

Instrumento para
la valoración de la
Competencia
Intercultural en
la Atención
en salud mental
Hacia la equidad en salud

Instrumento para
la valoración de la
Competencia
Intercultural en
la atención
en salud mental
Hacia la equidad en salud



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 860-11-105-3

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Instrumento para
la valoración de la
Competencia
Intercultural en
la atención
en salud mental
Hacia la equidad en salud



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

GRUPO DE EXPERTOS

Coordinación

Alberto Fernández Liria. Psiquiatra. Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.

Pau Pérez Sales. Psiquiatra. Presidente de la Sección de Derechos Humanos de la AEN.

Miembros

Eduardo Balbo Ambrosolio. Psiquiatra. Centro de Salud Mental Leganés, Madrid.

María Fé Bravo. Psiquiatra. Presidenta de la AEN.

Francisco Collazos. Psiquiatra. Hospital Val d'Hebrón, Barcelona.

Lluís Franch. Gerente Hospital Salt, Gerona.

Adolfo García de Sola Márquez. Psicólogo Clínico.

Comunidad Terapéutica del Área de Salud Mental de Valme, Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

José Leal Rubio. Psicólogo Clínico. Psicoanalista. Asesor y Supervisor Clínico e Institucional en Salud Mental, Catalunya. Cofundador de l'Associació Atlàntida, Professionals per la Interculturalitat.

Ángel Martínez Hernández. Antropólogo. Profesor titular de la Universidad Rovira i Virgili.

Yolanda Osorio. Psiquiatra del Servicio de Atención en Salud Mental para Población Inmigrante SATMI del Parc Sanitari San Joan de Déu, Barcelona.

Adil Qureshi. Psicólogo. Hospital del Val d'Hebrón, Barcelona.

Nabil Sayed-Ahmad Beirut. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Comunitaria –UGC-Salud Mental– Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. Presidente de la Sección “Migración y Cultura en Salud Mental” de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental-AEN.

María Isabel Vázquez Souza. Psiquiatra. Coordinadora Programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar. Madrid. Asociación Salud Mental Exclusión Social. Madrid (SMES-Madrid)

Coordinación técnica

Susana Cebolla Lorenzo. Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital La Paz, Madrid.

Ainoa Muñoz San José. Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital La Paz, Madrid.

María Goretti Morón Nozaleda. Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.

Referente en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Begoña Merino. Jefa del Área de Promoción de la Salud.

Revisores externos

Joseba Ahotegui Loizate. Psiquiatra. Director del Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPPIR). Barcelona.

Pilar Baraza Cano. Enfermera. Coordinadora de Atención al Ciudadano. Distrito Sanitario Poniente - Almería.

Valentín Barembliit. Psiquiatra, Psicoanalista. Director del Centre IPSI.

David Clusa. Psiquiatra Director Servicios de Salud Mental. Fundació Hospital Sant Pere Claver.

Said el Kadaoui. Psicólogo. Psicoterapeuta. Hospital de día de adolescentes de Gavà (Fundación Orienta).

Teresa González. Presidenta de Médicos del Mundo.

M^a Jesús Larrauri. Psicóloga Clínica. Directora Hospital de Día de Adolescentes. Fundació Vidal i Barraquer.

Arturo Márquez, Jr. PhD student. Departamento de Antropología. Northwestern University (Evanston, IL, EEUU).

Joaquín Morera. Médico Atención Primaria. Director del Manual de Atención en Salud al Inmigrante.

Carmina Puig Cruells. Trabajadora social, psicóloga, profesora de la Universitat Rovira i Virgili. Supervisora de equipos de servicios sociales y de salud/salud mental.

Maite San Emeterio. Psiquiatra. Coordinadora Centre d'Higiene Mental Les Corts.

Índice

Prólogo	9
Introducción	11
Justificación	11
Antecedentes	12
Aspectos conceptuales	13
La Competencia Cultural	17
Hacia una Competencia Intercultural	18
Experiencia en otros países	19
Alcances y límites del documento	21
Referencias	23
1. Accesibilidad	25
1.1. Accesibilidad general	25
1.2. Reconocimiento del derecho a usar el servicio	27
1.3. Información proactiva sobre los servicios	29
2. Planificación y programación de la actividad	31
2.1. Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender las necesidades de cada sujeto atendiendo a su diversidad cultural	31
2.2. Indicadores y evaluación de la actividad	33
3. Adaptación a necesidades de usuarios y pacientes	35
3.1. Comunicación con el usuario	35
3.2. Normas internas de discriminación positiva	36
3.3. Servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural	38
4. Actividad clínica	41
4.1. Programa de Atención a Población Inmigrante-Cartera de Servicios	41
4.2. Historia clínica (registro y narrativa)	42
4.3. Diagnósticos culturalmente sensibles	44
4.4. Terapéutica	45
4.5. Promoción y prevención de la salud	46

5.	Actividad psicosocial y comunitaria	49
6.	Participación de los usuarios	51
	6.1. Participación	51
	6.2. Consideración de la opinión de los usuarios	53
7.	Formación	55
8.	Investigación	57

Prólogo

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en nuestro país, aunque ha adquirido dimensiones muy importantes en los últimos años y representa actualmente un desafío para el sistema sanitario. La competencia intercultural de las instituciones y profesionales sanitarios españoles está lejos de alcanzar los estándares europeos o, al menos, los de los países que tienen una larga tradición como receptores de población inmigrante.

Uno de los objetivos del Área de Salud del “Plan Estratégico Ciudadanía e Integración 2007-2010” era garantizar el derecho a la protección de la salud a las personas inmigrantes a través de un acceso efectivo al sistema sanitario.

A pesar de la atención sanitaria universal y de los amplios sistemas de pensiones en toda la Unión Europea, las investigaciones sobre la naturaleza persistente de las desigualdades sociales apuntan a sus profundas raíces estructurales, pero también a desigualdades en protección social y cobertura sanitaria y a las barreras de acceso de las minorías vulnerables¹.

El presente documento responde a la percepción de que la competencia intercultural de las instituciones sanitarias en general, y de las de salud mental en particular, –y, por tanto, su capacidad de atender del mejor modo posible a sociedades culturalmente diversas, como ha llegado recientemente a ser la nuestra– es aún escasa. Y, además, en ausencia de un modelo consensuado desde el que afrontar la diversidad, las medidas para mejorar en esta área de la salud que se han adoptado en diversas instituciones han sido muy variadas, y son raramente conocidas por las demás.

El documento ha sido elaborado por un grupo de expertos, convocados por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, como resultado de un encargo que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, efectuó a esta Asociación a fin de iniciar medidas que posibilitaran un mejor acceso a la atención sanitaria de la población migrante en una materia tan relacionada con los códigos culturales. La concreción de este encargo se orientó hacia la elaboración de un instrumento que pudiera servir para que los responsables de las instituciones que atienden a las personas con problemas de salud mental pudieran autoevaluar su competencia intercultural.

¹ Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010
<http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>

Para ello, se convocó a un panel de expertos de distintas procedencias y profesiones, y con diferentes experiencias y puntos de vista, que trabajaron combinando las reuniones presenciales con las multiconferencias telefónicas y los intercambios a través del correo electrónico. Desde este grupo se intentó consensuar algunos conceptos, localizar los problemas, detectar acciones que pudieran ser recomendables para afrontarlos y, por fin, se formularon preguntas que pudieran servir a quién quiera planteárselas para situarse y localizar áreas de mejora.

El documento resultante de ese trabajo fue enviado a diversos revisores externos cuyas aportaciones han sido recogidas después de considerarlas en el grupo.

El trabajo se ha circunscrito a la consideración de las instituciones que proveen atención a la salud mental y a los problemas relacionados con ellas, en población adulta.

El propósito del documento es producir un instrumento capaz de guiar la mirada de quien quiera preguntarse en qué medida cada institución está haciendo aquello sobre lo que hay pruebas o, al menos, un acuerdo entre los expertos, sobre lo que podría hacerse para mejorar su capacidad en este campo.

Un instrumento como éste podría representar un primer paso para el establecimiento de alguna suerte de sello de calidad que sirviera para hacer visibles e incentivar los esfuerzos de las instituciones sanitarias para dar respuesta a este problema así como derivar en otros instrumentos adaptados a otras especialidades y profesionales.

La aceptación de esta realidad diversa y su abordaje, permitirá sin duda una mejora en el acceso y en la calidad de la atención sanitaria no solo para la población migrante, sino para la ciudadanía en su conjunto.

Finalmente, queremos agradecer a todos los profesionales que han contribuido a la elaboración de este instrumento y a la Asociación Española de Neuropsiquiatría por su constante y efectiva colaboración en favor de la salud mental con nuestra institución.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Introducción

Justificación

Según datos de la OIM (*Organización Internacional para las Migraciones*), en la actualidad se calcula que la cifra de migrantes internacionales en el mundo asciende a 214 millones, un 3,1% de la población mundial, de los cuales un 10-15% corresponde a migrantes ilegales.

Si bien, en España, la inmigración es un hecho bastante reciente en comparación con otros países europeos, ha sido muy intensa en la última década, pasando de ocupar la posición número 21 de los países de la OCDE (*Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*) con mayor número de migrantes internacionales en el año 2000, a la 8 en 2010.

Además de la importante presencia proporcional de inmigrantes sobre la población total, es importante tener en cuenta la diferencia existente entre las migraciones del siglo XXI y las precedentes a la hora de entender los determinantes de salud de los inmigrantes. Las migraciones de este siglo se caracterizan por las rupturas familiares, la exclusión social estructural y la criminalización del inmigrante, lo que lleva a situaciones especialmente difíciles y a un empeoramiento de los estresores que afectan a esta población. Joseba Achotegui, a raíz de las observaciones realizadas desde el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR) de Barcelona, considera que los estresores más importantes son la separación forzada de los seres queridos, el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia y el miedo o la indefensión por carecer de derechos¹. El informe de la OMS (*Organización Mundial de la Salud*) sobre los Determinantes Sociales en Salud (OMS, 2008) destaca la pobreza y la marginalización como los principales factores de riesgo sanitario en inmigrantes².

El crecimiento exponencial de la inmigración en la última década y su constante progresión es uno de los factores que mayor impacto están teniendo a nivel social, económico, cultural y sanitario, planteando nuevos retos en los servicios públicos.

La competencia intercultural, si bien no había sido tenida en cuenta hasta ahora, deberá incorporarse en los criterios de calidad de cualquier dispositivo asistencial. Esto requiere una adaptación de los modelos existentes acorde con las características de la sociedad española, grupos étnicos, sistema de salud etc.³, así como un compromiso tanto a nivel individual, lo que

implica a todos los participantes del proceso asistencial, como a nivel institucional, lo que permitirá asegurar que los dispositivos se adapten a la variabilidad de sus usuarios⁴.

Antecedentes

Siendo en España el fenómeno migratorio un hecho más reciente que en otros países, la mayoría de las referencias las encontramos en otros países europeos y, sobre todo, en el contexto anglosajón.

En los EEUU, la literatura de los últimos 20 años ha señalado que las diferencias en los indicadores nacionales de salud, que demuestran que las minorías raciales y étnicas tienen peores resultados para enfermedades tratables y prevenibles (como enfermedades cardiovasculares, diabetes, asma, cáncer o VIH/SIDA), no se deben sólo a factores como el más bajo nivel socioeconómico sino también a diferencias en el cuidado sanitario, que, de hecho, contribuyen a las desigualdades sanitarias⁵. El informe *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*⁶, publicado en 2002 y elaborado a solicitud del Congreso de los EEUU, proporciona el primer estudio detallado y sistemático de las disparidades étnicas y raciales en el cuidado sanitario, estructurando una estrategia a distintos niveles, tanto para eliminar las desigualdades como para aumentar la eficiencia y equidad en el acceso de todos los pacientes⁵.

Por otro lado, la OMH (*The Office of Minority Health*), del Departamento de Salud y Derechos Humanos de los EEUU, publicó en el año 2000 unos estándares en cuanto a *servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS)* en el cuidado sanitario a nivel nacional^{6,7}. El resultado de este trabajo fue un informe que comprende 14 normas propuestas como medios para corregir desigualdades en la disposición de los servicios de salud y para hacer esos servicios más sensibles a las necesidades individuales de todos los pacientes.

En el contexto europeo, fue de especial relevancia la Presidencia Portuguesa de la Unión Europea (UE) durante el 2007, ya que supuso un año de intenso movimiento en materia de salud y migración. Los principales eventos fueron: la Conferencia de la Presidencia Portuguesa de la UE en Migración y Salud (Lisboa, 2007), conclusiones del Consejo Europeo (diciembre, 2007), *Declaración de Bratislava de Migración, Salud y Derechos Humanos*, el Comité Regional de la OMS para Europa “*Pobreza y Salud*” y la formación de un grupo de trabajo específico en la Comisión Europea para *Migración y Salud*.

