruebas se presenta en estudios de caso que, cuando son acumulativos, pueden ser útiles para los centros de atención sanitaria.^{91, 92} También hay evidencia que vincula la diversidad a la eficacia y el rendimiento de las empresas, y que demuestra una relación positiva con la imagen pública.³³

La contratación

Aunque la evidencia disponible sobre la interrelación entre la competencia cultural y la contratación es limitada, es importante poder describir las características culturales de las instituciones para identificar las lagunas y las desigualdades con claridad. Una importante función de las organizaciones de profesionales y acreditación nacionales es la de desarrollar, probar y divulgar conjuntamente herramientas de medición estandarizadas que permitan a los responsables de la contratación y a los sindicatos recopilar los datos que describen las características culturales de las instituciones y la plantilla.

“ La creciente diversidad racial y étnica entre los profesionales sanitarios es importante, porque la evidencia indica que la diversidad está relacionada con un mayor acceso a la atención sanitaria por parte de pacientes de minorías raciales y étnicas, una mayor capacidad de elección y satisfacción de los pacientes y mejores experiencias educativas para los estudiantes de la rama sanitaria. ”
*Institute of Medicine*⁶⁷

Una vez que la institución ha identificado las características culturales de la plantilla, el siguiente paso consiste en crear un plan que aborde las desigualdades que se hayan identificado.⁶⁷ Las pruebas presentadas por el Tribunal Superior de Australia⁴⁸ ponen énfasis en la necesidad de desarrollar un programa de acercamiento para contratar selectivamente profesionales con antecedentes culturalmente diversos. Tanto los profesionales como los pacientes se ven beneficiados cuando las características culturales de la plantilla reflejan las comunidades a las que dan servicio.⁴⁰

El equipo de expertos para el desarrollo de las normas nacionales estadounidenses de servicios adecuados desde el punto de vista cultural y lingüístico (Culturally and Linguistically Appropriate Services, en los sucesivos CLAS por sus siglas en inglés) también ha llegado a la conclusión de que la lengua y la cultura son factores importantes en la prestación de los servicios de salud. Las normas en materia de CLAS fueron creadas teniendo en cuenta las opiniones de una amplia selección de colaboradores para apoyar un enfoque coherente e integral de la competencia cultural y lingüística en la atención sanitaria (véase el Anexo G) y son vistas como medidas correctoras de las desigualdades. Los estándares para los CLAS (estandar 2)⁶⁸ indican que las instituciones de atención sanitaria deben implantar estrategias en todos los ámbitos de la institución para contratar, conservar y promocionar un personal y una dirección diversos que sean representativos de las características demográficas de la zona en la que prestan el servicio.

“Una larga tradición en investigación ha demostrado que los individuos se encuentran generalmente más cómodos cuando se rodean de personas que consideran similares a ellos. La similitud social actúa como un mecanismo de exclusión o de integración ... grupos incluyen a aquellos que les resultan familiares o seguros, y excluyen a los que no.

Foldy⁷¹

En Canadá, la población en general y, por tanto, el área donde se proveen servicios de salud es cada vez más diversa. Villeneuve y MacDonald^{69,70} señalan que “uno de cada ocho canadienses formaba parte de una minoría visible en 2001,” una proporción que creció un 25% entre 1996 y 2001, mientras que el crecimiento total de la población fue solo del 4%. Además, observan que entre 1996 y 2001, “la proporción de la población que se identificaba con los aborígenes de las Primeras Naciones aumentó un 22,2%” y actualmente hay un millón de aborígenes de las Primeras Naciones en Canadá. Así pues, la diversidad del país ha crecido rápidamente, y seguirá creciendo en los próximos 50 años. Esto significa que la población de pacientes seguirá siendo cada vez más diversa. Además, un conjunto cada vez mayor de evidencias sugiere que es necesario que la plantilla de enfermeras sea un reflejo de dicha diversidad (estándares en materia de CLAS, véase el Anexo G).

Es más, es probable que la diversidad de la plantilla se traduzca en servicios de salud y resultados más positivos. Los modelos de servicios paralelos en los que los profesionales que prestan atención sanitaria a minorías trabajan para su propia comunidad etnocultural han sido vinculados a una mejor comunicación, satisfacción de los pacientes con la atención recibida y uso de servicios de prevención.^{72,73} De igual manera, se ha descrito que la unión entre los modelos de prestación en los que los profesionales se asocian con miembros de las comunidades etnoculturales en las que trabajan, hace posible que la atención sea más coherente con las diferencias culturales.⁷⁴

Las instituciones deben deliberar y revisar todas las etapas del procedimiento de selección y contratación para reafirmar la diversidad, eliminar los sesgos y fijar objetivos de contratación.⁵⁴ Se han observado evidencias donde se produce un sesgo sistémico en los procedimientos de selección laboral, así como de préstamos y petición de créditos para viviendas con el método de comparación por parejas.⁷⁵⁻⁷⁹ Un conjunto cada vez mayor de literatura sobre cultura y diversidad étnica en los servicios sanitarios revela disparidades culturales y étnicas en los resultados profesionales, que incluyen la satisfacción, el salario y la posición jerárquica, “incluso teniendo en cuenta variables de capital humano como la formación académica y los años de experiencia.”³³ Aunque se trata de datos estadounidenses, puede ser motivo suficiente para examinar tendencias similares en Canadá.

La diversidad de la plantilla puede ayudar en el logro profesional de prácticas culturalmente competentes.⁴⁰ Crea oportunidades de contacto y promueve la interacción entre colegas, lo que puede dar origen a un mayor entendimiento de la competencia cultural. El mantenimiento de la diversidad en la plantilla es un componente esencial para proporcionar unos cuidados culturalmente competentes que puedan beneficiar tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes y usuarios como beneficiarios de esa atención.

La conservación o permanencia: Orientación y formación continuadas para los empleados

La orientación y la formación continuada deben abordar la competencia cultural desde la fase de la conciencia hasta la fase de creación de capacidades. Los modelos de diversidad basados en la competencia proporcionan el marco conceptual para que una institución organice una formación estructurada en materia de competencia cultural al tiempo que se ocupe de los diversos estilos de aprendizaje y enfoques de enseñanza para los grupos culturalmente diversos (véase el Anexo B). Los empleados deben crear capacidades relevantes, entre las que se incluyen la comunicación, la resolución de conflictos y la forma de realizar una evaluación adecuada desde el punto de vista cultural.^{68, 80}

Es importante asignar financiación suficiente para la orientación de los empleados sobre competencia cultural, la formación continuada y el acceso permanente a una formación en materia de diversidad cultural. Es necesario hacer un seguimiento periódico de los resultados y que sean puestos en práctica de una manera adecuada.⁴⁰ Las instituciones de atención sanitaria deben garantizar que el personal de todos los ámbitos y disciplinas reciben una formación y preparación continuadas en la prestación de servicios adecuados desde el punto de vista cultural y lingüístico (véase el Anexo F).⁶⁸

Según Friday,³⁴ los resultados de haber recibido una formación en materia de diversidad incluyen: la capacidad de articular ideas y expresar sentimientos con claridad; capacidades de resolución de conflictos; intercambio eficaz de información; escucha eficaz; capacidades para la observación de grupos y capacidades de toma de decisiones en grupo, y todo ello facilitará la modificación de actitudes y conductas para apoyar las interacciones saludables con los diversos individuos. El compromiso con la competencia cultural es un compromiso a largo plazo, y la creación de capacidades es un proceso continuo.⁶⁵

La comunicación es un asunto fundamental para la formación continuada. En una metasíntesis de investigación cualitativa sobre la atención prestada en un entorno diverso, Coffman⁵⁶ señala que la comunicación (no solo el lenguaje, sino el resto de procedimientos de intercambio de información) es el primer obstáculo que nos encontramos a la hora de prestar una atención culturalmente sensible. Lowenstein y Glanville⁸⁰; Dreachslin et al³² y Srivastava⁵³ citaron la influencia de los factores culturales, las dinámicas del poder, y las conductas verbales y no verbales en el proceso de comunicación.⁵³

“ *La contratación y permanencia de una plantilla de enfermeras adecuada es una prioridad además de un reto. Es fundamental crear un entorno en el que se respeten las diferencias individuales de cada persona.* ”

*Frusti*⁶⁵

El conflicto es un aspecto inevitable de las relaciones humanas en los centros de atención sanitaria, y los miembros del equipo con antecedentes culturalmente diversos tienen diferentes conductas ante los conflictos que se producen en el lugar de trabajo.⁸¹ Los miembros del equipo y los directivos han de estar al corriente de las diferentes conductas ante los conflictos, así como de los diferentes enfoques de gestión de los mismos. Los directivos de enfermería ocupan una posición clave en la identificación, marcaje y gestión de los conflictos culturales, así como en la resolución de los mismos.

Los directivos fijan la pauta de sus empleados, aunque tanto el personal como los directivos tienen la responsabilidad de marcar el rumbo hacia un clima de trabajo positivo.⁸⁰ Srivastava⁵³ propone una competencia cultural a nivel de equipo que implique la creación de un entorno y unos procedimientos que fomenten el diálogo sobre las diferencias de un modo positivo con el fin de comprender los diversos puntos de vista y crear intervenciones únicas e innovadoras de

transformación. La competencia cultural a nivel de equipo explicita los valores del grupo, y establece y aclara sus normas.^{32, 53}

En la literatura, hay una serie de modelos de competencia cultural que proporcionan una comprensión sistémica e integral. En el Anexo B, se enumeran modelos para su examen y consideración. Aunque la mayoría de los modelos de competencia cultural se han desarrollado para la atención de los pacientes, son aplicables a la competencia cultural dentro del lugar de trabajo en general. Lowenstein y Glanville⁸¹ sugieren el uso de un modelo para evaluar e intervenir en los conflictos generados en los centros de atención sanitaria. Dreachslin⁸² presenta un modelo de procedimientos de cambio que consta de cinco partes para la gestión de la diversidad con indicadores de rendimiento para cada fase. Las fases varían desde el ‘descubrimiento: aparición de la conciencia de diversidad racial y étnica como una cuestión estratégica de importancia’ a la ‘revitalización’ (véase el Anexo B). Los indicadores del rendimiento se basan en las buenas prácticas de las instituciones de servicios sanitarios y del sector económico.³³

“ *Las cuestiones sobre la diversidad cultural afectan al centro de atención sanitaria y a las prácticas de enfermería. La diversidad cultural seguirá creciendo en el centro de atención sanitaria... Las enfermeras han de ser más sensibles, adquirir una conciencia sobre los matices y las cuestiones culturales y hacer de la evaluación cultural una práctica habitual de su valoración y planificación, no solo para la atención de los pacientes, sino también con sus compañeras y subordinadas. Es fundamental validar y aclarar las diferentes percepciones.* ”

*Lowenstein & Glanville*⁸⁰

Gilbert⁸³ diferencia entre la formación en materia de diversidad de la plantilla y la formación en materia de competencia cultural para los profesionales de la salud. La formación en materia de diversidad de la plantilla se centra en mejorar las relaciones e interacciones entre los miembros de una plantilla diversa. La formación en materia de competencia cultural se centra en mejorar la calidad de la atención y aumentar la prestación de servicios a diversas poblaciones de pacientes. Aunque los directivos deseen proporcionar formación tanto en materia de competencia cultural como de diversidad de la plantilla, no se han de confundir ambos tipos de formación. Cada uno tiene sus propios objetivos, y es importante reconocer las diferencias entre los dos.⁸³ Además, la formación debe ser proporcionada por educadores que sean conscientes y competentes en los diferentes conjuntos de capacidades en cada tipo de formación.

Las enfermeras formadas en el extranjero

Es necesario que la diversidad de la plantilla se extienda a la integración de los profesionales de la salud formados fuera de Canadá.

Cuestiones espinosas: contratación y permanencia de las enfermeras formadas en el extranjero

Para algunas personas, la contratación, integración y permanencia de enfermeras formadas fuera de Canadá es un tema polémico. El tema casi siempre conduce al temor de que los países económicamente más desarrollados y más poderosos en el ámbito político, como es el caso de Canadá, “roben” enfermeras mediante procesos de contratación selectiva en masa a los países menos desarrollados económicamente y con menor poder político que a su vez no se puedan permitir perder enfermeras. Es importante señalar que el propósito de estas recomendaciones se dirige a la contratación de aquellas enfermeras formadas en el extranjero que ya han inmigrado a Canadá y necesitan un apoyo para orientarse por el sistema canadiense con el fin de ejercer la enfermería en Canadá.⁹³ El equipo reconoce que la formación internacional y las diferencias culturales afectan a la integración de estas enfermeras en el lugar de trabajo y, por consiguiente, a su permanencia como profesionales de la salud en Canadá.

O'Brien-Pallas⁹⁴ estudió la experiencia de las enfermeras nacidas en el extranjero que trabajaban en su entorno de trabajo. Los datos indicaron que es necesario hacer cambios para mejorar el entorno laboral y la percepción de las enfermeras sobre la calidad de la atención que prestan. Estas enfermeras sufrieron un mayor abuso físico, verbal y emocional que las enfermeras canadienses, y parecían estar en desigualdad de condiciones en cuanto al acceso a actividades de formación.

Los obstáculos para la integración en plantilla de los trabajadores formados en el extranjero⁹⁵ incluyen:

1. Falta de información
2. Falta de contacto con los responsables de contratación
3. Falta de experiencia laboral en Canadá
4. Falta de información sobre el mercado laboral local y el empleo
5. Otros obstáculos relacionados con la licencia y/o el registro y la acreditación⁶

Los autores del informe canadiense sobre trabajadores formados en el extranjero⁹⁵ sugieren la participación de todos los colaboradores, gobiernos, organismos de formación y acreditación, responsables de contratación, y organizaciones voluntarias y del trabajo para crear estrategias que puedan facilitar la integración de trabajadores formados internacionalmente en el mercado laboral local.

