

Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud



© 2007 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Tiraje: 2.000 ejemplares

Producción editorial: Prous Science, S.A.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización por escrito del titular del Copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

Depósito legal: B-48333-07
ISBN: 978-84-8124-250-8



ORIENTACIONES SOBRE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y LA SALUD

Comitè
Consultiu
Bioètica
Catalunya

■ MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO QUE HAN ELABORADO ESTE DOCUMENTO:

Margarita Boladeras

Coordinadora del grupo.
Catedrática de Filosofía Moral y Política, Universitat de Barcelona.

Josep M. Busquets

Secretario del grupo.
Médico responsable de Bioética, Departament de Salut.

Alex Almuedo

Médico internista, Fundació Hospital Asil de Granollers.

Norbert Bilbeny

Catedrático de Ética, Universitat de Barcelona.
Director del Máster en Inmigración y Educación Intercultural,
Universitat de Barcelona.

Francisco Collazos

Médico psiquiatra, Hospital Vall d'Hebron.

Francesc José María

Abogado, director-gerente, Institut Català de la Salut.

Carme Ollé

Médica ginecóloga, Plan Director de Inmigración, Departament de Salut.

Virtudes Pacheco

Trabajadora social, mediadora y jefa del Servicio de Atención al Usuario,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Joan Padrós

Médico internista, Fundació Hospital Asil de Granollers.

Adil Qureshi

Psicólogo, Hospital Vall d'Hebron.

■ **Colaboradores**

Mohammed Chaib

Farmacéutico, presidente de la Associació Ibn Batuta, consejero del Consell Islàmic de Catalunya, parlamentario del PSC.

Francesca Puigpelat

Catedrática de Filosofía del Derecho, Decana de la Facultat de Derecho, Universitat Autònoma de Barcelona.

M. Rosa Torres

Responsable del Cap Drassanes, Institut Català de la Salut.

Aïna Vera

Trabajadora social, técnica coordinadora de la Sectorial d'Inserció Laboral i Sectorial d'Immigració, Federació Catalana de Voluntariat Social.

■ ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Principios básicos | 2 |
| 2.1. Acceso justo e igualitario a la atención sanitaria | 2 |
| 2.2. Respeto a la diversidad cultural como valor inherente a la dignidad de la persona | 2 |
| 2.3. Sensibilización sobre las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas de una atención culturalmente competente | 3 |
| 2.4. Ejercicio real de la autonomía personal y derecho a la información | 3 |
| 2.5. Respeto a la confidencialidad de la información | 4 |
| 3. La comunicación como herramienta de trabajo | 5 |
| 4. Estrés del emigrante | 7 |
| 4.1. Nostalgia | 7 |
| 4.2. Choque cultural | 8 |
| 4.3. Discriminación percibida | 8 |
| 4.4. Factores moderadores y mediadores | 8 |
| 5. Competencia cultural | 9 |
| 5.1. Esquema de la competencia cultural | 10 |
| 5.1.1. Conocimiento cultural | 10 |
| 5.1.2. Habilidades culturales | 10 |
| 5.1.3. Actitudes y valores | 11 |
| 5.2. Estándares de actuación | 12 |
| 5.2.1. Servicios de comunicación intercultural e interpretación | 12 |
| 5.2.2. Inmersión en otras culturas | 13 |
| 5.2.3. Promoción culturalmente competente de salud | 13 |
| 5.2.4. Inclusión de miembros de la familia y de la comunidad | 13 |
| 5.2.5. Ajuste administrativo y organizativo | 13 |
| 6. Consentimiento en la relación clínica | 14 |
| 7. Elementos relacionados con el diagnóstico | 16 |
| 8. Elementos relacionados con el tratamiento | 18 |

| | | |
|--------|--|----|
| 9. | Responsabilidad de los centros sanitarios | 20 |
| 9.1. | Aspectos relevantes de la responsabilidad de los centros sanitarios: La acogida de los ciudadanos en los centros . . . | 20 |
| 9.2. | Nuevas condiciones en los centros sanitarios | 21 |
| 10. | Fomento de la deliberación en las instituciones sanitarias | 23 |
| 11. | Algunas situaciones concretas | 24 |
| 11.1. | Accesibilidad al sistema sanitario | 24 |
| 11.2. | Presencia de la pareja en la consulta de la mujer | 24 |
| 11.3. | Actuación de un profesional sanitario del mismo género . . . | 25 |
| 11.4. | Algunos problemas en la comunicación intercultural | 25 |
| 11.5. | Utilización de niños como mediadores | 26 |
| 11.6. | Derecho a preservar los hábitos culturales | 26 |
| 11.7. | Rechazo del tratamiento por creencias religiosas y otros motivos | 27 |
| 11.8. | Demanda de «certificados de virginidad» | 28 |
| 11.9. | Circuncisión | 29 |
| 11.10. | Mutilaciones genitales femeninas | 29 |
| 11.11. | Convicciones morales de los profesionales de la salud | 31 |
| 11.12. | Donantes de material biológico por cuestiones económicas . | 31 |
| 11.13. | Acceso a los servicios de atención a la salud reproductiva . . | 32 |
| 11.14. | Medicalización como respuesta a problemas sociales | 32 |
| 11.15. | Hábitos dietéticos | 33 |
| 11.16. | Estudio genético en grupos étnicos y peligro de discriminación | 33 |
| 11.17. | Respeto a las creencias religiosas | 34 |
| 11.18. | Tratamiento de los procesos de nacimiento y muerte | 35 |
| 12. | Iniciativas de la Administración sanitaria | 37 |
| 12.1. | Carta de derechos y deberes de los ciudadanos | 37 |
| 12.2. | Guía para el respeto a la pluralidad religiosa | 38 |
| 12.3. | Plan Director de Inmigración del Departamento de Salud . . | 38 |
| 12.4. | Acciones de formación e información | 39 |
| 12.5. | Acciones evaluadoras | 39 |
| 13. | Recomendaciones finales | 40 |
| 14. | Glosario | 42 |
| 15. | Bibliografía | 45 |

■ 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en Cataluña se ha visto cómo, de manera progresiva, la presencia de la población inmigrante modificaba la visión que teníamos de nuestros vecinos, así como los hábitos consolidados de convivencia en nuestras ciudades y pueblos, y hemos avanzado de forma imparable hacia la pluriculturalidad. Como consecuencia de ello, han ido creciendo las necesidades de atención a grupos de personas de culturas muy diferentes. En el ámbito de la salud, hasta hace poco y por diversas razones, no había mucha demanda de atención específica que reflejara esta diversidad.

El sistema sanitario no puede permanecer ajeno a los cambios que se están produciendo en nuestra sociedad. Vengan de donde vengan y con la cultura que sea, todas las personas tienen sus derechos. En primer lugar, los derechos fundamentales de cualquier miembro de la especie humana obligan universalmente, y de manera especial a las instituciones de todos los países que han firmado la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. También hay derechos que dependen del reconocimiento jurídico de las leyes de un país, como el de ciudadanía, de asilo y el de los refugiados, de acuerdo con los requerimientos establecidos por la ley. Además, la Constitución española establece, como fundamento de la estructura jurídica y política del país, el reconocimiento de los derechos a la libertad, la dignidad, la igualdad y la no discriminación por motivos ideológicos, religiosos, étnicos, de sexo y otros. Estos mismos derechos están establecidos en el Capítulo I del Estatuto de Autonomía de Cataluña del año 2006.

El respeto a la dignidad, a la libertad y a la igualdad de las personas puede plantear dudas a la hora de llevar a cabo determinadas prácticas sociales. El entorno sanitario es receptor de muchas peticiones e incluso exigencias que los profesionales pueden llegar a cuestionar dentro de su responsabilidad y compromiso social. Cada vez con más frecuencia se dirigen al Comité Consultivo de Bioética solicitudes de orientación y clarificación con respecto a problemas concretos.

La vía de la casuística circunstancial no parece la mejor forma de afrontar los problemas actuales. Hay que llevar a cabo una reflexión amplia, que permita comprender la situación y fijar unas líneas maestras para abordar los casos concretos. Ésta es la tarea que nos propone este documento con el objeto de ayudar a abrir camino en el terreno de la comprensión de la diversidad cultural en el ámbito de la salud, ya iniciado por otros grupos institucionales.

■ 2. PRINCIPIOS BÁSICOS

Hay unas razones últimas que no pueden cuestionarse y que son, a nuestro entender, los principios que debemos tener siempre presentes. De forma resumida, son los siguientes:

■ 2.1. Acceso justo e igualitario a la atención sanitaria

Uno de los principios básicos es el acceso justo e igualitario a la atención sanitaria, lo que significa que hay que prestar la atención adecuada a las tareas de acogida y de información. A menudo, los usuarios no conocen bien los medios asistenciales a su alcance. Pueden coexistir, además, dificultades idiomáticas, problemas económicos o de otra naturaleza que dificultan esta accesibilidad.

Hay que velar siempre para que no se produzcan actitudes, más o menos visibles, de racismo, discriminación o simple desconsideración por parte de los sectores implicados en el acto asistencial.

En este sentido, hay que acabar con las barreras internas, consecuencia del desconocimiento de los medios disponibles al alcance del usuario. Por ejemplo, sobre lo que le corresponde recibir como atención médica, o la forma de entrar en el sistema sanitario, aspectos que son susceptibles de mejora con labores de acogida y de información. Pero también hay que acabar con las barreras externas que sufren algunos ciudadanos cuando pretenden acceder al sistema sanitario, ya que por pertenecer a un grupo minoritario encuentran más dificultades que el resto debido al idioma e incluso por causas económicas.

■ 2.2. Respeto a la diversidad cultural como valor inherente a la dignidad de la persona

Otro de los pilares básicos de la actividad asistencial consiste en el respeto a la diversidad cultural, un valor inviolable inherente al respeto de la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad.

Este valor es fundamental no sólo porque hay que entender que las perspectivas sobre las causas de los trastornos, los conceptos de salud y enfermedad, la noción sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento o la forma de expresar

los síntomas varían según el contexto cultural y no son universales, sino porque este aspecto favorece una adherencia mejor al tratamiento y, por tanto, un resultado de salud mejor, tanto objetivo como subjetivo.

■ 2.3. Sensibilización sobre las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas de una atención culturalmente competente

Éste es otro de los requisitos esenciales para una atención eficaz y respetuosa a pacientes y comunidades de origen cultural diverso. Desde una perspectiva occidental se puede entrar en una confrontación con otras interpretaciones del modelo asistencial que lleve incluso a importantes conflictos étnicos. Hasta qué punto puede un paciente rechazar someterse a un tratamiento alegando motivos culturales o en qué medida hay que ser más o menos condescendientes con tratamientos alternativos, cuya eficacia y seguridad pueden estar en entredicho, son algunos de los ejemplos que, cada día más, surgen en la atención al paciente culturalmente diferente.

En este sentido, lo más aconsejable es adoptar una actitud de respeto, que no rompa de manera brusca con la consideración del otro y favorezca, siempre que sea posible, un acercamiento entre las dos posturas. Hay que tener presente una vez más que el objetivo de la actividad asistencial es procurar la salud y el bienestar de las personas.

■ 2.4. Ejercicio real de la autonomía personal y derecho a la información

El respeto a la autonomía de las personas obliga a tener en cuenta tres aspectos capitales: la capacidad, la información y la voluntariedad.

El consentimiento informado es una piedra angular de la práctica de la medicina que hace posible el ejercicio del derecho a decidir, es decir, a aceptar o rechazar una actuación.

Esta información, que tendrá que ser precisa, veraz, comprensible y ajustada a las características de cada persona, está amparada por la Ley 21/2000, del 29 de diciembre, del Parlamento de Cataluña sobre los «derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente y a la documentación clínica».

La Ley recuerda derechos generales que no se han de conculcar, a pesar de que no puede ser muy precisa sobre las necesidades concretas de los enfermos. Precisamente éstas pueden ser especialmente relevantes cuando se refieren a la diversidad cultural, ya que la adaptación a las necesidades de cada persona es más compleja por variadas razones, como por ejemplo por las dificultades de comunicación, los miedos, la complejidad de los mecanismos que facilitan la confianza o el desconocimiento de los derechos de los ciudadanos.