En febrero de 2008, con el fin de consolidar los resultados del año anterior, nace el proyecto AMAC (*Assisting Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities*), respondiendo a la demanda por parte de los gobiernos de la UE y la Comisión Europea de una guía de expertos que dirigieran de forma apropiada las medidas que puedan influenciar los determinantes sociales y sanitarios que afectan a los inmigrantes⁶⁻⁸. Desde el proyecto AMAC se ha trabajado sinérgicamente con otros proyectos: *MIGHEALTHNET (Information Network on Good Practice in Health Care for Migrants and Minorities in Europe)*, *COST (Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe)* y *MEHO (Monitoring the Health Status of Migrants within Europe: Development of Indicators)*.

Aspectos conceptuales

Raza, etnia y cultura

Raza, etnia y cultura son conceptos que han generado gran confusión en la opinión pública y en los saberes profesionales y, en esta medida, requieren de una aclaración en este texto. El primero de ellos (**raza**), constituye una categoría ya en desuso en antropología física, en antropología cultural y en genética de poblaciones, debido a su falta de base científica para dar cuenta de las diferencias en biología humana. La mayor parte de los estudios genéticos nos indican que la principal variación física (en torno al 94%) se produce dentro de los grupos determinados clásicamente como razas (negros, caucásicos, etc.) y que las diferencias entre un tipo racial y otro constituyen únicamente un 6% de la variación. Esto supone que hay mayor diversidad dentro de los grupos raciales que entre ellos⁹, y que, por tanto, el constructo “raza” no supone evidencia científica en la biología humana. La única utilidad de este concepto es para definir una única raza: la raza humana.

Históricamente, el concepto de raza ha sido instrumentalizado frecuentemente con propósitos políticos e ideológicos que buscaban la justificación de modelos de subordinación entre seres humanos y de legitimación de formas de opresión, dominación, exclusión y violencia. Este pasado, unido a la inoperatividad biológica del concepto, explican que actualmente sea descartado como categoría analítica. Es por ello que la Asociación Americana de Antropología, y otras sociedades científicas, han propuesto su eliminación de los registros censales nacionales, entre ellos el de Estados Unidos^{9,10}.

No obstante, la sedimentación histórica de la categoría raza en las clases populares, en los grupos profesionales, en las instituciones y en la vida cotidiana es una “realidad social” que debe ser tenida en cuenta. Tanto los grupos que utilizan la categoría “raza” para imaginar y crear relaciones de diferenciación entre los seres humanos, como los colectivos que han sido víctimas de la exclusión por una percepción diferenciada de su fenotipo, introducen la palabra “raza” en sus discursos y en el debate político, ya sea desde posiciones racistas o anti-racistas. “Raza” es un concepto popular, lego, profano, político, ideológico, pero no científico, pues no es congruente con lo que actualmente sabemos sobre la variación en biología humana. Ahora bien, el racismo, como exclusión de determinados individuos y grupos por sus características fenotípicas, es un fenómeno triste y socialmente real que da pie a formas de exclusión, que genera barreras en el acceso a los servicios sanitarios y que produce sufrimiento en determinados individuos y grupos sociales¹¹.

Los conceptos de **cultura** y **etnia** hacen mención a esferas no biológicas, sino sociales de la diversidad humana. Una **cultura** es un conjunto de valores, significados y estilos de vida compartidos por un grupo humano que es transmitido intergeneracionalmente mediante un proceso de socialización y aprendizaje. Todos los seres humanos somos culturales en la medida en que vivimos en sociedad. La cultura es la forma adaptativa de nuestra especie que muestra y ha mostrado a lo largo de la historia una gran diversidad. Cada sistema cultural supone normas, valores, cánones, formas estéticas y modelos de persona (masculinidad y feminidad, por ejemplo) específicos, entre otros aspectos, que conforman una visión del mundo, de las cosas y de las relaciones entre ellas. Esta particularidad o especificidad no niega la existencia de una diversidad interna en cada cultura o de prácticas e ideas similares en diferentes culturas. La cultura es una realidad dinámica, fruto de desarrollos históricos, y por tanto cambiante en el tiempo. Por otro lado, los grupos humanos nunca han estado solos, pues siempre han necesitado de un otro real o ficticio para construir su identidad.

Lévi-Strauss (1996)¹² indicaba que todo grupo social es siempre resultado de dos tendencias contradictorias: una de tipo centrípeto, que orienta hacia la diferenciación con otros grupos y, por tanto, hacia la identidad cultural, y otra, de tipo centrífugo, que orienta hacia la semejanza con otras culturas y, por tanto, hacia la interculturalidad. Identidad e interculturalidad son tendencias constitutivas de todo grupo que deben ser tenidas en cuenta en las relaciones interculturales, con el objeto evitar las formas reactivas de la identidad y conocer los puentes o vínculos que pueden propiciar el diálogo entre individuos y culturas.

En el contexto sanitario, la importancia de la cultura está relacionada con diferentes aspectos. La cultura, como estilo o forma de vida, puede estar

involucrada en la etiología de determinadas enfermedades, así como en la percepción e identificación del malestar, en el curso, el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades y los trastornos mentales¹³⁻¹⁵. En la medida en que todos somos seres culturales, factores como la dieta, los estilos de vida, las ideas de persona, lo que resulta “importante” en términos vitales, las ideas sobre la causa, pronóstico y curación de la enfermedad, las expectativas con respecto al tratamiento o las terapias que consideramos más adecuadas son fenómenos que inciden en los patrones epidemiológicos y en las posibilidades/dificultades de establecer una alianza terapéutica.

La etnicidad, por su parte, hace referencia a la dimensión identitaria de la cultura. Una **etnia** o grupo étnico es un grupo social que se cohesionan a partir de la idea (real o ficticia) de un origen común, de una tradición cultural compartida y de algunos elementos de esta tradición que son destacados como elementos fundamentales de su identidad, como podría ser la lengua, la religión, determinados rituales o, también, determinadas características fenotípicas que son percibidas como propias o exclusivas del grupo. Esta última circunstancia ha llevado a la confusión entre raza y etnia, principalmente en sus acepciones populares. Existen grupos étnicos que no establecen una distinción fenotípica o que no apoyan su identidad en este tipo de rasgos, mientras que otros sí. No obstante, en estos últimos casos estamos de nuevo ante una diferenciación percibida o “construcción social” que no tiene porqué corresponderse con la variación/similitud de la biología humana que podría desprenderse de un análisis en genética de poblaciones y que, en todo caso, no confirman la validez del concepto de raza. Una cosa es que los grupos humanos puedan “construir” diferencias biológicas y otras que éstas tengan un sentido científico.

En el contexto multicultural y multiétnico de nuestras sociedades, a menudo las identidades étnicas se mantienen a pesar de que los estilos de vida entre los diferentes grupos sean muy parecidos, ya sea por afinidad y contacto histórico, ya sea por compartir valores y significados comunes en la vida cotidiana. La globalización ha producido un efecto de homogenización y, también, de resistencia de diferentes grupos a esta homogenización. La persistencia de la identidad étnica en un contexto de similitud cultural puede entenderse porque ésta no necesariamente descansa en la reivindicación de toda la cultura, sino en algunos rasgos específicos de ella, como podría ser la lengua o la adscripción religiosa entre otros posibles.

En el campo sanitario, es evidente que los profesionales de salud no pueden tener un conocimiento en profundidad de todas las culturas y grupos étnicos de su entorno o a los cuales se adscriben sus usuarios. De hecho, la diversidad cultural supone un desafío a la atención sanitaria principalmente porque hace evidente la importancia de la cultura y la identidad étnica en las relaciones terapéuticas, pero estos factores (cultura y etnia) siempre estuvie-

ron aquí. Los profesionales son también seres culturales y con identidad étnica que anteriormente trataron usuarios también culturales y étnicos, aunque fuesen de su mismo grupo o de grupos cercanos. La competencia intercultural no requiere de un conocimiento, por otro lado imposible, de todas las culturas, sino de una actitud de escucha hacia el paciente y de contextualización de sus enfermedades y aflicciones en un mundo social. Ser competente interculturalmente, aquí, significa despojarse de los prejuicios y anticipaciones propias, para interpretar y entender la visión de la persona que tenemos enfrente, en ese “encuentro” que es la relación terapéutica.

Inmigrante, minorías étnicas, grupos culturalmente diversos

Entendemos por **inmigrante** a la persona que llega a un país en el que no ha nacido para fijar en él su residencia. La intención de fijar la residencia puede ser tanto temporal como permanente, y no implica disponer de un permiso de residencia⁴. En muchos países europeos, la inmigración tiene un significado tanto denotativo como connotativo. Por un lado, denota estar viviendo de forma permanente en un país distinto al de origen, y, por otro lado, connota un proceso problemático que ejerce presión sobre los recursos públicos y lleva a problemas sociales¹⁶. Los inmigrantes procedentes de países desarrollados constituyen lo que se conoce como inmigración social (se incluyen los refugiados políticos y las personas desplazadas y demandantes de asilo). Los procedentes de países de baja renta conforman la inmigración económica, que llegan buscando oportunidades para mejorar sus condiciones de vida¹⁷.

El hablar de **grupo minoritario o minoría** se refiere a un “grupo subordinado en una jerarquía sociopolítica, con menos poder y menor seguridad de acceso a los recursos que los grupos mayoritarios”^{17,18}.

A lo largo del documento nos referiremos en general a los **usuarios** de los dispositivos, entendiendo que, al ser un documento dedicado a evaluar la calidad en materia de competencia intercultural de dichos dispositivos, incluirán inmigrantes, minorías étnicas o grupos culturalmente diversos.

Comunicación con el usuario: traductor y mediador intercultural

En el caso de la comunicación con individuos de una cultura diferente a la propia, se señalan retos tanto indirectos (asunciones que, tanto usuario como profesional, hacen de que no sólo son culturalmente diferentes sino,

incluso, incompatibles), como directos (diferencias de estilos de comunicación e interpretación de significados). El **mediador intercultural** es la “figura profesional dedicada a establecer puentes entre dos partes naturalmente alejadas por sus diferencias culturales, identitarias, de pertenencia étnica, etc.; crear puentes entre los inmigrantes y las estructuras de la sociedad de acogida (ya sean sociales, estructurales o de otro tipo)”¹⁹. La función del mediador intercultural sociosanitario radicaría en mejorar la comunicación y, con ello, la relación entre profesional y paciente, siendo capaz de adaptarse a cada situación.

Algunos países han abogado por la figura del **traductor**. Éste, a diferencia del mediador intercultural, tiene una función meramente facilitadora a nivel idiomático, sin necesidad de conocer las claves culturales que interaccionan¹⁷⁻²⁰.

A pesar de la importancia de las figuras del mediador intercultural y el traductor, tiene que ser tenido en cuenta que los profesionales sanitarios han de integrar asimismo ciertas funciones mediadoras, que permitan mejorar la comunicación y empatizar con los pacientes. En este sentido, Cohen (1999) habla de la competencia intercultural como la capacidad de comunicación y comprensión intercultural, tomar conciencia de la subjetividad de la interacción entre el migrante y el profesional que se relaciona con él, para realizar una intervención adecuada²¹.

La Competencia Cultural

La **competencia cultural** se entiende clásicamente como el conjunto de habilidades académicas e interpersonales que permiten a los individuos aumentar su comprensión y apreciación de las diferencias sociales y culturales en y entre grupos. El **cuidado culturalmente competente** se ha definido como un sistema que reconoce la importancia y la incorporación de la cultura, la evaluación de las relaciones transculturales, la vigilancia de las dinámicas que resultan de las diferencias culturales, la expansión del conocimiento cultural y la adaptación de las intervenciones para reconocer las necesidades culturales^{22,23}.

La mayoría de los modelos de competencia cultural se han desarrollado en EEUU, y ninguno de ellos aporta, de momento, un enfoque integral que implemente la competencia cultural en el cuidado sanitario en múltiples niveles y desde distintas perspectivas. Tal vez, uno de los modelos más relevantes podría ser la ‘mini - etnografía’ propuesta por A. Kleinman²⁴, que se compone de seis pasos por los que el clínico puede apoyar en la construcción de la narrativa del paciente cuando éste es de una cultura distinta a la

propia. Otros modelos son el modelo de la comunicación culturalmente competente²⁵, las competencias multiculturales de counseling²³ o los modelos EMIC, SEMI e IPQ²⁶.

