



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Trabajo Escrito

**Integración de Equipos de Trabajo Interculturales en el
Personal de los Servicios de Salud**

Que para obtener el grado de:

Maestro en Administración
(Organizaciones)

Presenta: María del Rosario Matabuena Cascajares

Tutor: Dr. Carlos Martínez Gutiérrez

México, D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración

Facultad de Contaduría y Administración
Facultad de Química
Instituto de Investigaciones Sociales
Instituto de Investigaciones Jurídicas

Trabajo Escrito

Integración de Equipos de Trabajo Interculturales en el
Personal de los Servicios de Salud

Que para obtener el grado de:

Maestro en Administración
(Organizaciones)

Presenta: María del Rosario Matabuena Cascajares

Tutor: Dr. Carlos Martínez Gutiérrez

México, D.F.

2006

Título:**Integración de Equipos de Trabajo Interculturales en el Personal de los Servicios de Salud****Índice General:**

Tema	Página
1. Introducción.....	02
2. Presentación y descripción del trabajo escrito	04
2.1 Identificación del problema general y sus componentes.....	04
2.2 La situación deseada y la situación actual	06
2.3 El método empleado y los instrumentos de análisis.....	09
2.4 Justificación de la elección del tema	12
3. Marco Conceptual	13
3.1 Diversidad Cultural	15
3.2 Competencia Cultural.....	16
3.3 El Idioma y la Comunicación	21
3.4 El Trabajo en Equipo.....	24
3.5 El Mejoramiento de la Calidad y la Productividad	24
3.6 La Capacitación y el Desarrollo de Recursos Humanos	25
4. Marco referencial de la organización y de su entorno.....	25
5. Metodología para el desarrollo de Competencia Cultural y la evaluación de los resultados	28
6. Análisis de las opciones y elección de la más conveniente	32
7. Conclusiones y líneas de investigación a seguir	32
8. Fuentes bibliográficas, hemerográficas, estadísticas y/o documentales.....	35
9. Anexos	42
Anexo 1. Cuestionario de Auto evaluación de la Competencia Cultural.....	42

1.- Introducción:

El objetivo de este trabajo escrito es desarrollar una propuesta metodológica para facilitar la integración de equipos de trabajo con diversidad cultural en los servicios de salud.

El Propósito es encontrar la mejor manera para favorecer el desarrollo de la competencia cultural en los individuos para que aplicada a la integración de estos equipos de trabajo en el personal de los servicios de salud mejoren la calidad y productividad de los servicios de salud.

Particularmente en algunas áreas del hospital, la composición de los equipos de trabajo es muy heterogénea, tanto por el tipo y nivel profesional, como culturalmente, lo que presenta problemas frecuentes para la comunicación y la aceptación de patrones de comportamiento, que en distintas culturas, son interpretados en forma diferente.

Como todos los problemas complejos, éste es un problema multifactorial. Sin embargo basado en la revisión de la literatura y de la experiencia de campo, se pueden mencionar como los más significativos en el ámbito general: el idioma y las costumbres y creencias de las diferentes culturas. Por otro lado, en el ámbito gerencial destacan aquellos que inciden en la cultura organizacional y los específicos del comportamiento humano y el desarrollo de grupos de trabajo. Todos estos factores, suelen enmarcarse en el contexto del desarrollo de competencias culturales y constituyen el enfoque principal de este trabajo práctico. Para cerrar la brecha entre la situación deseada y la situación actual se requiere una intervención de desarrollo organizacional, en la que se le dé énfasis a los elementos críticos de la competencia cultural.

El método que se emplea para mejorar la competencia cultural consiste en la combinación de varias intervenciones y elementos que juntos constituyen un verdadero programa de desarrollo organizacional. El elemento principal es la capacitación y desarrollo de competencias del personal, tanto del supervisor como de los supervisados. Paralelamente se realiza una revisión e intervención

en los procesos claves y los sistemas operativos, eventualmente creando un verdadero sistema de gerencia del conocimiento que coincide con el máximo nivel de competencia cultural explicado más adelante en el capítulo correspondiente. El proceso de capacitación debe de retroalimentarse de los rediseños de procesos y ajustes a los procedimientos y estructuras correspondientes para mantener actualizado el inventario de competencias y así la capacitación misma.

Dentro del marco conceptual se incluyen y analizan los siguientes elementos: La definición de la diversidad cultural; los elementos más importantes para la competencia cultural; el papel del idioma en la comunicación e integración de equipos de trabajo; el trabajo en equipo; el mejoramiento continuo de la calidad y la productividad de los servicios de salud y la capacitación y el desarrollo de recursos humanos.

Se ha encontrado que la aplicación de este modelo y metodología para el desarrollo de la competencia cultural, ha permitido dar una respuesta más integral a este problema. El hecho de trabajar tanto con los supervisores como con los supervisados, agrega valor a la intervención y reduce los costos de la misma, además de asegurar una solución más sustentable. El método descrito en este trabajo escrito además integra la capacitación con el desarrollo organizacional, promoviendo la gerencia del conocimiento.

El énfasis se ha puesto en el desarrollo de las capacidades individuales sobre todo las relacionadas con el idioma, la sensibilidad cultural y la efectividad del trabajo interpersonal, sin olvidar la integración de equipos de trabajo interdisciplinarios y ubicando a éstos dentro del contexto de la organización, que en el caso de la salud, tiene un grado de complejidad muy grande.

Se proponen nuevas líneas de investigación entre otras: 1) La realización de un análisis detallado de las competencias culturales y el establecimiento de un glosario de términos en esta área. El glosario de términos, sobre todo en español, puede ser de utilidad no solo en México y los países de habla hispana, sino en los Estados Unidos, donde hay una cantidad creciente de personas que

hablan el español; 2) La competencia cultural para mejorar la calidad de la atención a la salud a los pacientes que tienen un origen cultural o migratorio distinto al de los proveedores de servicios clínicos, sobre todo los médicos. Esta línea se refiere sobre todo a estudios similares que se puedan hacer en México o Latino América, ya que en los Estados Unidos ahora está bastante desarrollada esta línea de investigación; y finalmente la importancia del idioma español en la atención a los pacientes en las áreas de urgencias y servicios críticos donde la comunicación puede ser básica para salvar una vida, por ejemplo las órdenes médicas o indicaciones a los pacientes para llevar a cabo un procedimiento clínico.

2.- Presentación y Descripción del trabajo escrito:

2.1 Identificación del problema general y sus componentes.

El Propósito de este trabajo es encontrar la mejor manera para favorecer la integración de equipos de trabajo en el personal de los servicios de salud tomando en consideración la diversidad cultural.

Particularmente en algunas áreas del hospital, la composición de los equipos de trabajo es demasiado heterogénea, tanto por el tipo y el nivel profesional, como por la diversidad cultural que presenta, lo que origina problemas frecuentes para la comunicación y la aceptación de patrones de comportamiento, que en distintas culturas, son interpretados en forma diferente.

La experiencia de la autora para este trabajo es fundamentalmente en organizaciones norteamericanas en donde ha realizado su práctica profesional en los últimos 20 años, sin embargo, esta experiencia tiene aplicación similar tanto en México como en otros países del mundo en donde la autora ha podido consultar con expertos en la materia y constatar en las referencias bibliográficas consultadas, la validez de estas ideas.

Las áreas del hospital como los servicios de alimentación, mantenimiento e intendencia, con más frecuencia tienden a contratar personas que pertenecen a grupos minoritarios (no anglo-sajones) donde incluso el idioma es una barrera para la comunicación y para la integración de equipos de trabajo. Esta problemática se da en donde se presenta diversidad cultural, en las experiencias relatadas en este trabajo, el grupo mayoritario de supervisados ha sido fundamentalmente de origen hispano, mientras que casi todos los supervisores norteamericanos, son anglo-sajones o en muchas ocasiones de raza negra, llamados en los Estados Unidos, Africano-Americanos.

En diversas ocasiones, se buscan servicios de consultoría y capacitación para entrenar al personal supervisado incluyendo la enseñanza del idioma inglés.

Esta es a veces una solución difícil y costosa de implementar y cuando se tiene éxito, el personal capacitado busca nuevas oportunidades de trabajo con sus competencias adquiridas, con lo que se pierde la inversión de capacitación y desarrollo, se aumenta la rotación de personal que implica costos administrativos y obliga a entrenar a nuevos trabajadores. Una mejor solución se obtiene al trabajar simultáneamente en los dos lados de la ecuación, esto es enseñándole al supervisado el idioma y los conocimientos, habilidades y actitudes para integrarse al medio anglo-sajón, pero también enseñar a los supervisores los conocimientos básicos sobre el idioma y la cultura de los supervisados que les permitan interactuar más efectivamente con ellos. .

El problema a resolver es como mejorar la integración de equipos de trabajo con diversidad cultural que permita de una manera integrada y costo efectiva el desarrollo individual, de los equipos de salud y contribuya a mejorar la calidad y productividad de la organización.

La pregunta fundamental es ¿Cuáles son las principales barreras para la integración de equipos de salud en un medio de diversidad cultural y como se pueden crear las condiciones para desarrollar una competencia cultural en la organización, en los equipos de trabajo y en los individuos?

2.2 La situación deseada y la situación actual

La situación deseada consiste en que el personal que trabaja en un hospital determinado posea la sensibilidad y la competencia cultural para poder desarrollar equipos de trabajo productivos. Esto incluye tanto las competencias de los supervisores sobre todo las lingüísticas y su apreciación de las diferencias culturales con sus supervisados, así como por otro lado, mejorar las competencias en los supervisados para que se asimilen mejor a la cultura y el medio de la organización.