2. PRINCIPIOS BÁSICOS

Se entiende que tiene que establecerse la relación con el paciente, pues será éste quien tome las decisiones con respecto a su enfermedad y controle la información que desea comunicar a sus familiares sobre el estado de su salud. Pero en grupos culturales de tipo comunitario no es siempre así. De hecho, es la familia, o la persona que lleva el mando, quien espera tener un primer contacto con el médico para poder controlar el flujo de información y tomar las decisiones oportunas. Llegado el caso, como por ejemplo, ante una enfermedad terminal, pueden optar por mantener al paciente en la ignorancia de lo que le ocurre, con objeto de proteger el bienestar del paciente y del grupo.

En muchos casos, el entorno del enfermo considera que éste no está capacitado para recibir malas noticias por parte de un profesional sanitario, al que consideran, por definición, distante. Puede llegar a ser apropiado, y en muchos casos respetuoso, que sea un miembro del entorno del enfermo quien dé esta información, cuando se considere conveniente.

Aunque estas actitudes merecen atención y respeto, los profesionales deben velar por hacer posibles las decisiones informadas y libres de los pacientes, a pesar de que esto represente más tiempo y esfuerzos en el diálogo con los enfermos o sus representantes. Hay que recordar que el hasta ahora mal llamado «privilegio terapéutico», es decir, el no revelar al paciente aquella parte de información que se considera gravemente perjudicial para su salud, no ha de ser la norma, sino la excepción que tiene que ser justificada siempre.

A pesar de las diferencias culturales, hay que procurar que la información clínica se adapte a las necesidades de cada paciente, en un equilibrio quizá difícil, pero nunca con omisiones paternalistas ni excesos defensivos.

■ 2.5. Respeto a la confidencialidad de la información

Otro aspecto que debe orientarse de forma precisa es la recogida de información referente a aspectos culturales y religiosos. Ésta es una información que tiene el nivel más alto de confidencialidad previsto en la Ley 21/2000. Por tanto, si se dispone de esta información porque se considera necesaria para la correcta atención del paciente, es obligado tener presente el principio constitucional de no discriminación por razones de creencia, culto y costumbres.

Una visión sobre diferentes países pone de manifiesto que las prácticas con respecto a eso son diversas, debido a que este tipo de información es relevante para que los usuarios de los servicios de salud reciban la atención adecuada. En algunos países europeos estos datos son tratados de forma confidencial y se considera discriminatorio catalogar a las personas en función de su pertenencia cultural.

■ 3. LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

La comunicación es un elemento fundamental en la relación sanitario-paciente, porque de ella depende la comprensión de la situación y la toma de responsabilidades por parte del enfermo, así como su adherencia correcta al tratamiento. Todos estos aspectos contribuyen de forma decisiva a una evolución favorable de la enfermedad.

Además, la importancia de la comunicación ha aumentado como consecuencia de la evolución experimentada por la medicina en los últimos años. En la relación sanitaria de tiempos atrás, de marcado carácter paternalista, el paciente tenía un papel secundario y era el médico el que llevaba el control de todo el proceso, informaba al paciente de su situación y dirigía su tratamiento. Sin embargo, actualmente se considera prevalente el principio de autonomía. Es el propio paciente quien tiene la última palabra sobre las propuestas que los profesionales asistenciales presentan para resolver su problema de salud. Este modelo fomenta la coresponsabilidad a la hora de tomar decisiones. Así pues, refleja el ideal de medicina centrada en el paciente, en la que él mismo está considerado como un colaborador, y no sólo como el individuo sobre el que se ejerce la acción médica. En este contexto, los requisitos éticos sobre el consentimiento informado se convierten en el garante máximo de la autonomía del paciente. Es precisa una información adecuada a los requerimientos de veracidad, comprensión y adecuación, de tal forma que ayude al paciente a tomar la decisión de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Habitualmente, se presentan diferentes tipos de obstáculos a la hora de conseguir una buena comunicación: falta de tiempo, dificultades para encontrar explicaciones sencillas que estén al alcance del paciente, problemas de relación, malentendidos, etc. Si entre personas de una misma cultura el acto comunicativo puede ser difícil, puede serlo más aún entre los que hablan idiomas diferentes y que se han desarrollado mentalmente con sensibilidades, categorías conceptuales y concepciones del mundo muy diversas.

La falta de un idioma común es el primer gran obstáculo. No obstante, el segundo es tan relevante como éste: las palabras traducidas pueden tener una sig-



3. LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

nificación muy diferente según los referentes culturales con los que se asocian. Así pues, las personas pueden creer que se entienden, cuando en realidad el emisor del mensaje y el receptor están pensando cosas distintas, hecho que puede acarrear gravísimas consecuencias. El primer obstáculo se soluciona con la traducción. El segundo, y en especial ante los casos más complejos, precisa una persona mediadora y que conozca bien las culturas de los interlocutores. En otros casos, será suficiente un cierto grado de sensibilidad y competencia cultural del profesional para ser eficaz en la transmisión del mensaje. Hay recursos de comunicación muy sencillos para verificar si la comprensión entre ambos interlocutores es interpretada de manera adecuada. Es fundamental que el profesional sanitario sepa detectar las interferencias que pueden producirse por las diferentes formas de concebir y vivir dimensiones humanas tan importantes como el tiempo, el espacio, la alimentación, la vida y la muerte, las relaciones hombre-mujer, o entre padres e hijos, las jerarquías sociales y, por descontado, la salud.

El estudio de la comunicación intercultural no es objeto de estudio de este documento. No obstante, resulta pertinente recordar la enorme cantidad de aspectos, más o menos sutiles, que influyen en el resultado de la comunicación entre el personal sanitario y los usuarios, y que pueden ser consecuencia del origen cultural de cada uno de ellos. Podríamos poner como ejemplos el tipo de comunicación utilizada, tanto verbal como no verbal; si se trata de un contexto cultural alto o bajo, es decir, si la estructura de los significados culturales tiene un gran peso diferencial o no; el predominio de un estilo directo o indirecto; la forma de expresar emociones; los diferentes tipos de lenguaje y sus significados. Todos estos elementos, transcendentales en la relación terapéutica habitual, lo son todavía más cuando, entre el sanitario y el paciente, hay una diferencia cultural considerable.

Además de las barreras idiomáticas y del bagaje cultural propio, que pueden por sí mismos dificultar la comunicación con las personas de origen diferente, conviene añadir la precariedad económica y laboral frecuente que los acompaña, un aspecto que, a su vez, puede generar nuevos problemas de salud. La referencia a los procesos de salud/enfermedad no puede desvincularse de las condiciones económicas y socioculturales, de las vivencias sobre el proceso de enfermar, así como de la atención a las demandas de relación y participación ciudadanas.

■ 4. ESTRÉS DEL EMIGRANTE

Algunas personas pertenecientes a grupos o minorías culturales pueden presentar particularidades psicológicas que requieren atención sanitaria, pero hay que reconocer como entidad patológica claramente diferenciada el estrés que padecen los emigrantes.

Todo proceso migratorio implica un componente de pérdida y otro de beneficio, inherentes a los cambios que conlleva dejar el lugar de residencia habitual para trasladarse a otro más o menos diferente. De esta distancia, tanto en el sentido geográfico, como, sobre todo, en el cultural, se deriva un esfuerzo consecuente de adaptación a las nuevas condiciones de vida. Este esfuerzo de adaptación puede definirse como el «estrés del emigrante». Las personas que cambian de cultura, como los mismos emigrantes, experimentan unas situaciones estresantes únicas que los otros habitantes difícilmente pueden imaginar. La pérdida de estatus, la marginalidad, la alienación y la discriminación percibidas, y la fragilidad de la identidad cultural propia, pueden llegar a convertirse en preocupaciones que ponen a prueba la fortaleza de la salud mental de la persona.

La inmigración representa estrés en la medida en que el individuo es incapaz de afrontar tanto unos acontecimientos concretos como los factores crónicos de estrés de la vida cotidiana.

Los estudiosos del estrés por aculturación insisten en que lo importante no es el contacto cultural en sí, sino la experiencia estresante derivada de este contacto. La necesidad de aprender un nuevo idioma, las costumbres y códigos culturales diferentes, cambiar el rol familiar y laboral, y la falta de permiso de trabajo o de vivienda digna pueden llevar a un estrés cotidiano importante.

Se ha planteado que el estrés por aculturación tiene diferentes componentes, como la nostalgia, el duelo que implica dejar atrás una determinada forma de vida, el choque cultural y el proceso subsiguiente de aculturación, o la experiencia frecuente de la discriminación.

■ 4.1. Nostalgia

Esta fuente de estrés de la inmigración es la relacionada con las pérdidas asociadas a la salida del país de origen e incluyen la experiencia de echar en falta as-



4. ESTRÉS DEL EMIGRANTE

pectos elementales de la vida que, en principio, sólo existen en el país que se deja atrás. La pérdida de los amigos y la familia, el estatus social, el trabajo, el idioma, las costumbres y hasta el territorio pueden convertirse en factores importantes de estrés, especialmente si van acompañados de dificultades legales, laborales y sociales en el país de recepción.

■ 4.2. Choque cultural

Los factores estresantes de aculturación son todos los relacionados con llevar una vida en una cultura nueva, lo que incluye, especialmente, el acceso a los servicios y productos culturalmente relevantes, a las actividades religiosas y culturales, la educación de los hijos y las relaciones interpersonales. Los cambios que representa el proceso de aculturación requieren, muchas veces, que los individuos adopten roles nuevos, a menudo culturalmente incoherentes. Cualquier cambio profundo en las pautas culturales, como son los roles, puede ocasionar un estrés considerable.

■ 4.3. Discriminación percibida

Otra fuente posible de estrés es la discriminación percibida por el inmigrante. Éste es un factor relacionado no sólo con el estrés, sino con el desarrollo posible de una psicopatología y con otros problemas de salud. La experiencia de ser discriminado por razones raciales, de religión o de pertenencia étnica engloba una parte importante de algunas escalas de estrés por aculturación, y se ha identificado en sí misma como un factor de riesgo que predispone a padecer problemas de salud física y mental.

Dado que aquí se trata de la experiencia del individuo, este factor está más condicionado por las percepciones personales que por una necesaria existencia objetiva de discriminación. De hecho, ésta no es siempre patente, ya que gran parte del racismo contemporáneo, por ejemplo, está implícito y permanece oculto, incluso para quien discrimina.

■ 4.4. Factores moderadores y mediadores

Aunque el estrés por aculturación no es específico de ninguna clase social ni de ninguna experiencia de inmigración en particular, las necesidades de salud ligadas a la inmigración están claramente reguladas por el contexto en que ésta tiene lugar. Ahora, el modelo de estrés-proceso sugiere que los factores individuales y contextuales específicos actúan como mediadores y moderadores del estrés del emigrante.

■ 5. COMPETENCIA CULTURAL

Aunque resulta evidente que ninguno puede aspirar a conocer completamente innumerables aspectos de las culturas de los pacientes, sí que es aconsejable hacer un esfuerzo para ampliar el conocimiento sobre ellas, igual que lo es adoptar una actitud flexible y abierta, con el objeto de aceptar la diferencia cultural como algo enriquecedor que nos lleva a ser culturalmente competentes en el ejercicio de nuestra profesión.

Los dispositivos asistenciales deben aspirar a ofrecer atención de la misma calidad a todos los usuarios, independientemente de su pertenencia a un grupo cultural u otro. Este propósito de la «competencia cultural», entendida como el «conjunto de conductas, actitudes y políticas que permiten al sistema, dispositivo y/o individuo funcionar de forma eficaz con pacientes y comunidades de origen cultural diverso», implica, como señala Duna, «un cambio fundamental en la manera de pensar, de entender y de relacionarse con el mundo exterior» que tiene que ir ligado a unos resultados asistenciales mejores.

El concepto de «competencia cultural», aún no demasiado arraigado en nuestro medio, se considera, cada vez más, como uno de los estándares que hay que tener en cuenta en la calidad asistencial.

El compromiso con la competencia cultural tiene que realizarse en dos niveles. El primero es individual e implica que todos los participantes en el proceso asistencial, desde el administrativo que recibe por primera vez al usuario, hasta el clínico que ejecuta el acto médico, demuestren su sensibilidad cultural hacia la otra persona e intenten adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes que permitan una intervención mejor en la situación.