Las **barreras socioculturales** que contribuyen a las desigualdades en salud se han dividido en tres niveles, que son a su vez los tres niveles de análisis en competencia cultural²², entendiendo la competencia como el medio para cruzar las barreras que impiden el acceso a la salud pública³:

- *Institucional*: Inadecuada representación de las minorías en puestos de liderazgo y entre el personal sanitario. La competencia consistiría en el reclutamiento activo y promoción de los profesionales que representan a los grupos minoritarios.
- *Estructural*: Falta de servicios de interpretación y materiales de educación sanitaria en distintos idiomas, burocratización y largas listas de espera, acceso a atención especializada y continuidad de cuidados. La competencia estructural incluye adaptar la institución a las necesidades y hábitos del usuario (disponibilidad de intérpretes o mediadores culturales, ampliar las horas abiertas al público, ofertar la posibilidad de acudir sin cita previa, facilitación de clínicas móviles...).
- *Clínica*: Cuando las diferencias socioculturales entre profesional y paciente no son globalmente aceptadas, apreciadas, exploradas o comprendidas. La competencia se conseguiría por medio de iniciativas formativas que traten de enseñar a los profesionales los instrumentos y habilidades para un cuidado de calidad a las diferentes poblaciones.

Hacia una Competencia Intercultural

El modelo de competencia cultural ha sido ampliamente criticado, sobre todo, en su puesta en práctica. Entre los aspectos más debatidos están la posibilidad de crear estereotipos de las minorías, favorecer la idea de que los culturales son los “otros”; cuando todos somos seres culturales, de discriminar o ignorar otros factores diferenciales como el género, el estatus social o la orientación sexual, la sobrevaloración de las minorías en el multiculturalismo o el camino hacia la incivildad en el contexto político y emocional²³.

Desde nuestro grupo de trabajo hemos decidido utilizar el término competencia intercultural para subrayar dos principios. El primero, que no existen sujetos aculturales y que los profesionales no son una excepción a

esta regla. El segundo, que la habilidad requerida en la atención a usuarios de culturas diferentes a la nuestra, es la capacidad del profesional para acercarse y comprender otros mundos de significado y comportamiento, entre ellos, aunque no exclusivamente, aquellos que tienen que ver con los procesos de salud, enfermedad y búsqueda de atención²⁷. Para Ángel Martínez -Hernández, “la ‘competencia cultural’ debe dejar paso a una ‘competencia intercultural’, que nos permita vislumbrar la atención como un diálogo entre interpretaciones de la realidad, entre el clínico y el paciente, entre el conocimiento psiquiátrico y las representaciones locales, entre la cultura profesional y la cultura local”¹⁵.

Experiencia en otros países²⁸

Los modelos adoptados por los diferentes países han venido, en gran parte, determinados por los modelos preexistentes de atención sanitaria, el patrón de inmigración y la tradición, si es que existe en una perspectiva clínica o antropológica concreta.

Algunos de los países que se pueden destacar por su experiencia en el trabajo con grupos culturalmente diversos, y destacando especialmente los modelos formativos desarrollados, son:

Francia: Tiene una tradición establecida en el modelo de etnopsiquiatría concebido por Devereux y desarrollado más recientemente por Tobie Tathan y Marie-Rose Moro. El Centro George Devereux en la Universidad de Paris Nord, proporciona formación en métodos de consulta y mediación para familias inmigrantes. La institución Migration Sante, así como el COMEDE, proporcionan formación para profesionales de la salud. El Centro Minkowska ha adquirido un amplio conocimiento en mediación cultural desde el campo de su experiencia clínica. Actualmente presenta un módulo de formación multimedia para profesionales de la salud.

Canadá: Las prácticas transculturales en Canadá se encuentran en un estadio temprano. La mayoría de los programas formativos en psiquiatría, trabajo social o psicología contienen aspectos transculturales. En general, los aspectos culturales se integran en los enfoques formativos. Varios hospitales (Mount Saint Joseph Hospital en Vancouver, Children’s Hospital of Eastern Ontario, Scarborough General Hospital en Toronto...) han desarrollado programas multiculturales para adaptarse a las necesidades específicas de las poblaciones a las que atienden. Algunas iniciativas son: el Instituto Intercultural de Montreal, que ofrece formación desde 1974, así como instituciones enfocadas a la atención de refugiados y nuevos inmigrantes: VAST (*Vancouver Association for Survivors of Culture*), RIVO (Montreal).

EEUU: Presenta una limitada pero activa tradición multicultural desde hace treinta años, aunque existe un interés creciente en los últimos diez años. En EEUU está el origen del modelo de Competencia Cultural. En general, los programas formativos se han centrado en cuatro minorías específicas en el país, que incluye los afroamericanos, amerindios, hispánicos y asiáticos.

Reino Unido: Presenta una gran tradición en psiquiatría cultural, enfatizando, sobre todo, el antirracismo como piedra angular de la formación y los servicios. El Centro de Antropología Médica, se estableció en 1989 en la Universidad de Londres y ofrece una gran variedad de programas de formación de pre y postgrado. El *European Centre for the Study of the Social Care of Minority Groups and Refugees* se establece en la Universidad de Kent como un departamento multidisciplinar. El Centro Europeo se estableció en 1998 con el objetivo de promover la investigación, supervisión y formación en materia de Migración, Salud Mental y Cuidado Social.

Países Bajos: El modelo holandés, al contrario que los servicios etno-específicos que han tendido a desarrollarse en los EEUU, está más en la línea de los modelos australiano y canadienses, que tienden a proporcionar unos cuidados culturalmente sensibles en los servicios establecidos (*De Jong 2005*)²⁹. Tiene un limitado pero creciente interés en la materia. Las Universidades de Utrecht, Kent at Canterbury, Örebro y Ámsterdam presentan programas de postgrado en salud mental y cuidado social de inmigrantes. Existen dos clínicas, una que ofrece tratamiento a víctimas de la II Guerra Mundial, y otra, especializada en el tratamiento de refugiados y solicitantes de asilo.

Suecia: La mayoría de los programas formativos se han centrado en el trabajo con inmigrantes con experiencias traumáticas. A nivel local están naciendo otras iniciativas integradoras. El *Karolinska Institute for Public Health Sciences* ofrece un curso de doctorado en psiquiatría transcultural. Otra iniciativa es el Centro Transcultural, creado en 1999 y que ofrece varios programas formativos.

Australia: Presenta un amplio espectro de programas formativos integrados en la *Australian Transcultural Mental Health Network*, con centros asociados en Sydney, Perth, Brisbane y Melbourne. El enfoque formativo se centra en la competencia clínica y, a menudo, en la competencia cultural.

País	Ciudadanía	Patrón de Inmigración	Énfasis de la Psiquiatría Cultural	Modelos de servicio	Formación
Australia	Multicultural	Inmigrante	Lenguaje	Integrado	Clínica/ Competencia Cultural
Canadá	Multicultural	Inmigrante	Etnicidad	Integrado	Clínica-antropológica
Inglaterra	Imperial o Commonwealth	Colonial	Racismo	Clínicas antirracistas	Igualdad de razas
Francia	Republicana	Colonial	Medicina tradicional	Etnopsicoanálisis	Etnopsiquiatría
Alemania	Étnica	Trabajadores invitados	CBS, medicina tradicional	No desarrollado	
Japón	Étnica	Trabajadores invitados	CBS, medicina tradicional	No desarrollado	
Suecia	Multicultural	Refugiados	Estrés y trauma, refugiados	Servicios de trauma	Trauma
EEUU	Republicana	Inmigrante	Diversidad	Clínicas etnoespecíficas	Competencia Cultural

FUENTE: (28)

Alcance y límites del documento

El que presentamos a continuación, tal como se explica en el prólogo, es un instrumento de autoevaluación para instituciones que podría servir de base para la obtención de un sello de calidad y que puede permitir a cada institución hacer una autoevaluación de sus competencias y necesidades de mejora.

Algunos aspectos importantes para el desarrollo de una competencia intercultural han quedado fuera del alcance de este documento y deberán ser objeto de otros trabajos.

Como queda dicho el que aquí presentamos es un instrumento que pretende servir para evaluar la competencia intercultural de las instituciones. Queda proponer un instrumento similar capaz de evaluar y orientar la competencia específica de los profesionales y capaz de servir de guía para detectar necesidades de formación.

El instrumento propuesto permite obtener una suerte de foto fija de la institución y compararla con un estándar. De especial utilidad sería poder

construir una guía para resolver problemas que permitiera poner en común la experiencia acumulada por instituciones que ya han avanzado en ese camino, sobre todo, en el terreno del acceso y derechos en diferentes ámbitos (urgencias, centros de salud mental, dispositivos de rehabilitación...).

Por otro lado, el instrumento ha sido diseñado teniendo en cuenta exclusivamente la población adulta, lo que hace necesario examinar las necesidades específicas en niños y adolescentes, con el fin de elaborar un instrumento específico para esta población.

A pesar de haberse tenido en cuenta la perspectiva de género en su elaboración, el instrumento no lo recoge de forma explícita, lo cual habría que tener en consideración para futuros trabajos.

Por último, entre los objetivos de este trabajo dirigido hacia dispositivos de salud mental, está orientar y establecer unas bases para la creación de un instrumento para otras instituciones sanitarias, así como propuestas de modificación de prácticas, leyes y reglamentos.

Referencias

- (1) Achotegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan* 2009;46:163-171.
- (2) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- (3) Qureshi A, Collazos F. El modelo Americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo* 2006;27(1):50-57.
- (4) Bolanderas M, Busquets JM, Almuedo A, Bilbeny N, Collazos F, Francesc JM. Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud. Generalitat de Catalunya: Comitè consultiu bioètica Catalunya; 2007.
- (5) Betancourt JR, Maina AW. The Institute of Medicine report “Unequal Treatment”: implications for academic health centers. *Mt.Sinai J.Med.* 2004 Oct;71(5):314-321.
- (6) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.* Washington D.C.: Institute of Medicine; 2003.
- (7) National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care [Executive Summary. En español]. Washington D.C: Department of Health and Human Services. Office of Minority Health; 2001.

- (8) AMAC PROJECT “Assisting Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities” [Review Report]. Brussels: International Organization for Migration; 2006.
- (9) American Anthropological Association. Statement on “Race”. Arlington; 1998.
- (10) American Anthropological Association. *Race and Ethnic Standards for Federal Statistics and Administrative Reporting*. Arlington; 1997.
- (11) American Anthropological Association. *Race. Are we so different?* Arlington; 2010.
- (12) Lévi-Strauss C. *Raza y Cultura*. Madrid: Cátedra; 1996.
- (13) Kleinman A. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press; London: Collier Macmillan; 1988.
- (14) Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can.J.Psychiatry* 2000 Jun;45(5):438-446.
- (15) Martínez-Hernaez A. When ants crawl around in the brain: challenges and facts in cultural psychiatry]. *Cad.Saude Publica* 2006 Nov;22(11):2269-2280.
- (16) Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *Eur.Psychiatry* 2008 Jan;23 Suppl 1:49-58.
- (17) Gámez E, Galindo JP, Cañada JL, Coll J, Díaz M, Hernández E, Martínez A, Ochoa J, Solsona L, Vázquez J. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documento semFYC nº 17 Barcelona; 2002.
- (18) Kottak CP. *Cultural anthropology*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
- (19) Alonso A, Huerga H, Morera J. *Guía de Atención al inmigrante*. Madrid: ERGON Ediciones; 2009.
- (20) Qureshi A, Revollo HW, Collazos F, Visiers C, El Harrak J. La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental* 2009;35:56-66.
- (21) Cohen-Emerique M. La négociation/médiation interculturelle, phase essentielle dans l'intégration des migrants et dans la modification des attitudes des acteurs sociaux chargés de leur intégration. Paris: Via sociale; 1999.
- (22) Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining Cultural Competence: A practical framework for addressing racial/ ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports* 2003;118:293-302.
- (23) Sue S, Zane N, Nagayama Hall GC, Berger LK. The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions. *Annual Review of Psychology* 2009;60:525-548.
- (24) Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006 Oct;3(10):e294.

- (25) Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Soc.Sci.Med.* 2009 Feb; 68(3):533-543.
- (26) Bhui K, Bhugra D. Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research. *Br.J.Psychiatry* 2002 Jul;181:6-7.
- (27) Menéndez EL. *La parte negada de la cultura*. Barcelona; 2002;16:421.
- (28) Bennegadi R, Mitic - Gutierrez Y. Training of Health Professionals [background paper for the AMAC Project]. International Organization for Migration (IOM). Brussels; 2009.
- (29) De Jong JT, Van Ommeren M. Mental Health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcult Psychiatry* 2005; 42:437-456.

1. Accesibilidad

1.1. Accesibilidad general

Definición

La accesibilidad es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades u otras características, como las que pueden estar ligadas a la pertenencia o no a un determinado grupo étnico, cultural o religioso.