En este trabajo, se presentan con frecuencia ejemplos tomados de un hospital comunitario en donde la autora ha estudiado esta problemática e incluso forma parte del cuerpo voluntario del mismo que ayuda en las actividades cotidianas

que lleva a cabo el hospital con la comunidad. Por mucho tiempo la situación prevalente en este y otros hospitales, era que los supervisores y niveles directivos tenían una limitada sensibilidad a otras culturas y a las diferencias en creencias, actitudes y comportamientos ocasionados por la pertenencia a determinada cultura. Tampoco se había desarrollado la necesidad de disponer de competencias culturales para mejorar esta situación. Por otro lado, los supervisados tampoco hacían un esfuerzo efectivo por integrarse a la cultura organizacional dominante en el hospital que es la anglo-sajona. De manera adicional los mandos superiores e intermedios del hospital hacían pocos esfuerzos consistentes para promover la competencia cultural entre el personal.¹

Esta situación ha cambiado en parte gracias a que desde hace unos 5 años un asunto de gran interés es la importancia que ha cobrado el descubrimiento de que pacientes de origen diferente al dominante sajón², llamados también grupos minoritarios, tienen mayores problemas para la recuperación de su salud dadas precisamente las diferencias culturales³ y entre ellas las relacionadas con el idioma⁴. De hecho, este fenómeno es tan importante que ha promovido en el medio académico y gubernamental⁵ la realización de estudios e investigaciones que están comprobando la hipótesis que la calidad de la atención a la salud de grupos minoritarios se encuentra efectivamente comprometida, por un lado por la pobre comprensión del idioma y por las creencias culturales que estimulan prácticas a veces contrarias a las recomendadas o supuestas por los médicos y profesionales de la salud. Por otro lado, contribuye también a este problema la falta de sensibilidad cultural de los proveedores de servicios. A este respecto se están haciendo esfuerzos importantes en los Estados Unidos para revisar el currículo de la carrera de

¹ 28. The Nurse Staffing Dilemma. *LEAD STORY-DATELINE*: [Business Week](http://myphilip.pearsoncmg.com/cw/mpviewce.cfm?vceid=3229&vbcid=3156), Junio 3, 2002. <http://myphilip.pearsoncmg.com/cw/mpviewce.cfm?vceid=3229&vbcid=3156>

² 13. Hasnain-Waynia Romana, Debra Pierce and Mary A. Pittman. Who, When and How: The Current State of Race, Ethnicity, and Primary Language Data Collection in Hospitals. May 2004

³ 6. Centros para el Control de las Enfermedades. Centers for Disease Control (CDC). La Salud de las Minorías Determina la Salud de la Nación. <http://www.cdc.gov/omh/>

⁴ 9. Doty Michelle, Hispanic Patients' double burden: Lack of Health Insurance and Limited English. The Commonwealth Fund, February 2003.

⁵ 30. OMHRC. Office of Minority Health. Public Health Service. US Department of Health and Human Services. Assuring Cultural Competence in Health Care.

medicina⁶ e incluir en él, conceptos más integradores y acordes no solo con los avances científicos y tecnológicos, sino con los elementos que contribuyen a la competencia cultural⁷.

Esto comprueba la importancia de la competencia cultural en las organizaciones ya que no solo los empleados en su ambiente de trabajo, sino también los enfermos en cuanto a la recuperación de la salud, sufren las consecuencias de la falta de sensibilidad cultural.

La competencia cultural es también un factor de la sustentabilidad que es a la vez un factor pilar que esta siendo tomado muy en cuenta para el desarrollo en casi todos los sistemas de salud del mundo industrializado, principalmente en Inglaterra^{8,9}, Australia¹⁰ y Canadá¹¹, que están entre los mejores sistemas de salud del mundo. La sustentabilidad se analiza desde el punto de vista del marco referencial de todos los sistemas complejos¹², y ciertamente la salud es uno de ellos. La sustentabilidad tiene aplicaciones desde el macro contexto de la sociedad¹³ y las organizaciones, hasta las acciones individuales y los programas específicos que se desarrollan en un departamento del hospital.

⁶ 2. Beagan Brenda L., PhD. 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 Vol. 78, No. 6 June 2003 pp. 605-614

⁷ 7. Champaneria Manis, Sara Axtell. Cultural Competent Training in US Medical Schools. Journal of the American Medical Association. Vol 291, No. 17, May 5, 2004. Pp 2142

⁸ 58. Desarrollo Sustentable en el Sistema Nacional de Salud Inglés http://www.dh.gov.uk/AboutUs/HowDHWorks/ServiceStandardsAndCommitments/SustainableDevelopment/SustainableDevelopmentArticle/fs/en?CONTENT_ID=4105874&chk=oTFPuR y en la estrategia general en Inglaterra <http://www.sustainable-development.gov.uk/publications/uk-strategy/index.htm>

⁹ 51. Department of Health. Health Minister launches multilingual phrasebook. London, England. February, 2004.

¹⁰ 59. Challenging Health Care System Sustainability: Understanding Health System Performance of Leading Countries. The Conference Board of Canada. June 2004. Informe que incluye a Australia y otros 5 países europeos. <http://www.conferenceboard.ca/documents.asp?rnext=755>

¹¹ 60. Reforma de Salud en Canadá. Plan de Sustentabilidad. 2003 <http://www.healthreform.ca/sustainability.html>

¹² 56. Sustainable Institute (Instituto de Sustentabilidad) <http://www.sustainabilityinstitute.org/>

¹³ 57. Instituto del Contexto. Cultura Humana Sustentable. Pagina en el Internet. Referencia Septiembre 2006. <http://www.context.org/index.html#>

Como todos los problemas complejos, éste es un problema multifactorial. Sin embargo basándose en la revisión de la literatura¹⁴ y de la experiencia de campo, se pueden mencionar como los más significativos en el ámbito general: el idioma¹⁵ y las costumbres y creencias de las diferentes culturas. Por otro lado en el ámbito gerencial destacan aquellos que inciden en la cultura organizacional y los específicos del comportamiento humano¹⁶ y el desarrollo de grupos de trabajo. Todos estos factores, suelen enmarcarse en el contexto del desarrollo de competencias culturales y constituyen el enfoque principal de este trabajo práctico. Para cerrar la brecha entre la situación deseada y la situación actual se requiere una intervención de desarrollo organizacional, en la que se le dé énfasis a los elementos críticos de la competencia cultural.

2.3 El método empleado y los instrumentos de análisis

El método que se emplea para mejorar la competencia cultural consiste en la combinación de varias intervenciones y elementos que juntos constituyen un verdadero programa de desarrollo organizacional. El elemento principal es la capacitación y desarrollo de competencias del personal, tanto del supervisor como de los supervisados. Paralelamente se realiza una revisión e intervención en los procesos claves y los sistemas operativos, eventualmente creando un verdadero sistema de gerencia del conocimiento que coincide con el máximo nivel de competencia cultural explicado más adelante en el capítulo correspondiente. El proceso de capacitación debe de retroalimentarse de los rediseños de procesos y ajustes a los procedimientos y estructuras correspondientes para mantener actualizado el inventario de competencias y así la capacitación misma.

En este mismo documento, en la sección cinco referente a la Metodología para el desarrollo de la Competencia Cultural y la evaluación de los resultados, se

¹⁴ 4. Betancourt Joseph, Alexander Green and Emilio Carrillo. Cultural Competente in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Aproaches. The Commonwealth Fund. Octubre del 2002

¹⁵ 31. La barrera del Idioma. La Prensa. Vol. XXIII, Ed. 19. Orlando, Florida. USA. 19 de mayo de 2005.

¹⁶ 10. Dressler Gary y Ricardo Varela. Administración de Recursos Humanos. 2ª Edición. Prentice Hall, México. 2003

presentan las principales ideas con relación a la metodología que se seguirá para este tipo de intervenciones, ilustradas con un diagrama que facilita su comprensión y visualización sistémica, así como un avance de los criterios e indicadores que se utilizan para definir un sistema de evaluación de los resultados del mismo.

Esta metodología es siempre refinada conforme se avance en el desarrollo de un caso particular y se va ajustando consecuentemente. Además las lecciones aprendidas de varias intervenciones van también enriqueciendo y ajustando la metodología. La metodología ha sido desarrollada consultando fuentes documentales y bibliográficas, muchas de las cuales se refieren en el apartado ocho, y aprovecha además de la amplia experiencia de la autora en este tipo de intervenciones.

Esta metodología, además de que permite el desarrollo de competencias culturales en los individuos, facilita la identificación de las principales características y condiciones que dificultan la integración de equipos multiculturales en los servicios de salud y permite proponer una metodología para minimizar esas diferencias y estimular la integración de equipos efectivos de trabajo¹⁷.

El estudio propone indicadores de medición para evaluar el avance y la consecución de resultados en todas las áreas críticas identificadas, como por ejemplo: la demostración de competencias para la integración cultural como son el idioma, la sensibilidad a otros valores, la flexibilidad para adaptarse a condiciones culturales diversas; la identificación de fortalezas en la perspectiva cultural de otros miembros de los equipos de salud o los pacientes y su aprovechamiento como parte de la sinergia en la integración de equipos de trabajo.¹⁸

¹⁷ 3. Becker-Reems Elizabeth. Self-Managed Work Teams in Health Care Organizations. American Hospital Association-American Hospital Publishing Inc. Chicago USA, 1994

¹⁸ 33. Indicators of the Application of Cultural Competence Principles. Pennsylvania Department of Public Welfare. Office of Medical Assisted Programs (OMAP). Appendix C. Second Edition. USA. March 2003. Updated on the Website on April 2004.
<http://www.dpw.state.pa.us/omap/rfp/hlthchcrfp/hlthchbhappdxcc.asp>

Se define lo que se entiende por Diversidad Cultural, su importancia ante el fenómeno de la globalización, y particularmente en las organizaciones de servicios de salud. Se contrasta esta definición con la de Competencia Cultural que es la capacidad de un sistema para proporcionar atención a la salud de alta calidad en condiciones donde el personal y los pacientes muestran diversidad cultural.¹⁹

Seguidamente se hace un análisis de las barreras para la competencia cultural en la atención a la salud,²⁰ que incluye la falta de diversidad cultural en la fuerza de trabajo de las organizaciones de salud y en sus líderes, los sistemas de salud están pobremente diseñados para atender a pacientes con diversidad cultural y la pobre comunicación, incluyendo y destacando la importancia del idioma, pero no limitada a ello, entre los proveedores y los pacientes de razas, etnicidades o antecedentes culturales diversos²¹.

Se analizan también los beneficios de la competencia cultural. Se hace una revisión bibliográfica de estudios que muestran que hay una clara relación entre la competencia cultural y el mejoramiento de la efectividad organizacional y de la calidad de los servicios. Se analizan casos de organizaciones específicas en los Estados Unidos en donde la competencia cultural ha sido un factor importante para mejorar la integración del personal de salud y mejorar la calidad de los servicios que se prestan^{22,23,24}. Además de programas a nivel nacional como la Beca sobre Liderazgo y Competencia Cultural del Centro

¹⁹ 44. Singal Ashima. Puerto Rico's nurses are in high demand. Spanish-speaking nurses in demand. Orlando Sentinel. Sunday July 23, 2006-11-02

²⁰ 14. HRSA, Health Resources and Services Administration. Cultural Competence Works. Using Cultural Competence to Improve the Quality of Healthcare for Diverse Populations and add value to managed care arrangements.. US Department of Health and Human Services 2001.

²¹ 21. Majumdar Basanti, Gina Browne, Jacqueline Roberts, Barbara Carpio. Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes. Journal of Nursing Scholarship. Vol. 36 Issue 2. June 2004. 161pp.