Este compromiso ético, exigible a todas aquellas personas que, gobernadas por el valor de la salud, desarrollan su actividad profesional en los servicios sanitarios, resultaría estéril si no se acompañara de las correspondientes medidas en política sanitaria. Es este segundo nivel, el institucional, el que permitirá asegurar que los dispositivos se adapten a la variabilidad de sus usuarios, una consecuencia evidente de la pluralidad social. Cualquier servicio asistencial tendría que contar entre sus estándares de calidad con el de la competencia cultural mencionada, ajustada, lógicamente, al rango y a las características de cada centro.

■ 5.1. Esquema de la competencia cultural

Tomando el modelo clásico de lo que se entiende como profesional competente, hay que decir que la base de la competencia cultural se compone esencialmente de un conjunto determinado de conocimientos, habilidades, actitudes y valores.

■ 5.1.1. Conocimiento cultural

El conocimiento cultural se consigue en dos niveles, uno general y otro específico. En un nivel general, el profesional sanitario entiende que la cultura, la etnia, la raza y el mismo proceso de la emigración pueden afectar al desarrollo de la personalidad, a la adquisición de valores, a la manera de abordar los problemas personales o la enfermedad, a las relaciones sociales y profesionales, así como a la psicopatología y, quizá, a su expresión. En un nivel específico, el profesional puede llegar a conocer incluso las particularidades culturales de los diferentes grupos de pacientes con los que trabaja.

Es fundamental tener presente que la aplicación simplista o burda del conocimiento cultural, utilizando estereotipos, por ejemplo, puede ser más perjudicial que un abordaje culturalmente ciego de la situación que se tiene delante. Es bueno tener conocimientos generales de cada una de las culturas de los pacientes, ya que nos puede servir como punto de partida, mientras que hay que evitar caer en el estereotipo, un camino sin salida que nos lleva a encasillar a los individuos y a anular los rasgos distintivos que pueden aparecer incluso entre personas que pertenecen al mismo grupo cultural. El profesional culturalmente competente entiende que ser miembro de un grupo étnico no es un rasgo decisivo en su personalidad, sino un hecho que se interpreta y puede manifestarse de formas diferentes. Además, conoce los modelos de aculturación y de identidad étnica, y puede aplicarlos con facilidad.

■ 5.1.2. Habilidades culturales

El profesional que aspire a ser culturalmente competente tiene que tener la habilidad suficiente para encauzar los estilos de comunicación, los valores, las creencias y las prácticas de sus pacientes. Así podrá detectar cuáles son las necesidades del usuario y responder de una manera que facilite la comunicación con estas personas. En este sentido, hay que tener en cuenta las habilidades tanto en la comunicación verbal como en la no verbal, así como la destreza para adecuar la comunicación al interlocutor.

A continuación, se presenta un esquema en el que se reflejan las diferentes dimensiones de la competencia cultural y los efectos que cada una de ellas puede provocar.

| Dimensión | Incompetente | Sensible | Competente |
|---------------|---------------|--------------------|---------------------|
| Actitudes | Indefinido | Atenciones | Comprometido |
| Conocimientos | Ciego | Algún conocimiento | Amplio conocimiento |
| Habilidades | Sin formación | Escasa | Amplia formación |
| Efecto | Destruyivo | Neutral | Constructivo |

5.1.3. Actitudes y valores

La actuación, es decir, las habilidades (si se quiere, el saber hacer), está basada en el conocimiento cultural y técnico (el saber, en una palabra). Pero habilidades y conocimiento no son suficientes. Las actitudes, esto es, el saber ser y estar, constituyen la base sobre la cual tienen que desarrollarse las habilidades y el conocimiento.

Los modelos más habituales de competencia cultural en medicina ponen el énfasis en las habilidades y el conocimiento cultural. No obstante, la investigación en el campo médico indica que, a menudo, el trato desigual recibido por individuos pertenecientes a grupos minoritarios no es consecuencia de una falta de conocimiento ni de habilidades, sino de los estereotipos o actitudes discriminatorias que los sanitarios muestran con estos pacientes. Las actitudes, creencias y valores del profesional relativos al grupo racial, la etnia y otras diferencias culturales ejercen un papel muy importante, tanto en su relación con el paciente como sobre la calidad del tratamiento. Precisamente por eso, cada vez más, los modelos de competencia cultural exigen que el profesional sea consciente de sus actitudes y valores, y del hecho de que éstos influyen en su trabajo intercultural.

Es sabido que la competencia en relación con las actitudes y los valores no es un objetivo concreto que se pueda conseguir con una determinada formación, sino que es un proceso que dura toda la vida, y que representa un desplazamiento desde el etnocentrismo hacia el etnorelativismo en un sentido, aunque sólo sea, metodológico.

Así pues, puede resumirse que un profesional que trabaja en salud y actúa de forma culturalmente competente es el que reúne las características siguientes:

- Está en proceso de concienciación de sus valores, conceptos, prejuicios, ideas preconcebidas y otras limitaciones personales de la comprensión cultural.
- Intenta entender activamente, y sin juicios negativos, la perspectiva cultural de su paciente.



5. COMPETENCIA CULTURAL

- Desarrolla estrategias e intervenciones apropiadas, sensibles y relevantes en el trabajo con pacientes que son culturalmente diferentes.

■ 5.2. Estándares de actuación

Aunque en nuestro medio este estándar no está previsto, en otros países, como en los EE.UU., se han implantado diversas medidas con la finalidad de alcanzar esta competencia. Algunas de las recomendaciones que hacen los norteamericanos pueden, ciertamente, sernos útiles, pero teniendo claro que las transposiciones miméticas no son buenas y que resulta necesaria una adaptación.

■ 5.2.1. Servicios de comunicación intercultural e interpretación

El comunicador intercultural es aquella persona que por su conocimiento de uno o más grupos culturales y de su entorno ejerce una función de puente entre la institución sanitaria y los usuarios a fin de facilitar el acceso normalizado y en igualdad de condiciones de los miembros de estos grupos a los servicios sociosanitarios. Además, el comunicador intercultural es el que ayuda a los diferentes actores implicados en la relación sanitaria a adquirir y a aplicar los conocimientos adecuados sobre sus respectivas visiones culturales y sociales de la salud y la enfermedad.

Por una parte, asesora a los profesionales sobre las características de los colectivos culturales; y, por otra, informa a los miembros de estos grupos acerca del sistema de salud vigente en la sociedad. En su labor de mediación tiene que procurar que tanto el profesional sanitario como el paciente estén en condiciones de poder comunicarse y de dialogar.

El perfil de comunicador intercultural le permite, además, ejercer tareas de información y de acompañamiento a los usuarios, según las necesidades de la intervención sanitaria. La inclusión de esta figura en la escena asistencial sirve, asimismo, para evitar el abuso que, a veces, se comete con familiares o amigos del paciente para que ejerzan de intérpretes.

La mejora de la comunicación entre el paciente y el profesional, gracias a la incorporación de esta figura, ha demostrado ser eficaz tanto en programas de medicina preventiva como en el grado de satisfacción del usuario, e incluso en el coste total de la asistencia sanitaria. De la misma forma, allí donde el sistema de salud no se ha adaptado de forma sensible a las diferencias culturales, resulta infratilizado y se acaba haciendo un uso incorrecto del mismo, con urgencias hospitalarias que sustituyen al médico generalista y con seguimientos más bajos de los tratamientos.

El acceso a una información tan sensible como la relacionada con la salud, junto con la enorme trascendencia que puede derivarse de la intervención sanita-

ria, exigen, por el bien de todos, una pronta y clara delimitación, por parte de las administraciones, a quienes corresponden las competencias de esta nueva figura del comunicador intercultural, así como de sus derechos y deberes dentro del ámbito profesional requerido.

■ 5.2.2. Inmersión en otras culturas

Los profesionales sanitarios deben recibir *formación continua* sobre cómo se tiene que trabajar con personas de diferentes culturas. Es bueno que cada centro ofrezca a su personal la posibilidad de formarse, a fin de conocer las características culturales de los diversos grupos étnicos y religiosos del entorno y la influencia de estos rasgos diferenciales en la relación terapéutica.

■ 5.2.3. Promoción culturalmente competente de salud

La atención de salud culturalmente competente incluye los trabajos de campo pertinentes para promover la salud entre los grupos y las minorías culturales. Como actividades que llevar a cabo pueden incluirse servicios de acogida, sesiones de educación pública, estudios epidemiológicos culturalmente sensibles y campañas de información y sensibilización adaptadas a las características culturales.

■ 5.2.4. Inclusión de miembros de la familia y de la comunidad

En el trabajo sanitario con grupos culturales, étnicos o religiosos es muy importante el contacto con los líderes de los diferentes colectivos, para abrir así una línea de comunicación que permita conocer de manera correcta las necesidades sanitarias de los miembros de estos grupos. Conviene establecer vínculos entre la Administración sanitaria (centros de atención primaria, servicios de atención al usuario) y los colectivos culturales más numerosos del área sanitaria para afianzar este conocimiento que exige tener cuidado de la salud en un contexto pluricultural.

■ 5.2.5. Ajuste administrativo y organizativo

En países de historia pluricultural larga se intenta ofrecer, si es posible, un tratamiento sanitario individual o grupal a cargo de profesionales del mismo origen cultural que el paciente. Ésta es una medida poco viable en la actualidad en nuestro medio y con la que no todos están de acuerdo.

■ 6. CONSENTIMIENTO EN LA RELACIÓN CLÍNICA

Los profesionales deben prever numerosos aspectos en la atención a la salud, si bien uno de los elementos capitales es el llamado *consentimiento informado*.

Este procedimiento está relacionado con el derecho de autonomía de la persona, reconocido en todas partes legalmente y también desde un punto de vista ético como una de las aplicaciones más importantes del principio de respeto a las personas y a su autonomía, considerado un principio básico de la bioética, tanto en el campo de la investigación biomédica como en el de la actividad asistencial.

Por «consentimiento informado» se entiende la aceptación de un procedimiento, ya sea diagnóstico o con intención terapéutica, por parte de un paciente, después de tener éste la información adecuada para poder implicarse libremente en la decisión. Eso quiere decir que la persona debe recibir esta información acerca de los beneficios esperados, los posibles riesgos y los efectos secundarios de las técnicas propuestas de forma comprensible, así como también de los procedimientos alternativos. Por lo tanto, tiene que saber que en cualquier momento puede retirar su consentimiento con total libertad.

Es fundamental partir de la consideración del consentimiento como un proceso de diálogo entre los profesionales sanitarios y los usuarios sobre aquellas técnicas que serán útiles tanto para los procedimientos diagnósticos como para los terapéuticos. Este proceso lleva su tiempo (a veces más de una conversación), la aceptación incondicional del otro, la comprensión empática y tener voluntad de entendimiento. Con demasiada frecuencia se confunde el consentimiento informado con un simple acto burocrático consistente en la firma de papeles, lo que desvirtúa los derechos de los usuarios y aleja las posibilidades de una relación de confianza entre enfermos y sanitarios.

La ley prevé la formalización por escrito del consentimiento en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se lleven a cabo procedimientos que puedan comportar riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud de los pacientes.

Habrá que tener presente que hay dos situaciones de excepción en la exigencia del consentimiento informado. Una de ellas es la situación de riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo, que no permite conseguir su autorización. La otra se encuentra en el riesgo para la salud pública, si lo exigen motivos sanitarios de acuerdo con lo que establece la legislación.

Asimismo, hay que considerar algunas situaciones en las que debe haber un otorgamiento por sustitución de este consentimiento. Esta circunstancia se tendrá en cuenta cuando el enfermo, según el criterio del personal médico responsable o del equipo asistencial, no sea lo suficientemente competente para entender la información y para poder implicarse en la decisión. En este caso, serán los familiares o los representantes quienes tendrán que dar el consentimiento. Igualmente se da esta excepcionalidad en los casos de incapacidad legal o de personas internadas por trastorno psíquico, ante los que habrá que seguir los trámites legales oportunos.