La accesibilidad puede estar dificultada por la existencia de diversas barreras. Para facilitar la accesibilidad, la institución puede:

- Tomar medidas de eliminación de barreras (por ejemplo, eximiendo del cumplimiento de algún requisito previo a la prestación del servicio o arbitrando programas específicos de baja exigencia).
- Proveer ayudas técnicas para superarlas (como serían, por ejemplo, los intérpretes, mediadores interculturales o materiales facilitadores de la comunicación).

La accesibilidad puede estar, también, limitada por:

- La inadecuación de las prestaciones ofertadas a la forma de expresión o formulación de la necesidad por parte de la población que necesita de ellas.
- La falta de información, en esta población, sobre los servicios existentes y su forma de acceso.

La accesibilidad a los tratamientos psicoterapéuticos, psicológicos individuales, grupales y/o familiares y a la medicación, en un plano de igualdad de oportunidades con la población general, también puede verse dificultada por:

- Problemas derivados de la mutua interacción entre la cultura de la institución y la de los usuarios.
- Cuestiones ligadas a actitudes de discriminación racistas o falta de conciencia de los propios sesgos y prejuicios de los profesionales.
- Falta de conocimientos que permiten practicar con algunos usuarios la necesaria personalización de las intervenciones diagnósticas, terapéuticas u otras.
- Los problemas del lenguaje.
- La situación socioeconómica de los usuarios.

En este apartado se analizan las medidas destinadas a eliminar o proporcionar ayuda para superar las barreras que no están incluidas en otros apartados.

Justificación

La posibilidad de acceso a los servicios sanitarios en general, y a los de atención a la salud mental en particular, puede estar condicionada por alguna de las características ligadas a la pertenencia a un grupo étnico determinado o al grado de arraigo en la comunidad de referencia de estos servicios.

Las barreras pueden afectar:

- Al reconocimiento del derecho a acceder al servicio (como sucede a quienes no disponen de alguna documentación que se exige para ello).
- A las condiciones prácticas para el acceso, como:
 - Quien ignora que tiene un derecho reconocido, o el modo de ejercerlo –se analiza en el apartado 1.3–.
 - Quien carece de medios prácticos para hacerlo posible (como el transporte o una alternativa para el cuidado de menores a su cargo).
 - Quien no domina el idioma en el que se facilita la prestación.

Se trata de garantizar que quienes necesiten los servicios tengan:

- Un acceso fácil y rápido a los mismos.
- Una comunicación adecuada con los proveedores del servicio.
- Un completo acceso a los servicios que les sean necesarios.

Acciones recomendadas

1. Disponer de procedimientos reglados para la detección de barreras para el uso de los servicios y el estudio de los modos de facilitar su remoción o superación.
2. Detectar y eliminar, en su caso, posibles barreras espaciales (debidas a la situación del servicio, existencia, adecuación y carácter asequible del transporte desde los lugares desde los que se requiere).
3. Detectar y eliminar barreras temporales (posibilidad de adaptarse a requerimientos de horario).
4. Disponer medios para hacer viables las visitas (lugares adecuados de espera, señalización, guarderías, lugares donde alimentar y cambiar la ropa a bebés,...).

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Existe un mecanismo para analizar la existencia de barreras para el uso de servicios? ¿Se han tomado en consideración en él la posibilidad de la existencia de barreras ligadas a la pertenencia de los usuarios a grupos culturalmente diversos?
2. ¿Existen medios suficientemente adecuados, asequibles y frecuentes para facilitar el traslado al servicio desde los lugares de residencia o trabajo de todos los usuarios?
3. ¿El rango de horarios propuesto facilita el acceso a los servicios o hay procedimientos para adaptarlo si hay requerimientos especiales?
4. ¿Se han tomado medidas para hacer viables las visitas cuando existen dificultades para que lo sean?
 - 4.1. ¿La señalización existente permite la orientación de personas que no dominan las lenguas oficiales?
 - 4.2. ¿Los lugares de espera son adecuados para atender a usuarios culturalmente diversos, incluyendo aspectos como la costumbre de acudir acompañados de miembros de la familia, incluso extensa, y menores?
 - 4.3. ¿Existen facilidades para ayudar a las personas que han de acudir al servicio con niños a su cargo?

1.2. Reconocimiento del derecho a usar el servicio

Definición

Se refiere al reconocimiento, por parte de la institución, del derecho de la persona que tiene una determinada necesidad, a utilizar un servicio orientado a atenderla.

Justificación

El reconocimiento del derecho a la atención en los servicios sanitarios y socio-sanitarios de diferente nivel está sometido a requisitos que son diferentes en las diversas comunidades autónomas. Hay comunidades en las que se exige la tarjeta sanitaria y comunidades en las que no. A su vez, la expedición de la tarjeta sanitaria está sometida, también, a requisitos que son

diferentes en unas y otras comunidades autónomas. Y, alguno de esos requisitos, como el de estar empadronado, también exigen condiciones que pueden ser distintas en diferentes comunidades autónomas o en diferentes municipios.

El no reconocimiento del derecho a la atención de una necesidad sanitaria o socio-sanitaria, constituye una primera barrera al uso de los servicios necesarios. Las instituciones pueden desarrollar procedimientos para eliminar esa barrera o facilitar ayudas técnicas para superarla.

Acciones recomendadas

1. Disponer de un conocimiento de los problemas, para el reconocimiento del derecho a la atención, ligados a la pertenencia a una minoría étnica o cultural o al estatus migratorio, y del modo de resolverlos.
2. Disponer de una guía para lograr el reconocimiento del derecho a la atención, resolviendo estos problemas ligados a la pertenencia a una minoría étnica o cultural o al estatus migratorio.
3. Disponer de personal capacitado para orientar a los pacientes y sus familias sobre el modo de resolver o buscar las ayudas necesarias para resolver los problemas previsibles en cuanto al reconocimiento del derecho a la atención de las necesidades que se detecten.
4. Habilitar circuitos para facilitar y agilizar ese reconocimiento del derecho a la atención necesaria.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Están claramente establecidas, y son fácilmente accesibles a los profesionales y usuarios, las condiciones en las que se tiene derecho a la atención, y el modo de resolver los posibles problemas al respecto debidos a posibles problemas derivados del estatus migratorio?

En el servicio:

- 1.1. ¿Se exige tarjeta sanitaria para
 - atención sanitaria urgente?
 - atención sanitaria no urgente?
 - realización de pruebas complementarias ordinarias?
 - cita en CSM?
 - atención en recursos terciarios de Salud Mental (Hospitalización no urgente, Hospital de Día, Unidades de Rehabilitación o residenciales)?

- 1.2. ¿Para obtener la tarjeta sanitaria se requiere
 - estar empadronado?
 - demostrar arraigo?
 - tener residencia?
 - otro documento?
2. ¿En caso de no tener tarjeta sanitaria, la institución proporciona proactivamente información sobre cómo obtenerla?
 - 2.1. ¿Existe una guía o procedimiento establecido para hacerlo?
3. ¿Existe, en el servicio, personal entre cuyas funciones está la de proporcionar asistencia y apoyo para tramitar la documentación necesaria?
4. ¿En caso de no tener tarjeta sanitaria, la institución habilita un procedimiento provisional para garantizar la asistencia necesaria?

1.3. Información proactiva sobre los servicios

Definición

Se refiere a las actuaciones realizadas por la institución para asegurar que los servicios ofertados son conocidos por la población que pueda tener necesidad de ellos, a pesar de las posibles dificultades para ello, ligadas a la pertenencia, o no, a un determinado grupo étnico, cultural o religioso.

Justificación

La población potencialmente beneficiaria de los servicios puede no acceder a ellos por ignorar su existencia, que tiene derecho a ellos o los procedimientos para acceder efectivamente a beneficiarse de ellos.

Hacer esta información accesible a determinados grupos puede requerir acciones encaminadas a superar las barreras lingüísticas o las asociadas al uso de la lectoescritura, así como la utilización de medios o lugares de difusión especiales en función del grupo de que se trate.

Acciones recomendadas

1. Desarrollar programas específicos para facilitar el conocimiento de los servicios por parte de personas con necesidad de uso de los mismos pero que puedan tener dificultades para conocer:
 - la existencia o naturaleza de los servicios.

- su derecho a acceder a ellos.
 - el modo de hacer efectivo ese derecho.
2. Publicar materiales destinados a difundir esta información que reúnan las características de estar:
 - disponibles en lenguas diferentes de las oficiales.
 - adaptados a culturas diferentes de la mayoritaria.
 - elaborados contando con la participación o el asesoramiento de miembros relevantes de las comunidades destinatarias.
 - accesibles en entornos relevantes para los grupos destinatarios.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Cuenta con programas y materiales cuyo fin sea poner en conocimiento, de quienes lo necesiten, sus servicios y cómo acceder a ellos?
 - 1.1. ¿Explican con claridad cuál es el servicio que prestan?
 - 1.2. ¿Explican qué requisitos son necesarios para tener acceso al servicio?
 - 1.3. ¿Explican qué medidas tomar para poder cumplir estos requisitos?
2. Estos materiales,
 - 2.1. ¿Están en las lenguas diferentes a las oficiales, de minorías con presencia significativa en el área de referencia?
 - 2.2. ¿Se han tomado medidas para asegurar que resulten culturalmente adaptados?
 - 2.3. ¿Se ha contado, para la elaboración de los contenidos de los programas y material informativo, con el contacto u asesoramiento de representantes o miembros clave de alguna de las comunidades presentes en la zona de influencia de los servicios?
 - 2.4. ¿Se han distribuido de modo proactivo, con un criterio que asegure el que llega a sus pretendidos destinatarios, y están disponibles en los entornos que son relevantes para ellos?

2. Planificación y programación de la actividad

2.1. Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender las necesidades de cada sujeto atendiendo a su diversidad cultural

Definición

Se refiere a las medidas encaminadas a asegurar, en la planificación y programación de la actividad, la consideración de los condicionantes para el uso de los servicios ligados a la pertenencia, o no, a un determinado grupo étnico, cultural o religioso.

Justificación

El tipo de servicio ofrecido, su localización y el perfil de los profesionales deberían estar determinados por las necesidades de la comunidad a quienes deben servir. Es responsabilidad de los servicios el poder desarrollar la capacidad de reconocer las distintas necesidades de los distintos sectores de la población y organizar sus recursos de un modo útil para atenderlas. Esto supone la capacidad de responder adecuadamente tanto a las diversas necesidades de comunicaciones, culturales y religiosas, como también a los problemas clínicos específicos presentados por todos los subgrupos que integran la población de referencia.

Acciones recomendadas

1. Facilitar la incorporación o recoger posibles contribuciones de las organizaciones de las minorías y/o las ONGs que trabajan con ellas en los órganos de participación de la institución.

2. Habilitar mecanismos para detectar necesidades específicas de atención ligadas a la pertenencia, o no, a un determinado grupo étnico, cultural o religioso.
3. Considerar en la programación de actividad los requerimientos adicionales de la atención a personas con barreras derivadas de su pertenencia, o no, a un determinado grupo étnico, cultural o religioso, para recibir la atención requerida.
4. Definir rutas diferenciadas de atención para personas con necesidades especiales o barreras derivadas de su pertenencia, o no, a un determinado grupo étnico, cultural o religioso, para recibir la atención requerida.
5. Establecer programas o procedimientos especiales para atender a colectivos con alto riesgo de exclusión o necesidades especiales.
6. Establecer mecanismos de gestión de agenda que permitan, de ser necesario, proveer a los profesionales de tiempo adicional para atender a los usuarios inmigrantes, teniendo en cuenta las dificultades en la comunicación, de diagnóstico, culturales.
7. Asegurar la disponibilidad de los apoyos técnicos necesarios para superar posibles barreras en el momento de la prestación del servicio.
8. Los sistemas de registro deben incluir la información necesaria para organizar la atención y para poder evaluarla, considerando las posibles circunstancias que pueden afectar a la misma.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Forman parte las organizaciones de las minorías y/o las ONGs que trabajan con ellas de los órganos de participación en la planificación y programación?
2. ¿Existen iniciativas para la detección de las necesidades de los grupos sociales que atiende la institución (comisiones, grupo de trabajo, encuestas, etc.)?
3. ¿Se han tomado medidas concretas para optimizar los servicios en función de las necesidades del usuario con características culturales diferentes de las mayoritarias?
4. ¿Están definidas rutas diferenciadas de atención para personas con necesidades especiales o barreras derivadas de su pertenencia, o no, a un determinado grupo lingüístico, étnico, cultural o religioso, para recibir la atención requerida?
5. ¿Existen programas o procedimientos especiales para atender a colectivos o personas con alto riesgo de exclusión o necesidades especiales?
6. ¿Está prevista, en la gestión de agendas, la posibilidad de planificar las citas atendiendo a las posibles necesidades de tiempo y de coordina-

ción entre profesionales que puede conllevar la atención a los usuarios inmigrantes, teniendo en cuenta las dificultades en la comunicación, de diagnóstico o culturales?