²² 5. Centro para Familias Saludables y Diversidad Cultural. Universidad de Medicina y Odontología de Nueva Jersey, USA. Robert Wood Johnson Medical School. Department of Family Medicine. <http://www2.umdnj.edu/fmedweb/chfcd/>

²³ 52. Youdelman Mara and Jane Perkins Providing Language Interpretation Services in Health Care Settings: Examples from the Field, The Commonwealth Fund, May 2002. http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=221272

²⁴ 53. Youdelman Mara, J.D., and Jane Perkins, J.D., Providing Language Services in Small Health Care Provider Settings: Examples from the Field, The Commonwealth Fund, April 2005 http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=270667

Nacional de Liderazgo en Salud (NCHL)²⁵ que se lleva a cabo cada año, seleccionando participantes de servicios de salud que realizan estudios y comparten experiencias para desarrollar esta área.

Finalmente, basados en las lecciones aprendidas y la revisión de los casos de estas organizaciones, la revisión bibliográfica del tema, entrevistas con individuos en los servicios de salud y la experiencia de la autora, se hacen recomendaciones y se proponen estrategias para desarrollar la metodología descrita en el trabajo escrito.

En cuanto a los instrumentos de análisis, se presentan ejemplos de preguntas y situaciones que se incluyen en cuestionarios que han sido hechos y utilizados para este tipo de intervenciones. Como se ilustra en la metodología, estos instrumentos sirven para recolectar información que luego es corroborada con entrevistas personales, para las cuales también se realizan guías que facilitan y estructuran estas entrevistas.

2.4 Justificación de la elección del tema

Se eligió este tema para el trabajo escrito porque la integración de equipos interdisciplinarios e interculturales es una condición necesaria para que las organizaciones de salud puedan funcionar y tener resultados apropiados. Esto resulta especialmente cierto en el medio de las organizaciones Norte Americanas en donde hay una gran diversidad de culturas que trabajan juntas, especialmente en donde hay diferencias importantes en factores tan críticos como el idioma que puede ser una barrera para que cada individuo aporte lo mejor de sí mismo para un trabajo de equipo eficiente.

²⁵ 61. Beca de Liderazgo y Competencia Cultural. Cultural Competent Leadership Fellowship. Centro Nacional de Liderazgo en Salud (NCHL) y Health Research and Educational Trust (HRET). 2007-2008

. Marco Conceptual:

El marco conceptual presenta una descripción y análisis de los elementos y componentes esenciales para el modelo de desarrollo de competencia cultural definiendo y delimitando los conceptos y áreas temáticas más importantes. Se realizó una revisión bibliográfica, documental y la acumulación de datos, opiniones y experiencias que sustenten estas áreas como los elementos básicos de este marco conceptual. Esta información toma en consideración la perspectiva del desarrollo de este tema a través de los últimos años, pero está actualizada presentando la última información disponible que permite darle solidez y coherencia teórica al tema del trabajo escrito.

El recurso humano es la piedra angular de las todas las organizaciones¹, pero especialmente de aquellas, que como en el caso de la salud, tienen como principal misión el servicio. La integración de equipos de trabajo, es uno de los factores que contribuyen más a la calidad y productividad de los servicios. En las organizaciones de la salud, además el factor de la seguridad del paciente y el usuario interno juegan un papel preponderante².

El trabajo colectivo requiere del establecimiento de un ambiente y cultura organizacional adecuados que presenta retos distintos según sean las condiciones prevalentes en diversas comunidades y países del mundo. Aunque en algunas partes, la población es más homogénea y comparte los mismos valores y características culturales, en la mayoría de las comunidades y países la diversidad cultural acentúa las diferencias y hace que se tengan que invertir más energía y recursos en la integración de estos equipos de trabajo.

Son varios los factores que debemos considerar para una integración exitosa de los equipos de salud, entre ellos se encuentran: El nivel educativo y profesional de los participantes, sus habilidades para cambiar sus

¹ 1. Arias Galicia Fernando y Víctor Heredia Espinosa. Administración de Recursos Humanos para el Alto Desempeño. Editorial Trillas. 3ª reimpresión. México. 2004

² 17. Kagawa-Singer Marjorie and Shaheen Kassim-Lakha. A Strategy to Reduce Cross-Cultural Miscommunication and Increase the Likelihood of Improving Health Outcomes. Academic Medicine, Vol 78, No. 6, June 2003. pp 577-587

comportamientos³ y para comunicarse incluyendo el idioma, la complejidad de las tareas, la posible sinergia entre los miembros del equipo, la existencia de procedimientos y rutinas bien establecidas y normadas, el nivel de supervisión, la interacción con los distintos niveles jerárquicos y de distintos departamentos del hospital, etc.

La diversidad cultural es un fenómeno que se presenta cada vez más en los Estados Unidos⁴, donde tradicionalmente se dice que es una olla donde se derriten o integran diversas culturas (“a melting pot”). Por otro lado Europa también enfrenta situaciones de diversidad cultural con la cada vez más expandida integración de la Comunidad Europea^{5,6} y la reciente incorporación de los países de Europa del Este y la ExUnión Soviética, a esto tenemos que sumar que pronto Turquía también ingresará a la Unión Europea y será el primer país Musulmán que lo haga. En diferentes partes de Asia y América Latina se presentan fenómenos parecidos, por ejemplo en el caso de América Latina, aunque nuestras culturas se “fundieron hace 500 años”, todavía hay problemas de diversidad cultural entre las varias culturas indígenas, la mestiza que prevalece y europeos y orientales que se han integrado a la sociedad y la fuerza laboral en diferentes momentos históricos⁷.

Algunos de los elementos que se han estado estudiando dentro de este marco conceptual incluyen los siguientes: La definición de la diversidad cultural; los elementos más importantes para la competencia cultural; el papel del idioma en la comunicación e integración de equipos de trabajo; el trabajo en equipo; el

³ 25. Smith, M. K.. 'Learning theory', the encyclopedia of informal education, 1999
www.infed.org/biblio/b-learn.htm,

⁴ 22. McDonough John E., Brian K. Gibas, Janet L. Scott-Harris, Kart Kronebusch, Amanda M. Navarro and Kimá Taylor. A State Policy Agenda to Eliminate Racial and Ethnic Health Disparities. The Commonwealth Fund. June 2004.

⁵ 47. MCE-Management Center Europe. Cultural sensitivity is key to successful cross-border management. March 2001. <http://www.mce.be/knowledge/144/42>

⁶ 49. MCE-Management Center Europe. Towards a new, trans-national HR practice - An exclusive interview with Fons Trompenaars. How to take advantage of cultural differences. March 2004.
<http://www.mce.be/knowledge/377/42>

⁷ 18. Red de Educación Intercultural. La Universidad Pedagógica Nacional. México.
http://www.cmwf.org/programs/prog_desc.asp?id=5&link=2

mejoramiento continuo de la calidad y la productividad de los servicios de salud y la capacitación y el desarrollo de recursos humanos.

3.1 Diversidad Cultural

La cultura organizacional es el patrón de creencias, valores, rituales, mitos y sentimientos que comparten los miembros de una organización. El impacto de la cultura se refleja en la mayoría de los aspectos de la vida organizacional, tal como es la forma en la que se toman las decisiones, quien las toma, que recompensas se otorgan, quien es promovido, cómo es tratada la gente, como responde la organización a su medio ambiente, etc.⁸

La cultura organizacional está compuesta de todos aquellos aspectos de una organización que conforman un ambiente o una sensación particular. La CULTURA es para una organización lo que la PERSONALIDAD es para el individuo. Es esa constelación distintiva de creencias, valores, estilos de trabajo y relaciones interpersonales lo que distingue a una organización de otra.

Hay muchos aspectos diferentes sobre la cultura organizacional que podríamos investigar. Utilizando un instrumento, por ejemplo un cuestionario, se puede ver como la gente se trata entre sí, que valores los rigen, como se motiva la gente para producir y como la gente utiliza el poder en la organización. Estas cosas son el punto central al que la gente se refiere cuando habla sobre la cultura organizacional.⁹

La cultura modela las experiencias de los individuos, sus percepciones, sus decisiones y como se relacionan con otros. Influencia la forma en que los pacientes responden a los servicios médicos y a las intervenciones preventivas, e impacta la manera en que los médicos y otros profesionales de la salud

⁸ 54. Harrison Roger, Herb Strokes. [Diagnosing Organizational Culture](#). Pfeiffer & Company. San Diego, USA. 1992. Pág. 1

⁹ 54. Harrison Roger, Herb Strokes. [Diagnosing Organizational Culture](#). Pfeiffer & Company. San Diego, USA. 1992. Pag. 13

proporcionan sus servicios. En una sociedad tan diversa como es la de los Estados Unidos, los médicos y otros profesionales de la salud necesitan incrementar su percepción y su sensibilidad hacia las poblaciones y los usuarios y trabajar para entender la influencia cultural en los comportamientos de la salud.¹⁰

3.2 Competencia Cultural

Cross¹¹ define la competencia cultural como una serie de comportamientos congruentes, actitudes y políticas que se integran como un sistema, agencia o entre profesionales y permite que ese sistema, agencia o esos profesionales trabajen efectivamente en un ambiente Inter-cultural. La palabra *cultura* es utilizada porque implica un patrón integrado de pensamientos humanos, comunicaciones, acciones, costumbres, creencias, valores e instituciones de un grupo social, racial, étnico o religioso. La palabra *competencia* es usada porque implica el tener la capacidad de funcionar efectivamente.

Un sistema de atención culturalmente competente acepta e incorpora, a todos los niveles, la importancia de la cultura, la evaluación de las relaciones transculturales, la supervisión de las dinámicas que son el resultado de las diferencias culturales, la expansión del conocimiento cultural y la adaptación de los servicios para satisfacer necesidades culturalmente únicas.¹²

¹⁰ 26. Sutton Marla. Cultural Competence, It's Not Just Political Correctness. It's Good Medicine. Family Practice Management. American Academy of Family Physicians. October 2000.

¹¹ 32. Cross, Bazron, Dennis and Isaacs. The Cultural Competence Continuum. From Toward a Culturally Competent System of Care, by. (CASSP-Child and Adolescent Service system Program of Pennsylvania, USA) Technical Assistance Center, Gerogetown University Child Development Center. (1988). Services to Minority Populations. Focal Point. Vol 3 No. 1 pp. Lynch E. & Hanson M. (1998). Developing Cross-Cultural Competence. Galtimore: Paul H. Brookes. Colorado Service Coordination Training Module 4. Cultural Competence Continuum. May 2001.

¹² 45. Wu E. and M. Martinez, Taking Cultural Competency from Theory to Actino. The Commonwealth Fund. Octubre 2006-11-02

Existen varias cosas que uno puede hacer para auspiciar la competencia cultural en el ambiente de trabajo¹³:

1. Valore la diversidad. En otras palabras, no solo tolere a las personas que tienen un antecedente y puntos de vista diferentes, sino que considere sus diferencias como fortalezas.

2. Lleve a cabo una valoración cultural. Existen varios ejemplos de pruebas de autoevaluación que le permiten determinar las áreas que usted puede mejorar para tratar con poblaciones culturalmente diferentes. Un ejemplo¹⁴ de ese tipo de autoevaluaciones se puede encontrar en el anexo 1.