En la atención sanitaria a la diversidad cultural, el proceso que conlleva este principio de respeto a la autonomía del paciente, que es el consentimiento informado, obliga a los profesionales a plantearse su ejercicio en el marco de una relación personal más compleja. En este sentido, hay que estar atentos a los supuestos siguientes:

- Hay que preguntarse cuál es el grado de comprensión por parte de los pacientes de la información que se les ha dado, más allá de los signos aparentes de que se haya podido recibir correctamente. Para garantizarla, son precisos una buena disponibilidad a repetir las explicaciones, el uso de material gráfico explicativo, una información verbalizada que acompañe a la escrita y, además, la intervención de los comunicadores interculturales como garantía en caso de duda.
- Tiene que saberse si la decisión del enfermo es suficientemente autónoma a la hora de aceptar o rechazar los procedimientos que se le proponen. Habrá que ayudar a los pacientes a fortalecer los mecanismos de confianza y evitar toda forma de coacción. El hecho es que, procurando reducir al máximo la debilidad de quien se siente enfermo, se consiga aumentar la fiabilidad de una decisión autónoma.
- Del mismo modo, conviene tener presente que el concepto de autonomía no equivale al de autosuficiencia. Nuestra capacidad para decidir también suele verse influida por circunstancias sociales y personales. De hecho, puede hablarse de diferentes grados de autonomía de las personas, según los condicionantes subjetivos que intervienen en sus decisiones, como la condición de enfermos, o las situaciones que se viven en determinados grupos culturales, en los que las decisiones referentes a la salud no se toman de forma individualizada, sino que son compartidas en grupo. Éste sería el caso de los grupos en los que hay una concepción social de la enfermedad (cuando alguno de la familia o de la comunidad está enfermo, va todo el mundo, incluso familiares que pueden vivir lejos y que ni siquiera conocen al enfermo). Eso explicaría que la obtención del consentimiento pudiera ser delegada a través de una mediación autorizada. A pesar de esta consideración, el documento del consentimiento informado tendrá que firmarlo el paciente (si es competente para una decisión concreta) y no puede hacerlo ninguna otra persona.

■ 7. ELEMENTOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO

El trabajo asistencial comporta un interés primordial para la obtención de información sobre el diagnóstico clínico y la detección de problemas asociados, en el período de tiempo más breve posible, a fin de orientar posteriormente el plan terapéutico adecuado.

A pesar de los avances de las técnicas diagnósticas en los últimos años, la anamnesis, basada en la interpretación de los síntomas por parte del médico, continúa siendo una herramienta fundamental del proceso diagnóstico, en el que se hace imprescindible, una vez más, la comunicación adecuada.

En primer lugar, hay que averiguar el motivo de la consulta, ya que no siempre la resolución del síntoma es lo que el paciente busca. La diversidad cultural obliga, aún más, a esforzarse en interpretar los códigos simbólicos utilizados por los pacientes, con tal de conocer sus necesidades reales de salud. Además, hay que tener presente, el riesgo de categorizar como problemas médicos aquellas situaciones que responden a problemáticas de otra naturaleza: económica, social o cultural. La intervención de la medicina en ámbitos que no le son propios es una característica de nuestro tiempo, y contribuye a desenfocar las medidas correctoras de los desequilibrios mencionados.

Una comunicación inadecuada puede ser la causa de errores diagnósticos. La interpretación subjetiva de los síntomas se acompaña, al mismo tiempo, de matices culturales. De la misma forma, la lectura que hace el clínico se realiza, también, desde su perspectiva cultural. Por eso convendrá hacer un esfuerzo para distanciarnos de nuestros referentes culturales y, así, poder observar a los pacientes de una manera más objetiva.

Las quejas referidas a la salud encuentran en las diferentes culturas formas de expresión muy diferentes. El conocimiento de estas variaciones a la hora de describir los síntomas puede ser de gran utilidad para evitar errores diagnósticos. Aunque resulta evidente que no se puede aspirar a conocer completamente los innumerables aspectos de cada una de las culturas a las que pertenecen los pacientes, sí se puede realizar el esfuerzo de ampliar el conocimiento que tenemos sobre ellos y adoptar una actitud flexible y abierta al respecto.

Antes de informar a los pacientes sobre las exploraciones complementarias pertinentes para diagnosticar su enfermedad, conviene tener resueltas las dificultades idiomáticas con el paciente o, en su defecto, con las personas que le representan o con los mismos comunicadores interculturales, si son necesarios.

En resumen, la atención a personas de orígenes culturales diferentes nos plantea un escenario de relación más inestable de lo habitual y que implica algunas características especiales:

- El tiempo que dedicaremos a su atención será mayor.
- Conviene evitar el error de que la cultura lo puede explicar todo. Tan peligroso es negar la influencia de la cultura en la presentación de los síntomas como pretender justificar cualquier atipicidad por la pertenencia a un determinado grupo cultural.
- Hay que adaptar las formas del ejercicio de autonomía a las peculiaridades culturales del enfermo.
- Hay que tener siempre presente que algunos trastornos mentales, como las depresiones, pueden presentarse con frecuencia con síntomas que a veces se manifiestan de forma diferente según las diversas culturas. Este tipo de síntoma físico a menudo representa una vía de entrada al sistema asistencial más simple y directa que la referencia de síntomas psiquiátricos.
- Dado que en algunas culturas la asociación entre la interpretación de los síntomas por parte de los profesionales y la decisión sobre el tratamiento que se debe seguir se produce de forma casi inmediata, en muchas ocasiones convendrá informar a los pacientes de forma apropiada de que tendrán que realizarse exploraciones (analíticas, radiológicas o instrumentales) para lograr un diagnóstico preciso.
- A veces una tercera persona puede reclamar su presencia en la entrevista clínica. En estos casos, si la presencia de un tercero se considerara impuesta, será conveniente solicitar del paciente la autorización sobre el acompañante.
- Los conceptos de privacidad y confidencialidad no son valores que tengan el mismo significado en los diferentes sistemas culturales. Se requiere, por tanto, una actuación al respecto que tenga en cuenta esta diversidad.
- Todo lo que se refiere al consentimiento informado, como se ha señalado con anterioridad, se tendrá en cuenta a la hora de realizar exploraciones instrumentales.

■ 8. ELEMENTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Los componentes culturales ejercen una influencia poderosa en los resultados del tratamiento. El cumplimiento y la adherencia al proceso terapéutico, el efecto placebo atribuible a los fármacos o la respuesta a éstos son algunos de los comportamientos que pueden estar influidos por la pertenencia a un grupo cultural determinado.

En el aspecto terapéutico, la relación asistencial tendrá matices diferentes, según cuales sean los objetivos del acto asistencial: preventivo, curativo o de simple asesoramiento. Hay que velar para que los mecanismos básicos que suscitan la confianza en la relación clínica sean suficientemente eficaces para alcanzar el objetivo terapéutico compartido.

Para poder incluir al paciente como colaborador en el proceso sanitario, hay que estar atentos al motivo fundamental que le ha llevado a la consulta. La atención al síntoma es fundamental para establecer una relación de confianza mutua. Posteriormente, ésta se puede ampliar al diálogo sobre la autoconciencia de la enfermedad, un elemento clave para poder seguir luego con el establecimiento de un plan terapéutico. Sabemos que en determinadas culturas los procesos de salud-enfermedad están muy ligados a los síntomas. En ellas no hay tradición en el uso de una medicina preventiva (no hay que curar una cosa que aún no se ha manifestado), y sólo cuando aparecen los síntomas y éstos son incapacitantes, se tiene la conciencia de estar enfermo. Es probable que el paciente no entienda qué significa la medicina preventiva. Por tanto, tampoco puede entender por qué una pastilla tiene que tomarse tres veces al día o con las comidas, o durante meses, cuando los síntomas ya han desaparecido. Pero seguramente si se le explica y se comprueba que la explicación ha sido bien entendida, estos posibles focos de problemas pueden reducirse.

En la cultura occidental, la enfermedad a menudo es considerada como una entidad en sí misma, con un origen fisiopatológico que la explica. Así pues, es susceptible de recibir un tratamiento concreto. Pero en otras culturas, esta percepción no es del todo así. Eso es especialmente relevante en los casos de trastorno psiquiátrico, en el que el origen divino, religioso o espiritual puede explicar la conducta y, en consecuencia, el caso no se vive propiamente como enfermedad.



A menudo, los pacientes de estas culturas utilizan las medicinas prescritas por el sistema sanitario y, al mismo tiempo, medicinas tradicionales. En estos casos convendrá ser tolerante y respetuoso con el uso de esta doble terapéutica, salvo en el caso de que haya indicios de perjuicios para la salud de los enfermos.

De igual forma, hay que tener presente que existen diferencias biológicas que pueden explicar respuestas diferentes. Por ello, deberá entenderse que no siempre se trata de pacientes que tienen un comportamiento crítico con la medicación prescrita.



■ 9. RESPONSABILIDAD DE LOS CENTROS SANITARIOS

El respeto a la diversidad cultural en el ámbito de los centros sanitarios se encuentra enmarcado dentro del concepto de la responsabilidad social corporativa y se sitúa en el vértice de la dirección institucional. Esto es así porque desde estos ámbitos de responsabilidad se vertebra el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente y se lleva a cabo y se incentiva la toma de decisiones éticamente adecuadas para la mejora de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, en general, y de los usuarios de los centros sanitarios, en particular.

El concepto de responsabilidad social corporativa en el ámbito sanitario incluye códigos de conducta que garantizan que las actividades ordinarias de sus centros, tanto en el entorno interno como en el externo, son sostenibles y no atentan contra los derechos sociales ni contra el medio ambiente.

Dentro de este contexto hay que destacar que la diversidad cultural en nuestra sociedad es una realidad que no puede ser eludida y que en ningún caso es nueva, sino que se ha ido incorporando a medida que se asentaban en Cataluña personas llegadas de otras tierras que han fijado aquí su nueva residencia durante un período más o menos largo o para toda la vida.

■ 9.1. Aspectos relevantes de la responsabilidad de los centros sanitarios: la acogida de los ciudadanos en los centros

La Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria de la Generalitat de Cataluña, aprobada el 24 de julio de 2001, hace mención expresa a los derechos relacionados con la igualdad entre las personas y la no discriminación para el acceso a los servicios sanitarios que hay que mencionar. Se recoge en el punto 6 de la introducción y dice:

«De acuerdo con la Constitución, las personas son iguales ante la ley y no pueden ser discriminadas por ningún motivo de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. En el ámbito sanitario, tiene que entenderse que estas causas de no discriminación están complementadas por las previstas en los convenios internacionales correspondientes que han sido ratificados por el Estado español.

Sin embargo, hay un concepto de discriminación positiva cuando estas diferencias o distinciones entre personas responden a la necesidad de proteger a las más vulnerables.

En un entorno de recursos y medios disponibles limitados, la necesidad de priorizar la atención sanitaria requiere integrar y valorar las demandas y los intereses del conjunto de la población. En este contexto, los criterios que tendrían que orientar la prioridad en el acceso a los servicios sanitarios son: la gravedad de los problemas de salud, la efectividad de los tratamientos propuestos y, respetando el hecho diferenciador de los colectivos más vulnerables, la equidad en el acceso.»

Este principio programático de la carta de derechos y deberes establece de manera incuestionable la dimensión del derecho al respeto de la dignidad de las personas como fundamental, sean de donde sean, vengan de donde vengan, pertenezcan a la cultura y a la religión que sea.

Eso conlleva que, de acuerdo con el principio de equidad, el trato con los pacientes y sus familiares ha de ser igual para todos, y en ningún caso podrá haber un trato diferente que no esté basado en los criterios que se apuntan y que tienen que orientar la prioridad en el acceso a los servicios sanitarios.

■ 9.2. Nuevas condiciones en los centros sanitarios

Dadas las circunstancias cambiantes que conlleva la incorporación en nuestra sociedad de personas y grupos con valores y culturas diferentes, los centros sanitarios deben adaptarse a las nuevas necesidades que surgen; por eso han de incorporarse los objetivos siguientes en la toma de decisiones respecto a la planificación y a la gestión de los recursos disponibles en cada centro:

- Asegurar una acogida en los centros sanitarios (primer acceso) basada en la personalización de la recepción y en un protocolo acordado y adaptado a las diferencias territoriales y del entorno de cada centro sanitario.
- Prestar atención especial a la creación de un clima de respeto y bienestar entre las personas que componen la comunidad de salud (enfermo, familia y profesionales), que evite la aparición de actitudes discriminatorias y contrarias al acceso universal de las personas a los servicios sanitarios.
- Prever la disposición de espacios para oficios religiosos y la convivencia de manera que sea posible preservar la intimidad adecuada.
- Incorporar a la oferta alimentaria menús y características culinarias de otras culturas.