Dada la limitada literatura y documentos sobre las experiencias de las enfermeras formadas en el extranjero, es necesario abordar una serie de cuestiones o temas. Algunas de las cuestiones se refieren a la necesidad de más información sobre los temas publicados, el número de enfermeras formadas en el extranjero que hay en Canadá, el número de éstas que hacen exámenes y sus índices de éxito, el número de enfermeras que inmigran anualmente, el número de éstas cuya entrada es rechazada y los países de origen. Sería útil saber dónde trabajan las enfermeras formadas en el extranjero, sus historias, las perspectivas de las instituciones que les han dado empleo y otras pruebas disponibles. Se anima a los responsables de contratación y sindicatos que se impliquen en este trabajo.

Contexto externo: Buenas prácticas en torno a la competencia cultural para el ámbito académico, los gobiernos y organismos reguladores y las asociaciones de profesionales

Las profesiones como la enfermería están constituidas por conocimientos personales, así como leyes, reglamentos y normas gubernamentales y de organismos reguladores.⁶ Los organismos reguladores establecen las normas para la práctica de la enfermería profesional, influyen en los planes de estudio de las escuelas de enfermería e intervienen cuando la práctica de las enfermeras no cumple las normas. Las facultades de enfermería son responsables del desarrollo de planes de estudios que no solo preparen a enfermeras para su entrada en la profesión, sino que también abran las mentes a maneras de pensar que les ayuden a darse cuenta y corregir las injusticias y desigualdades que impiden el progreso de individuos, grupos y la sociedad en general. Las asociaciones de profesionales abogan por la profesión en su conjunto, e identifican los factores de sistemas más amplios que necesitan ser abordados para avanzar en la profesión.

La atracción y repulsión de estos programas, a menudo competitivos, y la influencia de los gobiernos, organismos reguladores, ámbito académico y asociaciones de profesionales sobre los mismos, afectan profundamente a las enfermeras. Para esta Guía de buenas prácticas, es crucial la forma en la que los colaboradores influyen en la competencia cultural del lugar de trabajo. El paralelismo entre los programas de los colaboradores es fundamental para crear un sistema en el que todos seamos responsables y un entorno laboral que acepte la diversidad cultural.

Dados los números y la exhaustividad de las funciones de las enfermeras, se han usado múltiples paradigmas para guiar las iniciativas con niveles variables de compromiso y éxito. Para avanzar en la diversidad de una manera coherente, es esencial que exista una consistencia y un compromiso en todos los sectores y dominios de la atención sanitaria de enfermería. Por ejemplo, la experiencia adquirida en Estados Unidos demuestra que la creación de normas o estándares nacionales para la competencia cultural (véanse los CLAS, Anexo G) ha proporcionado una base sólida para el desarrollo en otros ámbitos, como son el académico o el de acreditación.

El modelo de entornos laborales saludables presente en este proyecto, junto con el modelo de competencia cultural, exponen claramente en líneas generales las relaciones que hay entre el nivel externo y el institucional. Las recomendaciones de este apartado se centran en los estudiantes de enfermería, los planes de estudios o currículo, la investigación y los investigadores, los gobiernos, incluyendo los centros de acreditación, los organismos reguladores y las asociaciones de profesionales. En este apartado, no se han desarrollado recomendaciones específicas para las facultades de enfermería, pues las recomendaciones en el ámbito individual tienen aplicación en los miembros de las facultades y las recomendaciones del ámbito institucional y para los responsables de contratación se aplican en las facultades.

Recomendaciones

RECOMENDACIÓN
1. Plan de estudios de enfermería y estudiantes de enfermería – apoyar la creación de una plantilla culturalmente competente, líder en el ámbito académico:
1. Fijar un rumbo inicial y general de integración, y establecer las expectativas respecto a la comprensión y aceptación de la diversidad.
2. Prestar una especial atención al plan de estudios para que incluya contenidos sobre: <ul style="list-style-type: none"> • El respeto, la aceptación, la empatía, la integración, el compañerismo y el valor de las diferencias. • La sociedad canadiense, el sistema de salud y la enfermería como profesión en Canadá. • Matices lingüísticos y normas sociales. • Capacidades psicosociales. • Derechos humanos. • Tutorías
3. Incorporar y evaluar modelos teóricos de competencia cultural como parte del plan de estudios de enfermería.
4. Desarrollar e implantar competencias básicas humanísticas que incluyan conceptos y capacidades relacionados con la competencia cultural y abarquen el racismo y la discriminación.
5. Incorporar diversos estilos y estrategias de aprendizaje en el desarrollo y la enseñanza del plan de estudios.
6. Hacer un seguimiento y evaluar el efecto de la formación en materia de competencia cultural.
7. Identificar y abordar los sesgos profesionales, teóricos y culturales en el contenido del plan de estudios.
8. Identificar y hacer un seguimiento de las características culturales y demográficas ⁶ de los estudiantes de todos los programas (de grado, posgrado). Las cuestiones como los antecedentes étnicos, el lugar de procedencia y la orientación sexual deben ser planteadas con sensibilidad, mantenerlas en confidencialidad y no usarlas en contra de los encuestados. La respuesta a este tipo de cuestiones es siempre opcional, sin que el hecho de no contestar implique ningún tipo de castigo.
9. Empezar iniciativas de acercamiento que animen a estudiar a los aborígenes de las Primeras Naciones y a los miembros de otros grupos culturalmente diversos.
10. Incluir la competencia cultural como parte de la orientación, el desarrollo y las expectativas de conducta profesional de los estudiantes.
11. Identificar y cubrir las necesidades de aprendizaje específicas de la población creciente de estudiantes culturalmente diversos que llegan a los programas de enfermería.
12. Hacer un seguimiento del éxito académico y las tasas de deserción estudiantil en relación con las características culturales, raciales, lingüísticas y demográficas con el fin de determinar la presencia de correlaciones e identificar los ámbitos que necesitan un apoyo.
13. Adoptar directrices formales y procedimientos transparentes consecuentes con la Carta Canadiense de Derechos y Libertades para tratar la discriminación, el acoso y la intolerancia en las escuelas o durante las actividades académicas.

RECOMENDACIÓN

2. Investigación e investigadores – Para apoyar la creación de una plantilla culturalmente competente, los investigadores deben:

1. Esforzarse al máximo en investigar sobre las diversas poblaciones.
2. Asignar fondos para estudiar las cuestiones relativas a la diversidad como temas de investigación con el fin de reducir las desigualdades entre las poblaciones (p. ej.: el impacto de las variables de la diversidad sobre la permanencia y satisfacción laboral).
3. Investigar para:
 - Determinar las contribuciones, virtudes y beneficios de la integración de profesionales de la salud de diversas culturas.
 - Identificar los desafíos y obstáculos clave respecto a la diversidad cultural en el lugar de trabajo.
 - Evaluar el impacto de las estrategias (p. ej., la formación en materia de competencia cultural) implantadas para abordar los retos que supone la diversidad en el entorno laboral y educativo.
4. Realizar investigaciones que permitan identificar las estrategias de aceptación de los retos de la diversidad en el entorno laboral y educativo, haciendo especial hincapié en la captación, graduación y mantenimiento de enfermeras con antecedentes culturalmente diversos, incluyendo enfermeras aborígenes de las Primeras Naciones

3. Gobiernos – Para apoyar la creación de una plantilla culturalmente competente, los gobiernos deben:

1. Crear, divulgar y hacer operativas las expectativas de compromiso de los responsables de contratación en torno a las declaraciones de objetivos, políticas de contratación, oportunidades de promoción y promoción profesional en las que se dé suma importancia al potencial de todos los empleados del sistema de salud y se busquen grupos infrarrepresentados.
2. Pedir a los responsables de contratación, escuelas y órganos reguladores que midan y describan las características demográficas y culturales de la plantilla canadiense de enfermeras y de los estudiantes canadienses de enfermería.
3. Financiar programas e investigación en los que se incida en la diversidad, la discriminación, las poblaciones vulnerables y las desigualdades o éstos sean temas fundamentales.
4. Incluir y hacer un seguimiento de la diversidad cultural de las plantillas y poblaciones a las que se da servicio en cuanto a presupuestos y solicitudes de financiación presentadas por hospitales, organismos comunitarios y otros prestadores de servicios financiados con fondos públicos.
5. Recopilar y divulgar datos accesibles sobre las características demográficas y culturales de las comunidades a los responsables de contratación e instituciones educativas para ayudarles a configurar planes estratégicos relativos a las iniciativas sobre la diversidad.

4. Organismos de acreditación – Para apoyar la creación de una plantilla culturalmente competente, los organismos de acreditación deben:

1. Introducir la diversidad de una forma proactiva y sistemática a través de todas las declaraciones de objetivos, valores, planes estratégicos corporativos y medidas de resultado.
2. Desarrollar, probar y modificar (según proceda) indicadores claros de la competencia cultural en las normas de acreditación.
3. Colaborar con los responsables de contratación o instituciones educativas homologadas para hacer un seguimiento colectivo de la diversidad de la plantilla o del conjunto de estudiantes y del grado de representación de comunidades lingüísticas y culturalmente diversas, grupos raciales y características demográficas.
4. Trabajar con los responsables de contratación o instituciones educativas homologadas para establecer conjuntamente mecanismos para superar los obstáculos de la contratación y permanencia de grupos infrarrepresentados dentro de la plantilla y las instituciones educativas.

RECOMENDACIÓN

5. Órganos reguladores – Para apoyar la creación de una plantilla culturalmente competente, los órganos reguladores deben:

1. Introducir la competencia cultural en los indicadores de comportamiento de las normas y guías de prácticas profesionales, así como en los códigos de ética y conducta.
2. Tratar las infracciones por falta de ética profesional relacionadas con la discriminación contra compañeras en el lugar de trabajo del mismo modo que las que afectan a los pacientes.
3. Reflexionar sobre los requisitos para conseguir una competencia cultural en los exámenes de ingreso y los programas de competencia continua.
4. Recopilar datos, identificar tendencias y hacer recomendaciones que ayuden a los responsables políticos, responsables de contratación, sindicatos y educadores a fortalecer la competencia cultural.
5. Racionalizar el proceso de inscripción de todas las enfermeras, tanto de las canadienses como de las formadas en el extranjero, con el objeto de maximizar la contribución de las enfermeras a la profesión. El proceso de inscripción debe ser sensible a las necesidades de un grupo de candidatos diversos.
6. Evaluar de manera continuada los exámenes de inscripción y/o licencia, así como los procesos relacionados destinados a enfermeras en busca de cualquier sesgo cultural y proceder a su modificación cuando sea necesario.

6. Asociaciones de profesionales – Para apoyar la creación de una plantilla culturalmente competente, asociaciones de profesionales nacionales y jurisdiccionales (como la Canadian Nurses Association, Academy of Canadian Executive Nurses, Registered Nurses' Association of Ontario, Canadian Association of Schools of Nursing y sus organizaciones miembro) deben:

1. Servir de modelos de conducta mediante la inclusión de una representación diversa dentro de su plantilla, miembros, dirección, consejo, comités y personal.
2. Establecer programas de acercamiento y fomentar específicamente la participación de miembros y directivos de diversos grupos.
3. Aceptar sistemáticamente la diversidad en directrices y procedimientos, valores, misión y códigos de conducta.
4. Reflejar la importancia de la diversidad y la competencia cultural en las Guías y en los materiales educativos creados por la asociación.
5. Establecer mecanismos y estructuras que fomenten la transparencia y el intercambio de información entre los miembros.
6. Crear y difundir mensajes comunes de presión en cuanto a la diversidad en colaboración con otras asociaciones para conseguir un lobby político más eficaz.
7. Formar a los miembros y al público en general sobre las posiciones acerca de la diversidad, la integración y la competencia cultural.

Resultados previstos

Las instituciones educativas, los gobiernos, los órganos reguladores y las asociaciones de profesionales proporcionan un marco contextual externo que fomenta y apoya la competencia cultural entre los miembros de la plantilla y en el lugar de trabajo.

Evidencia^a

El plan de estudios o currículo

La evidencia para las recomendaciones relativas a los planes de estudios procede de múltiples fuentes.^{50,96} La literatura de la Corte Superior de Australia⁴⁸ recomienda apoyar el aprendizaje en los lugares de trabajo y desarrollar actividades que ayuden al personal a aportar su máximo potencial.

La revisión sistemática del JBI⁴⁰ destaca dos recomendaciones de síntesis relativas a la educación y formación, y un conjunto de capacidades para los profesionales extraídos de numerosos artículos de la literatura científica relacionada con los planes de estudios. Estas son:

- Los profesionales sanitarios deben adquirir las capacidades apropiadas para trabajar de manera competente con grupos culturalmente diversos
- La introducción de la educación y la formación continuada relacionada con la competencia cultural en los procesos institucionales aumentará la competencia cultural del personal

No existe un único modo correcto para incluir la competencia cultural en el plan de estudios de Enfermería y todavía se debate sobre posibles marcos e iniciativas que den buenos resultados. El editorial “¿Cómo enseñar de manera eficaz la competencia cultural en los estudios de Enfermería?” aborda las cuestiones de: qué se debe enseñar y cómo, cómo evaluar el procedimiento; y cuáles han de ser las cualificaciones de la facultad. Se trata de una trayectoria y un procedimiento de transformación que se enfrenta a cuestiones como los obstáculos que se encuentran los estudiantes étnicamente diversos, los desafíos de una facultad culturalmente diversa en instituciones en las que predominan los individuos de raza blanca, las cuestiones de sexo y discapacidad entre los estudiantes de Enfermería, así como las cuestiones lingüísticas en la atención de pacientes cultural y étnicamente diversos.⁹⁷

Sin embargo, se han hecho progresos y se está realizando una amplia labor para desarrollar los marcos y las competencias básicas de la competencia cultural. Los ejemplos de Estados Unidos incluyen la labor realizada por la fundación California Endowment, que tras un exhaustivo examen de la literatura y consultas ha creado los *Principios y normas recomendados para la formación en materia de competencia cultural de los profesionales de la salud*.⁹⁸ El departamento estadounidense de Sanidad y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, en adelante HHS por sus siglas en inglés) también está desarrollando un plan de estudios de Enfermería en el que tiene en cuenta la competencia cultural para aumentar la calidad de la atención prestada a las diversas poblaciones de pacientes, así como otros documentos relacionados que tratan tanto el contenido como los procedimientos sugeridos para enseñar e implantar el plan de estudios propuesto.⁹⁷

Villeneuve⁹⁹ señaló la necesidad de crear e implantar⁹⁹ un conjunto de competencias básicas destinado específicamente a los canadienses en los planes de estudios que aborden los conceptos y las capacidades relacionados con la competencia cultural. Los marcos estadounidenses pueden servir de base sobre la que desarrollar estas competencias para Canadá. Aunque el equipo reconoce la escasez de investigación en este campo, la experiencia colectiva sugiere que para establecer la competencia cultural, los estudiantes han de aprender de los modelos de conducta que son culturalmente competentes. Esto exige un examen honesto de los planes de estudios existentes y su modificación cuando sea pertinente para incluir teorías y prácticas sobre la competencia cultural en todos los programas de enfermería.