3. Este consciente de la dinámica cuando personas de diferentes culturas interactúan. La diversidad puede causar conflicto y obligar a los individuos a salirse de su zona de confort, pero no debe causar divisiones.

4. Institucionalice el conocimiento cultural. Su importancia debe ser enfatizada por las personas en los mandos superiores de la organización y debe ser evidente en las políticas y prácticas de los grupos.

5. Adapte la entrega de servicios para que éstos reflejen un entendimiento de la diversidad cultural. En otras palabras, vaya más allá de la teoría hacia la práctica a través de llevar a cabo cambios en la prestación de los servicios para cubrir las necesidades de los pacientes y usuarios con diversidad cultural.

La competencia cultural puede ser vista como una meta a la cual desean llegar las instituciones. Por ende, ser competente culturalmente es un proceso de desarrollo. No importa que tan experta sea la institución, siempre habrá

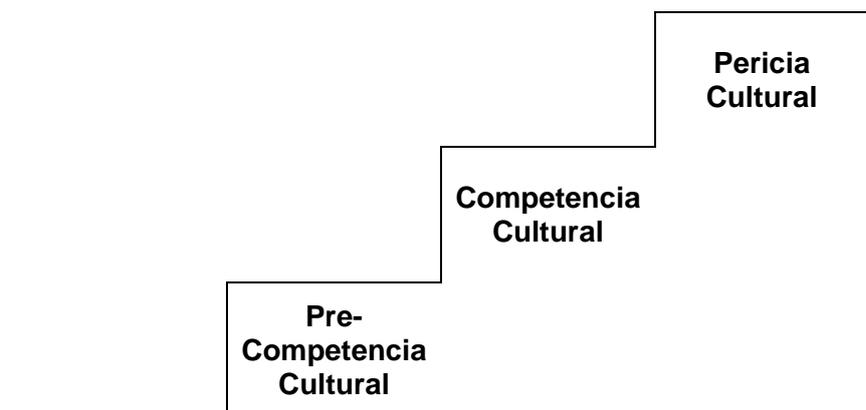
¹³ Cross. Obra citada

¹⁴ Cuestionario de Autoevaluación desarrollado por Tawara D. Goode, Georgetown University Child Development Center-UAP. Adaptado con permiso por Promoting Cultural Competence and Cultural Diversity in early Intervention and Early Childhood Settings and Promoting Cultural Competence and Cultural Diversity for Personnel Providing Services and Supports to Children With Special Health care Needs and Their Families (Junio 1989; última revision en Julio del 2000)

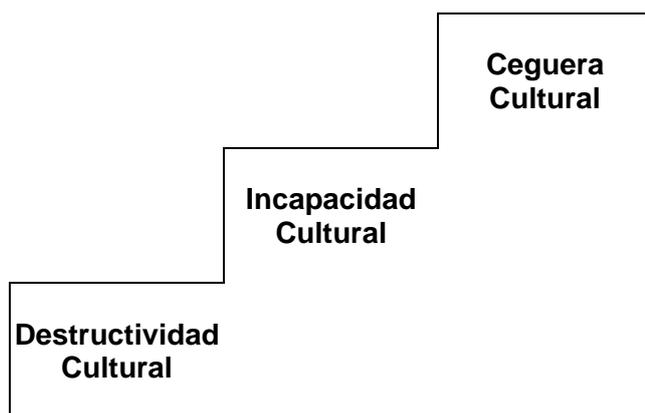
posibilidad para mejorar. Es un proceso con el cual el sistema de atención puede medir su progreso de acuerdo al nivel de desarrollo de las tareas específicas de la institución. Tan pronto como sean definidas las tareas, el sistema será guiado progresivamente hacia servicios mas culturalmente competentes. Es importante que primero una institución evalúe internamente su nivel de competencia cultural.

Para entender mejor adonde se encuentra uno en el proceso de ser más competente culturalmente, es útil pensar en diversas formas de responder a las diferencias culturales¹⁵. Imagine un continuo que va de la pericia cultural a la destructividad cultural. Hay una variedad de posibilidades entre estos dos extremos. Aquí discutimos cinco puntos a lo largo del continuo y las características que puedan ser exhibidas en cada punto del continuo.

El Continuo de la Competencia Cultural



¹⁵ 37. **Cultural Competence Continuum. Cultural Competence Division.** Program for Multicultural Health. University of Michigan Health System. Cultural Competence Division. Ann Arbor, MI, USA. 2005 <http://www.med.umich.edu/multicultural/ccp/basic.htm>



Adaptado de “Cultural Competence Continuum” de “Toward a Culturally Competent System of Care” de Cross, Bazron, Dennis, & Issacs; (CASSP) Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center

Competencia Transcultural: Habilidad para pensar, sentir y actuar en formas que acepten, respeten y desarrollen la diversidad étnica, socio-cultural y lingüística.

El Continuo de la Competencia Cultural¹⁶

Puntos del Continuo	Ejemplos
Pericia Cultural Mantiene a la cultura en alta estima y busca agregar conocimiento a la base.	Lleva a cabo investigaciones, desarrolla nuevos enfoques terapéuticos basados en la cultura, publica y disemina los resultados de proyectos de demostración.
Competencia Cultural Acepta y respeta las diferencias y la autoevaluación continua respecto a la cultura.	Contrata personal especializado en la práctica de la competencia cultural para que promueva ésta en todo el sistema y con ello mejore las relaciones entre las culturas
Pre-Competencia Cultural Se da cuenta de sus debilidades al servir a las minorías e intenta mejorar los aspectos de los servicios que presta a una población específica.	Procura contratar a personal sin prejuicios, busca retroalimentación y consejo de la comunidad minoritaria y activamente decide que es o no es capaz de proveer a la minoría de sus clientes.

¹⁶ 32. Cross, T. (1988). *Services to Minority Populations*. Focal Point, Vol. 3 No.1. pp. 1-4.
Lynch E. & Hanson, M. (1998). *Developing Cross-Cultural Competence*. Baltimore: Paul H. Brookes.

<p>Ceguera Cultural Cree que la cultura, etnicidad, y/o raza no hacen ninguna diferencia en la prestación de los servicios. “Toda la gente es igual.” Cree que los enfoques tradicionales utilizados por la cultura dominante son universalmente aplicables.</p>	<p>Ignora las fortalezas culturales, promueve la asimilación, culpa a las víctimas de sus problemas. El racismo institucional restringe el acceso de las minorías a entrenamiento profesional y a mejores puestos y servicios. Ej. Ser “justo” y tratar a todos de la misma manera, cuando las diferentes necesidades y creencias merecen enfoques diferentes.</p>
<p>Incapacidad Cultural No busca intencionalmente ser culturalmente destructivo, pero carece de la capacidad para responder a las necesidades, intereses y preferencias de los grupos cultural y lingüísticamente diversos.</p>	<p>Prácticas de contratación discriminatorias, mensajes sutiles a ciertas minorías de que no son bienvenidos o valorados, expectativas mas bajas de los clientes minoritarios.</p>
<p>Destructividad Cultural Sus actitudes, políticas, estructuras y prácticas son destructivas a las culturas y, consecuentemente, a los individuos de dichas culturas.</p>	<p>Programas que activamente participan en un genocidio cultural, la destrucción premeditada de una cultura. Ej. Utilizar el idioma oficial en las políticas cuando la ley prohíbe dar información sobre la salud en otros idiomas.</p>

3.3 El Idioma y la Comunicación

El idioma es el elemento fundamental de la comunicación y la comunicación es uno de los elementos indispensables para la gerencia efectiva y el trabajo en equipo.¹⁷

Hoy en día en las comunidades Norte Americanas, se hablan cientos de lenguajes y dialectos gracias a los cambios demográficos lo que ha hecho que se incremente la necesidad de desarrollar modelos efectivos y eficientes que provean de servicios lingüísticos para los individuos que poseen un limitado desempeño en el inglés (Limited English Proficiency LEP). Partiendo de una gran cantidad de estudios, se están desarrollando modelos creativos¹⁸ que

¹⁷ 46. Goode T.D., M.C. Dunne, and S.M. Bronheim, The Evidence Base for Cultural and Linguistic Competency in Health Care, The Commonwealth Fund. October 2006.

¹⁸ 50. Flores Glenn MD, Milagros Abreu MD, Sandra C. Tomany-Korman, MS. Limited English Proficiency, primary language at home and disparities in children’s health care: How Language barriers are measured matters. Public Health Reports. The Commonwealth Fund. 120 (4) July-August 2005.

pueden ser replicados por pequeñas organizaciones de salud.¹⁹ Algunos consisten en: la utilización de profesionales bilingües quienes proveen su servicio particular directamente en el idioma del paciente; servicios de interpretación en el área de la salud ya sea interpretación cara a cara o interpretación telefónica; agencias de interpretación externas; servicio de traducción de materiales escritos; etc.²⁰

Los intérpretes constituyen una profesión relativamente emergente en los Estados Unidos. En el área de la salud, se detectó en el año 2001 la necesidad de desarrollar un glosario de términos específicos para la interpretación de la atención a la salud que ha sido publicado y diseminado por el Consejo Nacional para la Interpretación a la Salud.(NCIHC)²¹

Aún cuando en años recientes las entidades relacionadas con la atención a la salud en los Estados Unidos se han esforzado en proporcionar servicios lingüísticos apropiados, existe poca claridad en lo relativo a lo que constituye un entrenamiento apropiado, requerimientos y actuación de los intérpretes bilingües encargados de facilitar la comunicación entre los pacientes y los prestadores de servicios.²² Como resultado, hay gran inconsistencia en la calidad de la interpretación en diferentes regiones dejando a los usuarios, con limitada capacidad del inglés, en riesgo de recibir comunicaciones incompletas o equivocadas lo que redundará en mayor costo y en resultados más bajos.