9. RESPONSABILIDAD DE LOS CENTROS SANITARIOS

- Incentivar la contratación de personas competentes que pertenezcan a otras culturas para los lugares de trabajo disponibles.
- Incorporar a los planes de señalización y difusión de documentación e información necesaria para moverse por los centros sanitarios, la traducción y la adaptación de la información en los idiomas y culturas prevalentes de la población del entorno del centro sanitario.
- Creación de las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos y deberes para toda la población.
- Igual satisfacción y grado de excelencia para todos los usuarios, basado en el respeto a los derechos y deberes y a los niveles de calidad científica, técnica y humana en el ámbito de la salud. Los indicadores de medida de la calidad percibida se adaptarán a la diversidad cultural de los grupos de población que se atiendan en el centro, tanto en lo que respecta a la evaluación de la calidad de los servicios que se han dado, como a las expectativas de las personas en relación con la atención que esperan del centro sanitario y de sus profesionales.

Para llevar a cabo estos requerimientos y los nuevos aspectos derivados de la diversidad cultural y en relación con la gestión de los recursos humanos de los centros, tendrá que procurarse que los profesionales puedan acceder al conocimiento de las características básicas de la población que es atendida en el centro sanitario y de la identidad cultural que la define: costumbres, desarrollo de la relación familiar, concepto de autonomía personal, diferentes percepciones e interpretaciones del concepto de salud, etc.

Del mismo modo, será necesario garantizar a todos los profesionales y trabajadores del centro el acceso a las normas (leyes, protocolos, guías, etc.) para poder asegurar la aplicación adecuada de las novedades legislativas y deontológicas, así como la posibilidad de utilizar los soportes de consultoría próximos a su actividad profesional, en el ámbito de la diversidad cultural.

■ 10. FOMENTO DE LA DELIBERACIÓN EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Una de las funciones que tiene la Administración sanitaria es la planificación y ordenación de la política de salud, es decir, establecer el marco en que se presta la atención sanitaria, así como sus criterios. Otra función es la prestación de servicios, ya sea directamente o mediante diferentes proveedores.

Con respecto a la primera de estas funciones, en las sociedades democráticas hay que tener presente que las decisiones que se toman en política sanitaria deben poder ser razonadas y fundamentadas. Estas políticas deben garantizar el derecho a conseguir un mínimo apropiado de atención sanitaria dentro de un marco de distribución lo más justo posible y que contrarreste la falta de oportunidades que son consecuencia del azar o de situaciones sociales que las personas no pueden controlar.

Este principio de equidad siempre tiene que complementarse con el de respeto a la dignidad de las personas, que incluye el respeto a las diferentes expresiones culturales, y ha de ser compatible con la atención sanitaria. La Administración tiene que exigir que los que prestan este servicio tengan presente en todo momento la mencionada diversidad.

Ahora bien, hay que reconocer que es difícil tomar decisiones que respeten por igual las diferentes creencias morales y las prácticas existentes en una sociedad plural. Más allá de lo que nos dicen las leyes, los códigos o las recomendaciones, siempre queda un amplio abanico de situaciones no previstas. Por ello, los organismos de reflexión como los comités de ética asistencial pueden servir de ayuda y ser, sobre todo, organismos que provoquen y hagan realidad la deliberación. De hecho, muchas de las controversias sobre el rechazo al tratamiento, o las peticiones de atención sobre ciertas prácticas y creencias propias de determinados colectivos, ya han sido tratadas en varias ocasiones en estos ámbitos.

Así pues, una de las acciones que debe impulsar la Administración es el fomento del debate bioético, tanto en el seno de los propios centros, mediante los comités de ética asistencial, como en el mismo Comité Consultivo de Bioética de Cataluña.

■ 11. ALGUNAS SITUACIONES CONCRETAS

Algunas de las situaciones concretas que se plantean a continuación han generado recomendaciones por parte de diferentes instancias de consulta y debate. Por tanto, no pueden entenderse como una indicación o forma de hacer únicas, sino como un elemento que debe tenerse en cuenta en la toma de decisiones en situaciones semejantes.

■ 11.1. Accesibilidad al sistema sanitario

A menudo se dice que la población culturalmente diferente descuida las visitas al médico, por ejemplo, con la falta de puntualidad o el absentismo. Sin duda, se dan casos de incumplimiento, por falta de voluntad, que no se pueden justificar. Pero hay que prestar atención a otros casos, muy diferentes, que se producen por razones derivadas de la realidad asistencial de la sociedad o cultura de origen.

En algunos países ir al médico consiste en presentarse en un dispensario en el que se pasa visita de forma indiscriminada a cualquiera que lo necesita, sin que exista cita previa, simplemente por riguroso orden de llegada y hasta que se cumple el horario, y a quien no se le atiende queda para el día siguiente. Además, hay que recordar que en algunas culturas las obligaciones familiares son prioritarias respecto a las necesidades personales, que se abandonan con absoluta naturalidad, de manera que entre ir al médico o tener que atender las necesidades de un familiar que nos necesita, pocos dudarían en hacer esto último. La solución a este tipo de conflicto, que a su vez facilitaría el acceso al sistema sanitario, pasa, una vez más, por la información adecuada sobre las características del sistema. Para muchos recién llegados esto puede resultar muy nuevo, pero finalmente tendrían que sentirlo como propio.

■ 11.2. Presencia de la pareja en la consulta de la mujer

Otra escena que se repite cada vez más en la convivencia pluricultural y que levanta quejas por parte de los profesionales sanitarios es la presencia de la pare-

ja en las consultas de la mujer. Nuevamente se trata de un punto de fricción que pide ser analizado desde una perspectiva cultural abierta para entender, al menos, qué normas hay detrás de esta conducta.

La interpretación más inmediata es la de la privación de la libertad de las mujeres. Sin embargo, también se puede considerar como la obligación que tiene un marido o compañero de velar y supervisar la salud de su familia, de tal manera que no le resulta concebible que la mujer vaya sola al médico. Esta demostración de interés le confiere un papel protagonista, informando de los síntomas, llevando la cartilla sanitaria o recogiendo las recetas, de la misma forma que en otros ámbitos culturales se hace eso con los hijos. El profesional sanitario tiene el deber de fomentar la autonomía en la toma de decisiones de sus pacientes y rechazar la coacción que pueda producirse.

■ 11.3. Actuación de un profesional sanitario del mismo género

En algunos casos, los pacientes piden ser atendidos por un profesional del mismo género. La Carta de derechos y deberes del ciudadano en relación con la salud y la atención sanitaria ofrece a todos los usuarios y pacientes de los servicios sanitarios públicos la posibilidad de escoger el médico y el centro, tanto en la atención primaria como en la especializada y la sociosanitaria, en los términos y condiciones que se establezcan, y según las disponibilidades de la red sanitaria de utilización pública. El centro orientará a los usuarios y pacientes acerca de la posibilidad de ejercer este derecho y facilitará los datos necesarios para acceder a estos servicios.

■ 11.4. Algunos problemas en la comunicación intercultural

La transmisión de información sanitaria puede que no sea la más adecuada para el paciente. Se puede producir como consecuencia de una mala utilización de la figura designada para transmitir esta información (intérprete médico, agente de salud, comunicador intercultural), o bien porque se delega en alguien que no tiene la capacidad de transmitir la información por razones emocionales, como por ejemplo un familiar o un niño que debe transmitir temas delicados, o bien porque la persona no es un experto en la interculturalidad.

Con respecto al primer caso, a menudo el profesional sanitario quiere que el comunicador intercultural no actúe como tal, participando en la entrevista triangular, sino como un delegado suyo. Estas situaciones se dan cuando el profesional pide, por ejemplo, «dile que mañana tiene la operación y que tiene que estar preparado», o «dile que tiene esta enfermedad y que el tratamiento es un régimen



11. ALGUNAS SITUACIONES CONCRETAS

durante el cual será preciso administrarle estas pastillas», o incluso cuando pide «explica a los padres que hemos hecho todo lo que podíamos, pero que el niño está muy enfermo y puede morir». Hay que recordar que el profesional sanitario es el único responsable de esta comunicación y que la labor del comunicador intercultural consiste en facilitarla, pero no en reemplazarla. De la misma forma que cuando se visita a un paciente que conoce bien el idioma local es el médico o el enfermero quien ha de hablar directamente con el paciente, también hay que hacer lo mismo con las personas con dificultades idiomáticas y no utilizar un tercero, no profesional sanitario, para dar la información.

Las diferentes investigaciones sobre errores en la traducción (omisiones, adiciones, cambios) muestran que un traductor profesional puede cometer errores que produzcan un impacto serio en el proceso asistencial. Por tanto, una persona que actúa como comunicador intercultural y no tiene suficiente formación corre riesgos aún más importantes de cometer errores graves en este sentido.

Evidentemente, la persona que hace de comunicadora intercultural en una entrevista triangular controla la información que se está intercambiando entre el profesional sanitario y el paciente. Por eso, es muy conveniente que se refleje su presencia y participación en la historia clínica del paciente y se le exija la confidencialidad correspondiente.

■ 11.5. Utilización de niños como mediadores

Con respecto a las situaciones en que se utiliza a niños para trasladar la información, hay que recordar que los peligros son muchos, tanto para el niño como para los padres. Se expone al niño a conocer determinados datos de ellos, por ejemplo, a saber cosas íntimas suyas, y, además, pierde su papel de niño para adoptar el de un adulto.

La utilización de niños como traductores parece ser una alternativa desesperada habitual, dada la ausencia de personal profesional cualificado. Pero no hay duda de que debe rechazarse como normal esta práctica, aunque el profesional sanitario puede asumir la responsabilidad de permitirla, dependiendo de la excepcionalidad de la situación. Su improcedencia tiene que servir de motivo para justificar la incorporación sucesiva de comunicadores interculturales, como ya se ha previsto en el Plan director de la inmigración.

■ 11.6. Derecho a preservar los hábitos culturales

Puede ocurrir que el paciente, su familia o personas vinculadas se comporten de manera diferente a lo que prevén las normas sanitarias del centro sanitario. Por

ejemplo, llevar comida a la habitación del paciente, o que se encuentren muchas personas al mismo tiempo en este espacio. Es evidente que algunas de estas situaciones pueden afectar a la asistencia; pero en otras situaciones no tiene por qué ser así. La actitud comprensiva de los profesionales es muy importante con respecto a las adaptaciones necesarias a las especificidades de cada persona. Por ello, para garantizar atención de calidad al paciente, debe permitirse que la flexibilidad sea compatible con la normativa y la funcionalidad del servicio. La experiencia nos dice que la predisposición al diálogo y al pacto por ambas partes puede resolver, en muchos casos, las situaciones de conflicto.

■ 11.7. Rechazo del tratamiento por creencias religiosas y otros motivos¹

Las propuestas asistenciales están orientadas siempre a hacer el bien (principio de beneficencia), es decir, a promover la mejora de la salud de los usuarios, así como su calidad de vida. El profesional sanitario formula las propuestas porque cree que responden a estos objetivos. Pero siempre tienen que ser propuestas y no imposiciones, dado que la calidad de vida se define primariamente desde la autonomía.

A veces, el sanitario puede creer que una opción terapéutica es mejor, por razones como prolongar la supervivencia o evitar sufrimientos, y, en cambio, la visión del paciente puede ser la contraria, según sus creencias religiosas o de otra naturaleza.

Obviamente, la consideración de calidad de vida es en gran medida subjetiva y puede variar de una persona a otra. Si las condiciones de la decisión autónoma preservan todos los requisitos (información, capacidad y voluntariedad) la primacía del respeto a la voluntad del paciente es clara.