French⁴³ hace referencia al *programa de desarrollo de personal de la salud transcultural* de Seattle, que está diseñado para preparar a las facultades para retomar su organización y ayudar a los demás en la competencia cultural. El objetivo de este programa consiste en crear un entorno culturalmente seguro para los pacientes, un entorno laboral respetuoso para el

a La fuente de la evidencia de todas las recomendaciones es la revisión sistemática del JBI, los antecedentes literarios del resumen narrativo del JBI, la literatura sugerida por el equipo de expertos y el consenso alcanzado por los expertos

personal y establecer las bases para un aprendizaje de la atención cultural en el futuro.

Eisenbruch⁴⁹ identifica los resultados a corto, medio y largo plazo relativos a la construcción de la capacidad en la competencia cultural y en la gobernanza clínica. Los programas multiculturales de salud se consideran iniciativas a largo plazo que exigen una continuidad y un objetivo único.

Los estudiantes

En Estados Unidos, el Instituto de Medicina (Institute of Medicine⁶³ por su nombre en inglés) afirma que los criterios de admisión han de alcanzar un equilibrio entre los datos cuantitativos, como el expediente académico y las puntuaciones de pruebas estandarizadas, y los datos cualitativos. Los datos cualitativos pueden incluir una revisión exhaustiva de cada solicitud que incluya una evaluación de las características de los solicitantes como son la raza, los antecedentes étnicos, la experiencia y las capacidades multilingües.⁶³

Existe la necesidad de recopilar datos relativos a las características culturales del conjunto de estudiantes para analizar si o hasta qué punto los estudiantes canadienses de Enfermería son un reflejo de las comunidades a las que darán servicio. Por consiguiente, a medida que se vayan recopilando estos datos, el equipo recomienda la aplicación de iniciativas continuadas para contratar selectivamente estudiantes con diversos antecedentes con el fin de corregir las diferencias.

Existe la necesidad de debatir de manera eficaz las cuestiones en materia de salud con los grupos minoritarios de pacientes, la revisión sistemática del JBI⁴⁰ hace hincapié en que los profesionales sanitarios deben adquirir las capacidades apropiadas, entre las que se incluyen capacidades de comunicación adecuadas y una mayor capacidad para comprender y conocer las actitudes, los valores y creencias, y la cultura de los grupos minoritarios.

El documento sobre la diversidad como recurso de la Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International¹⁰⁰ presenta numerosas iniciativas que han conseguido fomentar la formación de estudiantes culturalmente diversos. Las siete áreas fundamentales son:

- Presentar una imagen integradora.
- Acercarse a las diversas poblaciones de estudiantes.
- Entrar en contacto en los niveles de educación primaria o secundaria.
- Apoyar a los estudiantes durante el proceso de solicitud.
- La tutoría como clave del mantenimiento.
- Facilitar el éxito de los estudiantes.
- Lanzar un programa de acercamiento coordinado

La diversidad debe ser admitida dentro de la población de estudiantes e incorporada en los planes de estudios. Aunque los educadores de Enfermería valoran la diversidad en las aulas, pocas son las pruebas relativas a lo que significa la diversidad para los estudiantes. En un estudio sobre los estudiantes canadienses de Enfermería, Paterson, Osborne y Gregory¹⁰¹ describen la experiencia de los estudiantes como que “están unidos por unas expectativas de homogeneidad no escritas que, en buena parte, son invisibles” (p.1). Los autores señalan que la “la intención declarada por los profesores y los planes de estudios para fomentar un aprecio por la diversidad cultural, a menudo, se ve comprometida y contradicha” y los estudiantes de Enfermería pronto aprenden que ser diferentes puede ser problemático y conducirlos a la marginación.⁶ Hagey¹⁰² ha publicado conclusiones similares extraídas de la primera fase de una iniciativa de investigación para integrar el antirracismo en el currículo de grado. Encontró un rechazo hacia el racismo en la profesión enfermera reflejado en un plan de estudios que no apoya la teoría sobre el fenómeno racista o en un debate abierto sobre ciertas cuestiones. En un estudio con estudiantes canadienses de Medicina, Beagan¹⁰³ señala que a pesar de realizar un curso que aborda las cuestiones sociales y culturales de la Medicina, la mayoría de los estudiantes “no reconocen, o incluso niegan, los efectos de la raza, la clase, el género, la cultura y la orientación sexual”. Incluso cuando los estudiantes admitían el efecto de las

diferencias sociales, reconocían las desventajas padecidas por los demás, pero no sus propios problemas sociales en relación con la cultura, el poder y los privilegios.

Es obvio que se necesitan estrategias selectivas para reconocer y admitir la diversidad en las facultades de Enfermería con el fin de garantizar que todos los estudiantes tengan un entorno de aprendizaje positivo y se socialicen en una profesión que valora la diversidad y la competencia cultural. Muchas de las imágenes, símbolos y palabras de la enfermería son claramente femeninas y blancas. En combinación con las facultades, que también son abrumadoramente femeninas y blancas, los libros de texto, las publicaciones, las fotografías de los pasillos y demás se combinan entre sí para crear un ambiente poco acogedor para todo aquel que no forma parte de esos grupos demográficos. Por poner un ejemplo, las enfermeras, incluso cuando hay compañeros varones delante, a menudo, se refieren entre sí en términos femeninos, lo que incomoda enormemente a muchos hombres y supone un choque cultural para los jóvenes estudiantes recién llegados a las facultades de Enfermería. Otro ejemplo que se cita con frecuencia es la práctica de asignar a los estudiantes de grupos étnicos minoritarios aquellos pacientes que parecen compartir su identidad étnica, dando por supuesto que ese estudiante comprenderá y atenderá mejor a este paciente. Raramente se estudian las necesidades y opiniones de los estudiantes en estos casos, y frecuentemente, se pierde la oportunidad de desarrollar una comprensión cultural de conjunto en el grupo. Los estudiantes internacionales y aquellos con antecedentes étnicos no occidentales también describen sentirse incomprendidos y etiquetados como “estúpidos”, “lentos” o “con falta de iniciativa”, debido a las diferencias de valores y competencia lingüística.¹⁰¹

Las intervenciones destinadas a aumentar la integración de estudiantes de Enfermería minoritarios en un entorno de aprendizaje que les apoye incluyen la ayuda en el uso de los recursos disponibles para ayudarles a sentirse en contacto con y apoyados por sus compañeros y su facultad.¹⁰⁴ Se ha observado que la diversidad dentro del conjunto de estudiantes aumentó las experiencias educativas de los estudiantes de Medicina de dos facultades de Medicina estadounidenses.¹⁰⁵ La creación de espacios seguros que fomenten el diálogo sobre las diferencias es un factor fundamental en la experiencia y el desarrollo de la competencia cultural. Foldy⁷¹ sostiene que los grupos heterogéneos funcionan mejor cuando creen que las identidades culturales se pueden aprovechar para dar origen a nuevas ideas y experiencias acerca del trabajo.

Investigación: la diversidad en el ámbito institucional

La revisión de la literatura realizada por Dreachslin³³ indica que la investigación sobre el impacto de las prácticas de gestión de la diversidad en la política, la práctica clínica y el comportamiento institucional en el ámbito individual, de grupo e institucional de las instituciones de atención sanitaria es limitada. Debido a la escasez de investigación, Dreachslin³³ ofrece un plan para el futuro en el que identifica la necesidad de investigar en los siguientes cinco campos generales:

1. Documentar el estado actual de las prácticas de los directivos en cuanto a la diversidad.
2. Examinar la relación entre las prácticas sobre la diversidad, y la satisfacción y productividad de los empleados.
3. Estudiar la relación entre las prácticas de gestión de la diversidad, y los resultados y la satisfacción de los pacientes.
4. Estudiar las características de los directivos y su impacto en el paciente, la institución y la comunidad.
5. Estudiar las características de los modelos de formación en materia de diversidad y sus resultados a corto y largo plazo.

La investigación en estos campos proporcionará un mayor entendimiento de la dinámica de la diversidad cultural en relación con la política, la práctica clínica y el comportamiento institucional.

“ Las enfermeras han de desarrollar una sofisticada capacidad de comprensión de las cuestiones y preocupaciones relativas a la raza y los cuidados en salud, incluyendo la historia de la raza, la literatura actual sobre la raza y la salud, así como los estereotipos⁶ y sesgos en cuanto a la raza. ”

Tashiro¹⁰⁶

En Estados Unidos, existe una creencia generalizada a nivel individual de que los resultados profesionales son generalmente más bajos para las personas de color y que las percepciones del lugar de trabajo son más negativas para los directivos de color.³³ Es necesario determinar si en Canadá las conclusiones son similares en la investigación sobre la diversidad en el lugar de trabajo y la experiencia profesional. Anecdóticamente, la evidencia y las opiniones de los expertos sugieren que la imagen global es comparable. El subempleo en la nueva población de inmigrantes ha sido ampliamente documentado.¹⁰⁷ Sin embargo, se desconoce la magnitud del impacto de las características culturales en la progresión y las experiencias profesionales.

Existe la necesidad de una investigación que aborde los retos y los obstáculos fundamentales que hay en torno a la diversidad cultural en el lugar de trabajo, que podría dar forma a una investigación eficaz sobre la diversidad cultural en el ámbito económico. Uno de estos ejemplos es un estudio del caso de una empresa⁵⁴ que señala los siguientes factores fundamentales para la puesta en marcha satisfactoria de tareas en materia de diversidad:

- Fuerte apoyo por parte de los directivos de la empresa.
- Una plantilla de empleados completamente implicada en la iniciativa.
- Prácticas de gestión integradas y alineadas con el esfuerzo.
- Justificación económica sólida y bien articulada de la acción

Es evidente la imperiosidad de una mayor investigación para identificar y demostrar la necesidad y las estrategias de aceptación de la diversidad y desarrollo de la competencia cultural en el entorno de la salud, así como la importancia de documentar sus efectos.

“ Es necesario recopilar más datos y una mayor investigación para caracterizar más rigurosamente la participación de los grupos minoritarios infrarrepresentados en las profesiones sanitarias y en la educación de la rama sanitaria, así como para sacar un mayor partido de los beneficios de la diversidad entre los profesionales de la salud, particularmente, con respecto a los posibles beneficios económicos de la diversidad. ”
*Institute of Medicine*⁶³

Investigación: las desigualdades en salud

Hay todo un conjunto de literatura científica que ha documentado las desigualdades raciales y étnicas tanto en los servicios de salud como en los resultados en salud.^{63, 64, 99} Las desigualdades raciales y étnicas del ámbito sanitario están estrechamente vinculadas a factores que afectan a la comprensión de las necesidades en salud. Es necesario entender la raza y su efecto en las suposiciones y sesgos de la atención sanitaria.¹⁰⁶ Para ello, es necesario investigar y examinar las necesidades de salud de los diversos grupos.⁴⁰ Beiser¹⁰⁸ expone en líneas generales por qué los investigadores han de tener en cuenta la cultura y hace un llamamiento a una mayor investigación sobre las desigualdades en salud.

“ Canadá debe apoyar y ampliar sus esfuerzos para crear una base de conocimiento que informe sobre las directrices y prácticas relevantes. Es necesario seguir investigando para documentar las desigualdades, dilucidar los mecanismos que generan desigualdades en el ámbito sanitario, diseñar y probar intervenciones que reduzcan las desigualdades y evaluar los programas que ya están en vigor. ”
*Beagan*¹⁰³

Aunque hay una escasez de literatura en relación con las necesidades de los grupos culturalmente diversos y la relación con los resultados clínicos, esta evidencia es creciente. Según las recientes conclusiones de un estudio financiado por el Canadian Institute of Health Research sobre el impacto del racismo en la salud de los canadienses indígenas de color, y en los canadienses procedentes de África y el Caribe, existe una correlación significativa entre el estrés relacionado con el racismo y los trastornos emocionales. Essed ha planteado la noción del “racismo cotidiano”⁶ para destacar cómo se reproduce el racismo en buena parte a través de las prácticas y los procedimientos habituales que se dan por sentado en la vida cotidiana, que por tanto impactan negativamente en la salud y el bienestar, así como en los entornos laborales.¹⁰⁹

Es posible extraer conclusiones lógicas de las publicaciones sobre las desigualdades en el ámbito de la salud cuando tienen aplicación en la competencia cultural en el lugar de trabajo. Hasta cierto punto, es posible paliar las desigualdades sanitarias que se reflejan en desventajas socioeconómicas, en parte mediante la creación y el mantenimiento de sistemas de salud culturalmente competentes. La relación entre la discriminación en el lugar de trabajo y las desigualdades en salud requiere un mayor estudio e investigación para determinar el impacto sobre los empleados y el lugar de trabajo.³³

Los gobiernos, los órganos reguladores y de acreditación, y las asociaciones de profesionales

Las recomendaciones para los gobiernos, los organismos de acreditación, los órganos reguladores y las organizaciones de profesionales se basan en la realidad de que las medidas políticas, el establecimiento de normas y los organismos políticamente activos tienen una función integral que desempeñar en el apoyo de la creación de un entorno laboral saludable culturalmente competente.