¹⁹ 29. Youdelman Mara and Jane Perkins. Providing Language Interpretation Services in Health Care Settings: Examples from the field. National Health Law Program. Field Report. The Commonwealth Fund. May 2002

²⁰ 39. Anderson Charles C. M.P.A. Linguistically Appropriate Access and Services; An Evaluation and Review for Healthcare Organizations. The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. June 2002.
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/LinguisticallyAppropriateAccessandServicesAnEvaluationandReviewforHealthcareOrganizations.pdf

²¹ 41. Terminology of Health Care Interpreting: A Glossary of terms. The Department of Health and Human Services and The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. October 2001.
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/TheTerminologyofHealthCareInterpreting.pdf

²² 40. Bancroft Marjory, MA. The Interpreter's World Tour: An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters. The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. March 2005

Con la publicación en 2004 del primer código de Ética compuesto de 32 estándares para la interpretación profesional médica en los Estados Unidos, se cuenta ahora con una guía sobre las características y competencias de los intérpretes médicos y el papel que éstos juegan.^{23, 24}

La conceptualización del intérprete como un “administrador de la experiencia de mediación a través de la cultura y el idioma entre dos gentes que no hablan el mismo idioma para facilitarles la comunicación con la meta del bienestar del paciente”, va mas allá de la pura conversión lingüística. Se requiere que el intérprete asista activamente, cuando sea necesario, en la disolución de barreras de comunicación presentes en las diferencias culturales, de clase, religiosas y sociales.²⁵

El tema de una apropiada comunicación y la comprensión de ideas claras sobre la salud por gentes que hablan diferentes idiomas, ha alcanzado tanta importancia en los Estados Unidos que existen ahora estándares al nivel nacional^{26, 27} desarrollados por el Departamento de Salud bajo un programa que se llama Servicios Culturales y Lingüísticos Apropriados (Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care CLAS)²⁸. Otra herramienta

²³ 34. National Standards of Practice for Interpreters in Health Care. National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Santa Rosa, CA, USA. September, 2005.
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/National_Standards_of_Practice_for_Interpreter_in_Health_Care.pdf

²⁴ 36. National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Guide to Initial Assessment of Interpreter Qualifications. Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. April 2001. 24pp
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/InitialAssessmentofInterpreterfinalversionMay2001.pdf

²⁵ 35. Beltran Avery Maria-Paz Ph.D., The Role of The Health Care Interpreter. An evolving dialogue. The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. April 2001. 15pp.
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/TheRoleoftheHealthCareInterpreterAnEvolvingDialogueApril2001.pdf

²⁶ 42. Downing Bruce Ph.D. and Cynthia E. Roat MPH. Models for the Provision of Language Access in Health Care Settings. The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. March 2002.
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/ModelsfortheProvisionofLanguageAccessinHealthCareSettings.pdf

²⁷ 48. A Practical Guide for Implementing the Recommended National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. National standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) in health care. Preliminary Report. The Office of Minority Health. Department of Health and Human Services. USA. 2006
<http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=15>

²⁸ 30. OMHRC. Office of Minority Health. Public Health Service. US Department of Health and Human Services. Assuring Cultural Competence in Health Care. Recommendations for National Standards and Outcomes-Focused Research Agenda. National Standards for Cultural and

útil para este propósito son las “cajas de herramientas” que sirven para obtener recursos accesibles que puedan ser utilizados fácilmente y oportunamente por los profesionales²⁹.

El problema no se restringe a lo que sucede directamente con la comunicación con los pacientes y sus familiares³⁰, sino la comunicación entre los trabajadores y profesionales de la salud, por lo que el idioma constituye una de los elementos críticos en el desarrollo de la competencia cultural y la integración de equipos de trabajo en las organizaciones de salud.

3.4 El Trabajo en equipo

Como se ha dicho en párrafos anteriores, el trabajo en equipo, es siempre importante para la consecución de metas organizacionales, y es indispensable para el logro de los objetivos en las organizaciones de salud. En parte por la propia complejidad de las organizaciones de salud, que hacen indispensable la concurrencia de varias profesiones y especialidades para poder solucionar un problema específico. A veces, estos equipos de trabajo de profesionales y técnicos de la salud, no tienen un mismo nivel profesional o incluso sus integrantes pertenecen a distintos estratos socio-culturales. Esa diversidad se acentúa más cuando en algunas disciplinas o tipos de empleos, se cuenta con personas de culturas distintas. El error típico es que aquellas de un nivel profesional o estrato socio-cultural menor, deben adaptarse a la profesión dominante, generalmente los médicos, sin embargo y como hemos señalado, el esfuerzo debe provenir de ambas partes, con sensibilidad para identificar la mejor forma de integrarse en un equipo efectivo de trabajo.

Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health Care. Final Report. Washington DC. December 2001. (Resumen Ejecutivo en Español) www.omhrc.gov/clas/

²⁹ 43. Siegel Wendy. Building linguistic and cultural competency: a Tool Kit for Managed Care Organizations and Provider Networks that serve the foreign born. Mid American Institute on Poverty. Heartland alliance for Human Needs and Human Rights. Chicago Il. USA. 1998. 101pp.

<http://www.consultmillennia.com/documents/Building%20Linguistic%20&%20Cultural%20Competency.pdf>

³⁰ 12. Morris Gayle, David Beckett. Real Knowing: Rethinking Language Learning, identity and work. The Learning Conference 2003. What Learning means. Institute of Education, University of London 15-18 July 2003.

<http://2003.learningconference.com/ProposalSystem/Presentations/P000705>

3.5 El Mejoramiento de la calidad y la productividad

Entender la diversidad cultural de los prestadores de servicios y de los pacientes, sus valores, tradiciones, historia e instituciones, no es solo un asunto relacionado con ser políticamente correcto³¹. Es un elemento importante e integral para eliminar las disparidades en la atención a la salud y para proporcionar servicios de la mejor calidad posible³².

La calidad y la productividad son la forma de medir el desempeño de los grupos de trabajo y los individuos, de manera que tienen gran importancia como elementos del marco conceptual³³. Finalmente la razón por la que deseamos desarrollar la competencia cultural, es para que los equipos de trabajo sean más efectivos y eficientes y contribuyan a mejorar la calidad y la productividad de los servicios.

3.6 La capacitación y el desarrollo de los recursos humanos

La capacitación y el desarrollo de los recursos humanos es la estrategia fundamental para institucionalizar la competencia cultural. De hecho, el respeto y la sensibilidad cultural y el esfuerzo para minimizar cualquier barrera que impida la comunicación y competencia cultural debe integrarse a la cultura propia de la organización. Estos esfuerzos deben ser apoyados por los mandos superiores e incluidos en los planes formales de desarrollo de la organización.

³¹ 27. The Commonwealth Fund. Mejoramiento de la Calidad para las poblaciones con desventajas. http://www.cmf.org/programs/prog_desc.asp?id=5&link=2

³² 26. Sutton Marla. Cultural Competence, It's Not Just Political Correctness. It's Good Medicine. Family Practice Management. American Academy of Family Physicians. October 2000.

³³ 24. Scott Collins Karen, Dora L. Hughes, Michelle M. Doty, Brett L. Ives, Jennifer N. Edwards and Katie Tenny. Diverse Communities, Common Concerns: Assessing Health Care Quality for Minority Americans. Findings from the Commonwealth Fund 2001 Health Care Quality Survey. The Commonwealth Fund. March 2002. 80 Pp.

4.- Marco Referencial de la organización y de su entorno

La primera actividad a desarrollar en la aplicación de la metodología propuesta en este trabajo escrito es un diagnóstico situacional. Esto es valorar la organización y su entorno en donde se llevará a cabo la intervención. Muchos de los ejemplos utilizados por la autora están basados en intervenciones en hospitales y otras organizaciones. En algunas ocasiones las intervenciones han sido en toda la organización y en otras, abarcando solo algunos o algún departamento de una organización mayor y más compleja. De cualquier forma, la identificación de la unidad de estudio es importante.

Es relevante considerar que muchas de las intervenciones que se han llevado a cabo incluyen los departamentos de apoyo del hospital, como intendencia, mantenimiento o alimentación, en donde es más frecuente la diferencia profesional y cultural entre los supervisores y los supervisados. En algunos departamentos del hospital en donde hay una gran sofisticación tecnológica o en algunos de los servicios clínicos y médicos, la heterogeneidad es un poco menor. Sin embargo, en todos los departamentos y áreas de un hospital, se da la interrelación de los diferentes departamentos y de sus trabajadores que generalmente interactúan entre sí.

Para el estudio del entorno de la organización es necesario considerar todos los elementos que pueden afectarlo. Cuando se trata del análisis de un departamento, el entorno lo constituyen los otros departamentos del propio hospital que interactúan directa o indirectamente con éste. Aún en esos casos, es importante analizar que otros elementos del entorno de la organización también tienen impacto en ese departamento.

El entorno puede ser complejo, y de hecho cada vez lo es más, sobre todo mientras se incrementan las regulaciones no solo clínicas, sino de toda clase de insumos que utiliza el hospital. Aún en los casos en donde no existe regulación directa sobre el hospital, deben ser consideradas y analizadas cuidadosamente las relaciones que afectan al hospital desde el punto de vista

económico, político, social, profesional y con la comunidad entendida en su sentido más amplio.

El impacto de la globalización en componentes como la difusión y uso de la comunicación e información a través del Internet y otros medios, es una parte importante del entorno de la organización. Igualmente lo es el cambio en comportamientos de los usuarios externos o pacientes, tan importantes para la salud. Por ejemplo, con más frecuencia los usuarios se sienten más confiados y con poder para confrontar e incluso retar las decisiones de los médicos y otros profesionales, cuyas decisiones antes eran casi irrefutables, o cuando menos no discutidas. Ahora gracias al acceso a la información y al incremento en la participación en la toma de decisiones a todos los niveles de la sociedad, estas situaciones de confrontación, que incluso en algunas ocasiones y sociedades llegan a presentarse en forma de litigio, son cada vez más comunes. Sin entrar aquí a discutir su validez o establecer un juicio favorable o perjudicial para los resultados en el tratamiento médico y en la relación médico-paciente, el hecho es que existen y afectan la forma en que se desarrollan las organizaciones de salud y particularmente la forma en que, con competencia cultural, estas situaciones puedan ser manejadas más apropiadamente para favorecer el resultado e impacto que finalmente tienen en el desarrollo profesional de los prestadores de servicios de salud y en la atención a la salud.

Parte del entorno es el sistema educativo por la deficiencia que existe en la enseñanza de un segundo idioma y la percepción de la población anglo-sajona, de que un segundo idioma es innecesario. No hay conciencia de la importancia que tiene el idioma, no solo para la comunicación, sino para poder entender elementos más profundos y sofisticados de las culturas con las que se interactúa.

Otro factor es que la población que trabaja en una cocina, limpiando trastes o haciendo trabajos sencillos tiene un nivel de escolaridad menor e incluso algunos de ellos realizaron su educación, por sencilla que haya sido, en su país de origen en donde no aprendieron ni el idioma inglés, ni las peculiaridades de la cultura anglo-sajona. Para ellos es importante no solo aprender el idioma,

sino entender la escala de valores del anglo-sajón que en muchos aspectos es muy diversa a la escala de valores del latino. Ninguna de las dos es mejor que la otra, pero son diferentes y al comprender ambos estas diferencias, se puede mejorar la comunicación y entender la diferencia en percepción de ideas aparentemente sencillas.