7. ¿Existen mecanismos para garantizar la disponibilidad de los apoyos técnicos o humanos necesarios para garantizar la atención cuando se programa una actividad en la van a ser necesarios (por ejemplo, de traducción)?
8. ¿Incluyen, los sistemas de registro, información acerca de
 - nacionalidad o país de nacimiento?
 - años de permanencia en España?
 - necesidad de mediador intercultural?
 - situación administrativa?

2.2. Indicadores y evaluación de la actividad

Definición

Se refiere a la capacidad de los indicadores utilizados para medir la actividad, de dar cuenta de la adaptación de la misma a los requerimientos de los distintos grupos étnicos, culturales o religiosos existentes en la población potencialmente beneficiaria.

Justificación

Para poder evaluar la capacidad de atender a las personas que pueden ver su acceso, el proceso de atención o los resultados del mismo, afectados por el hecho de pertenecer a un determinado grupo lingüístico, étnico, cultural o religioso, es preciso contar con datos epidemiológicos que nos permitan conocer el perfil de la población inmigrante atendida (número de consultas, seguimientos, altas, abandonos, tiempo en lista de espera, tratamientos), y que ayudarán a una mejor organización del servicio.

Acciones recomendadas

1. Incluir, entre los datos a registrar sistemáticamente, datos que permitan un conocimiento del modo en el que la pertenencia, o no, a un determinado grupo étnico, lingüístico, cultural o religioso, puede afectar el acceso a la atención, el proceso de recibirla o sus resultados

(nacionalidad, lugar de nacimiento, lengua materna, años de permanencia en España, necesidad de traducción o mediación intercultural, situación administrativa...).

2. Incluir, en las explotaciones o cuadros de mando de rutina, datos desglosados que permitan detectar posibles diferencias.
3. Incluir datos que permitan cuantificar el uso, y evaluar el funcionamiento de las ayudas técnicas.
4. Disponer de sistemas para evaluar la satisfacción de los usuarios y profesionales, que consideren los aspectos que pueden verse afectados por la pertenencia, o no, de unos y otros, a un determinado grupo étnico, lingüístico, cultural o religioso.
5. Arbitrar procedimientos de participación de los distintos grupos étnicos, lingüísticos, culturales o religiosos, con presencia significativa en el área, en los sistemas de control de calidad del servicio.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Incluye, el sistema, registro de datos que permitan desglosar la explotación, considerando
 - nacionalidad?
 - país de nacimiento?
 - lengua materna?
 - años de permanencia en España?
 - necesidades de traducción o mediación intercultural?
 - situación administrativa?
2. ¿Incluyen las explotaciones, memorias o cuadros de mando de rutina, datos desglosados que permitan detectar posibles diferencias en el acceso a la atención, el proceso de recibirla o sus resultados, en función de la pertenencia, o no, a un determinado grupo étnico, lingüístico, cultural o religioso?
3. ¿Incluyen los sistemas de registro información que permita cuantificar el uso y evaluar el funcionamiento de las ayudas técnicas?
4. ¿Existe un sistema para evaluar y tomar en consideración el grado de satisfacción en aquellos aspectos de la atención que pueden verse afectados por la pertenencia, o no, a un determinado grupo lingüístico, étnico, cultural o religioso
 - para usuarios?
 - para profesionales?
5. ¿Participan, de algún modo, representantes o miembros clave de los distintos grupos étnicos, lingüísticos, culturales o religiosos con presencia significativa en el área, en los sistemas de control de calidad del servicio?

3. Adaptación a necesidades de usuarios y pacientes

3.1. Comunicación con el usuario

Definición

Una comunicación eficaz es aquella que permite interpretar los mensajes, comprender los comportamientos e influir sobre la conducta durante el proceso terapéutico, de forma que, tanto el paciente como el profesional, puedan sentirse entendidos y puedan colaborar activamente. Comunicarse con el usuario implica entender, comprender y ser comprendidos.

El desconocimiento del idioma, así como las dificultades en comprender el lenguaje no verbal que manejan los usuarios inmigrados, puede conducir a malos entendidos e interpretaciones erróneas y, por tanto, a diagnósticos no correctos, abordajes poco efectivos e incluso iatrogénicos, y, en definitiva, a un fracaso de la relación terapéutica.

Justificación

Las dificultades comunicativas debidas a barreras lingüísticas y culturales constituyen el principal obstáculo en la atención a población inmigrada, afectando más a los pacientes que presentan mayor distancia cultural y no hablan el mismo idioma. La cuestión no es la simple comprensión de la palabra, sino comprender el significado cultural incluido en ella.

La competencia comunicativa consistiría en el conjunto de conocimientos y aptitudes que un profesional necesita para poder hablar y poder comunicar, esto es, tener el conocimiento de las reglas psicológicas, culturales y sociales que están interviniendo en el proceso comunicativo. Para alcanzar esta competencia, el uso de intérpretes o mediadores es fundamental, ya que ellos nos permiten entender el idioma y poder interpretar aquellos gestos y actitudes que acompañan al lenguaje verbal. Es evidente que el profesional ha de tener la suficiente sensibilidad para percibir estos obstáculos y poder, así, recurrir a estas herramientas, ya que, a menudo, aún hablando el mismo idioma, las expresiones pueden ser diferentes, siendo generadoras de confusión.

Un indicador de calidad de un servicio competente culturalmente ha de ser, indudablemente, la posibilidad de contar con estas figuras (traductores, intérpretes, mediadores) que faciliten la labor del profesional sanitario y que permitan al paciente inmigrado poder expresarse en su propio idioma (a pesar de que pueda darse una comunicación en otro idioma como el inglés o francés). Ello facilitará la expresión de las emociones, pensamientos y conductas generadoras de malestar y permitirá una mejor relación terapéutica.

Se puede afirmar que la comunicación es posible si se tiene la voluntad de comunicarse y una actitud de respeto y aceptación de lo diferente, de búsqueda de los puntos de encuentro, haciendo viable, de esta manera, el dialogo intercultural.

Acciones recomendadas

1. Disponer en el servicio de intérpretes, traductores y/o mediadores culturales

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Puede, su organización, acceder al uso de mediadores interculturales, intérpretes o traductores?

3.2. Normas internas de discriminación positiva

Definición

La discriminación positiva significa el buen trato hacia el usuario, facilitando el acceso, la comunicación y la valoración de sus recursos como competencias lingüísticas y culturales específicas que pueden dar prestigio y valor añadido, tal como ya se puede observar en el trato hacia inmigrantes de países de habla inglesa.

La discriminación positiva significa tomar una actitud pro-activa e interesarse por las necesidades y problemas específicos de los grupos de inmigrantes atendidos, pensando también en que sus recursos pueden servir para el desarrollo de una mayor competencia cultural de los propios servicios.

La discriminación positiva también permite recuperar y valorar los recursos de que disponen los inmigrantes trabajando en el sistema de de salud mental. Su experiencia cultural, su sensibilidad diferente, su competencia lingüística etc., son una necesidad para hacer crecer los equipos profesionales en el ámbito de la interculturalidad.

Justificación

La discriminación negativa es el resultado de las costumbres y actitudes habituales entre los profesionales frente a los usuarios que vienen de otros países, especialmente aquellos de países fuera de la zona de la UE. Sin un esfuerzo positivo y consciente, será difícil desarrollar buena competencia, como mucho se intentará disminuir aspectos negativos de la propia actuación, sin tener en cuenta el potencial de los inmigrantes como interlocutores, tanto en su papel de clientes como de profesionales.

El concepto del buen trato es válido para la comunicación con cualquier usuario, sobre todo, si no tienen el estatus político y administrativo para disfrutar de un mínimo de protección por las autoridades. El peligro del abuso de poder en estos casos, tiene que estar contrarrestado por una actitud de discriminación positiva hacia el usuario desfavorecido. La discriminación positiva permite ganar en competencia intercultural, a nivel de las instituciones, utilizando de forma eficaz los recursos existentes.

Acciones recomendadas

1. Desarrollar actitudes y gestos para acoger activamente a los individuos y grupos étnicos variados que forman parte de la población atendida.
2. Buscar la colaboración de individuos competentes y comunidades para mejorar el acceso y la atención. Crear y cuidar una red de personas culturalmente competentes.
3. Desarrollar y potenciar la reflexión sobre la cultura institucional, sobre todo, en cuanto a la coexistencia de diferentes modelos culturales de salud mental, para poder pensar y actuar en este ámbito.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Existen medidas de acogida activa hacia los usuarios de origen diferente?

2. ¿Existe algún tipo de red de intercambio cultural para mejorar la colaboración con minorías culturales y étnicas?
3. ¿Existe algún sitio para la reflexión sobre la propia identidad intercultural del servicio?

3.3. Servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural

Definición

Los servicios de facilitación lingüística (traductores e intérpretes presenciales o telefónicos), y la mediación intercultural, suponen un elemento esencial de la competencia cultural institucional.

Los servicios de interpretación telefónica, aunque son sumamente útiles cuando son el único recurso disponible, no permiten lograr la calidad de la comunicación requerida en la mayoría de las entrevistas médicas en general, ni en las intervenciones psicológicas y psiquiátricas en particular. Es por eso que, dentro de lo posible, se aconseja la intervención presencial de los traductores/intérpretes o mediadores.

La mediación intercultural tiene como objetivo conectar, vincular, sin necesidad de que llegue a existir un conflicto; simplemente facilita la comunicación entre dos partes y, así, mejora la calidad de la relación asistencial entre el paciente/usuario culturalmente diferente y los profesionales de la salud mental. Su labor consiste, principalmente, en la interpretación lingüística y cultural, por un lado, y, por otro, la “normalización” de la diferencia. Además, puede aconsejar al usuario sobre el funcionamiento del sistema sanitario, y consultar con el clínico sobre el contexto cultural del paciente.

Justificación

La comunicación es la base de la relación asistencial. Lograr una comunicación de calidad entre las partes, cuando éstas presentan diferencias idiomáticas o culturales, es uno de los principales retos que plantea el trabajo en interculturalidad. Las dificultades de la comunicación intercultural surgen, no sólo de las diferencias lingüísticas, sino también de diferencias culturales, étnicas y de estatus de mayoría -minoría.

La competencia intercultural es un objetivo a largo plazo, que implica cambios a todos los niveles. Con el objetivo de alcanzar esa competencia intercultural, en muchos países europeos la figura del mediador ya está instaurada para mejorar el tratamiento de pacientes pertenecientes a minorías étnicas. La mediación intercultural, en contraste con la interpretación médica, enfatiza la trascendencia de la comunicación intercultural. El papel del mediador intercultural está tradicionalmente relacionado con el puente entre culturas, en el cual la comunicación entre los participantes de culturas diferentes mejora en la medida que la interferencia de las diferencias culturales y lingüísticas se reduce.

Acciones recomendadas

1. Institucionalizar la presencia de los servicios de interpretación lingüística y/o mediación.
2. Asignar las tareas de interpretación y mediación intercultural a personas adecuadamente formadas.
3. Promocionar actividades dirigidas a optimizar los servicios de interpretación lingüística y/o mediación.
4. Agilizar las funciones de los servicios de interpretación lingüística y/o mediación dentro del dispositivo.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Existe un servicio de interpretación lingüística, traducción o mediación intercultural en el dispositivo?
2. ¿Los intérpretes o mediadores interculturales tienen una formación reglada?
3. ¿Disponen, los profesionales, de algún tipo de ayuda formativa para adquirir las habilidades necesarias para trabajar eficazmente con los intérpretes o mediadores?
4. ¿Hay alguna persona de referencia que tenga la competencia para coordinar y promocionar los servicios de los intérpretes o mediadores interculturales?

4. Actividad clínica

4.1. Programa de Atención a Población Inmigrante-Cartera de Servicios

Definición

Se trata de un programa de atención integral, intersectorial y transversal dirigido a la atención a las personas inmigrantes, sobre todo a las que sufren un trastorno mental, en particular, los que conllevan un riesgo de exclusión social. Dicho programa debería formar parte de la cartera de servicios de la red de atención a la Salud Mental y estar coordinado con los diferentes servicios sociales, socio-sanitarios, educativos, etc., tendiendo a un trabajo en red conjunto.

El programa contemplará las perspectivas de diversidad, género, edad y contexto actual, entre otros aspectos, para dar así una atención basada en el respeto a las características de los usuarios, la igualdad y la equidad.