La obligación del sanitario es no actuar de forma nociva. Tiene que evitar las acciones que provocarían daño. En cambio, debe proponer las actuaciones que considere indicadas. Esta segunda obligación, concretada en su función de hacer el bien, o beneficencia, tiene una limitación: el consentimiento del paciente mismo. En algunas ocasiones, y fruto de creencias religiosas o de otra índole, cuando el paciente rechaza la propuesta del sanitario, hay que considerar si es o no adecuado administrar un tratamiento a una persona que está en peligro vital. Para valorar eso hay que tener cuenta que las peticiones de estos pacientes no señalen querer morir, sino un respeto hacia sus creencias religiosas o morales. Para ellos, la vida tiene un sentido con esta renuncia. Es obvio que la dimensión religiosa y mo-

¹Puede consultarse el posicionamiento del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, hecho el 9 de abril de 2003, en la página web <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/consells/spbioe00.htm>

11. ALGUNAS SITUACIONES CONCRETAS

ral es importante y que ya no estamos en una sociedad de código único, en la que se impone una visión particular, religiosa o no, de la vida. Una sociedad plural y pluricultural origina estas situaciones. Con todo lo mencionado, desde un punto de vista ético es difícil calificar de nocivo el hecho de no administrar un tratamiento a un paciente que así lo demanda.

El sistema sanitario público de Cataluña es un instrumento para posibilitar una sociedad más igualitaria. De ahí el acceso universal a este sistema por el solo hecho de ser ciudadano. Si bien el tipo de prestaciones sanitarias depende del acuerdo político a través de la democracia representativa, que se concreta en una oferta determinada, el Sistema Nacional de Salud debe promover aquellas acciones más efectivas para mejorar la salud, y tiene que ser respetuoso con los derechos del enfermo.

Una sociedad plural también tiene que ser sensible a los diferentes grupos y minorías culturales, y tratar de dar respuesta a sus peticiones, si no hay ningún elemento legal ni ético en contra. Esta respuesta social puede tener otra limitación: el coste del tratamiento alternativo, si es más alto que el que se utiliza habitualmente y no hay decisiones institucionales que lo asuman. La obligación de justicia se concreta en proporcionar la atención de acuerdo con el respeto, también, de las consideraciones religiosas, morales y culturales, sin que eso signifique violentar motivos de conciencia de los profesionales sanitarios, ni represente nada injusto, como un coste más elevado del tratamiento. Por lo tanto, hay que objetivar de forma precisa el concepto de riesgo, que en ocasiones se extiende más allá de lo que es razonable, y aplicar protocolos que eviten la discriminación y la estigmatización de los pacientes.

■ 11.8. Demanda de «certificados de virginidad»²

La virginidad, entendida como la resultante de ausencia de relaciones sexuales previas, no se puede certificar literalmente como tal, ya que ni la exploración física ni ningún otro tipo de prueba complementaria nos da este tipo de información.

La obligación de los médicos del Sistema Nacional de Salud de certificar el estado de salud y de emitir informes sólo es exigible en relación con los derechos de salud que se deriven del derecho de acceso a las prestaciones complementarias y económicas que la Administración reconoce a los ciudadanos.

El respeto que merecen los valores morales y culturales de cada persona, así como sus convicciones religiosas, no puede ser incompatible con una praxis mé-

²Puede consultarse el posicionamiento del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, hecho el 10 de octubre de 2001, en la página web <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/virginitat.htm>

dica correcta y respetuosa respecto a las pautas y valores comunes de la sociedad en que está insertada.

■ 11.9. Circuncisión

El sistema sanitario público no ha de proveer ni financiar los tratamientos o las prácticas médicas requeridas por la particularidad de las creencias culturales y que no son consideradas médicamente de interés para la salud de cualquiera. Eso se establece sobre la base del principio de justicia, según el cual existe el deber de repartir con equidad los medios disponibles. Por tanto, resulta evidente que prácticas tradicionales como la circuncisión no tienen aquí cabida. Otra consideración merecen los casos en que sea recomendable por criterios médicos y se dé una prescripción en este sentido.

■ 11.10. Mutilaciones genitales femeninas

El respeto a la diversidad cultural o a la dignidad de la persona no puede amparar prácticas contrarias a la integración personal ni a los derechos humanos, porque sería una contradicción flagrante.

El reconocimiento del valor singular de cada persona y su libertad se inscribe dentro del marco general de la protección de la integridad física y moral de todas las personas, de manera que la libertad religiosa y las prácticas asociadas a convicciones específicas deben responder a esta protección de la integridad física y moral de uno mismo y de las personas que lo rodean. Es un principio ético y un mandato constitucional, que se concreta en diversas leyes del ordenamiento jurídico catalán y español. Estas normativas responden al compromiso ético que las instituciones y los individuos tienen que asumir en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las personas, responsabilidad especialmente exigible a los responsables familiares (padres u otros) y a los profesionales de la salud.

Asimismo, el artículo 24.3 de la Convención del 20 de noviembre de 1989 sobre Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece que: «Los estados miembros adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.»

La mutilación genital femenina, en cualquiera de los tipos practicados, es un delito de lesiones, tipificado y sancionado en nuestro ordenamiento jurídico (artículos 147, 148, 149 y 150 del Código penal y Ley orgánica 11/2003, del 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, publicada en el BOE núm. 234

11. ALGUNAS SITUACIONES CONCRETAS

del martes 30 de septiembre de 2003). La intervención judicial habría de ser, en todo caso, el último recurso ante la conducta que quiere evitarse.

Las instituciones catalanas han invertido esfuerzos durante los últimos años para controlar estas situaciones. El Parlamento de Cataluña, en la sesión del 20 de junio de 2001, aprobó la Resolución 832/VI, sobre la adopción de medidas contra la práctica de mutilaciones rituales genitales femeninas, e instó al Gobierno de la Generalitat a crear una comisión interdisciplinaria de expertos, a fin de diseñar un plan de acción contra la práctica de mutilaciones rituales femeninas en Cataluña. Así pues, en el año 2002 se publicó el *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina*, elaborado por la comisión interdisciplinaria, con la participación de diversos expertos técnicos de los departamentos de Sanidad, Interior, Justicia, Bienestar Social, Enseñanza y el de la Presidencia por medio del Instituto Catalán de la Mujer y de la Secretaría para la Inmigración. Este protocolo recoge también el trabajo realizado por la Subcomisión sobre Mutilación Genital Femenina de la Comisión de Violencia Doméstica de Gerona.

En 2004, la Asociación de Comadronas elaboró y editó el manual *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*, en el marco del Proyecto IDIL [Instruments to develop the integrity of lasses (2001/ 2003)] del Programa Europeo DAPHNE. Esta guía ha sido reeditada y traducida al catalán en el año 2006 por el Instituto Catalán de la Salud.

Esta variedad de materiales contribuyen a mejorar los conocimientos sobre las mutilaciones genitales femeninas desde diferentes perspectivas, enriqueciendo la comprensión, planteando propuestas de intervención de estrategias para la prevención de esta práctica y promoviendo la información, la formación y el respeto a los derechos humanos como base de la prevención.³

En nuestro contexto conviene destacar algunas de las observaciones y recomendaciones que se encuentran en estos documentos:

- Es una práctica que no debe vincularse con la religión sino con la cultura.
- El hecho de que la mutilación genital femenina sea una tradición cultural no puede impedirnos mantener que esta práctica viola derechos universalmente reconocidos.
- Sólo el esfuerzo para mejorar el estado social y económico de las mujeres y la educación en las comunidades puede alterar esta práctica.
- Hay que enfocar la intervención en las familias desde una perspectiva global, dirigida tanto a los hombres como a las mujeres.
- Hay que dar soporte a las familias, con sensibilidad y sin sensacionalismo, para evitar reacciones negativas y de desconfianza.

³<http://146.219.26.6/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/doc10503.html>

- Es muy importante llevar a cabo actividades informativas y formativas con la participación y colaboración de las comunidades afectadas por estas prácticas.
- Es necesario sensibilizar a las autoridades competentes.
- Hay que establecer colaboraciones (información, formación y difusión) con todas las instituciones y personas que pueden intervenir en el proceso de detección de las mutilaciones genitales femeninas.
- Hay que promover la mediación en las familias en las que hay riesgo de mutilaciones genitales, con la participación de personas expertas y personas de las comunidades afectadas por estas prácticas.
- Hay que velar para dar soporte psicológico a las víctimas de mutilación genital femenina y garantizar la reparación quirúrgica de sus genitales, si lo desean, en el sistema sanitario público.

■ 11.11. Convicciones morales de los profesionales de la salud

Los problemas que por razones de conciencia o convicción moral pueden presentar los trabajadores de la salud en sus diferentes categorías profesionales deben definirse y delimitarse claramente. Hasta la actualidad era habitual que estos problemas se limitaran al ámbito del médico y a su objeción ante determinados procedimientos (aborto) o a prescribir ciertos medicamentos.

La incorporación de personas con convicciones morales diferentes a las prevalentes puede hacer extensiva esta problemática a otros profesionales sanitarios, cuidadores, auxiliares y personal de enfermería.

La persona que fue contratada para un servicio concreto, en el que estaban claras y eran notorias sus obligaciones profesionales, no puede alegar cuestiones morales o de conciencia. Su proceder más lógico sería no haber optado por ese trabajo o dejarlo de manera voluntaria, cuando los motivos morales sean sobrevenidos.

Es diferente el caso de una persona que fue contratada para una finalidad radicalmente diferente, para la cual no era previsible realizar determinados tipos de actuaciones, y que, con posterioridad, por razones de organización, tiene que reubicarse en un lugar diferente. En este caso la institución debe ser más sensible a las objeciones morales de la persona.

■ 11.12. Donantes de material biológico por cuestiones económicas

Algunas prácticas médicas requieren la donación de muestras biológicas, gametos o bien la participación en ensayos clínicos con compensación económica. Al-



11. ALGUNAS SITUACIONES CONCRETAS

gunos de los colectivos precedentes de países con un nivel económico mucho más bajo pueden ser persuadidos a tomar parte en estas experimentaciones o realizar donaciones de su material biológico con una finalidad económica. Los centros e investigadores tienen que ser honestos y no dirigir campañas de reclutamiento orientadas específicamente a estos colectivos que a menudo son más vulnerables.

El respeto de la ley entra de lleno en el comportamiento ético de todos los que están implicados en ello, sujetos de la investigación o donantes de las muestras biológicas y profesionales sanitarios e investigadores. Puede suceder que, aunque no haya ningún comportamiento que vaya abiertamente en contra de la ley, algunas actuaciones pueden ser éticamente reprobables. El informe Belmont, uno de los textos básicos de la bioética, nos lo recuerda cuando dice que en el caso de las personas que participan en investigaciones (también aplicable al caso de las donaciones de muestras biológicas) el consentimiento informado debe obtenerse sin que se ejerza una influencia indebida, lo cual puede pasar cuando se ofrece una recompensa excesiva, injustificada, inadecuada o incorrecta. Señala también que recompensas que en situaciones normales son consideradas adecuadas pueden convertirse en indebidas cuando se ofrecen a personas especialmente vulnerables.

■ 11.13. Acceso a los servicios de atención a la salud reproductiva

Algunos indicadores de salud en perspectiva de género, como la interrupción voluntaria del embarazo, la violencia contra las mujeres y las infecciones de transmisión sexual, entre otras, señalan tasas superiores en el colectivo de mujeres inmigrantes y en especial en los primeros años de su etapa migratoria.

Eso pone de manifiesto la vulnerabilidad de este colectivo con respecto a la salud afectivo-sexual y reproductiva, y evidencia la dificultad para acceder a los recursos preventivos de la red sanitaria, en especial la atención primaria. Por este motivo, es recomendable que se lleven a cabo programas de sensibilización y captación de esta población, dirigidos a facilitar el beneficio de estos servicios y su conocimiento.

■ 11.14. Medicalización como respuesta a problemas sociales

El sistema sanitario es a menudo la instancia institucional que tiene más reconocimiento y capacidad de respuesta; de hecho, el primer documento que tienen las personas inmigrantes es la tarjeta sanitaria, y para muchas de ellas la primera persona que las acoge es un profesional sanitario. Eso hace que no sea raro recibir peticiones de solución médica para otros problemas que pertenecen a otros ámbitos.