La competencia cultural⁶ en todos los aspectos de la atención sanitaria es fundamental para reducir las desigualdades en cuanto al acceso y al aumento de la calidad de la atención sanitaria.⁵⁰ Según Betancourt, para conseguir una competencia cultural sistémica en el sistema de salud, es obligatorio crear iniciativas, procedimientos y prácticas como las siguientes:

- Realizar evaluaciones de la comunidad para determinar las características culturales.
- Crear oportunidades y mecanismos para ampliar la entrada de comunidades y pacientes.
- Introducir las preferencias raciales o étnicas y lingüísticas de los pacientes en todos los sistemas de recopilación de datos.
- Reconocer las diversas poblaciones en el desarrollo de indicadores y medidas de la calidad.
- Garantizar la adecuación cultural en todos los aspectos de la atención sanitaria, incluyendo la educación sanitaria, la promoción en el ámbito sanitario y el tratamiento de enfermedades.

La información de otras jurisdicciones puede servir como base sólida que se puede perfeccionar para tratar cuestiones relativas al contexto canadiense.^{48,49,63,67,68,96}

En Ontario, se está llevando a cabo una investigación en el Instituto de Enseñanza Superior de Enfermería de Ontario (en adelante, College of Nurses of Ontario¹¹⁰ por su nombre en inglés) para identificar qué intervenciones son necesarias para apoyar a las enfermeras formadas en el extranjero en su transición al lugar de trabajo de Ontario. Como es natural, este estudio descriptivo aportará evidencias sobre las necesidades e intervenciones que podrían influir en las directrices y los programas en el ámbito institucional y del sistema.

“ Se han de hacer esfuerzos a nivel local y nacional para aumentar un entendimiento amplio y un consenso de los colaboradores sobre las etapas que hay que adoptar para aumentar la diversidad entre los profesionales sanitarios. ”

Centro de prácticas basadas en la evidencia de la Universidad de Johns Hopkins¹¹¹

Las asociaciones de profesionales y los organismos de acreditación, junto con los órganos reguladores, están en una posición idónea para proponer cambios y respaldar a las organizaciones que vayan a ponerlos en práctica. Por ejemplo, cuando dichas organizaciones llaman la atención sobre problemas como la ética, la seguridad del paciente, su nivel de satisfacción y la mejora de la calidad, las instituciones suelen tenerlo en cuenta. Esta colaboración también favorece el desarrollo de estándares e indicadores que permiten la evaluación del rendimiento de la organización, así como el desarrollo de guías y redes de apoyo. En definitiva, todo ello ayuda al desarrollo de los conocimientos, la práctica y, por último, a la mejora de los resultados de los pacientes.

Las asociaciones de profesionales y los órganos reguladores pueden influir enormemente en las enfermeras a nivel individual, así como en la profesión en su conjunto. Dicha influencia se ejerce a través de las normativas, las Guías de buenas prácticas, los talleres de formación continua, y demás tipos de estrategias formales e informales. Estos organismos contribuyen a crear expectativas y una “cultura de la profesión”, además de contribuir al bienestar y buena salud de la sociedad y la profesión. Con la aceptación de la diversidad como valor básico, los organismos profesionales y reguladores están en una posición idónea para fomentar el desarrollo de la competencia cultural en todos los aspectos de la profesión de enfermería. Las herramientas de estas organizaciones son el acercamiento, los modelos de conductas y la presión. De este modo, pueden utilizar su influencia, posición y poder en el fomento de entornos laborales saludables para todos.

Conclusión

La aceptación de la diversidad cultural y la creación de la competencia cultural son componentes fundamentales de los entornos laborales saludables, e influyen en todos los aspectos del entorno, incluyendo la dirección, el equipo de trabajo y las prácticas profesionales. Esta Guía sobre la competencia cultural es un reflejo del reconocimiento de la existencia de la gran necesidad de incidir en este tema. El resultado es este conjunto de prácticas basadas en la evidencia de utilidad para las enfermeras, las instituciones y todos aquellos que pertenecen al amplio sistema sanitario con el fin de fortalecer la competencia cultural en el intento por crear entornos laborales saludables.

Dada la naturaleza de este asunto, el hecho de poner al descubierto pruebas contundentes suponía un gran reto. Pocos aspectos sobre este asunto hacen referencia a ensayos o experimentos controlados aleatorizados, y gran parte de la pericia en el campo se basa en experiencias individuales, observaciones de conductas humanas y a la experimentación. Es decir, se conoce la existencia de prácticas comunes, historias positivas y sabiduría práctica que mejora la competencia cultural y reduce los conflictos, y estas conclusiones quedan reflejadas en la presente Guía.

Las recomendaciones fruto tanto de las investigaciones publicadas sobre la materia, como de la sabiduría conjunta de los diversos equipos de expertos, junto con el equipo de expertos pareció dar vida a este componente tan fundamental para la obtención de un lugar de trabajo saludable. Este equipo de expertos cree que la Guía refleja prácticas “prometedoras” más que “buenas” prácticas definitivas, en coincidencia con el pensamiento político de Davies.³⁷

El trabajo es de naturaleza iterativa, y por tanto, la presente Guía ha de ser vista como una primera etapa indispensable. Gran parte del país y de la profesión enfermera evolucionará, al tiempo que lo habrán de hacer las Guías de este tipo, pues están enraizadas en las relaciones humanas y los retos que éstas implican. La intención inicial era la de ayudar a las enfermeras, los responsables de contratación y todas aquellas personas del amplio sistema sanitario a comprender la imperiosa necesidad de actuar y sugerir directrices basadas en la evidencia. En este sentido, confiamos estar en el buen camino al proporcionar palabras y estructuras para “aceptar la diversidad cultural” en todas las enfermeras, futuros profesionales de enfermería de Canadá, en todos sus roles, allá donde trabajen.

Proceso de revisión y actualización de las Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables

La RNAO propone actualizar las Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables de la siguiente manera:

1. Cada Guía de buenas prácticas para entornos laborales saludables será evaluada por un equipo de especialistas (equipo de revisión) en el área temática pertinente cada cinco años después de la última serie de revisiones.
2. Durante el período entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de entornos laborales saludables de la RNAO buscará periódicamente nuevas revisiones sistemáticas y estudios en la materia.
3. Basándose en los resultados del seguimiento, el personal del proyecto puede recomendar que se adelante la revisión.
Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia, así se facilita la decisión sobre la necesidad de llevar a cabo la revisión antes del plazo de cinco años.
4. Seis meses antes de que se vaya a realizar la revisión de los cinco años, el personal del proyecto empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
 - a) Se invitará a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión estará compuesto por miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
 - b) Se compilará la retroalimentación recibida, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se ha implantado.
 - c) Se recopilará la bibliografía pertinente.
 - d) Se elaborará un plan de trabajo detallado con plazos y resultados esperados.
5. La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.

Referencias enumeradas

1. Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses*. Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.
2. Registered Nurses' Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto, ON: Author.
3. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). *First Minister's meeting communiqué on health*. News Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.
4. Health Canada (2003). *First Ministers' accord on health care renewal*. Retrieved May 5, 2005 from: www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/health_accord.pdf
5. *First Ministers' meeting on the future of health care (2004)*. Retrieved from: Nov 2004 – June 2005: <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html> <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>
6. Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). *Position statement on nursing clinical education*. Toronto, ON: Author.
7. Canadian Nurses Association. (2002). *Planning for the future: Nursing human resource projections*. Ottawa, ON: Author.
8. Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al. (2001). *Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
9. Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto, ON: Author.
10. Nursing Task Force. (1999). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century*. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
11. Shindul-Rothschild, J. (1994). *Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing*. *Journal of Emergency Nursing*, 20(6), 497-504.
12. Grinspun, D. (2000). *Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management*. In D.L. Gustafson (Ed.), *Care and consequences*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.
13. Grinspun, D. (2002). *The Social Construction of Nursing Caring*. Unpublished Doctoral Dissertation Proposal. York University, North York, Ontario.
14. Dunleavy, J., Shamian, J., & Thomson, D. (2003). *Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks*. *Canadian Nurse*, 99(3), 23-26.
15. Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & Widmeyer, G., (1996). *Stressful nurses: The effect on patient outcomes*. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3), 46-58.
16. Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & Guither, C. (2002). *Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes*. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106
17. Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). *The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality*, *Nursing Research*, 54(2), 74-84.
18. Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

19. Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
20. Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$,* 16(4), 196-203.
21. Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 478-85.
22. Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
23. Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (Editorial). *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-77.
24. American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
25. Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
26. Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
27. Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149-58.
28. Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D., (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.
29. Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
30. United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety. Summary, evidence report /technology assessment. Number 74*. Rockville, MD.
31. Lowe, G. (2004). *Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces*. Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge. 17 November 2004, Markham, ON.
32. Dreachslin J.L., Sprainer E. & Jimpson G. (2002). Communication: Bridging the Racial and Ethnic Divide in Health Care Management. *Health Care Manager*, 20(4): 10-18D.
33. Dreachslin J.L., Weech-Moldano, R. Dansky K.G. (2004) Racial and ethnic diversity and organizational behavior: a focused research agenda for health services management. *Social Science and Medicine*, 59: 961-971.
34. Friday, E., Friday, S.S. (2003). Managing diversity using a strategic planned change approach. *Journal of Management Development*, 22(10): 863-880.
35. Cross, T., Bazron D. & Issacs M. (1989). *Towards a culturally competent system of care*. Georgetown University Child Development Center. Washington, DC.
36. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). (2005). *Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance*. Retrieved on November 11, 2005 from: http://www.chsrf.ca/other_documents/pdf/evidence_e.pdf
37. Davies, P. (2005) Keynote Presentation at the seventh Annual Invitational Workshop: Evidence-Based Governments: How do we make it happen? Montreal, Quebec.

38. Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence based practice in nursing & healthcare. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
39. Moynihan, R. (2004). Evaluating Health Services: A reporter covers the science of research synthesis. Millbank Memorial Fund. Retrieved November 22, 2004 from: <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf>
40. Pearson, A. et al. (April 2005). Comprehensive Systematic Review of Evidence on Embracing Cultural Diversity for Developing and Sustaining a Healthy Work Environment in Healthcare. Prepared for the South Australian Department of Human Services, the Registered Nurses Association of Ontario and Health Canada, Office of Nursing Policy, Joanna Briggs Institute, Health Care Reports. Adelaide, Australia.
41. Fineout-Overholt, E. (2005). Formulating Questions and Searching for Best Evidence Importance of Evidence-Based Practice to Nursing. Pre-conference workshop presentation on evidence-based practice. Waikoloa, Hawaii.
42. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance. Retrieved November 22, 2004 from: http://www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php
43. French, B.M. (2003). Culturally Competent Care: The Awareness of Self and Others. Journal of Infusion Nursing, 26(4): 252-255.
44. Riddick, S. (1997). Application Strategies in Various Health Care Settings – on-line information retrieved February 8, 2007 from <http://www.diversityrx.org/html/moverb.htm>
45. Samovar, L.A. & Porter, R.E. (1994). Intercultural Communication Reader 7th edition. Belmont: International Thomson Publishing, Wadsworth Inc.
46. Anderson J.M. (1987). The Cultural Context of Caring. Canadian Critical Care Nursing Journal, 4(4): 7-13.
47. Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). Collaborative Practice Among Nursing Teams. Toronto, ON: Author.
48. High Court of Australia. (2002-2005). Workplace Diversity Strategy (Draft Report). Retrieved February 8, 2007 from <http://www.hcourt.gov.au/Workplace%20diversity%20program%2002-05.doc>
49. Eisenbruch M. (2001). National Review of Nursing Education: Multicultural Nursing Education. Higher Education Division, Department of Education, Training and Youth Affairs. Commonwealth of Australia.
50. Betancourt, J., Green, A. & Carrillo, J. (2002). Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. Field Report , Retrieved February 9, 2007 from: http://www.cmwf.org/usr_doc/betancourt_culturalcompetence_576.pdf
51. Bowen, S.J. (2004). Assessing the responsiveness of health care organizations to culturally diverse groups. A thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Department of Community Health Sciences, University of Manitoba. Winnipeg, Manitoba. The Commonwealth Fund.
52. Haarmans, M. (2004). A Review of Clinical Cultural Competence: Definitions, Key Components, Standards, and Selected Trainings. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.
53. Srivastava, R. (2007). The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence. Elsevier Health Science. Toronto: Mosby Canada.
54. Thomas, D. (2004). Diversity as Strategy. Harvard Business Review, 9: 98-108.
55. College of Nurses of Ontario (CNO). (2004). A Guide to Nurses Providing Culturally Sensitive Care. Retrieved February 16, 2006 from http://www.cno.org/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf
56. Coffman, M. (2004). "Cultural Caring in Nursing Practice: A meta -synthesis of qualitative research." Journal of Cultural Diversity. 11(3): 100-109.