Justificación

La inmigración no es un agente patógeno en sí, pero podría ser considerada como factor de riesgo para la salud mental cuando se produce en situaciones adversas, tanto sociales como económicas e individuales.

El disponer de un programa de estas características podría facilitar una respuesta rápida para atender a pacientes en riesgo de exclusión social, tanto por la carencia de una red de apoyo socio-familiar, como por una situación socio-laboral deficitaria. Dicho programa actuaría como factor protector y de mejora en la respuesta sanitaria, y en las intervenciones realizadas y, por consiguiente, en el pronóstico.

Acciones recomendadas

1. Adaptar la atención en salud mental a la diversidad y a las condiciones de vida de los pacientes inmigrantes.
2. Trabajo en red, en el sentido de la presencia de espacios que permitan una coordinación fluida con servicios sociales, educativos y sanitarios

en general, y que garanticen la necesaria continuidad asistencial y de cuidados.

3. Tener en cuenta los cuidados tradicionales prestados por agentes no pertenecientes al sistema sanitario oficial, buscando el intercambio y la complementariedad.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Existen, en la red de atención a la Salud Mental, programas de atención a pacientes inmigrantes con riesgo de exclusión social, y adaptados a la diversidad?
2. ¿Las intervenciones están coordinadas con otros servicios de necesaria complementariedad, como son los servicios sociales comunitarios, el espacio socio sanitario, la justicia, etc.?
3. ¿Existen mecanismos que faciliten el encuentro y el intercambio con aquellos agentes que prestan cuidados tradicionales?

4.2. Historia clínica (registro y narrativa)

Definición

La historia clínica en salud mental, debería ser redactada como una “biografía/ etnografía”, narrada por el paciente como “la historia de su vida”, y dirigida por el profesional de forma flexible durante las entrevistas conjuntas. Una aproximación a la “biografía/etnografía” como *historia de vida*, podría promover una perspectiva tanto “subjetiva” como “objetiva” (y/o “intersubjetiva”), y enlazarse con áreas importantes de la salud mental, como la identificación de los acontecimientos vitales estresantes.

La mayor parte de la historia debiera ser transcrita con las palabras del paciente, o, al menos, en un lenguaje sencillo y cercano al utilizado por aquél. Empezará por señalar la situación actual, recogiendo la mayor información posible, para después proceder a una recogida de datos sobre la historia retrospectiva de vida.

La elaboración de la Historia Clínica en salud mental tiene un doble cometido, ya que ha de cumplir, tanto con la finalidad diagnóstica, como con la terapéutica, pues en definitiva se trata de una relación, y la calidad de ésta tiene sus efectos sobre ambos cometidos.

Justificación

Las dificultades comunicativas y relacionales debidas a las barreras lingüísticas y culturales, y otras basadas en creencias predeterminadas colectivas o personales, constituyen el principal obstáculo en la buena elaboración de la Historia Clínica, afectando más a los pacientes inmigrantes que presentan una mayor distancia cultural y no hablan el mismo idioma.

La escucha activa y empática, no sesgada por las referencias culturales, por parte de los profesionales, requiere conocimiento profesional, experiencia y, en general, una sensibilidad intercultural y la consideración de la situación actual.

Acciones recomendadas

1. La historia clínica debe tener campos predeterminados para recoger datos sobre:
 - La identidad étnica, y su importancia para el paciente.
 - El contexto familiar, social, laboral, sus creencias y sistema de valores, así como los recursos personales y materiales de que dispone.
 - Identificación de los posibles estresores psicosociales y los relacionados con el proceso de inmigración.
 - La propia narrativa del paciente sobre su problema y la expresión de sus emociones y de su propio sistema explicativo.
2. Facilitar los recursos materiales y humanos necesarios (tiempo, espacio, mediadores, etc.).
3. Crear los mecanismos necesarios para evaluar el grado de cumplimiento de la historia clínica.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Existen, en la historia clínica, campos determinados que ayuden a recoger, de manera sistemática, los datos recomendados?
 - 1.1. ¿Se recogen datos sobre la identidad étnica y la importancia de la misma para el paciente?
 - 1.2. ¿Se recogen datos sobre el contexto familiar, sociocultural, laboral, los recursos personales y materiales del paciente?
 - 1.3. ¿Se tienen en cuenta los estresores psicosociales y del proceso migratorio en sí?
 - 1.4. ¿Se recoge la narrativa del paciente sobre su propio problema de salud?

2. ¿Se dispone de los recursos materiales y humanos necesarios para redactar una historia clínica adecuada (tiempo, espacio, mediadores, etc.)?
3. ¿Existen mecanismos para la evaluación del grado de cumplimiento de la historia clínica?

4.3. Diagnósticos culturalmente sensibles

Definición

Se refiere a la sensibilidad intercultural y a los conocimientos que deberían tener los profesionales y las instituciones sanitarias, en el sentido del respeto y comprensión de las explicaciones, motivaciones y modos de sentir y entender la salud y la enfermedad mental, y de las maneras de interpretación de los síntomas en cada cultura y en cada individuo, evitando los estereotipos, los prejuicios y las connotaciones negativas que puedan aparecer en el proceso de llegar a un diagnóstico determinado.

También, se refiere a la existencia de los medios necesarios, como mediadores, traductores y sistemas de registro de datos, que nos permitan llegar a un diagnóstico social y culturalmente adecuado.

Justificación

La sensibilidad y el conocimiento de la diversidad cultural, del papel que juega la cultura en el concepto de salud y enfermedad, y en los cuidados y tratamientos, así como su influencia tanto en el modo de expresión del sufrimiento, como en la génesis de determinados síndromes, facilitará a los profesionales la obtención de una mejor información y la posibilidad de dar diagnósticos más acertados y adaptados a la realidad cultural de los/las pacientes inmigrantes. Dicho conocimiento serviría también para la elaboración de planes de intervención mejor adaptados. Del mismo modo, es importante que los profesionales tengan presentes sus valores y sus prejuicios culturales.

Acciones recomendadas

1. Disponer de un sistema de recogida de datos estadísticos y diagnósticos culturalmente adaptado.

2. Información sobre los posibles sesgos y riesgos de la utilización de los diferentes tests al uso, en la práctica habitual, y la recomendación de que no se utilicen cuando no queden claras su validez y/o fiabilidad.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Se trabaja y se tiene conciencia, en los dispositivos de salud mental, sobre los criterios que deben tenerse en cuenta para establecer diagnósticos culturalmente sensibles?
2. ¿Hay información, en los dispositivos, sobre el uso de los tests y sus posibles sesgos culturales?

4.4. Terapéutica

Definición

En general, la relación profesional-paciente es una relación abierta en la que todo está por definir y elaborar. Tanto el terapeuta como el paciente establecen una relación temporal basada en la necesidad de atención profesional, que se apoya en el reconocimiento de las capacidades del profesional para la ayuda, y la importancia de la participación del paciente en la búsqueda de soluciones.

En la situación de inmigración, además de lo dicho anteriormente, es preciso, para lograr una mejor comunicación y resultados terapéuticos satisfactorios, tener en cuenta que las personas inmigrantes pueden encontrarse sometidas a situaciones de estrés continuo que llevarían a un estado más o menos permanente de ansiedad, originando una sobrecarga física y emocional que llega a quebrantar la función integradora propia de la persona y su salud mental. Asimismo, podrían aparecer, en la transferencia y contratransferencia, elementos culturales que influyan de manera positiva o negativa en el proceso terapéutico. Entendiendo por *transferencia* el conjunto de reacciones y vivencias emocionales, inconscientes, que el paciente desplaza hacia el terapeuta; y por *contratransferencia*, el conjunto de las reacciones emocionales, inconscientes, del terapeuta hacia el paciente, formadas durante el proceso terapéutico.

Justificación

La falta de la adecuación a la diversidad cultural de las intervenciones terapéuticas y de los cuidados, en los servicios e instituciones de salud mental,

podría añadir un factor más de estrés al dificultar la comprensión, la adherencia y la colaboración, tanto de pacientes como del entorno. Por esto, los profesionales de salud mental, precisan de una perspectiva intercultural, y necesitan introducir cambios en sus hábitos terapéuticos para que sean culturalmente adecuados a la diversidad.

Asimismo, es recomendable tener en cuenta los cuidados tradicionales (el uso de hierbas, de remedios caseros, los servicios de sanadores, etc.), considerándolos como elemento complementario, logrando, de este modo, una colaboración mutua y una mayor continuidad e implicación en el proceso terapéutico; siempre y cuando, dichos cuidados no sean perjudiciales para la salud de la persona, y que respeten su integridad y su dignidad.

Acciones recomendadas

1. Adaptar los recursos terapéuticos a la diversidad, mediante el reconocimiento de los modos de cuidados y medicinas tradicionales o culturalmente adecuadas, y su incorporación a los planes de tratamiento y de cuidados.
2. Fomentar el uso de técnicas de terapia grupal o individual interculturales y respetuosas con el marco cultural de las personas inmigrantes.
3. Información sobre las diferencias biológicas existentes sobre la metabolización de determinados psicofármacos.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Se dispone de los medios y conocimientos que permitan indagar sobre los modos de cuidados y medicinas tradicionales o culturalmente adecuadas, y su incorporación a los planes de tratamientos y de adaptación a la diversidad de los recursos terapéuticos?
2. ¿Se fomenta el uso de las técnicas terapéuticas interculturales, grupales o individuales, respetando el marco cultural de los pacientes inmigrantes?
3. ¿Hay, en los dispositivos de salud mental, información clara sobre las diferencias biológicas en la metabolización de los psicofármacos?

4.5. Promoción y prevención de la salud

Definición

La promoción de la salud se puede definir como el proceso de capacitación y participación de las personas y las comunidades, para incrementar su

conocimiento y control sobre los determinantes de salud, mejorando, de ese modo, su salud. Prevenir es, entre otras cosas, conocer y aislar los factores de riesgo para evitar sus efectos negativos en personas y grupos.

Justificación

Existe un proceso de adaptación psicológica y social que se desarrolla en los diversos momentos del hecho migratorio, y que se encuentra jalonado en el tiempo de acontecimientos vitales estresantes, a los que la persona, o el grupo familiar y social, deben ir dando respuestas para continuar adelante.

Las organizaciones de apoyo y las redes sociales en las que conviven las personas inmigrantes, así como el ámbito laboral, educativo, de ocio, etc., son lugares esenciales donde una labor de promoción y prevención de la salud puede influir muy directamente en la salud mental de la población inmigrante.

Acciones recomendadas

1. Realizar estudios sobre factores de riesgo para la salud mental que puedan aparecer en el nuevo contexto sociocultural y laboral de la persona inmigrante.
2. Coordinar y trabajar en red con las diferentes instituciones y grupos sociales, buscando la cohesión, es decir, el trabajo conjunto para promover la prevención y la salud mental, aprovechando los espacios y foros de actividades de y con inmigrantes.
3. Participar activa y complementariamente en las tareas de promoción y prevención de la salud que se llevan a cabo desde Atención Primaria, en aquellos aspectos que se refieren a la salud mental de la población inmigrante.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Se han realizado estudios para conocer, con la mayor precisión posible, los factores de riesgo existentes, teniendo en cuenta las características del contexto?
2. ¿Se promueven actividades de promoción, prevención y fomento de una cultura de salud, teniendo en cuenta los diversos modos de entender la salud y sus cuidados, por medio de la colaboración con otras ins-

tituciones y de la participación en aquellos foros donde se realizan actividades con inmigrantes?

3. ¿Existe una participación activa en los planes de promoción y prevención de Atención Primaria, en temas de salud mental, en la que se abordan específicamente los problemas derivados de la atención a poblaciones culturalmente diversas?

5. Actividad psicosocial y comunitaria

Definición

Por actividad psicosocial y comunitaria hemos de entender el conjunto de acciones que, de forma transversal, conviene emprender para facilitar el desarrollo de la salud mental de las personas inmigrantes. La actividad social y comunitaria ha de ir dirigida a la integración de pleno derecho de todos los que forman parte de ella, sin discriminación por cualquiera de las características singulares de sus miembros. Para ello, es necesaria la participación de los distintos grupos e instituciones que conforman dicha comunidad, y el establecimiento de relaciones coordinadas para afrontar las necesidades particulares y colectivas de sus miembros.

La coordinación entre los servicios de diferentes ámbitos ha de tener como objetivo principal asegurar la continuidad de los cuidados necesarios, aumentar la consistencia de las actuaciones y mensajes y lograr que los sistemas encargados de procurar atención funcionen de forma eficiente (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006).