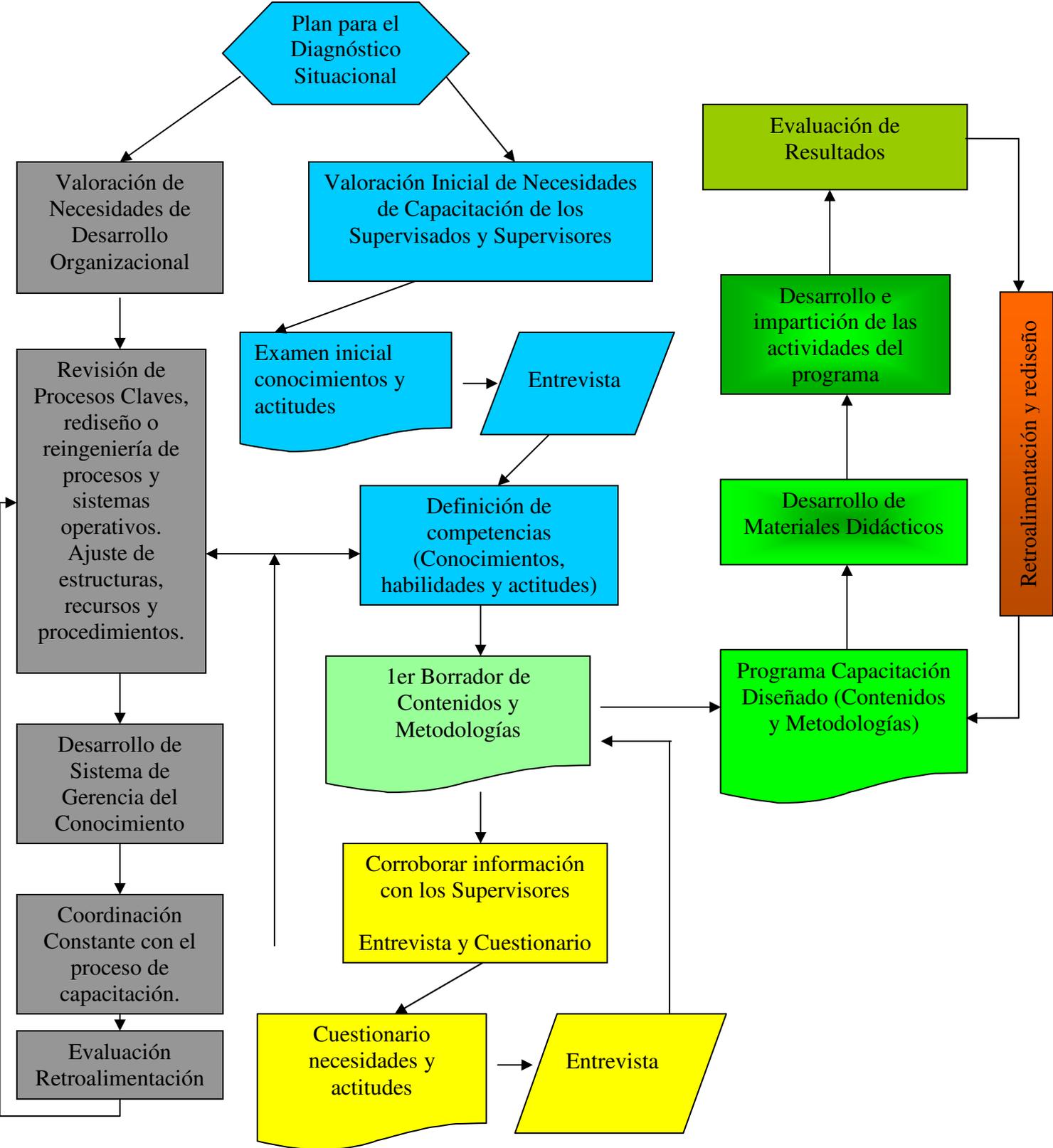
5.- Metodología para el desarrollo de la competencia cultural y la evaluación de los resultados:

Para poder explicar mejor este apartado se ha hecho un diagrama que se muestra a continuación y describe todos los elementos esenciales y los pasos seguidos para realizar este trabajo. Van desde la concepción del plan para el diagnóstico situacional y presenta por un lado y de manera sustantiva para este modelo de Desarrollo de Competencia Cultural, las acciones de capacitación y desarrollo de recursos humanos propiamente dichas y por otro lado las acciones para el desarrollo organizacional.

Las acciones relacionadas con la capacitación se inician con una valoración inicial con los supervisores y los supervisados. Esta valoración inicial se puede hacer con una combinación de un examen inicial de conocimientos y actitudes y una entrevista. Con estos datos se hace una definición de las competencias necesarias para llevar a cabo las funciones. Existen otros documentos que son útiles para definir con más precisión estas competencias, por ejemplo los perfiles de puesto. Una vez definidas las competencias (conocimientos, habilidades y competencias) se puede realizar un primer borrador de un programa y plan de capacitación que contenga los contenidos y las metodologías a utilizar en el mismo. Establecido este borrador, se procede a la corroboración de los datos con los supervisores utilizando nuevamente una entrevista y un cuestionario. Corroborados o revisados, se utilizan para delinear el programa de capacitación que servirá de guía para el desarrollo de materiales educativos o didácticos y posteriormente para el desarrollo e impartición de las actividades del programa incluyendo la evaluación de resultados. Los indicadores de evaluación surgen desde el momento mismo del diseño del programa. Esta evaluación se ofrece como retroalimentación para el rediseño y actualización permanente del programa de capacitación y al integrarse en un ciclo de mejoramiento continuo, también contribuye a desarrollar un sistema de gerencia del conocimiento que dará sustentabilidad al desarrollo del capital humano de la organización.

Las acciones relacionadas con el desarrollo organizacional se inician con una valoración de las necesidades en esta área. Esta valoración incluye la revisión de los procesos claves, que si se realiza conforme a las prácticas modernas de mejoramiento continuo de la calidad, estos procesos son identificados y revisados por los mismos trabajadores que luego serán sujetos de la capacitación. De esta manera aprende haciendo y con la capacitación adquieren los conocimientos o herramientas adicionales que requieren para complementar su desarrollo profesional. Estos procesos revisados retroalimentan la definición de competencias y además generan ajustes en las estructuras, recursos y procedimientos que se utilizan para llevar a cabo esos procesos. Finalmente la evaluación también genera retroalimentación al proceso de revisión de estos procesos.

Metodología Desarrollo Competencia Cultural



En este mismo documento, en la sección 2.3 referente al método empleado y los instrumentos de análisis, se presentan las principales ideas con relación al método propuesto y que se ha seguido para resolver intervenciones exitosamente, así como un avance de los criterios e indicadores que se utilizan para definir un sistema de evaluación de los resultados del mismo.

Evaluación de resultados

Como en toda metodología, la medición y evaluación de resultados es parte indispensable para su implementación y es el elemento más importante para mejorar la metodología en sí misma. La retroalimentación de los resultados y las lecciones aprendidas se convierten en elementos indispensables para el rediseño de la misma. Los indicadores que se utilizan evalúan tanto los resultados inmediatos de la capacitación, como el nivel de aprendizaje de los capacitandos, como los resultados de más largo plazo, como pueden ser el impacto que tiene la capacitación en las actividades y tareas que realiza el capacitando en su trabajo o el impacto que tuvo la capacitación en su desempeño dentro de grupos de trabajo. En última instancia, lo que se desea medir es si el capacitando ahora tiene algún impacto en la provisión de servicios de calidad que mejoren las condiciones de salud de los individuos que fueron atendidos en su organización de salud.

Entre las metodologías de evaluación que se utilizan en estas intervenciones están las tradicionales como reactivos, encuestas, exámenes de conocimiento, demostraciones de habilidades, etc. Además se utiliza la metodología de 360 grados, ya que no solo se hace el diagnóstico y la evaluación de resultados de los supervisados, sino de supervisores y sus pares.

6.- Análisis de las opciones y elección de la más conveniente

El análisis para evaluar las distintas opciones para intervenir en una organización se realiza tomando como punto de partida el estudio de los elementos más importantes definidos en el marco conceptual y el diagnóstico situacional aludido en el marco referencial de la organización. Basados en los criterios mencionados en las secciones anteriores, se analizarán las distintas opciones de intervención y se visualizarán las posibles ventajas de cada una de ellas para solucionar los problemas específicos, que darán los elementos fundamentales para establecer una estrategia que aplicada al caso permita la mejor solución. Este análisis de opciones será hecho utilizando todo el respaldo teórico pertinente para cada una de las variables analizadas.

7.- Conclusiones y líneas de investigación a seguir

Se ha encontrado que la aplicación de este modelo y metodología para el desarrollo de la competencia cultural, ha permitido dar una respuesta más integral a este problema. El hecho de trabajar tanto con los supervisores como con los supervisados, agrega valor a la intervención y reduce los costos de la misma, además de asegurar una solución más sustentable. El método descrito en este trabajo escrito además integra la capacitación con el desarrollo organizacional, promoviendo la gerencia del conocimiento.

El énfasis se ha puesto en el desarrollo de las capacidades individuales sobre todo las relacionadas con el idioma, la sensibilidad cultural y la efectividad del trabajo interpersonal, sin olvidar la integración de equipos de trabajo interdisciplinarios y ubicando a estos dentro del contexto de la organización, que en el caso de la salud tiene un grado de complejidad muy grande.

Nuevas líneas de investigación.

Otras líneas posibles de investigación son:

1) La realización de un análisis detallado de las competencias culturales y el establecimiento de un glosario de términos en esta área, sobre todo en español, que puede ser de utilidad no solo en México y los países de habla hispana, sino en los Estados Unidos, donde hay una cantidad creciente de personas que hablan el español.

2) Otra línea de investigación esta constituida por la importancia de la competencia cultural para mejorar la calidad de la atención a la salud a los pacientes que tienen un origen cultural o migratorio distinto al de los proveedores de servicios clínicos, sobre todo los médicos. En los Estados Unidos podría referirse a los grupos llamados minoritarios con relación al anglo-sajón como podrían ser los latinos, los negros y los asiáticos. Esta línea se refiere sobre todo a estudios similares que puedan hacerse en México o en Latino América, ya que actualmente en los Estados Unidos esta línea de investigación está bastante desarrollada. .

Relacionado con el párrafo anterior se encuentra la importancia del idioma español en la atención a los pacientes en las áreas de urgencias y servicios críticos donde la comunicación puede ser básica para salvar una vida, por ejemplo las órdenes médicas o indicaciones a los pacientes para llevar a cabo un procedimiento clínico, por ejemplo: “No se mueva”, “¿duele esto?”, etc. La autora ha producido este tipo de materiales y ha constatado que resultan muy útiles y relativamente representan una baja inversión^{1,2}, tanto en la producción de los materiales apropiados que ahora pueden utilizar tecnologías educativas y de comunicación innovativas y atractivas, como en el tiempo que requiere su impartición. Como el nivel de utilidad es inmediato, hay un incentivo más para que los posibles participantes tomen este tipo de capacitación.

¹ 19. Matabuena Cascajares María del Rosario. Introducción al Área de la Salud. Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP). Cédula de Apoyo para las carreras del área administrativa-contable. México D. F., Agosto 1984.