57. Golemon, P. (2003). Communicating in the intercultural classroom. *IEEE Transactions on Professional Communications*, 46(3): 231-235.
58. Hall, E. (1959). *The Silent Language*. New York: Doubleday and Company Inc.
59. Dreaschlin et al. (2000). Workforce Diversity: Implications for the Effectiveness of Health Care Delivery Terms. *Social Science & Medicine*, 50:1403-1414.
60. Harvard Business Review. (2001). *Harvard Business Review on Managing Diversity*. Harvard Business School Publishing Corporation. Boston, Massachusetts.
61. Betancourt, J., Green A., Carrillo J., & Park E. (2005). Cultural Competence and Health Care Disparities: Key Perspectives and Trends. *Health Affairs*, 24: 499-505.
62. Beach M.C., Robinson, K.A., Jenckes, M.W. & Powe N.R. (2005). Cultural Competence A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care*, 43(4): 356-373.
63. Institute of Medicine. (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, D.C.: National Academy Press.
64. Beiser, M. (2005). Reducing Health Disparities in Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 96- 2 (1).
65. Frusti D.K. et al. (2003). Creating a Culturally Competent Organization: Use of the Diversity Competency Model. *Journal of Nursing Administration*, 33(1): 31-38.
66. Brown, L. (2006). Schools scramble to take a door count. *Toronto Star*. 09(2): A18.
67. Institute of Medicine. Committee on Institutional and Policy. *Level Strategies for Increasing the Diversity of the US Healthcare Workforce*. (2004). In *the Nation's Compelling Interest: Ensuring Diversity in the Health Care Workforce*. National Academy of Sciences.
68. Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care (CLAS standards): Final Report*. Washington, DC.
69. Canadian Policy Research Networks. (2005). *Diversity Gateway*. Retrieved January 2007 from <http://www.cprn.org/en/diversity-glance.cfm>.
70. Villeneuve, M. & MacDonald, J. (2006.) *Toward 2020: Visions for Nursing*. Canadian Nurses Association: Ottawa, ON.
71. Foldy, Eric G. (2003). *Learning from Diversity: A Theoretical Exploration*. Seventh National Public Management Research Conference, Washington, D.C.
72. Etowa, J. (2005). *Surviving on the margin of a profession: Experience of black nurses*. Unpublished doctoral dissertation. University of Calgary, AB.
73. Dhalla, I.A., et al. (2002). Characteristics of first-year students in Canadian medical schools. *Canadian Medical Association Journal*, 166: 1029-1035.
74. Matsuoka, A. & Sorenson, J. (1991). Ethnic identity and social services delivery: Some models examined in relation to immigrants. *Canadian Social Work Review*, 8(2): 255-268.
75. Henry, F. & Ginsberg, E. (1985). *Who gets the work? A Test of Racial Discrimination in Employment Toronto*. Urban Alliance on Race Relations and the Social Planning Council of Metropolitan Toronto. Toronto, ON.
76. Henry, F. & Tator, C. (1989). *Who gets the work in 1989? Report prepared for the Economic Council of Canada*.
77. Canadian Heritage 1998. *Visible Minority Workers are at greater Economic Risk*. Multiculturalism 2 Retrieved January 2007 from http://www.pch.gc.ca/progs/multi/evidence/series2_e.cfm

78. Peoples, B. (2002). The Sound of Housing Discrimination. *The Crisis*, 109(6): 7-8.
79. Canadian Race Relations Foundation (2002). *Systemic Racism in Employment in Canada: Diagnosing Systemic racism in Organizational Culture*. Toronto, Ontario Retrieved January 2007 from <http://www.crr.ca>.
80. Lowenstein A. & Glanville C. (1995). Cultural Diversity and Conflict in the Health Care Workplace, *Nursing Economics*. 13(4): 203-209.
81. Xu, Y., Shelton D., Polifroni, E.C. & Anderson, E. (2006). Advances in Conceptualization of Cultural Care and Cultural Competence in Nursing: An Initial Assessment. *Home Healthcare Management and Practice*, 18(5): 386-393.
82. Dreachslin, J.L. (1999). Diversity Leadership and Organizational Transformation: Performance indicators for health services organizations. *Journal of Healthcare Management*. 44(96): 427-39.
83. Gilbert J. (2003). *A Manager's Guide to Cultural Competence Education for Health Care Professionals*. The California Endowment.
84. Farrer, J. (2004). A practical approach to diversity. *Industrial and Commercial Training*, 36(4): 175-177.
85. Dreachslin J.L. & Agho A. (2001). Domains and Core Competencies for Effective Evidence-Based Practice in Diversity Leadership. *The Journal of Health Administration Education*. S.I.: 141-147.
86. NHS Leadership Centre. (2002). *Getting On Against the Odds*. National Nursing Leadership Programme. National Health Service UK web Retrieved January 2007 from www.nursingleadership.co.uk
87. Aries, N.R. (2004). Managing Diversity: The Differing Perceptions of Managers, Line workers, and Patients. *Health Care Management Review*, 29(3), 172-180.
88. Singer, R. (2006). Watch for Cultural Biases in assessing employees. *Canadian HR Reporter*, June 19.
89. Whiteley, J. (2004). Creating behavioural change in leaders. *Industrial and Commercial Training* 36(4): 162-165.
90. Dreachslin J.L, Jimpson G.E. & Sprainer E. (2001). Race, Ethnicity, and Careers in Healthcare Management. *Journal of Healthcare Management*. 46(6): 397-410.
91. Stake, R., Editor. (1994). Case Studies. *Handbook of Qualitative Research*. Denzin, N. & Lincoln, Y. Thousand Oaks CA, Sage: 236-347.
92. Yin, R.K. (2003). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, Sage.
93. ICN Position Statement Ethical Nurse Recruitment. (2001). Retrieved February 2007 from www.icn.ch/psrecruit01.htm.
94. O'Brien-Pallas, L. & Wang, S. (2006). Innovations in Health Care Delivery: Responses to Global Nurse Migration – A Research Example. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(3): 495-575.
95. Internationally Trained Workers Project. (2004). *Moving Forward: A Strategy for the Integration of Internationally Trained Workers in Ottawa* (Draft Report). Ottawa, ON.
96. Eisenbruch, M. & Downton, B. (2000). A Proposed Multicultural Health Program at University of New South Wales: Productive Diversity for the Health of People of Australia. Interm Draft Report to Department of Immigration and Multicultural Affairs, Productive diversity Partnership Program (Resource Development Projects) Project 8: The intersection of Health and Culture.
97. Campinha-Bacote, J. et al. (2006). Cultural Competence in Nursing Curricula: How Are We Doing 20 Years Later? *Journal of Nursing Education*, 45(7).

98. California Endowment. (2002). *A Manager's Guide to Cultural Competence Education for Health Care Professionals*. Los Angeles: The California Endowment.
99. Villeneuve, Michael J. (2002/2003). *Healthcare, Race and Diversity: Time to Act*. Hospital. Quarterly, 6(2).
100. Wilson, A., Sanner S., McAllister L. (2003). *Building Diverse Relationships*. The Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International Diversity Resource Paper. Retrieved February 9, 2007 from http://www.son.rochester.edu/son/global/diversity_paper.pdf.
101. Paterson, B.L, Osborne, M. & Gregory, D. (2004). *How Different Can You Be and Still Survive? Homogeneity and Difference In Clinical Nursing Education*. International Journal of Nursing Education Scholarship. 1(1): 2.
102. Hagey, R. (1999). *What is racism? Culture Care Nursing Research Council Publication*. Toronto, ON.
103. Beagan B. (2003). *Teaching Social and Cultural Awareness to Medical Students: "It's all very nice to talk about it in theory, but ultimately it makes no difference."* Academic Medicine, 78(6): 605-614.
104. Gardner, J. (2005). *A Successful Minority Retention Project*. Journal of Nursing Education, 44(12): 566-568.
105. Whitla, D., Orfield, G., Silen, W., Teperow, C., Howard, C., & Reede, J. (2003). *Educational Benefits of Diversity in Medical School: A Survey of Students*. Academic Medicine, 78(5): 460-466.
106. Tashiro, C. (2005). *The Meaning of Race in Healthcare and Research – Part 2. Current Controversies and Emerging Research*. Pediatric Nursing, 31(4).
107. Statistics Canada (2006). *Women in Canada: A gender based statistical report, (5th ed.)*. Cat. No. 89-503-XIE. Ottawa: Statistics Canada. Retrieved on July 9, 2006 from <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/Statcan/89-503-X/0010589-503-XIE.pdf>.
108. Beiser, M. (2005). *The Health of Immigrants and Refugees in Canada in Reducing Health Disparities in Canada*. Canadian Journal of Public Health, 1(2): 3
109. Essed, P. (2001). *Towards a Methodology to Identify Converging Forms of Everyday Discrimination*. Internet Publications: 45th Session of the U.N. Commissions on the status of Women. United Nations, New York.
110. College of Nurses of Ontario. (2006). *Bridging practice and policy*. The Standard. 31(4).
111. Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center. (2004). *Evidence Report/Technology Assessment: Number 9 – Strategies for Improving Minority Healthcare Quality*. Baltimore, MD.
112. Cross, T. (2001). *Cultural Competence Continuum*. Retrieved February 16, 2006 from: <http://www.nysccc.org/T-Rarts/CultCompCont.html>
113. Isaccs, M.R., & Benjamin, M.P. (1991). *Toward a culturally competent system of care (Vol.2)*. Washington, D.C.: Georgetown University Child Development Center, CASSAP Technical Assistance Center.
114. Spitzer, Denise L. (2005). *Engendering health disparities in reducing health disparities in Canada*. Public Health, 96(2): F78-96.
115. Indian and Northern Affairs Canada. (2000). *Definitions*. Department of Indian Affairs and Northern Development (DIAND). Retrieved August 29, 2003, from http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info101_e.html
116. Ontario Anti-Racism Secretariat. (1993). *Anti-Racism: A guide to key anti-racism terms and concepts, 2nd Edition*.
117. Crandall, S.J., George, G., Marian, G.S. & Davis S. (2003). *Applying Theory to the Design of Cultural Competency Training for Medical Students: A Case Study*. Academic Medicine. 78(6).

Referencias por orden alfabético

- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- Anderson J.M. (1987). The Cultural Context of Caring. *Canadian Critical Care Nursing Journal*, 4(4): 7-13.
- Aries, N.R. (2004). Managing Diversity: The Differing Perceptions of Managers, Line workers, and Patients. *Health Care Management Review*, 29(3), 172-180.
- American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto, ON: Author.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al. (2001). *Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
- Beach M.C., Robinson, K.A., Jenckes, M.W. & Powe N.R. (2005). Cultural Competence A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care*, 43(4): 356-373.
- Beagan B. (2003). Teaching Social and Cultural Awareness to Medical Students: "It's all very nice to talk about it in theory, but ultimately it makes no difference." *Academic Medicine*, 78(6): 605-614.
- Beiser, M. (2005). Reducing Health Disparities in Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 96- 2 (1).
- Beiser, M. (2005). The Health of Immigrants and Refugees in Canada in Reducing Health Disparities in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 1(2): 3.
- Betancourt, J., Green, A. & Carrillo, J. (2002). Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. Field Report , Retrieved 02/09/07 from: http://www.cmwf.org/usr_doc/betancourt_culturalcompetence_576.pdf
- Betancourt, J. Green A. & Carrillo, J. & Park, E. (2005). Cultural Competence and Health Care Disparities: Key Perspectives and Trends. *Health Affairs*, 24: 499-505.
- Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic* \$, 16(4), 196–203.
- Bowen, S.J. (2004). *Assessing the responsiveness of health care organizations to culturally diverse groups*. A thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Department of Community Health Sciences, University of Manitoba. Winnipeg, Manitoba.
- Brown, L. (2006). Schools scramble to take a door count. *Toronto Star*. 09(2): A18.
- California Endowment. (2002). *A Manager's Guide to Cultural Competance Education for Health Care Professionals*. Los Angeles: The California Endowment.
- Campinha-Bacote, J. et al. (2006). Cultural Competence in Nursing Curricula: How Are We Doing 20 Years Later? *Journal of Nursing Education*, 45(7).
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). (2005). *Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance*. Retrieved on November 11, 2005 from: http://www.chsrf.ca/other_documents/pdf/evidence_e.pdf
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). *Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance*. Retrieved November 22, 2004 from: http://www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php

Canadian Heritage 1998. Visible Minority Workers are at greater Economic Risk. Multiculturalism 2. Retrieved January 2007 from http://www.pch.gc.ca/progs/multi/evidence/series2_e.cfm.

Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). First Minister's meeting communiqué on health. News Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.

Canadian Nurses Association. (2002). Planning for the future: Nursing human resource projections. Ottawa, ON: Author.

Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses. Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.

Canadian Policy Research Networks. (2005). Diversity Gateway. Retrieved January 2007 from <http://www.cprn.org/en/diversity-glance.cfm>.

Canadian Race Relations Foundation (2002). Systemic Racism in Employment in Canada: Diagnosing Systemic racism in Organizational Culture. Toronto, Ontario. Retrieved January 2007 from <http://www.crr.ca>.

Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D., (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71–79.

Coffman, M. (2004). "Cultural Caring in Nursing Practice: A meta -synthesis of qualitative research." *Journal of Cultural Diversity*. 11(3): 100-109.

College of Nurses of Ontario (CNO). (2004). A Guide to Nurses Providing Culturally Sensitive Care. Retrieved February 16, 2006 from http://www.cno.org/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf

College of Nurses of Ontario. (2006). Bridging practice and policy. *The Standard*. 31(4).

Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). Position statement on nursing clinical education. Toronto, ON: Author.

Crandall, S.J., George, G., Marian, G.S. & Davis S. (2003). Applying Theory to the Design of Cultural Competency Training for Medical Students: A Case Study. *Academic Medicine*. 78(6).

Cross, T. (2001). Cultural Competence Continuum. Retrieved February 16, 2006 from: <http://www.nysccc.org/T-Rarts/CultCompCont.html>

Cross, T., Bazron D. & Issacs M. (1989). Towards a culturally competent system of care. Georgetown University Child Development Center. Washington, DC.

Davies, P. (2005) Keynote Presentation at the seventh Annual Invitational Workshop: Evidence-Based Governments: How do we make it happen? Montreal, Quebec.

Dhalla, I.A., et al. (2002). Characteristics of first-year students in Canadian medical schools. *Canadian Medical Association Journal*, 166: 1029-1035.

Dreachslin J.L & Agho A. (2001). Domains and Core Competencies for Effective Evidence-Based Practice in Diversity Leadership. *The Journal of Health Administration Education*. S.I.: 141-147.

Dreachslin J.L, Jimpson G.E. & Sprainer E. (2001). Race, Ethnicity, and Careers in Healthcare Management. *Journal of Healthcare Management*. 46(6): 397-410.

Dreachslin J.L, Weech-Moldano, R. Dansky K.G. (2004) Racial and ethnic diversity and organizational behavior: a focused research agenda for health services management. *Social Science and Medicine*, 59: 961-971.

Dreachslin J.L., Sprainer E. & Jimpson G. (2002). Communication: Bridging the Racial and Ethnic Divide in Health Care Management. *Health Care Manager*, 20(4): 10-18D.