Justificación

La persona que emigra ha de atravesar y hacer frente a un alto número de dificultades, hecho que, muy frecuentemente, merma algunas de sus capacidades. Posiblemente, de entre las muchas dificultades con que puede encontrarse, está el tipo de acogida que reciba en el lugar de llegada y los recelos que pueden derivarse de un desconocimiento de las características de su cultura y de su historia. Lo desconocido del otro puede generar miedo. Otras veces, no es lo desconocido, sino los estereotipos y estigmas que acompañan a algunas culturas.

Por todo ello, la generación de confianza, de conocimiento compartido y de acercamiento entre quienes se sienten y son diferentes, son objetivos prioritarios en cualquier acción política y profesional que tenga como objetivo el bienestar y la salud (desde una concepción biopsicosocial) de todos sus miembros.

El trabajo en red es una muy interesante herramienta para el desarrollo de dichas políticas y acciones profesionales y comunitarias. La red preexiste a los sujetos e instituciones que la conforman y, por ello, de lo que se

trata es de establecer relaciones de complementariedad y cooperación en términos de horizontalidad entre todos aquellos que conforman dicha red: servicios de salud, educación, sociales, justicia, organizaciones.

Acciones recomendadas

1. Establecer programas transversales, intersectoriales e interinstitucionales para el conocimiento de las características culturales de los grupos que forman una comunidad. Se deben incluir las cuestiones relativas a población inmigrante, y al impacto de inmigración y salud, en todos los espacios de coordinación.
2. Desarrollar acciones tendentes a la más amplia participación de grupos e instituciones, y, muy especialmente, de aquellas que agrupan a personas inmigradas, para conocer sus puntos de vista e implicarlos en el desarrollo de acciones.
3. Tratar de forma continuada, en los espacios de coordinación del equipo y entre los equipos, tanto casos como temas referidos a la población inmigrada.
4. Poner especial énfasis en la atención a personas que, entre otras cuestiones, por ser inmigrantes, puedan quedar “ocultas” o más desprotegidas.
5. Planificar, de modo sistemático, encuentros con todos aquellos (incluidos los servicios) que tienen conocimiento de la población en más alto riesgo de desatención.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Existe un mapa o guía de servicios dirigidos o que dan atención al/a los grupo/s de población inmigrante, atendido desde los diversos dispositivos, accesible a todos los componentes del equipo y demás instituciones?
2. ¿Se genera o participa en foros de discusión, formación o en actividades promovidas por otros dispositivos, ONGs, etc., que trabajan con población inmigrante?
3. ¿Se revisa o se incluye de forma sistemática en las reuniones de coordinación, intra e interequipos, la revisión de casos y temáticas relativas a población inmigrante?
4. ¿Se trabaja activamente para evitar que queden “ocultas” y desprotegidas personas inmigrantes que sufren un trastorno mental?
5. ¿Hay establecidos contactos sistemáticos con otros servicios comunitarios para conocer y atender a dicho grupo de personas?

6. Participación de los usuarios

6.1. Participación

Definición

Toda práctica profesional ha de tener como objetivo hacer frente a las necesidades de personas y grupos a los que se dirige, y hacerlo del modo en que, a la vez que los cuidados necesarios, se garantice la participación e implicación de los usuarios. Dicha participación debería incluirse desde la planificación de las atenciones hasta el control y evaluación de éstas, de modo que la práctica asistencial y de cuidados se aleje de cualquier riesgo de dominación y pasivización de los usuarios.

La participación ha de producirse tanto en los niveles individuales, de implicación en todo aquello que afecta al proceso asistencial, así como en cualquier otro espacio en que su experiencia y saber puedan ser de utilidad. En última instancia, favorecer la participación es estimular el derecho a intervenir en todas aquellas decisiones que le pueden afectar y aportar al desarrollo de la comunidad. Una de las formas específicas es recoger, y tener en cuenta, la opinión de los usuarios en la toma de decisiones, para adaptar mejor los servicios a las expectativas y, en este caso, su adaptación a un contexto intercultural.

Justificación

En los procesos migratorios favorecer la participación es una tarea especialmente importante porque ayuda a fomentar el sentimiento de pertenencia y el desarrollo de las capacidades que pueden quedar ocultas por los sufrimientos que dicho proceso comportan. A pesar de las dificultades de una real orientación al usuario de los servicios, especialmente sanitarios públicos, en los últimos años se ha avanzado en la consideración de las opiniones y la satisfacción de los usuarios con los servicios, como elemento de evaluación y como elemento de mejora de dichos servicios.

Existen diferentes instrumentos y grados de implantación de una política de atención al usuario en los centros sanitarios. Una primera aproximación, actualmente legalmente obligada, consiste en la recogida y tratamiento de las quejas y reclamaciones. Otra aproximación consiste en

las encuestas de satisfacción y opinión. Ambos instrumentos conviven, a menudo, con organizaciones que no tienen una sistemática de traslación de las opiniones de los usuarios a decisiones organizativas y funcionales, de modo que, un paso más, es esta incorporación sistematizada de las principales opiniones de los usuarios a las decisiones de la organización.

Un nivel más sofisticado todavía, lo constituyen los grupos focales o foros de participación, de instituciones, informadores clave o usuarios. Esta metodología, aunque algo compleja y arriesgada, permite precisar mucho más lo que no funciona y los elementos de mejora.

Como en otros aspectos, si existen dificultades para ajustar expectativas y atender a la población autóctona de forma satisfactoria, son, evidentemente, mayores en la población inmigrada debido a sus diferencias de valores y creencias.

Por tanto, en nuestro contexto de interculturalidad creciente, parece importante adaptar estos mecanismos de toma en consideración de la opinión de los usuarios, facilitando la expresión a aquellos que, por cuestiones derivadas de sus características culturales, pudieran sentir más obstáculos. En este sentido, se propone una cierta adaptación de los mecanismos más generales (quejas y encuestas) y, posiblemente, sería interesante crear grupos focales específicos adaptados a la realidad multicultural.

Acciones recomendadas

Los servicios interculturalmente orientados deben:

1. Promover la participación de usuarios u organizaciones con culturas diferentes a la mayoritaria en los órganos de participación de los servicios.
2. Promover la participación de los pacientes en el diseño de sus planes de tratamiento, reduciendo o compensando las dificultades que puedan surgir en relación a la diversidad cultural (idioma, mediadores, traductores, adaptación posible de horarios).
3. Recoger, e informar a las administraciones públicas, de situaciones o actitudes de tipo xenófobo o de limitación de servicios, por razones relacionadas con la pertenencia a grupos étnicos o culturales.
4. Realizar cursos y formación para los profesionales en cuyo diseño y desarrollo participen usuarios con su experiencia.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Se promueven reuniones con usuarios y/o organizaciones de inmigrantes para implicarles en el desarrollo del servicio e incorporar sus opiniones?
 - 1.1. ¿Se ha elaborado algún documento con las recomendaciones conjuntas?
 - 1.2. ¿Se han modificado aspectos del proceso de atención, atendiendo a sus recomendaciones?
 - 1.3. ¿Se ha realizado una evaluación del efecto de las modificaciones propuestas?
2. ¿Participan los pacientes en el diseño de sus planes de tratamiento?
 - 2.1. ¿Existen medidas para facilitar esta participación cuando se ve entorpecida por motivos relacionados con la diversidad cultural (traductores, mediadores, adaptación de horarios...)?
3. ¿Se recogen, e informa a las administraciones públicas, situaciones o actitudes de tipo xenófobo o de limitación de servicios, por razones relacionadas con la pertenencia a grupos étnicos o culturales?
4. ¿Se han realizado actividades de formación para el personal, en las que hayan participado usuarios de culturas diferentes a la mayoritaria, en el diseño o como docentes?

6.2. Consideración de la opinión de los usuarios

Definición

Consiste en recoger, y tener en cuenta, la opinión de los usuarios en la toma de decisiones, para adaptar mejor los servicios a las expectativas y, en este caso, su adaptación a un contexto intercultural.

Justificación

A pesar de las dificultades de una real orientación al usuario de los servicios, especialmente sanitarios públicos, en los últimos años, se ha avanzado en la consideración de las opiniones y la satisfacción de los usuarios con los servicios, como elemento de evaluación y como elemento de mejora de dichos servicios.

Existen diferentes instrumentos y grados de implantación de una política de atención al usuario en los centros sanitarios. Una primera aproximación, actualmente legalmente obligada, consiste en la recogida y

tratamiento de las quejas y reclamaciones. Otra aproximación consiste en las encuestas de satisfacción y opinión. Ambos instrumentos conviven a menudo con organizaciones que no tienen una sistemática de traslación de las opiniones de los usuarios a decisiones organizativas y funcionales, de modo que, un paso más, es esta incorporación sistematizada de las principales opiniones de los usuarios a las decisiones de la organización. Un nivel más sofisticado todavía, lo constituyen los grupos focales o foros de participación, de instituciones, informadores clave o usuarios. Esta metodología, aunque algo compleja y arriesgada, permite precisar mucho más lo que no funciona y los elementos de mejora. Como en otros aspectos, si las dificultades para ajustar expectativas y atender a las personas de forma satisfactoria son importantes para la población autóctona, será mucho más difícil en personas que pueden tener importantes diferencias de valores y creencias.

Acciones recomendadas

1. Adaptación de los mecanismos de recogida y consideración de la opinión de los usuarios sobre los servicios, a la realidad multicultural.
2. Aceptación de quejas y reclamaciones en las lenguas principales.
3. Aportación de mediadores cuando haga falta.
4. Inclusión personas de otros orígenes y culturas a los grupos focales existentes.
5. Crear grupos focales específicos con personas de diferentes culturas.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Tiene, la institución, establecidos mecanismos de adaptación de los sistemas de recogida y toma en consideración de la opinión de los usuarios, a la realidad multicultural?
2. ¿Se aceptan quejas y reclamaciones, existiendo normativa e instrucciones al respecto, en las principales lenguas no autóctonas (orientativo, >1% población)?
3. ¿Hay posibilidad de intervención de mediador si hace falta?
4. ¿Participan personas de diverso origen, o pertenencia cultural, en comisiones o grupos de usuarios?
5. ¿Se realizan grupos focales específicos, de ayuda mutua o similar, multiculturales? Composición y dinámica de los grupos.

7. Formación

Definición

La formación de los profesionales en salud puede considerarse uno de los pilares fundamentales en los que se asienta la adquisición de la competencia intercultural. Dicha competencia intercultural en salud, debe entenderse como el resultado de una compleja combinación entre aspectos técnicos, cognitivos y emocionales, basados en la adquisición de unos adecuados conocimientos científicos, unas habilidades básicas que permitan su aplicación en la práctica profesional, y un apropiado marco actitudinal y ético respecto a la alteridad que implica la condición de interculturalidad.

La formación en competencia intercultural debe incluir la adquisición de la conciencia acerca de las múltiples formas cómo la cultura, la pertenencia a un grupo étnico determinado, o la condición de inmigrante, pueden impactar en el desarrollo psicosocial, en la psicopatología y en las transacciones entre el profesional y el usuario.

La competencia intercultural técnica incluye la aplicación de competencia cultural cognitiva y requiere un adecuado dominio de la comunicación intercultural, la capacidad de desarrollar una relación asistencial con el paciente culturalmente diferente, y la habilidad de dar respuesta a las diferencias culturales del diagnóstico y del tratamiento.

Justificación

Actualmente la oferta formativa en competencia intercultural para profesionales sanitarios se puede considerar muy escasa. La presencia en los programas de pregrado (ya sea en Medicina, Enfermería, Psicología...) de aspectos relacionados con la cultura, como podrían ser la propia concepción de la salud o la enfermedad, las variaciones en la forma de expresar los síntomas, las atribuciones de los mismos, la reflexión acerca de los referentes culturales del modelo biomédico occidental, el estudio de los posibles factores psicosociales relacionados con la salud, las diferentes maneras de buscar cuidados sanitarios, etc., es prácticamente inexistente. Tampoco es mucho más nutrida la oferta a lo largo del postgrado o en la formación continuada que se ofrece a los profesionales.

Como respuesta a esta necesidad, se propone una formación en competencia intercultural eminentemente práctica, y que, como tal, debería consistir en una base de conocimientos que el profesional sanitario supiera

aplicar de forma efectiva en las situaciones de la realidad asistencial. Probablemente, el mayor reto de la formación en competencia intercultural estriba en el desarrollo de una competencia actitudinal, que pasa por la exploración de las preconcepciones culturales y étnicas de uno mismo.

Las limitaciones de tiempo y recursos justifican un modelo formativo centrado en principios generales que permitan mejorar la calidad de la asistencia a todos los usuarios, más que exigir un conocimiento y unas habilidades específicas de cada grupo étnico y cultural con los que el clínico pueda encontrarse en su trabajo.