² 20. Matabuena Cascajares María del Rosario. Roads to Reading About Administration. Regents-Panorama, México, D.F. Marzo 1988.

8.- Fuentes Bibliográficas, hemerográficas, estadísticas y/o documentales:

1. Arias Galicia Fernando y Víctor Heredia Espinosa. Administración de Recursos Humanos para el Alto Desempeño. Editorial Trillas. 3ª reimpresión. México. 2004
2. Beagan Brenda L., PhD. 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 Vol. 78, No. 6 June 2003 pp. 605-614
3. Becker-Reems Elizabeth. Self-Managed Work Teams in Health Care Organizations. American Hospital Association-American Hospital Publishing Inc. Chicago USA, 1994
4. Betancourt Joseph, Alexander Green and Emilio Carrillo. Cultural Competente in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Aproaches. The Commonwealth Fund. Octubre del 2002
5. Centro para Familias Saludables y Diversidad Cultural. Universidad de Medicina y Odontología de Nueva Jersey, USA. Robert Wood Johnson Medical School. Department of Family Medicine.
<http://www2.umdnj.edu/fmedweb/chfcd/>
6. Centros para el Control de las Enfermedades. Centers for Disease Control (CDC). Centro para Atención de las Minorías. Atlanta, EUA. La Salud de las Minorías Determina la Salud de la Nación. <http://www.cdc.gov/omh/>
7. Champaneria Manis, Sara Axtell. Cultural Competente Training in US Medical Schools. Journal of the American Medical Association. Vol 291, No. 17, May 5, 2004. Pp 2142
8. Crandall Sonia J. PhD, Geeta George MPH, Gail Marion PA, PhD and Steve Davis MA. Applying Theory to the Design of Cultural Competency Training for Medical Students: A Case Study. Academic Medicine . Vol. 78, No. 6. June 2003. pp 588-594
9. Doty Michelle, Hispanic Patients' double burden: Lack of Health Insurance and Limited English. The Commonwealth Fund, February 2003.
10. Dressler Gary y Ricardo Varela. Administración de Recursos Humanos. 2ª Edición. Prentice Hall, México. 2003
11. Dressler Gary, A Framework for Human Resource Management. Chapter 2, Managing Equal Opportunity and Diversity. Second Edition. Prentice Hall. New Jersey, USA. 2001
12. Morris Gayle, David Beckett. Real Knowing: Rethinking Language Learning, identity and work. The Learning Conference 2003. What Learning means.

Institute of Education, University of London 15-18 July 2003.

<http://2003.learningconference.com/ProposalSystem/Presentations/P000705>

13. Hasnain-Waynia Romana, Debra Pierce and Mary A. Pittman. Who, When and How: The Current State of Race, Ethnicity, and Primary Language Data Collection in Hospitals. Health Research and Educational Trust. The Commonwealth Fund. May 2004

14. HRSA, Health Resources and Services Administration. Cultural Competence Works. Using Cultural Competence to Improve the Quality of Healthcare for Diverse Populations and add value to managed care arrangements.. US Department of Health and Human Services 2001.

15. Hernández y Rodríguez Sergio. Administración, Pensamiento, Proceso, Estrategia y Vanguardia. McGraw Hill, México, 2004

16. Institute of Medicine. Health Literacy: A Prescription to end confusion. April 2004. <http://www.iom.edu/report.asp?ID=19723>

17. Kagawa-Singer Marjorie and Shaheen Kassim-Lakha. A Strategy to Reduce Cross-Cultural Miscommunication and Increase the Likelihood of Improving Health Outcomes. Academic Medicine, Vol 78, No. 6, June 2003. pp 577-587

18. Red de Educación Intercultural. La Universidad Pedagógica Nacional. México. http://www.cmwf.org/programs/prog_desc.asp?id=5&link=2

19. Matabuena Cascajares María del Rosario. Introducción al Área de la Salud. Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP). Cédula de Apoyo para las carreras del área administrativa-contable. México D. F., Agosto 1984.

20. Matabuena Cascajares María del Rosario. Roads to Reading About Administration. Regents-Panorama, México, D.F. Marzo 1988.

21. Majumdar Basanti, Gina Browne, Jacqueline Roberts, Barbara Carpio. Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes. Journal of Nursing Scholarship. Vol. 36 Issue 2. June 2004. 161pp

22. McDonough John E., Brian K. Gibas, Janet L. Scott-Harris, Kart Kronebusch, Amanda M. Navarro and Kimá Taylor. A State Policy Agenda to Eliminate Racial and Ethnic Health Disparities. The Commonwealth Fund. June 2004. 102pp

23. Reza Trosino Juan Carlos. El ABC del Instructor 2. Y También del Facilitador de procesos de grupos comunitarios, educativos, de Formación Profesional y Aprendizaje Efectivo para el Tercer Milenio. Editorial Panorama. 1ª. Edición. México. 2002

24. Scott Collins Karen, Dora L. Hughes, Michelle M. Doty, Brett L. Ives, Jennifer N. Edwards and Katie Tenny. *Diverse Communities, Common Concerns: Assessing Health Care Quality for Minority Americans. Findings from the Commonwealth Fund 2001 Health Care Quality Survey.* The Commonwealth Fund. March 2002. 80pp
25. Smith, M. K.. 'Learning theory', the encyclopedia of informal education, 1999 www.infed.org/biblio/b-learn.htm,
26. Sutton Marla. *Cultural Competence, It's Not Just Political Correctness. It's Good Medicine.* Family Practice Management. American Academy of Family Physicians. October 2000. <http://www.aafp.org/fpm/20001000/58cult.html>
27. The Commonwealth Fund. *Mejoramiento de la Calidad para las poblaciones con desventajas.* http://www.cmwf.org/programs/prog_desc.asp?id=5&link=2
28. The Nurse Staffing Dilemma. *LEAD STORY-DATELINE: Business Week*, Junio 3, 2002. <http://myphlip.pearsoncmg.com/cw/mpviewce.cfm?vceid=3229&vbcid=3156>
29. Youdelman Mara and Jane Perkins. *Providing Language Interpretation Services in Health Care Settings: Examples from the field.* National Health Law Program. Field Report. The Commonwealth Fund. May 2002
30. OMHRC. Office of Minority Health. Public Health Service. US Department of Health and Human Services. *Assuring Cultural Competence in Health Care. Recommendations for National Standards and Outcomes-Focused Research Agenda. National Standards for Cultural and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health Care. Final Report.* Washington DC. December 2001. 139pp (Resumen Ejecutivo en Español, 27pp) www.omhrc.gov/clas/
31. *La barrera del Idioma.* La Prensa. Vol XXIII, Ed. 19. Orlando, Florida. USA. 19 de mayo de 2005.
32. Cross, Bazron, Dennis and Isaacs. *The Cultural Competence Continuum. From Toward a Culturally Competent System of Care, by.* (CASSP-Child and Adolescent Service system Program of Pennsylvania, USA) Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center. (1988). *Services to Minority Populations. Focal Point.* Vol 3 No. 1 pp. Lynch E. & Hanson M. (1998). *Developing Cross-Cultural Competence.* Galtimore: Paul H. Brookes. Colorado Service Coordination Training Module 4. Cultural Competence Continuum. May 2001.
33. *Indicators of the Application of Cultural Competence Principles.* Pennsylvania Department of Public Welfare. Office of Medical Assited Programs (OMAP). Appendix C. Second Edition. USA. March 2003. Updated on the Website on April 2004. <http://www.dpw.state.pa.us/omap/rfp/hlthchcrfp/hlthchbhappdxcc.asp>

34. National Standards of Practice for Interpreters in Health Care. National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Santa Rosa, CA, USA. September, 2005. (20Pp.)
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/National_Standards_of_Practice_for_Interpreter_in_Health_Care.pdf
35. Beltran Avery Maria-Paz Ph.D., The Role of The Health Care Interpreter. An evolving dialogue. The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. April 2001. 15pp.
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/TheRoleoftheHealthCareInterpreterAnEvolvingDialogueApril2001.pdf
36. National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Guide to Initial Assessment of Interpreter Qualifications. Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. April 2001. 24pp
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/InitialAssessmentofInterpreterfinalversionMay2001.pdf
37. Cultural Competence Continuum. Cultural Competence Division. Program for Multicultural Health. University of Michigan Health System. Cultural Competence Division. Ann Arbor, MI, USA. 2005
<http://www.med.umich.edu/multicultural/ccp/basic.htm>
38. Opening Doors: A Program to Reduce Sociocultural Barriers to Health Care. National Program Report. The Robert Wood Johnson Foundation. Princeton NJ, USA. 1998. <http://www.rwjf.org/reports/npreports/opendoorse.htm#contents>
39. Anderson Charles C. (Mike) M.P.A. Linguistically Appropriate Access and Services; An Evaluation and Review for Healthcare Organizations. The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. June 2002. 28pp
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/LinguisticallyAppropriateAccessandServicesAnEvaluationandReviewforHealthcareOrganizations.pdf
40. Bancroft Marjory, MA. The Interpreter's World Tour: An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters. The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. March 2005. 40pp
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/TCE01202005_TheInterpretersWorldTour.pdf
41. Terminology of Health Care Interpreting: A Glossary of terms. The Department of Health and Human Services and The National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. October 2001. 10pp
http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/TheTerminologyofHealthCareInterpreting.pdf
42. Downing Bruce Ph.D. and Cynthia E. Roat MPH. Models for the Provision of Language Access in Health Care Settings. The National Council on Interpreting

in Health Care (NCIHC). Working Paper Series. Santa Rosa, CA, USA. March 2002. 25pp

http://www.ncihc.org/NCIHC_PDF/ModelsfortheProvisionofLanguageAccessinHealthCareSettings.pdf

43. Siegel Wendy. Building linguistic and cultural competency: a Tool Kit for Managed Care Organizations and Provider Networks that serve the foreign born. Mid American Institute on Poverty. Heartland alliance for Human Needs and Human Rights. Chicago Il. USA. 1998. 101pp.

<http://www.consultmillennia.com/documents/Building%20Linguistic%20&%20Cultural%20Competency.pdf>

44. Singal Ashima. Puerto Rico's nurses are in high demand. Spanish-speaking nurses in demand. Orlando Sentinel. Sunday July 23, 2006-11-02

45. Wu E. and M. Martinez, Taking Cultural Competency from Theory to Actino. The Commonwealth Fund. October 2006-11-02

46. Goode T.D., M.C. Dunne, and S.M. Bronheim, The Evidence Base for Cultural and Linguistic Competency in Health Care, The Commonwealth Fund. October 2006.