- Dreachslin, J.L. (1999). Diversity Leadership and Organizational Transformation: Performance indicators for health services organizations. *Journal of Healthcare Management*, 44(96): 427-39.
- Dreachslin et al. (2000). Workforce Diversity: Implications for the Effectiveness of Health Care Delivery Terms. *Social Science & Medicine*, 50:1403-1414.
- Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & Widmeyer, G., (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3), 46–58.
- Dunleavy, J., Shamian, J., & Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse*, 99(3), 23-26.
- Eisenbruch M. (2001). National Review of Nursing Education: Multicultural Nursing Education. Higher Education Division, Department of Education, Training and Youth Affairs. Commonwealth of Australia.
- Eisenbruch, M. & Dowton, B. (2000). A Proposed Multicultural Health Program at University of New South Wales: Productive Diversity for the Health of People of Australia. Interm Draft Report to Department of Immigration and Multicultural Affairs, Productive diversity Partnership Program (Resource Development Projects) Project 8: The intersection of Health and Culture. The Commonwealth Fund.
- Essed, P. (2001). Towards a Methodology to Identify Converging Forms of Everyday Discrimination. Internet Publications: 45th Session of the U.N. Commissions on the status of Women. United Nations, New York. Retrieved: 02/09/07.
- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality, *Nursing Research*, 54(2), 74-84.
- Etowa, J/ (2005). Surviving on the margin of a profession: Experience of black nurses. Unpublished doctoral dissertation. University of Calgary, AB.
- Farrer, J. (2004). A practical approach to diversity. *Industrial and Commercial Training*, 36(4): 175-177.
- Fineout-Overholt, E. (2005). Formulating Questions and Searching for Best Evidence Importance of Evidence-Based Practice to Nursing. Pre-conference workshop presentation on evidence-based practice. Waikoloa, Hawaii.
- First Ministers' meeting on the future of health care (2004). Retrieved Nov 2004 – June 2005 from <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>
- Foldy, Eric G. (2003). Learning from Diversity: A Theoretical Exploration. Seventh National Public Management Research Conference, Washington, D.C.
- French, B.M. (2003). Culturally Competent Care: The Awareness of Self and Others. *Journal of Infusion Nursing*, 26(4): 252-255.
- Friday, E., Friday, S.S. (2003). Managing diversity using a strategic planned change approach. *Journal of Management Development*, 22(10): 863-880.
- Frusti D.K. et al. (2003). Creating a Culturally Competent Organization: Use of the Diversity Competency Model. *Journal of Nursing Administration*, 33(1): 31-38.
- Gardner, J. (2005). A Successful Minority Retention Project. *Journal of Nursing Education*, 44(12): 566-568.
- Gilbert J. (2003). A Manager's Guide to Cultural Competence Education for Health Care Professionals. The California Endowment.
- Golemon, P. (2003). Communicating in the intercultural classroom. *IEEE Transactions on Professional Communications*, 46(3): 231-235.
- Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. In D.L. Gustafson (Ed.), *Care and consequences*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.
- Grinspun, D. (2002). The Social Construction of Nursing Caring. Unpublished Doctoral Dissertation Proposal. York University, North York, Ontario.

- Haarmans, M. (2004). *A Review of Clinical Cultural Competence: Definitions, Key Components, Standards, and Selected Trainings*. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.
- Hagey, R. (1999). *What is racism?* Culture Care Nursing Research Council Publication. Toronto, ON.
- Hall, E. (1959). *The Silent Language*. New York: Doubleday and Company Inc.
- Harvard Business Review. (2001). *Harvard Business Review on Managing Diversity*. Harvard Business School Publishing Corporation. Boston, Massachusetts.
- Health Canada (2003). *First Ministers' accord on health care renewal*. Retrieved May 5, 2005 from: www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/healthaccord.pdf
- Henry, F. & Ginsberg, E. (1985). *Who gets the work? A Test of Racial Discrimination in Employment Toronto*. Urban Alliance on Race Relations and the Social Planning Council of Metropolitan Toronto. Toronto, ON.
- Henry, F. & Tator, C. (1989). *Who gets the work in 1989?* Report prepared for the Economic Council of Canada.
- High Court of Australia. (2002-2005). *Workplace Diversity Strategy (Draft Report)*. Retrieved 2/08/07 from <http://www.hcourt.gov.au/Workplace%20diversity%20program%2002-05.doc>
- ICN Position Statement Ethical Nurse Recruitment. (2001). www.icn.ch/psrecruit01.htm. Retrieved: 02/07.
- Indian and Northern Affairs Canada. (2000). *Definitions*. Department of Indian Affairs and Northern Development (DIAND). Retrieved August 29, 2003, from http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info101_e.html
- Institute of Medicine. (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Institute of Medicine. Committee on Institutional and Policy. *Level Strategies for Increasing the Diversity of the US Healthcare Workforce*. (2004). In *the Nation's Compelling Interest: Ensuring Diversity in the Health Care Workforce*. National Academy of Sciences.
- Internationally Trained Workers Project. (2004). *Moving Forward: A Strategy for the Integration of Internationally Trained Workers in Ottawa (Draft Report)*. Ottawa, ON.
- Isaccs, M.R., & Benjamin, M.P. (1991). *Toward a culturally competent system of care (Vol.2)*. Washington, D.C.: Georgetown University Child Development Center, CASSAP Technical Assistance Center.
- Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center. (2004). *Evidence Report/Technology Assessment: Number 9 – Strategies for Improving Minority Healthcare Quality*. Baltimore, MD.
- Kovner, C., & Gergen, P. (1998). *Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals*. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Lowe, G. (2004). *Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces*. Keynote presentation at the RAO 4th Annual International Conference – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge. 17 November 2004, Markham, ON.
- Lowenstein A. & Glanville C. (1995). *Cultural Diversity and Conflict in the Health Care Workplace*, *Nursing Economics*. 13(4): 203-209.
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & Guither, C. (2002). *Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes*. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106.
- Matsuoka, A. & Sorenson, J. (1991). *Ethnic identity and social services delivery: Some models examined in relation to immigrants*. *Canadian Social Work Review*, 8(2): 255-268.
- Melnik, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence based practice in nursing & healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Moynihan, R. (2004). Evaluating Health Services: A reporter covers the science of research synthesis. Millbank Memorial Fund. Retrieved November 22, 2004 from: <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf>

Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (Editorial). *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-77.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722.

NHS Leadership Centre. (2002). Getting On Against the Odds. National Nursing Leadership Programme. National Health Service UK web. Retrived January 2007 from www.nursingleadership.co.uk

Nursing Task Force. (1999). Good nursing, good health: An investment for the 21st century. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

O'Brien-Pallas, L. & Wang, S. (2006). Innovations in Health Care Delivery: Responses to Global Nurse Migration – A Research Example. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(3): 49S-57S.

Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services. (2001). National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care (CLAS standards): Final Report. Washington, DC.

Ontario Anti-Racism Secretariat. (1993). *Anti-Racism: A guide to key anti-racism terms and concepts*, 2nd Edition.

Paterson, B.L, Osborne, M. & Gregory, D. (2004). How Different Can You Be and Still Survive? Homogeneity and Difference In Clinical Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 1(1): 2.

Pearson, A. et al. (April 2005). Comprehensive Systematic Review of Evidence on Embracing Cultural Diversity for Developing and Sustaining a Healthy Work Environment in Healthcare. Prepared for the South Australian Department of Human Services, the Registered Nurses Association of Ontario and Health Canada, Office of Nursing Policy, Joanna Briggs Institute, Health Care Reports. Adelaide, Australia.

Peoples, B. (2002). The Sound of Housing Discrimination. *The Crisis*, 109(6): 7-8.

Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.

Registered Nurses' Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario. Toronto, ON: Author.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). Collaborative Practice Among Nursing Teams. Toronto, ON: Author.

Riddick, S. (1997). Application Strategies in Various Health Care Settings — on-line information retrieved 2/08/07. <http://www.diversityrx.org/html/moverb.htm>

Samovar, L.A. & Porter, R.E. (1994). *Intercultural Communication Reader* 7th edition. Belmont: International Thomson Publishing, Wadsworth Inc.

Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 478–85.

Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. *Journal of Emergency Nursing*, 20(6), 497-504.

Singer, R. (2006). Watch for Cultural Biases in assessing employees. *Canadian HR Reporter*, June 19.

Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588–600.

- Spitzer, Denise L. (2005). Engendering health disparities in reducing health disparities in Canada. *Public Health*, 96(2): F78-96.
- Srivastava, R. (2007). *The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence*. Elsevier Health Science. Toronto: Mosby Canada.
- Stake, R., Editor. (1994). Case Studies. *Handbook of Qualitative Research*. Denzin, N. & Lincoln, Y. Thousand Oaks CA, Sage: 236-347.
- Statistics Canada (2006). *Women in Canada: A gender based statistical report*, (5th ed.). Cat. No. 89-503-XIE. Ottawa: Statistics Canada. Retrieved on July 9, 2006 from: <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/Statcan/89-503-X/0010589-503-XIE.pdf>.
- Tashiro, C. (2005). The Meaning of Race in Healthcare and Research – Part 2. *Current Controversies and Emerging Research. Pediatric Nursing*, 31(4).
- Thomas, D. (2004). Diversity as Strategy. *Harvard Business Review*, 9: 98-108.
- Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety. Summary, evidence report /technology assessment. Number 74*. Rockville, MD.
- Villeneuve, M. & MacDonald, J. (2006.) *Toward 2020: Visions for Nursing*. Canadian Nurses Association: Ottawa, ON.
- Villeneuve, Michael J. (2002/2003). Healthcare, Race and Diversity: Time to Act. *Hospital. Quarterly*, 6(2).
- Whiteley, J. (2004). Creating behavioural change in leaders. *Industrial and Commercial Training* 36(4): 162-165.
- Whitla, D., Orfield, G., Silen, W., Teperow, C., Howard, C., & Reede, J. (2003). Educational Benefits of Diversity in Medical School: A Survey of Students. *Academic Medicine*, 78(5): 460-466.
- Wilson, A., Sanner S., McAllister L. (2003). *Building Diverse Relationships*. The Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International Diversity Resource Paper. http://www.son.rochester.edu/son/global/diversity_paper.pdf Retrieved: 02/09/07.
- Xu, Y., Shelton D., Polifroni, E.C. & Anderson, E. (2006). Advances in Conceptualization of Cultural Care and Cultural Competence in Nursing: An Initial Assessment. *Home Healthcare Management and Practice*, 18(5): 386-393.
- Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149–58.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, Sage.

Anexo A: Glosario de términos

Aborígenes de las Primeras Naciones: los descendientes de los habitantes originales de Norteamérica. La Constitución canadiense reconoce tres grupos de pueblos aborígenes: Indios, Métis e Inuit. Se trata de tres pueblos diferentes, cada uno con su propio patrimonio, lengua, prácticas culturales y creencias espirituales.¹¹⁵

Acción afirmativa o discriminación positiva: acciones específicas en la contratación, el ascenso y otros ámbitos, diseñadas y adoptadas con el fin de eliminar los efectos actuales de la discriminación fruto del pasado o evitar la discriminación.

Acreditación: acción y efecto de acreditar que incluye la concesión de una autorización a una institución de enseñanza por parte de un comité de selección oficial una vez que la escuela ha cumplido una serie de requisitos específicos.

Competencia cultural: la competencia cultural se define como un conjunto de conductas, actitudes y directrices congruentes agrupadas en un sistema u organismo, o compartidas por profesionales, y permite que el sistema, el organismo o los profesionales trabajen de manera eficaz en situaciones transculturales.^{112, 113}

Cuidados culturalmente competentes: la capacidad para prestar una atención centrada en los pacientes, reconociendo el impacto significativo de los valores y las creencias culturales, así como el poder y la jerarquía que a menudo son inherentes a las interacciones clínicas, particularmente, entre las personas de grupos marginales y las instituciones de atención sanitaria.

Datos demográficos y culturales: características que definen un determinado grupo de personas, como los antecedentes culturales y raciales, el idioma, la edad, el género, la orientación sexual, las discapacidades, la religión, la educación y la estadística socioeconómica.

Discriminación: acción de tratar de forma diferente a un grupo o a un individuo por formar parte de un determinado grupo. La discriminación se basa en actitudes, valores o creencias negativas que conducen a acciones o conductas que limitan las oportunidades de otras personas. La discriminación sistémica procede de políticas, prácticas y procedimientos aparentemente neutros que tienen efectos diferentes, frecuentemente no deliberados, sobre diferentes grupos.

Diversidad cultural: este término se usa para describir la variación entre las personas en lo que respecta a una serie de factores como son la identidad étnica, el país de origen, la raza, el sexo, las capacidades, la edad, las características físicas, la religión, los valores, las creencias, la orientación sexual, el estrato socioeconómico o las experiencias personales.

Diversidad productiva: utilización eficaz de la diversidad de la plantilla por parte de una institución para conseguir una serie de objetivos.

Dominio de la competencia cultural: implica tener la diversidad y las diferencias culturales en muy gran estima, adoptar un papel proactivo respecto a las diferencias culturales y potenciar la mejora de las relaciones culturales entre los diversos grupos

Enfermeras: abarca las enfermeras universitarias, enfermeras con formación profesional, enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras de práctica avanzada como las especialistas clínicas.

Entorno laboral saludable: un entorno laboral saludable para las enfermeras es un lugar de la práctica en el que se maximiza la salud y el bienestar de las enfermeras, los resultados de los pacientes o usuarios y el comportamiento de las instituciones.

Estereotipo: concepción generalizada de un grupo de personas que da origen a una categorización consciente o inconsciente de cada miembro de ese grupo sin tener en cuenta las diferencias individuales.¹¹⁶

Grupos minoritarios: grupos cuyo número de miembros es proporcionalmente menor. En el contexto social, se trata de un término engañoso que se usa para describir las identidades étnicas no dominantes.⁵¹

Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables: declaraciones desarrolladas de manera sistemática, basadas en la mejor evidencia disponible, para ayudar en la toma de decisiones.

Integración: se refiere a un sistema organizativo en el que la toma de decisiones incluye las perspectivas de diferentes puntos de vista. Incluye los derechos de los individuos y los grupos por tener las mismas oportunidades y el mismo nivel de participación.

Marginación: excluir o dejar a alguien en condiciones de inferioridad, por ejemplo, en cuanto a la posición social. El proceso de marginación social se refiere a la falta de un acceso equitativo a los beneficios sociales, políticos y económicos, incluyendo la salud, por ser miembro de un grupo identificable.

Organismo regulador: en el contexto profesional, se trata de una institución externa autorizada legalmente para supervisar y controlar prácticas profesionales y los resultados que guarden relación con las mismas. Su actividad fundamental es la de proteger a la población.

Paciente, usuario o residente: se refiere a individuos, familias (familiar, tutor, cuidador de apoyo), grupos, poblaciones o comunidades enteras. En la educación, se puede tratar de un estudiante; en la administración, puede ser el personal; y en la investigación, el participante de un estudio.