Es evidente que una concepción amplia, holística, de la salud, tiene que lograr que los profesionales tengan en cuenta un conjunto de aspectos que inciden en la salud de las personas –vivienda, alimentación, soledad, educación, etc.–, pero debe descargarse el sistema sanitario de las demandas que tienen su origen en problemas de naturaleza social o cultural y, sin olvidar un abordaje integral, dirigir las hacia el dispositivo que pueda darles la respuesta adecuada.

Tampoco parece demasiado conveniente fomentar un proteccionismo excesivo mediante programas específicos que contribuirían a medicalizar los problemas de la vida cotidiana y los hábitos de las personas, ya que, además de disminuir su autonomía, favorecen la falta de responsabilidad de los individuos y de las familias.

■ 11.15. Hábitos dietéticos

Los hábitos dietéticos dependen muchas veces de preceptos religiosos y de culturas o convicciones arraigadas. El documento *Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario* (2005), de los departamentos de Presidencia y Salud, explicita la diversidad de prácticas existentes en las comunidades que se encuentran en Cataluña, así como su vinculación a algunos ciclos temporales y a algunas fiestas.

Los centros sanitarios difícilmente pueden asumir la totalidad de esta diversidad, aunque, con pequeños cambios, puede abrirse un abanico de opciones para satisfacer las necesidades más fundamentales de grupos numerosos de creyentes. Evitar la carne de cerdo, facilitar dietas vegetarianas o respetar los ayunos cuando no estén clínicamente contraindicados debe ser posible dentro de unos márgenes razonables.

■ 11.16. Estudio genético en grupos étnicos y peligro de discriminación

Los conocimientos actuales de genética muestran la conveniencia de llevar a cabo estudios de población o de determinados grupos de personas para disponer de datos analíticos específicos. En estos procedimientos, hay que prestar especial atención a la confidencialidad de los datos, con el consejo genético y con un trato justo y no discriminatorio. El documento de la Comisión Europea «25 recomendaciones sobre las repercusiones éticas, jurídicas y sociales de los test genéticos», establece en el punto 12:

«En relación con los test genéticos puede haber una diferenciación de las poblaciones de los pacientes, según los grupos étnicos. Algunas variantes genéticas son corrientes en ciertas poblaciones o grupos, tanto dentro como fuera

11. ALGUNAS SITUACIONES CONCRETAS

de la UE. Estos grupos merecen una atención especial en el desarrollo de las pruebas y en las condiciones establecidas para el uso de las mismas, con la finalidad de garantizar un acceso justo y evitar la estigmatización y los estereotipos. Concretamente, los test genéticos no son adecuados para determinar la pertenencia étnica y nunca han de utilizarse con este objetivo.»

A continuación, la recomendación 12 indica:

- a. Los test genéticos deben evaluarse clínicamente en las poblaciones en que se hayan de usar.
- b. Aquellos que intervengan en la investigación genética, la realización de test genéticos y la elaboración de políticas sanitarias deben ser conscientes de los riesgos de estereotipos y de la estigmatización basados en la pertenencia étnica y reconocer y respetar las sensibilidades étnicas y culturales.
- c. Los grupos étnicos minoritarios no tienen que verse excluidos de los test genéticos adecuados para ellos.»

■ 11.17. Respeto a las creencias religiosas

La convivencia en sociedades plurales como la catalana debe comportar el compromiso de la defensa de una ética civil compartida tanto por los creyentes de las distintas confesiones religiosas como por los no creyentes. A partir de los valores, derechos y deberes de la ética cívica tienen que poder expresarse libremente las posibilidades de una moral confesional, con el proyecto de vida virtuosa y de felicidad que eso produce.

El respeto a la libertad de religión y de culto, y el derecho al ejercicio social de la religión, tienen que ser compatibles con el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria.

Los conflictos que se producen en relación con situaciones derivadas de la adscripción de los usuarios a las distintas confesiones religiosas pueden ser resueltos, en la mayor parte de los casos, si se tienen presentes algunos elementos básicos que se recogen en la *Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario* de la Generalitat de Catalunya (2005), de la que destacamos algunas recomendaciones:

- Procurar respetar y satisfacer en lo posible las peticiones que formulen los pacientes por razón de sus creencias, siempre que se ajusten a la legalidad y no conlleven molestias importantes para el resto de las personas enfermas o gastos públicos extraordinarios.

- No tendrán que financiarse los costes originados por prácticas médicas requeridas por la particularidad de las creencias que no sean consideradas de interés por razones de salud.
- Los hospitales deben garantizar que los pacientes, si lo solicitan, puedan recibir asistencia religiosa. Los no creyentes no han de ser importunados sobre la particularidad de sus creencias, ni tampoco ofrecerles los servicios de atención designados para los creyentes.
- Los profesionales de los centros sanitarios deberían recibir formación específica referente a los derechos en materia de libertad de pensamiento, religión y conciencia.
- Habría que procurar que los centros dispusieran de un espacio neutro adecuado a las necesidades de culto de las diferentes confesiones.

■ 11.18. Tratamiento de los procesos de nacimiento y muerte

Los procesos de nacimiento y de muerte delimitan la vida de la persona; ambos son episodios rodeados de costumbres y ritos con un marcado componente cultural; por ello hay que considerar algunos aspectos de los mismos.

En el proceso del nacimiento los profesionales implicados deben ser especialmente sensibles a las diferencias culturales, con objeto de poder plantear estrategias que favorezcan la comunicación.

De igual forma, hay que estar atento a la percepción que tienen la mujer y su pareja sobre este acontecimiento en su vida, sus expectativas, ideas, temores, experiencias anteriores, necesidades de apoyo, preferencias, cómo se plantean vivir el nacimiento de su hijo y su visión cultural. En el Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido del Departamento de Salud (2003), el Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña (2005), la Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario de la Generalitat de Cataluña (2005) y el documento sobre las voluntades anticipadas, encontramos diversas orientaciones para abordar este episodio y algunos rituales que deben ser considerados.

El proceso de morir y los rituales de acompañamiento de la muerte constituyen momentos culminantes de la existencia de una persona y de sus relaciones con otras personas. Por una parte, es fundamental proporcionar toda la atención médica y humana posible en la fase final de la vida y, cuando las medidas terapéuticas fallan, procurar alejar el dolor tanto como se pueda. Por otra parte, cuando la muerte es inminente o se ha producido, hay que tener especial cuidado para com-



11. ALGUNAS SITUACIONES CONCRETAS

prender y respetar las costumbres y ritos que rodean la muerte, y que caracterizan a las diferentes comunidades de creyentes, así como de los no creyentes.

Nuevamente, hay que mencionar la Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario de la Generalitat de Cataluña (2005), donde se explicitan los diversos rituales y formas de tratar el cuerpo muerto, y que deberían servir de guía para organizar espacios y servicios.⁴

Además de las situaciones habituales, se presentan casos excepcionales de enfermos terminales que querrían ser trasladados a otros países o regiones españolas para morir con los suyos. Las administraciones tienen que ser sensibles a las circunstancias mencionadas y procurar dar soporte a estas personas.

⁴<http://146.219.26.6/depsan/units/sanitat/html/ca/infantil/index.html>

<http://146.219.26.6/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/doc10503.html>

■ 12. INICIATIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Aparte de las iniciativas que le son propias, la Administración sanitaria ha emprendido algunas acciones para fomentar la atención respetuosa con la diversidad cultural que manifiesta la ciudadanía; entre ellas pueden destacarse las siguientes:

■ 12.1. Carta de derechos y deberes de los ciudadanos

Es el documento programático aprobado por el Gobierno y que reconoce, entre otros:

I. El hecho de beneficiarse, sin discriminación, de los derechos reconocidos en esta carta. El disfrute de los derechos y las libertades reconocidos en esta carta tiene que garantizarse sin discriminación por ningún motivo, como el sexo, la raza, el color de la piel, la lengua, la religión, las opiniones políticas o de otro tipo, el origen nacional o social, la pertenencia a una minoría nacional, la propiedad, el nacimiento, el patrimonio genético, la enfermedad que se sufra o cualquier otra condición.

II. El derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto. La persona tiene derecho a que se respeten sus valores morales y culturales, así como sus convicciones religiosas y filosóficas. La práctica que se derive de ello tiene que ser compatible con la práctica médica y respetuosa con las normas del centro. En situación de hospitalización, tiene que respetarse el derecho a rechazar o a recibir ayuda espiritual sin distinción de creencia.

III. El derecho al consentimiento informado y a su interpretación más amplia. Desde el rechazo del tratamiento hasta las voluntades anticipadas, este derecho está ampliamente amparado por nuestro ordenamiento jurídico y es una de las principales contribuciones de la bioética. Es, sin duda, un elemento fundamental en el respeto a las diversas formas de concebir la salud y la atención sanitaria, con el objetivo de superar el paternalismo médico y la sumisión a la autoridad médica. Hay que recordar que solicitar el consentimiento representa dar la posibilidad de

rechazar una actuación sanitaria, aunque ésta implique una mejora en el estado de salud e incluso garantice la vida.

■ 12.2. Guía para el respeto a la pluralidad religiosa

La *Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario*, que el Departamento de la Presidencia y el Departamento de Salud editaron en diciembre de 2005, parte de la realidad de que la sociedad catalana se caracteriza por la secularización y, al mismo tiempo, por una pluralidad religiosa creciente. Eso deriva en que los pacientes que son atendidos por el sistema sanitario tengan una gran diversidad de creencias, a causa, en parte, de la inmigración.

La guía tiene tres propósitos. En primer lugar, facilitar información a todo el personal sanitario sobre posibles peticiones de carácter religioso de las personas ingresadas en un centro hospitalario. En segundo lugar, hacerse eco de la importancia que tiene, tanto para los miembros de las diversas confesiones religiosas como para las personas que no profesan ninguna, el hecho de sentir que se respetan sus convicciones, de forma especial en una situación de enfermedad. Y, en tercer lugar, ofrecer una serie de propuestas de actuación.

La guía se estructura en tres partes. La primera es un resumen de la normativa vigente. La segunda consiste en una serie de fichas que de forma sintética presentan las características y las peticiones principales de cada confesión religiosa que pueden ponerse de manifiesto en la vida de un hospital. La parte final ofrece pistas de actuación a partir de la constatación de las buenas prácticas ya existentes.

■ 12.3. Plan Director de Inmigración del Departamento de Salud

Es un instrumento del Departamento de Salud específico de planificación para fijar las directrices de la atención a la salud de la población inmigrante extranjera residente en Cataluña, en el contexto global de las actuaciones de la Generalitat. Incluye la participación de las asociaciones y entidades de inmigrantes, tiene en cuenta los objetivos e intervenciones del Plan de Salud de Cataluña y define las estrategias de salud dirigidas especialmente a este colectivo.

Los principios y valores que sustentan el Plan Director de Inmigración se resumen de la forma siguiente:

- El ciudadano es el centro de atención.

- La atención prestada tiene que ser integral, universal, coordinada, multidisciplinaria, accesible y sustentada en acciones eficientes y sostenibles.
- La atención tiene que ser prestada por profesionales competentes.

■ 12.4. Acciones de formación e información

Desde un punto de vista institucional, la Administración sanitaria ha de procurar:

- Impulsar estrategias para sensibilizar a los profesionales y a las instituciones sanitarias en los principios en relación con la salud y la atención sanitaria establecidos en la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos, en otras declaraciones programáticas (incluido este documento) y en la Ley de autonomía del paciente 21/2000, de manera especial en los artículos relacionados con la igualdad y la no discriminación. Por ello, han de potenciarse todas las acciones de información y de formación que faciliten, de acuerdo con la finalidad de estas leyes, una atención respetuosa, más allá del simple formulismo burocrático.
- Las acciones formativas e informativas periódicas y reiteradas deben ser una prioridad para la Administración sanitaria con el concurso de las entidades proveedoras de servicios.
- Con respecto a la atención de ciudadanos con lengua y códigos culturales diferentes que pueden ser, para otros, causa de incomprensión, errores o desconfianza, conviene fomentar la figura del comunicador intercultural y favorecer su presencia en los dispositivos asistenciales.
- Con respecto a los colectivos más vulnerables, es preciso velar para que sus individuos no sean objetos pasivos de la investigación biomédica.