47. MCE-Management Center Europe. Cultural sensitivity is key to successful cross-border management. March 2001. <http://www.mce.be/knowledge/144/42>

48. A Practical Guide for Implementing the Recommended National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. National standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) in health care. Preliminary Report. The Office of Minority Health. Department of Health and Human Services. USA. 2006

<http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=15>

49. MCE-Management Center Europe. Towards a new, trans-national HR practice - An exclusive interview with Fons Trompenaars. How to take advantage of cultural differences. March 2004. <http://www.mce.be/knowledge/377/42>

50. Flores Glenn MD, Milagros Abreu MD, Sandra C. Tomany-Korman, MS. Limited English Proficiency, primary language at home and disparities in children's health care: How Language barriers are measured matters. Public Health Reports. The Commonwealth Fund. 120 (4) July-August 2005. PP 418-30

51. Department of Health. Health Minister launches multilingual phrasebook. London, England. February, 2004.

52. Youdelman Mara and Jane Perkins Providing Language Interpretation Services in Health Care Settings: Examples from the Field, The Commonwealth Fund, May 2002.

http://www.cmf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=221272

53. Youdelman Mara, J.D., and Jane Perkins, J.D., Providing Language Services in Small Health Care Provider Settings: Examples from the Field, The Commonwealth Fund, April 2005
http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=270667
54. Harrison Roger, Herb Strokes. [Diagnosing Organizational Culture](#). Pfeiffer & Company. San Diego, USA. 1992. Accompanying Training Manual of same author.
55. Alvarez-Robinson Sonia, Moving Along the Cultural Competence Continuum: An Ongoing Journey, Minnesota Department of Health 2000.
<http://www.health.state.mn.us/communityeng/multicultural/moving.html>
56. Sustainable Institute (Instituto de Sustentabilidad) Comportamiento sustentable en sistemas complejos. Página en el Internet. Referencia Septiembre, 2006 <http://www.sustainabilityinstitute.org/>
57. Instituto del Contexto. Cultura Humana Sustentable. Pagina en el Internet. Referencia Septiembre 2006. <http://www.context.org/index.html#>
58. Desarrollo Sustentable en el Sistema Nacional de Salud Inglés http://www.dh.gov.uk/AboutUs/HowDHWorks/ServiceStandardsAndCommitments/SustainableDevelopment/SustainableDevelopmentArticle/fs/en?CONTENT_ID=4105874&chk=oTFPuR y en la estrategia general en Inglaterra <http://www.sustainable-development.gov.uk/publications/uk-strategy/index.htm>.
59. Challenging Health Care System Sustainability: Understanding Health System Performance of Leading Countries. The Conference Board of Canada. June 2004. Informe que incluye a Australia y otros 5 países europeos.
<http://www.conferenceboard.ca/documents.asp?rnext=755>
60. Reforma de Salud en Canadá. Plan de Sustentabilidad. 2003
<http://www.healthreform.ca/sustainability.html>
61. Beca de Liderazgo y Competencia Cultural. Cultural Competente Leadership Fellowship. Centro Nacional de Liderazgo en Salud (NCHL) y Health Research and Educational Trust (HRET). 2007-2008

9. Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Auto Evaluación de la Competencia Cultural.

El siguiente cuestionario¹ de autoevaluación puede asistir a los médicos a identificar áreas en las cuales pueden mejorar la calidad de los servicios que ellos prestan a poblaciones culturalmente diversas.

Promoviendo la Competencia Cultural y Lingüística

Lista de comprobación de la autoevaluación para el Personal que provee servicios de Atención a la Salud

Instrucciones: Favor de marcar con una A, B o C para cada uno de los enunciados que se listan abajo.

A = Cosas que hago frecuentemente

B = Cosas que hago ocasionalmente

C = Cosas que nunca o rara vez hago

Medio ambiente Físico, Materiales y Recursos

_____ 1. Exhibo fotografías, carteles, obras de arte y otras decoraciones que reflejan las culturas y los antecedentes étnicos de los clientes atendidos por mi programa o agencia.

_____ 2. Me aseguro que las revistas, folletos y otros materiales impresos en las áreas de recepción sean del interés y reflejen las diferentes culturas de los individuos y familias atendidos por mi programa o agencia.

_____ 3. Cuando utilizo videos, películas u otros recursos audiovisuales para la educación, tratamiento u otras intervenciones de salud, me aseguro que reflejen las culturas y los antecedentes étnicos de los individuos y familias atendidos por mi organización, agencia o programa.

_____ 4. Me aseguro que la información impresa diseminada por mi agencia o programa tome en cuenta los niveles promedio de educación de los individuos o familias que reciben los servicios.

¹ Cuestionario de Autoevaluación desarrollado por Tawara D. Goode, Georgetown University Child Development Center-UAP. Adaptado con permiso por Promoting Cultural Competence and Cultural Diversity in early Intervention and Early Childhood Settings and Promoting Cultural Competence and Cultural Diversity for Personnel Providing Services and Supports to Children With Special Health care Needs and Their Families (Junio 1989; última revision en Julio del 2000)

Estilos de Comunicación

5. Cuando interactúo con individuos o familias que poseen un conocimiento limitado del idioma inglés, siempre tengo presente que:

___ Las limitaciones en el conocimiento del idioma inglés no son de ninguna manera un reflejo del funcionamiento de su nivel intelectual.

___ Su limitada habilidad para hablar la lengua de la cultura dominante no tiene ninguna referencia con su habilidad para comunicarse efectivamente en su lengua de origen.

___ Puede que sean o que no sean alfabetas en su lengua de origen o en inglés.

___ 6. Utilizo personal bilingüe-bicultural y/o personal y voluntarios entrenados o certificados en la prestación de interpretación médica durante los tratamientos, intervenciones, juntas u otros eventos para los individuos y familias que necesiten o prefieran este nivel de asistencia.

___ 7. Para aquellos individuos que hablan lenguas o dialectos diferentes al inglés, intento aprender o utilizar palabras clave en su lengua que me permitan comunicarme mejor con ellos durante las valoraciones, tratamientos u otras intervenciones.

___ 8. Intento determinar cualquier coloquialismo familiar utilizado por los individuos o familias que pueda afectar la valoración, tratamiento o intervención.

___ 9. Cuando es posible, me aseguro de que todos los avisos y comunicaciones para los individuos o familiares, estén escritos en la lengua de origen.

___ 10. Comprendo que puede ser necesario utilizar alternativas a las comunicaciones escritas para algunos individuos y familiares, ya que la comunicación oral de persona a persona puede ser un método preferido para recibir información.

Valores y Actitudes

___ 11. Evito imponer valores que puedan ser conflictivos o inconsistentes con aquellos de culturas o grupos étnicos diferentes a los míos.

___ 12. Examino libros, películas y otros recursos audiovisuales para detectar estereotipos culturales, étnicos o raciales negativos antes de compartirlos con individuos o familiares atendidos por mi programa o agencia.

___ 13. Intervengo de manera apropiada cuando observo que otros miembros del equipo o clientes dentro de mi programa o agencia adoptan comportamientos que muestran insensibilidad cultural, desviaciones raciales y prejuicio.

___ 14. Reconozco y acepto que los individuos con antecedentes de diversas culturas pueden desear diferentes grados de culturización dentro de la cultura dominante.

___ 15. Entiendo y acepto que el concepto de familia se define en forma diferente en culturas diferentes (por ejemplo, los parientes cercanos, allegados, parentela ficticia, padrinos).

___ 16. Acepto y respeto que los papeles que desempeña el hombre-la mujer pueden variar significativamente entre culturas y grupos étnicos diferentes (por ejemplo, quién toma las decisiones importantes para la familia).

___ 17. Entiendo que la edad y los factores del ciclo vital deben ser considerados en las interacciones con los individuos y familias (ejemplo, el gran valor que se da a la decisión de los de mayor edad, el papel que juega el hombre o la mujer mayor en la familia, o los papeles y expectativas de los niños dentro de la familia).

___ 18. Aun cuando mis puntos de vista profesionales o morales puedan diferir, acepto que los individuos o familias son ultimadamente los que toman las decisiones que afectan sus vidas.

___ 19. Reconozco que el significado o el valor del tratamiento médico y la educación de la salud puede variar grandemente entre las culturas.

___ 20. Acepto que la religión y otras creencias puedan influir en cómo los individuos y las familias respondan a la falta de salud, la enfermedad y a la muerte.

___ 21. Entiendo que la percepción de la salud, el bienestar y los servicios de salud preventivos tienen significados diferentes en diferentes grupos culturales o étnicos.

___ 22. Reconozco y acepto que las creencias populares y religiosas pueden influir en la reacción y el enfoque de un individuo o una familia hacia un niño que nace con una discapacidad, o que es diagnosticado posteriormente con una discapacidad, desorden genético o necesidades de atención de salud especiales.

___ 23. Entiendo que la aflicción y el desconsuelo estén influenciados por la cultura.

___ 24. Obtengo información de los individuos, familias u otras fuentes de información claves de la comunidad que ayudará para que la adaptación del servicio responda a las necesidades y preferencias de los grupos con diversidad cultural y étnica que sirve mi programa o agencia.

___ 25. Antes de visitar o proveer servicios a domicilio, obtengo información sobre los comportamientos aceptables, las cortesías, costumbres y expectativas que son únicos en los grupos con diversidad cultural y étnica que sirve mi programa o agencia.

___ 26. Me mantengo al corriente de las mayores inquietudes y asuntos de salud de las poblaciones cliente con diversidad étnica y racial que residen en el área geográfica atendida por mi programa o agencia.

___ 27. Me doy cuenta de los factores de riesgo socioeconómicos y del medioambiente que contribuyen a los mayores problemas de salud de las poblaciones con diversidad cultural, étnica y racial atendida por mi programa o agencia.

___ 28. Estoy bien actualizado (versado, instruído) en las más recientes prácticas, tratamientos e intervenciones que han sido probados para los mayores problemas de salud entre los grupos con diversidad étnica y racial dentro del área geográfica que atiende mi agencia o programa.

___ 29. Aprovecho el desarrollo y entrenamiento profesional para engrandecer mi conocimiento y habilidades en la prestación de servicios y apoyo a los grupos con diversidad cultural, étnica, racial y lingüística.

___ 30. Abogo por la revisión de la declaración de la misión, las metas, las políticas y los procedimientos de mi programa o agencia para asegurar que los principios y prácticas que promueven la competencia cultural y lingüística sean incorporados.

Como utilizar esta lista de comprobación.

Esta lista de comprobación tiene la intención de realzar el conocimiento y la sensibilidad del personal sobre la importancia de la competencia cultural y lingüística en los ambientes de servicios de salud y humanos. Provee ejemplos concretos de las clases de creencias, actitudes, valores y prácticas que fomentan la competencia cultural y lingüística a nivel individual o del practicante. No existe una clave con las respuestas correctas. Sin embargo, si usted respondió frecuentemente "C", puede ser que usted no demuestra necesariamente creencias, actitudes, valores y prácticas que promuevan la competencia cultural o lingüística dentro de los programas de prestación de la atención de la salud.