Poblaciones culturalmente diversas: (véase también Diversidad cultural): diferencia notable o desigualdad entre dos o más grupos de población definida en términos de raza o identidad étnica, género, nivel cultural u otros criterios.¹¹⁴

Prejuicio: conjunto de actitudes de una persona o un grupo sobre otra persona o grupo que muestra a esa otra persona o grupo de una manera desfavorable a pesar de la ausencia de pruebas legales o suficientes.

Racismo: actitud y acciones específicas a través de las cuales un grupo ejerce poder sobre otros en base al color de la piel o el patrimonio racial. El efecto consiste en marginar y oprimir a algunas personas, manteniendo ventajas para los miembros de ciertos grupos sociales.

Racismo cotidiano: experiencias diarias caracterizadas por encontronazos habituales con otras personas y conductas discriminatorias que dominan las interacciones sociales diarias de las personas. El racismo cotidiano puede incluir tanto trivialidades como experiencias racistas graves y manifiestas.

Recursos culturales: fuentes de los conocimientos culturales. Los recursos culturales pueden adoptar la forma de información expresada (material impreso, electrónico, artístico o de otros medios); directrices y Guías que aporten una orientación; o individuos y grupos que ayuden a comprender e informar sobre otras culturas.

Seguridad cultural: incluye la conciencia cultural, la sensibilidad cultural y la competencia cultural, e implica el reconocimiento de las relaciones de poder desiguales para acabar con las injusticias en la atención sanitaria.

Sensibilidad cultural: se refiere a la conciencia, comprensión y actitud hacia la cultura, y se centra en la autoconciencia y la perspicacia.

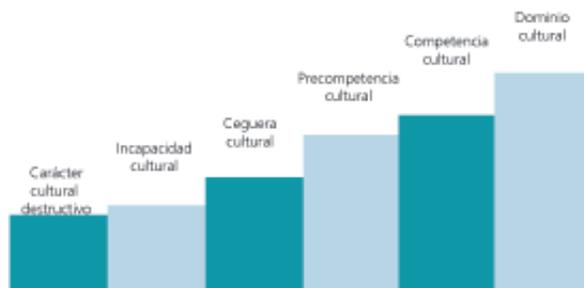
Sesgo sistémico (Racismo sistémico, Discriminación sistémica): políticas, prácticas y procedimientos considerados normales que pueden discriminar a individuos o grupos.

Sociedad multicultural: multiculturalismo- política oficial del gobierno de Canadá que reconoce la diversidad de los canadienses, en cuanto a la identidad étnica, el país o la etnia de origen, el color y la religión, como una característica fundamental de la sociedad canadiense.

Anexo B: Resumen de los modelos fundamentales relacionados con la competencia cultural

Carácter continuo de la competencia cultural^{i,ii}

La competencia cultural en el ámbito institucional e individual es un proceso de desarrollo continuo. La siguiente gráfica pretende destacar una serie de características seleccionadas que las instituciones pueden demostrar en las dos etapas del continuo de la competencia cultural.



Dirigirse hacia la competencia cultural

- El carácter cultural destructivo sólo admite una manera de ser y niega o prohíbe resueltamente cualquier otro enfoque cultural.
- La incapacidad cultural apoya el concepto de iguales, pero separados; se caracteriza por una incapacidad para tratar personalmente los múltiples enfoques, pero por una disposición a aceptar su existencia en otros lugares.
- La ceguera cultural asume que las personas son básicamente similares, de manera que lo que funciona con los miembros de una cultura ha de funcionar con los de otras culturas.
- La precompetencia cultural fomenta el aprendizaje y el entendimiento de nuevas ideas y soluciones para mejorar el rendimiento o los servicios.
- La competencia cultural implica buscar activamente consejo y realizar consultas, así como el compromiso en incorporar nuevos conocimientos y experiencias en una selección más amplia de prácticas.
- El dominio cultural implica tener la diversidad y las diferencias culturales en muy gran estima, adoptar un papel proactivo respecto a las diferencias culturales y potenciar la mejora de las relaciones culturales entre los diversos grupos.

i **Definitions source:** Adapted by T. Goode (2004) from: Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). Towards a Culturally Competent System of Care, Volume 1. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, Center for Child Health and Mental Health Policy, Georgetown University Child Development Center. Available at: <http://gucchd.georgetown.edu/nccc/sidsdvd/continuum.pdf> (accessed 11/05). Available at: <http://www.ncccurrucula.info/documents/TheContinuumRevised.doc> Accessed 7/28/06).

ii **Graph Source:** Goode, T.D. and Harrison S. (2004). Cultural Competence Continuum. Policy Brief 3, 5. Washington, DC: National Center for Cultural Competence-Bureau of Primary Health Care Component, Georgetown University Child Development Center. <http://www.ncccurrucula.info/assessment/B3.html> (accessed 11/05)

These characteristics have been adapted and expanded from original work of Cross, et al., in several ways: (1) to ensure their relevance for health care organizations; (2) to incorporate salient items from the NCCCOs Policy Brief 1 checklist (Cohen & Goode, 1999), <http://www.med.umich.edu/multicultural/ccp/tools.htm> and (3) to emphasize the role of health care organizations in research.

Marcos teóricos para la formación en materia de competencia cultural

Crandall, George, Marian y Davis¹¹⁷ describen los marcos teóricos para el diseño de la formación en materia de competencia cultural. Hacen hincapié en que los educadores deben determinar inicialmente el nivel de competencia deseado en función de las etapas de desarrollo de los estudiantes. Los marcos se pueden usar para diseñar el contenido y las experiencias educativas de los cursos, así como para ayudar en la determinación de los cambios en el conocimiento, las capacidades y actitudes de los estudiantes.

Se usaron las teorías sobre los modelos de comunicación de Crondell, et al.¹¹⁷ para informarse sobre el diseño, la implantación y la evaluación de la formación en materia de diversidad. La teoría de la comunicación de Howell's¹¹⁵ describe los niveles de competencia de la comunicación. Howell describe los cinco siguientes niveles:

- Nivel 1 competencia inconsciente
- Nivel 2 incompetencia consciente
- Nivel 3 competencia consciente
- Nivel 4 competencia inconsciente
- Nivel 5 supercompetencia inconsciente

Aunque el estudio de caso se centra en estudiantes de Medicina, se puede adaptar a la enfermería. Culhane-Pera¹¹⁷ adaptó el modelo evolutivo de Bennett¹¹⁷ y el nivel de competencia de Howell's¹¹⁵ para desarrollar planes de estudios y evaluar la competencia cultural de estudiantes de Medicina.

Etapas del desarrollo de los modelos de competencia cultural*

Nivel de competencia (Howell) ¹¹⁷	Conductas relacionadas con el nivel de competencia cultural (Culhane-Pera et al) ¹¹⁷
Incompetencia inconsciente (Nivel 1)	Nivel 1: No se comprende bien la influencia de la cultura en los cuidados
Incompetencia consciente (Nivel 2)	Nivel 2: Énfasis mínimo en la cultura dentro de la institución
Competencia consciente (Nivel 3)	Nivel 3: Aceptación de las funciones de las creencias, los valores y las conductas culturales en las patologías y los tratamientos
Competencia inconsciente (Nivel 4)	Nivel 4: Incorporación de la conciencia cultural en la práctica diaria
Supercompetencia inconsciente (Nivel 5)	Nivel 5: Integración de la atención a la cultura en todas las áreas de la vida profesional

*Adaptado de las etapas del desarrollo de los modelos de competencia cultural:

ⁱⁱⁱ Crandall, SJ., George, G., Marian, GS., & Davis, S. (2003). Applying Theory to the Design of Cultural Competency Training for Medical Students: A Case Study. *Academic Medicine*, 78(6).

Modelos que reflejan y/o describen la competencia cultural en un continuo

- Frusti.⁶⁵ El modelo de competencia en diversidad se utiliza para realizar la evaluación de las iniciativas sobre diversidad en la enfermería tomadas por la institución. Los hilos conductores, los vínculos, las culturas y la medición son los cuatro elementos principales del modelo.
- Campinha-Bacote.⁹⁹ El modelo de los procesos de competencia cultural tiene constructos de conciencia cultural, conocimientos culturales, destreza cultural, encuentros culturales y deseo cultural.
- Dreachslin.⁸² Modelo de procesos de cambio que consta de cinco partes para la gestión de la diversidad con indicadores del rendimiento en cada etapa. Las etapas varían desde el ‘descubrimiento: aparición de la conciencia de diversidad racial y étnica como una cuestión de importancia estratégica’ a la ‘revitalización’. Los indicadores del rendimiento se basan en las buenas prácticas de las instituciones de servicios sanitarios y del sector económico.³³
- Lowenstein y Glanville.⁸⁰ Modelo para evaluar e intervenir en los conflictos generados en los centros de atención sanitaria.

En la literatura, se resumen otros modelos de competencia cultural. Estos modelos han sido evaluados en buena parte en cuanto a sus implicaciones con respecto a la práctica, la educación y la investigación. Los modelos son útiles en la comprensión de la conceptualización de la competencia cultural y la atención cultural. (En el Anexo G figuran las normas o estándares para los CLAS)^{50, 53, 81}



Anexo C: Proceso de desarrollo de la Guía

La RNAO convocó a un equipo de enfermeras expertas, elegidas por su experiencia en la práctica profesional, en la investigación y en el entorno académico que representaban una amplia variedad de especialidades de enfermería, funciones y entornos sanitarios.

El equipo, con el objetivo de desarrollar la Guía de buenas prácticas, siguió los pasos que se detallan a continuación: durante una fase de búsqueda de consenso, se identificó y definió el ámbito de la Guía, y quedó fijado en una declaración de objetivos y ámbito.

Se desarrollaron las preguntas de investigación para guiar el proceso de revisión de la literatura científica:

- Los términos de búsqueda relacionados con la competencia cultural se enviaron al Joanna Briggs Institute⁴⁰ (JBI) para que llevase a cabo una revisión general de la literatura.
- El equipo desarrolló un marco para organizar los conceptos y el contenido de la Guía.
- El equipo examinó el informe provisional del JBI.
- El equipo aportó bibliografía adicional.
- Se llevó a cabo una revisión de los resultados de la revisión sistemática de la literatura del JBI.
- A través de un proceso de discusión y consenso, se desarrollaron recomendaciones preliminares basadas en la evidencia extraída de la literatura.
- El equipo de expertos revisó y modificó los borradores de las Guías.
- Las Guías se enviaron para que las revisaran las partes interesadas, febrero de 2006.
- Una sección del equipo de expertos revisó y debatió toda la información proporcionada por los colaboradores.
- Las recomendaciones y el análisis de la evidencia se finalizaron.
- El equipo de expertos revisó y aprobó el documento definitivo

Anexo D: Proceso de revisión sistemática de la literatura del JBI

1. Se llevó a cabo una revisión general de la literatura, introduciendo las palabras clave asociadas con el amplio tema de la competencia cultural en las siguientes bases de datos:
 - CINAHL
 - Embase
 - Medline
 - PsychInfo
2. Se desarrolló un protocolo para dirigir una revisión destinada a identificar:
 - Las estructuras y los procesos institucionales que apoyan el desarrollo de las prácticas culturalmente eficaces.
 - El impacto de las prácticas culturalmente competentes sobre la calidad de los resultados para los pacientes, las enfermeras, las instituciones y los sistemas
3. Las palabras clave para las búsquedas incluyeron:
 - Medidas de discriminación positiva y comunicación intercultural, así como diversidad de la plantilla
 - Medidas de discriminación positiva
 - Actitud del personal sanitario
 - Intermediación cultural
 - Diversidad cultural
 - Justicia cultural
 - Proceso asistencial
 - Racismo democrático
 - Racismo cotidiano
 - Servicio de salud
 - Comunicación intercultural
 - Grupos minoritarios
 - Competencia cultural institucional
 - Prejuicios
 - Diversidad productiva
 - Cohesión y diversidad social
 - Discriminación sutil
 - Privilegio de los blancos
 - Diversidad de la plantilla
 - Diversidad del lugar de trabajo

4. Las palabras clave para las búsquedas incluyó:

La estrategia de búsqueda tuvo como objetivo encontrar estudios y documentos, tanto publicados como no publicados escritos en lengua inglesa. Se empleó una estrategia de búsqueda en tres pasos. Se realizó una búsqueda inicial limitada en las bases de datos de MEDLINE y CINAHL para determinar los términos de búsqueda óptimos, seguida de un análisis de las palabras que figuran en el título y el resumen, y de los términos del índice utilizados para describir el artículo. A continuación, se llevó a cabo una segunda búsqueda extensa empleando todas las palabras clave identificadas y los términos del índice. El tercer paso fue la búsqueda de la lista de referencia para estudios adicionales de todos los informes y artículos identificados. Las bases de datos que se utilizaron incluyen:

- ABI/Inform
- CINAHL (1982-2003)
- Cochrane Library (Contenido actual hasta septiembre de 2003)
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)
- Econ lit
- Embase (1980-2003)
- ERIC
- Google
- OVID Medline (En proceso y otras citas que no figuran en el índice, y Ovid Medline 1966-2003)
- PsycINFO (1966-2003)
- PubMed
- Sociological Abstracts
- La búsqueda de estudios no publicados incluyó:
- La base de datos Dissertation Abstracts International

5. Se evaluó la relevancia de los estudios identificados en la búsqueda en bases de datos según la información del título y del resumen. Se recuperaron todos los documentos que parecían cumplir con los criterios de inclusión y se evaluó de nuevo su relevancia para la revisión.

6. Los estudios identificados que cumplían los criterios de inclusión se agruparon según el tipo de estudio (por ejemplo, experimental, descriptivo, etc.).

7. Dos revisores independientes evaluaron la calidad metodológica de los trabajos antes de incluirlos en la revisión mediante un instrumento de valoración crítica adecuado dentro del paquete SUMARI (System for the Unified Management, Assessment and Review of Information, por su nombre en inglés), que es un software especialmente diseñado para gestionar, evaluar, analizar y sintetizar datos.

Las discrepancias entre los revisores se resolvieron mediante discusión y, en caso necesario, mediante la participación de un tercer revisor.