Acciones recomendadas

1. Facilitar el acceso a cursos de formación continuada en competencia intercultural, con un enfoque eminentemente práctico, a todos los profesionales de la salud mental, incluyendo al personal no sanitario (administrativos que sean formados en disponibilidad de recursos, legislación...), con el objetivo de mejorar sus actitudes y lograr una sensibilidad intercultural.
2. Promocionar el intercambio de estudiantes de pregrado, postgrado, residentes, y personal del “staff” con otros países.
3. Estimular, en los profesionales y servicios, el convencimiento de que la diversidad cultural es enriquecedora, en el ámbito personal, profesional e institucional.
4. Baremar positivamente la formación en competencia intercultural de los profesionales.

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿Facilita, la institución, la realización de cursos de formación sobre la atención a la diversidad cultural, para los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermería, MIR, PIR), trabajadores sociales y personal administrativo?
2. ¿Existen programas de intercambio de estudiantes o profesionales con otros países?
3. ¿Se tiene en cuenta, dentro de las actividades formativas (sesiones clínicas, bibliográficas, presentación de casos...), la perspectiva intercultural?
4. ¿Evalúa, la institución, el grado de formación de sus profesionales en competencia intercultural?

8. Investigación

Definición

El objetivo de llevar a cabo una investigación culturalmente competente requiere un esfuerzo de adaptación del modelo clínico/epidemiológico al uso, incorporando metodologías etnográficas y cualitativas. El supuesto universalismo del método científico debe matizarse cuando se aplica a aspectos que pueden tener una dimensión local, que trascienden la biología, y entran en el terreno de estudio de la salud mental en toda su extensión.

Justificación

Uno de los primeros problemas con los que nos encontraremos es de “constructo”. Por una parte, el constructo “diversidad”; cómo se emplea, sea conceptualizado como cultura, inmigración, grupo minoritario, etnia, género pobreza, exclusión social...; todos ellos pueden tener un impacto en la salud mental y su tratamiento. La simple inclusión de este tipo de constructos no asegura una investigación culturalmente sensible. De hecho, demasiado a menudo, se emplean, de forma indistinta e indiferenciada, resultando dudosa la validez del constructo, ya que, si bien están relacionados, no son lo mismo ni afectan de la misma manera. Para evitar equívocos, es necesario definir, con la mayor claridad posible, el constructo utilizado y hacer uso de la información etnográfica disponible con el objeto de contextualizar el fenómeno a investigar.

Se debe tener en cuenta la “validez cultural” de los constructos y los posibles sesgos psicométricos. Conceptos tan elementales como “personalidad”, “depresión”, “aculturación”, “intoxicación”, “tristeza”, “culpa”, “soledad”, “vergüenza”, “delirio”, tienen diferentes significados en función del contexto cultural.

Son pocos los instrumentos, de evaluación psicológica y psiquiátrica, que hayan sido validados con poblaciones que no sean europeas o norteamericanas y, menos aún, con población inmigrada. La validación de un instrumento en una lengua no supone necesariamente su validación cultural ni su validación para todos los hablantes del mismo idioma. Cualquier test debe utilizarse teniendo en cuenta estas consideraciones e introduciendo metodologías cualitativas (por ejemplo grupos focales), para asegurar su correcta comprensión y validez.

- **Ensayos clínicos:** Este tipo de investigación, basada en ensayos aleatorizados, y especialmente centrada en el tratamiento de los trastornos mentales, ya sea farmacológico o psicoterapéutico, tiende a considerar la intervención como universalmente aplicable. Sin embargo, deberían incluirse aspectos que puedan influir en los resultados del tratamiento, sean de tipo genético, cultural, étnico, demográfico o económico.
- **Muestra:** En cualquier estudio culturalmente sensible se debe definir la demarcación de la muestra. Si el estudio pretende incluir, de alguna manera, las variables “cultura” o “pertenencia a un cierto grupo étnico,” se debe comenzar por definir bien los criterios de inclusión. Resulta más sencillo recurrir al concepto “origen nacional”; sin embargo, según lo que se esté estudiando, éste puede no resultar muy útil. El origen nacional no deja de ser una categoría política y no cubre los casos de diversidad étnica interna de nuestra población, que con toda seguridad se irá incrementando progresivamente en los próximos años con la incorporación de las siguientes generaciones, dando lugar a “grupos étnicos españoles” o grupos étnicos con nacionalidad española. Una posible solución a la definición de grupo étnico es la propia autodefinición de los sujetos, pues, como es sabido, cada grupo establece sus sistemas de adscripción, identidad y pertenencia, así como sus comportamientos y estilos de vida asociados, aunque no siempre la respuesta a esta cuestión resulta del todo concluyente, como puede ocurrir con estudios genéticos.
- **Consentimiento informado (CI):** Un tema que debe ser considerado al tratar la investigación con población inmigrada, es el del posible abuso que puede hacerse al tratarse de un grupo en situación de vulnerabilidad por muchos motivos. La obtención del CI no siempre es sinónimo de que los derechos de la persona estén siendo adecuadamente respetados. La Ley de Autonomía del Paciente establece cómo debe ser la información que debe recibir cualquier persona a la que se le pida el consentimiento. La información ha de ser comprensible para la persona, adaptada a sus características, de tal manera que realmente le sirva para tomar la decisión que se le está consultando.

Acciones recomendadas

1. Recoger datos socio-demográficos referidos al país de procedencia, grupo étnico, proceso migratorio, en todos los proyectos de investigación.

2. Emplear instrumentos y constructos que sean válidos para las diferentes culturas de las personas en las que se apliquen.
3. La metodología debe adecuarse al objetivo de la investigación.
4. Las muestras deberían incluir representantes de los diferentes grupos étnicos presentes en la zona del estudio.
5. Asegurarse que todas las personas que participan en un estudio lo hacen de forma libre y fundamentada en una información veraz, que se ajuste adecuadamente a su capacidad de entendimiento.
6. Los comités éticos deberían incluir, como criterio ético, que la investigación debiera ser, como mínimo, culturalmente sensible (si no es culturalmente competente).

Preguntas para la autoevaluación

1. ¿La investigación realizada en vuestro centro incluye información del proceso migratorio, el origen étnico del participante o algún otro tipo de datos culturales en la recogida de datos?
2. ¿Los instrumentos y constructos utilizados han sido validados para las culturas e idiomas en cuestión?
3. ¿La metodología utilizada es sensible a las diferencias culturales?
4. ¿La muestra utilizada es “de conveniencia” o tiene un sentido defendible desde la perspectiva de la competencia intercultural?
5. ¿Se están administrando los consentimientos informados de una manera culturalmente sensible, adaptándolos a la capacidad de comprensión de los diferentes usuarios?
6. ¿El comité ético de investigaciones clínicas del dispositivo tiene en cuenta la sensibilidad/competencia intercultural del estudio?

1. Accesibilidad

Accesibilidad General	SI	NO
¿Existe un mecanismo para analizar la existencia de barreras para el uso de servicios? ¿Se han tomado en consideración en él la posibilidad de la existencia de barreras ligadas a la pertenencia de los usuarios a grupos culturalmente diversos?		
¿Existen medios suficientemente adecuados, asequibles y frecuentes para facilitar el traslado al servicio desde los lugares de residencia o trabajo de todos los usuarios?		
¿El rango de horarios propuesto facilita el acceso a los servicios o hay procedimientos para adaptarlo si hay requerimientos especiales?		
¿Se han tomado medidas para hacer viables las visitas cuando existen dificultades para que lo sean?		
¿La señalización existente permite la orientación de personas que no dominan las lenguas oficiales?		
¿Los lugares de espera son adecuados para atender a usuarios culturalmente diversos, incluyendo aspectos como la costumbre de acudir acompañados de miembros de la familia, incluso extensa, y menores?		
¿Existen facilidades para ayudar a las personas que han de acudir al servicio con niños a su cargo?		
Reconocimiento del derecho a usar el servicio	SI	NO
¿Están claramente establecidas, y son fácilmente accesibles a los profesionales y usuarios, las condiciones en las que se tiene derecho a la atención, y el modo de resolver los posibles problemas al respecto debidos a posibles problemas derivados del estatus migratorio?		
En el servicio, ¿se exige tarjeta sanitaria para		
atención sanitaria urgente?		
atención sanitaria no urgente?		
realización de pruebas complementarias ordinarias?		
cita en CSM?		
atención en recursos terciarios de Salud Mental (Hospitalización no urgente, Hospital de Día, Unidades de Rehabilitación o residenciales)?		
¿Para obtener la tarjeta sanitaria se requiere		
estar empadronado?		
demostrar arraigo?		
tener residencia?		
otro documento?		
¿En caso de no tener tarjeta sanitaria, la institución proporciona proactivamente información sobre cómo obtenerla?		
¿Existe una guía o procedimiento establecido para hacerlo?		
¿Existe, en el servicio, personal entre cuyas funciones está la de proporcionar asistencia y apoyo para tramitar la documentación necesaria?		
¿En caso de no tener tarjeta sanitaria, la institución habilita un procedimiento provisional para garantizar la asistencia necesaria?		

Información proactiva sobre los servicios	SI	NO
¿Cuenta con programas y materiales cuyo fin sea poner en conocimiento, de quienes lo necesiten, sus servicios y cómo acceder a ellos?		
¿Explican con claridad cuál es el servicio que prestan?		
¿Explican qué requisitos son necesarios para tener acceso al servicio?		
¿Explican qué medidas tomar para poder cumplir estos requisitos?		
Estos materiales,		
¿Están en las lenguas diferentes a las oficiales, de minorías con presencia significativa en el área de referencia?		
¿Se han tomado medidas para asegurar que resulten culturalmente adaptados?		
¿Se ha contado, para la elaboración de los contenidos de los programas y material informativo, con el contacto u asesoramiento de representantes o miembros clave de alguna de las comunidades presentes en la zona de influencia de los servicios?		
¿Se han distribuido de modo proactivo, con un criterio que asegure el que llega a sus pretendidos destinatarios, y están disponibles en los entornos que son relevantes para ellos?		

2. Planificación y programación de la actividad

Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender las necesidades de cada sujeto atendiendo a su diversidad cultural	SI	NO
¿Forman parte las organizaciones de las minorías y/o las ONGs que trabajan con ellas de los órganos de participación en la planificación y programación?		
¿Existen iniciativas para la detección de las necesidades de los grupos sociales que atiende (comisiones, grupo de trabajo, encuestas, etc.)?		
¿Se han tomado medidas concretas para optimizar los servicios en función de las necesidades del usuario con características culturales diferentes de las mayoritarias?		
¿Están definidas rutas diferenciadas de atención para personas con necesidades especiales o barreras derivadas de su pertenencia, o no, a un determinado grupo lingüístico, étnico, cultural o religioso para recibir la atención requerida?		
¿Existen programas o procedimientos especiales para atender a colectivos o personas con alto riesgo de exclusión o necesidades especiales?		
¿Está prevista, en la gestión de agendas, la posibilidad de planificar las citas atendiendo a las posibles necesidades de tiempo y de coordinación entre profesionales que puede conllevar la atención a los usuarios inmigrantes, teniendo en cuenta las dificultades en la comunicación, de diagnóstico o culturales.		
¿Existen mecanismos para garantizar la disponibilidad de los apoyos técnicos o humanos necesarios para garantizar la atención cuando se programa una actividad en la van a ser necesarios (por ejemplo de traducción)?		
¿Incluyen, los sistemas de registro, información acerca de		
nacionalidad o país de nacimiento?		
años de permanencia en España?		
necesidad de mediador intercultural?		
situación administrativa?		
Indicadores y evaluación de la actividad	SI	NO
¿Incluye, el sistema, registro datos que permitan desglosar la explotación, considerando		
nacionalidad?		
país de nacimiento?		
lengua materna?		
años de permanencia en España?		
necesidades de traducción o mediación intercultural?		
situación administrativa?		
¿Incluyen, las explotaciones, memorias o cuadros de mando de rutina, datos desglosados que permitan detectar posibles diferencias en el acceso a la atención, el proceso de recibirla o sus resultados, en función de la pertenencia, o no, a un determinado grupo étnico, lingüístico, cultural o religioso?		
¿Incluyen, los sistemas de registro, información que permita cuantificar el uso y evaluar el funcionamiento de las ayudas técnicas?		
¿Existe un sistema para evaluar y tomar en consideración el grado de satisfacción en aquellos aspectos de la atención que pueden verse afectados por la pertenencia, o no, a un determinado grupo lingüístico, étnico, cultural o religioso		
para usuarios? y		
para profesionales?		
¿Participan, de algún modo, representantes o miembros clave de los distintos grupos étnicos, lingüísticos, culturales o religiosos con presencia significativa en el área, en los sistemas de control de calidad del servicio?		