Resultados de la revisión

Con la estrategia de búsqueda utilizada, se encontraron un total de 653 estudios. De estos, se consideraron relevantes un total de 64 documentos conforme a los criterios de la revisión, y fueron seleccionados para su recuperación y posterior evaluación.

La revisión proporcionó las siguientes recomendaciones para la práctica:

- los organismos de atención sanitaria deben establecer y mantener procesos de colaboración con otras instituciones para cubrir las necesidades de los pacientes culturalmente diversos y sus comunidades;
- los organismos de atención sanitaria incluirán la competencia cultural en los sistemas de ayuda en la toma de decisiones, como manuales de práctica y directrices;
- la competencia cultural debe ser un componente de los programas de educación y formación en todas las especialidades y áreas;
- la información sobre la atención sanitaria desarrollada para los pacientes ha de cubrir todas las necesidades de aquellos grupos culturalmente diversos junto con los organismos sanitarios de la población;
- los programas de desarrollo del personal han de incluir las capacidades necesarias para prestar unos cuidados culturalmente competentes a la población específica con la que se trabaja;
- los sistemas de ayuda en la toma de decisiones han de incluir elementos de competencia cultural para todas las directrices y prácticas; y
- los programas de contratación del personal han de incluir las capacidades necesarias para prestar unos cuidados culturalmente competentes a la población específica con la que se trabaja. La revisión proporcionó las siguientes recomendaciones en relación con las iniciativas de búsqueda para el futuro.

Se recomienda, por tanto, la realización y publicación de investigaciones sobre el impacto de las prácticas culturalmente competentes en los resultados para los pacientes, las enfermeras y las instituciones.

Anexo E: Herramientas

A continuación, se presenta una lista de las referencias y páginas Web seleccionadas por orden alfabético. El acceso a todas estas páginas Web se hizo en diciembre de 2006 y enero de 2007.

Betancourt, J.R., Green, A.R., Carrillo, J.E. et al. (2005). Cultural Competence and Health Care Disparities: Key Perspectives and Trends. *Health Affairs*. 24(3): 499-505.

Boyle D., Dwinnell, B. & Platt, F. (2005) Invite Listen and Summarize: a patient-centered communication technique. *Academic Medicine* 1:80(1): 29-32.

Campinha-Bacota, J. (1999) A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38: 203-207.

Campinha-Bacote, J.(2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: a Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): 181-184.

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2004). A Review of Cultural Competence: Definitions, Key Components, Standards and Selected Trainings. Toronto, ON: Author.

The Change Management Tool Book. Three principal sections: Self, Team and Larger System.
<http://www.change-management-toolbook.com/index.html>

College of Nurses of Ontario. (2004). Practice Guideline Culturally Sensitive Care. Toronto, ON: Author.

A Cultural Competence Guide for Primary Health Care Professionals in Nova Scotia. (2005).
http://www.gov.ns.ca/.../primaryhealthcare/pubs/Cultural_Competence_guide_for_Primary_Health_Care_Professionals.pdf
Numerous references for self-awareness, links to websites, assessment tools, etc.

Davis, C. (2003). How to help International Nurses Adjust. *Nursing 2003 Career Directory* <http://www.nursingcenter.com>
Institute for Diversity in Health Management. (2004) Strategies for Leadership: Does Your Hospital Reflect the Community it Serves? <http://www.diversityconnection.org/diversityconnection/cultural-competency-and-leadership/Institute-files/GPNMN.pdf>

Goode T. (2000). Self-Assessment Checklist for Personnel Providing Primary Healthcare services. National Center for Cultural Competence.
<http://www.vdh.virginia.gov/ohpp/clasact/documents/clasact/research/SelfAssessmentChecklist.pdf>

Lynch E. & Hanson, M. (1998). The Cultural Competence Continuum.
http://www.cde.state.co.us/earlychildhoodconnections/SCCT/Cultural_Competence_Continuum.pdf

A Manager's Guide to Cultural Competence Education for Health Care Professionals.
www.calendow.org/reference/publications/pdf/cultural/TCE0217-2003_A_Managers_Gui.pdf

www.ons.org/clinical/Treatment/Toolkit.shtml – Oncology Nurses Association Multicultural toolkit

University of Toronto, Anti-racism and cultural diversity office <http://www.library.utoronto.ca/equity/race.html>
Provides training and education, a mechanism for dialogue and information about an inclusive environment
Zoucha, R. (2000). The keys to culturally sensitive care. *American Journal of Nursing*. 100(2): 24GG-HH, 24KK.

Otras páginas Web de interés seleccionadas. El acceso a todas estas páginas Web se realizó en diciembre de 2006 y enero de 2007.

http://www.mcf.gov.bc.ca/publications/cultural_competency/assessment_tool/tool_index1.htm

Herramienta de evaluación de la competencia cultural de Vancouver, B.C

http://ctb.ku.edu/tools/en/section_1168.htm

Entendimiento de la cultura y la diversidad en la creación de comunidades.

http://www.aucd.org/councils/multicultural/Cultural_Competence_Survey.htm

Evaluación de la competencia cultural institucional.

<http://www.hrsa.gov/culturalcompetence/indicators/>

Department of Health and Human Services: Evaluación de la competencia cultural.

<http://www.diversityrx.org/HTML/ESSEN.htm>

Puntos fundamentales de la diversidad en Estados Unidos.

<http://www.medqic.org/dcs/ContentServer?cid=1122904863620&pagename=Medqic%2FMQTools%2FtoolTemplate&c=MQTools>

Herramienta de evaluación de las normas en materia de CLAS.

<http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>

(Véase el Anexo G)

<http://www.healthycommunities.on.ca/publications/ICO/index.html>

Ontario Healthy Communities Coalition, Inclusive Community Organizations: A toolkit.

<http://www.diversityrx.org/>

Cómo afectan el idioma y la cultura a la prestación de servicios de calidad a personas étnicamente diversas.

<http://www.tcns.org/>

Enfermería transcultural.

<http://www.transculturalcare.net/>

Investigación, gestión y formación clínica sobre competencia cultural y enfermería transcultural.

<http://cecp.air.org/cultural/default.htm>

La competencia cultural en la educación.

<http://www.culturalcompetence2.com/>

Recursos en línea sobre la competencia cultural.

<http://www.amsa.org/programs/gpit/cultural.cfm>

Competencia cultural en la Medicina.

<http://www.culturalcompetence.org>

Formación sobre competencia cultural: Nuevas destrezas para un mundo diverso. Multicultural Association of Nova Scotia.

<http://ublib.buffalo.edu/libraries/units/hsl/resources/guides/culturalcompetence.html>

Recursos sobre la competencia cultural.

<http://www.hrsa.gov/culturalcompetence/>

Department of Health and Human Services de Estados Unidos. Recursos sobre la competencia cultural para los profesionales de la sanidad.

Anexo F: Implantación – Consejos y estrategias

En el desarrollo de esta Guía el equipo de expertos señaló en repetidas ocasiones que el éxito de las recomendaciones dependería no sólo de lo que se hubiera hecho, sino de cómo se hubiera implantado. A continuación, se destacan las cuestiones fundamentales que surgieron durante las deliberaciones del equipo, así como en el proceso de revisión de los colaboradores.

Cuestiones y necesidades fundamentales

Entorno seguro: el tema a menudo genera profundos sentimientos y emociones, es por ello que existe una imperiosa necesidad de crear entornos seguros en los que reflexionar, hablar y explorar estos sentimientos.

Mediadores cualificados: es necesaria una capacidad para la mediación para manejar las emociones, las perspectivas divergentes y los posibles conflictos que puedan surgir. Los mediadores han de entender las complejidades y paradojas relacionadas con la diversidad para poder ir más allá de las expresiones superficiales de entendimiento o aflicción.

Conexión con el orden del día institucional más amplio: el objetivo de aceptar la diversidad ha de ser visto como algo que ayudará a los individuos y las instituciones a realizar su misión y alcanzar sus objetivos en una sociedad multicultural, y no como una iniciativa más para cubrir las necesidades de alguien o las órdenes del día de una institución. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que la cultura institucional ya exista como punto de partida. Explicitar los valores, las suposiciones, los sesgos, los temores y los deseos existentes no es solo una primera etapa fundamental, sino que también es una etapa esencial para el mantenimiento de esta labor.

La flexibilidad será la clave: las instituciones tendrán necesidades y prioridades variables que tenderán a evolucionar a medida que éstas cambian. Los hitos serán importantes, pero los valores subyacentes de respeto, integración, valoración de las diferencias, igualdad y compromiso requieren la revisión continua de los enfoques específicos para garantizar que todo el personal se sienta integrado y respetado.

Historias positivas: es fácil sentirse abrumado por todas las necesidades que se han de cubrir para conseguir aceptar verdaderamente la diversidad en el ámbito institucional con el fin de crear un entorno laboral saludable. A este gran reto, se añade la complejidad de la propia diversidad. Por lo tanto, es importante incidir en los pequeños pasos que se han realizado con éxito frente a un gran cambio. Los ejemplos de los pequeños éxitos conseguidos no son solo una inspiración, sino que aportan información sobre cómo abordar la complejidad en una situación dada.

No es labor de una sola persona: muchas instituciones han elegido tratar la diversidad asignando la tarea a un determinado individuo o a una cartera en particular. Aunque esto puede servir para aclarar responsabilidades, supone un reto y una responsabilidad para una sola persona. Esta persona, independientemente de lo bien informada que esté, estará limitada por su propia perspectiva. La fuerza de la diversidad radica en la riqueza procedente de las múltiples perspectivas. Por lo tanto, se recomienda que la implantación sea realizada por un grupo o comité que pueda servir de modelo sobre el valor de la diversidad e identifique y aborde eficazmente las múltiples realidades que puedan existir en una institución, y en el que se respete la responsabilidad de cada uno.

Anexo G: Estándares en materia de los CLAS

Estándares nacionales para unos servicios adecuados desde el punto de vista cultural y lingüístico en la atención sanitaria⁶⁸

Estándar 1

Las instituciones sanitarias deben garantizar que los pacientes y/o usuarios reciban una atención eficaz de comprensión y respeto por parte de todos los miembros del personal que sea compatible con las creencias y prácticas sanitarias de su cultura, así como con el idioma que deseen utilizar.

Estándar 2

Las instituciones sanitarias han de implantar estrategias en todos los ámbitos de la institución para contratar, conservar y promocionar un personal y una dirección diversos que sean representativos de las características demográficas de la zona en la que prestan el servicio.

Estándar 3

Las instituciones sanitarias han de garantizar que el personal de todos los ámbitos y disciplinas reciba una formación y preparación continuadas en la prestación de servicios adecuados desde el punto de vista cultural y lingüístico.

Estándar 4

Las instituciones sanitarias deben ofrecer y prestar servicios de idiomas, entre los que se incluyan un personal bilingüe y servicios de interpretación, gratuitos a todos los pacientes y/o usuarios que tengan un nivel de inglés limitado en cualquier momento y de manera oportuna durante todas las horas de operación.

Estándar 5

Las instituciones sanitarias deben proporcionar a los pacientes y/o usuarios en el idioma que deseen utilizar tanto ofertas verbales como notificaciones por escrito en las que se les informe de su derecho a recibir servicios de idiomas.

Estándar 6

Las instituciones sanitarias deben garantizar la competencia lingüística a los pacientes y/o usuarios con un bajo nivel de inglés a través de intérpretes o un personal bilingüe. No se ha de hacer uso de familiares y amigos para realizar servicios de interpretación (a no ser que así lo pida el paciente y/o el usuario).

Estándar 7

Las instituciones sanitarias han de proporcionar materiales relacionados con los pacientes de fácil comprensión, así como letreros en los idiomas de los grupos más comunes y/o de los grupos representados en la zona de servicio.

Estándar 8

Las instituciones han de desarrollar, implantar y promover un plan estratégico por escrito que exponga en líneas generales de manera clara los objetivos, las directrices, los planes operativos y los mecanismos de responsabilidad y supervisión de la gestión para proporcionar servicios adecuados desde el punto de vista cultural y lingüístico.

Estándar 9

Las instituciones sanitarias han de realizar autoevaluaciones institucionales iniciales y continuas de las actividades relacionadas con los CLAS, y se les anima a integrar medidas relacionadas con la competencia cultural y lingüística en sus auditorías internas, programas de mejora del rendimiento, evaluaciones de satisfacción de los pacientes y evaluaciones basadas en resultados.

Estándar 10

Las instituciones sanitarias han de garantizar que los datos de cada paciente y/o usuario relativos a la raza, la identidad étnica, el idioma hablado y escrito sean recopilados en registros, integrados en los sistemas de gestión de la información de las instituciones y actualizados periódicamente.

Estándar 11

Las instituciones sanitarias han de mantener un perfil demográfico, cultural y epidemiológico actualizado de la comunidad, así como una evaluación de las necesidades para planificar de manera precisa e implantar servicios que den respuesta a las características culturales y lingüísticas de la zona de servicio.

Estándar 12

Las instituciones sanitarias han de asociarse de manera participativa y en colaboración con las comunidades, y utilizar una variedad de mecanismos formales e informales para facilitar la implicación de la comunidad y los pacientes y/o usuarios en el diseño y la implantación de las actividades relacionadas con los CLAS.

Estándar 13

Las instituciones sanitarias han de garantizar que los procedimientos conciliatorios y de resolución de conflictos tengan en cuenta las características culturales y lingüísticas, y puedan identificar, evitar y resolver los conflictos o las quejas transculturales realizadas por los pacientes y/o los usuarios.

Estándar 14

Se anima a las instituciones sanitarias a hacer pública de manera regular la información sobre sus progresos e innovaciones satisfactorias en la implantación de los estándares CLAS, así como a dar a conocer en sus comunidades la disponibilidad de esta información.

Para más información, visitet: <http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>

Adaptado de: Office of Minority Health, US Department of Health and Human Services.⁶⁸

ABRIL de 2007

 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM

Entornos laborales saludables Guías de buenas prácticas

Aceptación de la diversidad cultural en atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural

*Hecho posible gracias a la financiación del
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*

*Desarrollado en colaboración con Health Canada,
Office of Nursing Policy*



ISBN
0-920166-86-5