■ 12.5. Acciones evaluadoras

Adquirir un buen conocimiento de la realidad y de las relaciones entre pacientes y profesionales implica llevar a cabo un *plan de evaluación* de comportamientos y de prácticas que muestre el grado en que se respetan los derechos relacionados con la salud. En muchos casos sólo hay que incorporar estas evaluaciones del Servicio Catalán de la Salud a procedimientos ya existentes, como la evaluación de quejas y sugerencias y la valoración en los procesos de acreditación o la inspección sanitaria.

Dada la diversidad de la problemática y de las características de los centros, en muchas ocasiones será necesaria la creación de procedimientos evaluadores *ad hoc*.

■ 13. RECOMENDACIONES FINALES

1. Los dispositivos asistenciales deben incluir entre sus criterios de calidad alcanzar un grado de competencia cultural que asegure una atención médica justa y de calidad a todos los usuarios, independientemente de su pertenencia étnica, religiosa o cultural.
2. Una atención sanitaria de calidad y justa comienza por una buena acogida, que aporte la información adecuada y oriente al usuario. Puesto que muchas veces el idioma puede ser un gran obstáculo, se necesita una buena programación y distribución de comunicadores interculturales para poder atender las necesidades existentes.
3. Las instituciones facilitarán que los profesionales sanitarios puedan conocer lo antes posible los motivos de consulta de los usuarios que pertenecen a grupos culturales diferentes (la urgencia depende de la gravedad potencial del problema de salud). La función de intérpretes de los comunicadores interculturales se destaca especialmente desde el principio del encuentro.
4. La realidad pluricultural de la sociedad se debería reflejar en la incorporación de nuevos profesionales en todos los estamentos de los dispositivos asistenciales.
5. La figura del comunicador intercultural ha de ser reconocida en sus límites justos y no se le pueden pedir responsabilidades que no le corresponden. Su definición laboral y la inclusión sistemática en los equipos sanitarios que la necesitan son acciones que la Administración tiene que llevar a cabo de forma urgente.
6. Los profesionales sanitarios recibirán información continuada en la atención a las personas de diferentes culturas. En cada centro se realizarán cursos para que el personal conozca las características culturales de los diversos grupos étnicos de la zona y, en consecuencia, llegar a ser profesionales culturalmente competentes.
7. Hay que establecer vínculos entre la Administración sanitaria (CAP, hospitales, dispensarios de farmacia, órganos de gestión) y los diversos grupos étnicos y culturales del área sanitaria, con el fin de conocer de forma precisa las necesidades de salud de estos colectivos. Los diferentes servicios deberían poder disponer de profesionales expertos en el tipo de atención que se necesita.

8. Es importante fomentar la deliberación ética en las diferentes instancias de las que ya está dotado el sistema sanitario (comités de ética asistencial) para afrontar las nuevas y diversas situaciones que plantea la atención a personas con valores y concepciones culturales diferentes en relación con la salud y la vida propias.
9. Hay que promover la salud comunitaria con actividades de educación en los colectivos específicos.
10. Los órganos gestores de los centros tienen que ser sensibles a las nuevas situaciones y programar de forma realista para que los profesionales puedan desempeñar bien su trabajo. La asignación adecuada del tiempo y la incorporación a los equipos de los diferentes profesionales multidisciplinares y multiculturales son factores imprescindibles para el mantenimiento de una atención de calidad.
11. La programación de las actividades del centro se adaptará a la realidad de su entorno comunitario, así como a la gestión de los principales desacuerdos y conflictos que puedan producirse y ser previsibles.
12. Hay que introducir en los mecanismos de evaluación los instrumentos necesarios para detectar los problemas que se presentan en el día a día de la atención sanitaria a las personas de culturas diferentes.
13. Se promoverán líneas de investigación culturalmente sensibles que permitan conocer con precisión la realidad de estos colectivos.
14. Las instituciones y los profesionales velarán para que los protocolos de investigación sean rigurosos y se respeten las formas de inclusión de personas pertenecientes a minorías vulnerables y para que los criterios de inclusión/exclusión no sean discriminatorios.
15. Se dará un trato afectuoso, digno y sensible con las diferentes expresiones de los pacientes, propias de su cultura, y de manera especial se respetarán las diferentes vivencias del hecho de enfermar o en el momento del nacimiento y en el de la muerte.

■ 14. GLOSARIO

Aculturación: Transformación cultural que se produce por la recepción y asimilación de los elementos de un grupo humano por parte de otro.

Competencia cultural: Capacidad de comunicarse con personas de diferentes culturas, más allá de la cultura de origen. En el caso del sistema y del personal sanitarios, el objetivo es mejorar los resultados de salud y una mayor satisfacción tanto de usuarios como de profesionales. La competencia cultural permite al profesional sanitario llegar a ser respetuoso y sensible con los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias para resolver los problemas existentes entre la cultura del paciente y la propia. Implica investigación y reflexión continuadas sobre la historia cultural propia del profesional.

Comunicador intercultural: Profesional que ha alcanzado conocimientos y habilidades de competencia cultural y facilita las relaciones entre personas de diferentes culturas en el contexto sanitario.

Conciencia cultural: Reconocimiento de que la cultura tiene un papel importante en cada interacción, afecta a cada participante, y es responsabilidad del profesional asumir este papel cuando sea exigible.

Cultura: Conjunto de aspectos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que comprenden las formas de vida de las personas, los modos de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales. Méjico, 1982; Conferencia Intergubernamental sobre Políticas Culturales para el desarrollo. Estocolmo, 1998).

Culturas comunitaristas/culturas individualistas: En una cultura comunitarista las finalidades del grupo se valoran por encima de las finalidades de los individuos. Se da gran valor al mantenimiento de las buenas relaciones entre los miembros del grupo a largo plazo, con el mantenimiento de jerarquías y estatus. En una cultura individualista encontramos lo contrario: los objetivos individuales pasan delante de los objetivos de grupo, y la libertad de cada persona y los derechos individuales configuran la estructura normativa que define las formas de vida.

Cultura de alto contexto: Es aquella en que el significado se encuentra más en la situación en que se produce la comunicación, o en las relaciones que se dan entre los comunicadores, que en las palabras dichas. Las culturas de alto contexto son extremadamente corteses e indirectas.

Cultura de bajo contexto: Es aquella en que los mensajes son directos, explícitos y su significado no depende del contexto. La preocupación por la claridad tiene más importancia que la de establecer cuáles son los sentimientos de la otra persona. En una cultura de bajo contexto las conversaciones van directamente a los asuntos que hay que tratar, dejando de lado las cuestiones emotivas o de sensibilidad.

Discriminación: Es el hecho de tratar a las personas de manera injusta por su etnia, grupo racial, religión, edad y muchos otros factores personales y socioculturales.

Discriminación percibida: Percepción subjetiva de ser discriminado por razón étnica, racial, religiosa o de otro orden personal y sociocultural.

Estrés aculturativo: Esfuerzo que debe realizarse para adaptarse a nuevas condiciones culturales.

Grupo cultural: Conjunto de personas que comparten algunas normas culturales que las identifican.

Etnocentrismo: Forma de pensar de muchas personas que consideran que las otras culturas son inferiores a la propia. Hay diferentes grados y, a veces, es inconsciente en los individuos que viven y consideran los valores de su cultura como universales absolutos, a pesar de que la realidad desmiente tal supuesto. En un grado extremo lleva a la xenofobia, que es el rechazo, a veces incluso violento, de todo lo que es ajeno, extranjero o diferente.

Etnorrelativismo o relativismo cultural: Considera que toda cultura está justificada por su contexto.

Imposición cultural: Imposición de las creencias y patrones de conducta propia sobre otras personas. En el mundo sanitario, sobre el paciente.

Inmigrante: Se denomina 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 residencia. No sólo quien viene de un país pobre es inmigrante.

Mutilación genital femenina: Nombre genérico empleado para designar prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras agresiones a los órganos genitales de las mujeres, con finalidades no terapéuticas, por motivos culturales, religiosos u otros.

Racismo: Conjunto de creencias, ideologías y procesos sociales que discriminan a personas por su supuesta pertenencia a un grupo social.



14. GLOSARIO

Tolerancia: Disposición a admitir en los otros una forma de pensar, de obrar o de ser diferente a la nuestra. Respeto hacia las opiniones y formas de conducta que pueden parecer extrañas.

Xenofobia: Odio a los extranjeros; resentimiento o menosprecio de las personas foráneas.

Universalismo ético: Diferentes corrientes éticas consideran que hay principios éticos universales basados en la racionalidad característica de toda la humanidad. Estos principios sobrepasan los particularismos culturales.

Vulnerabilidad: Situación de una persona o de un grupo caracterizada por un riesgo importante de padecer daños en su subsistencia o en su vida (biológica, psicológica o moral).

■ 15. BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui Loizate J. La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayor, 2002.
- Agyeman J. Steps to becoming culturally competent communicators. *Human Nature* 2001; 6(2): 1-2.
- Associació Catalana de Llevadors. Mutilación genital femenina: Prevención y atención. Guía para profesionales. Barcelona: 2004.
- Bauman Z. Confianza y temor en la ciudad. Vivir con extranjeros. Barcelona: Arcadia, 2006.
- Benhabib S. Los derechos de los otros. Extranjeros, residentes y ciudadanos. Barcelona: Gedisa, 2005.
- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Frempong O. Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports* 2003; 118: 293-302.
- Bilbeny N. Ética intercultural. Barcelona: Ariel, 2004.
- Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Crítica, 2001.
- Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002.
- Celérier MC, Oresve C, Janiaud-Gouitaa F. El encuentro con el enfermo. Psicoanálisis. Madrid: Ed. Síntesis, 1999.
- Collazos F, Qureshi A. La relación entre el médico y paciente culturalmente diferentes. Servicio de Psiquiatría. H.U. Vall d'Hebron. *Organon Española*, 2005.
- Comité de Bioètica de Catalunya. Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2003.
- Conferència Intergovernamental sobre Polítiques Culturals pel Desenvolupament. Estocolm: 1998.
- Conferència Mundial sobre les Polítiques Culturals. Mèxic, 1982.
- Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Salut i immigració. [<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/index.html>]
- Diversitat i ciutadania: bibliografia bàsica. Barcelona: Àrea d'Igualtat i Ciutadania, Diputació de Barcelona, 2005.

15. BIBLIOGRAFÍA

- Dunn AN. Culture competence and the primare care provider. *J Pediatr Health Care* 2002; 16: 105-111.
- Gómez Ciriano EJ, Fuchs N. Inmigrante y ciudadano. *Hacia una nueva cultura de la acogida*. PPC, 2005.
- Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari. Departament de Salut i Departament de la Presidència Generalitat de Catalunya, 2005. [<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/guiaplurireli.pdf>]
- Hastings Center Report. *Las metas de la medicina*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 1996. [<http://www.fundaciongrifols.org/esp/publicaciones/coleccion.asp?id=2>]
- Rodrigo Miquel. *Identitats i comunicació intercultural*. Barcelona: Edicions 3i4, 2000.
- Ros A (Ed.). *Interculturalitat. Bases antropològiques, socials i Polítiques*. Barcelona: Pòrtic, 2003.
- Terrabras JM. *La comunicació. Tòpics i mites de la filosofia social*. Barcelona: Proa, 1996.
- UNESCO. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. 2005. [<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/guiaplurireli.pdf>]
- UNESCO. *Convenio sobre la protección y promoción de la diversidad de las expresiones culturales*. 2005. (Ha entrado en vigor el 18 de marzo de 2007). [<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001429/142919s.pdf>]
- Zapata Barrero R, Giménez A, Requejo F et al. *Ciudadanía e interculturalidad*. *Anthropos* 2001; 191.

Este informe fue aprobado en la sexagésima reunión plenaria del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña que se celebró el día 19 de junio de 2007.

Son miembros del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña:

Sra. Victoria Camps i Cervera, presidenta; Sr. Marc Antoni Broggi i Trias, vicepresidente primero; Sr. Rogeli Armengol i Millans, vicepresidente segundo; Sr. Rafael Manzanera López, coordinador; Sr. Ernest Maragall i Mira, Sr. Josep Ramon Arisa i Clusella, Sr. José Luís Ausin i Herbellà, Sr. Marius Morlans i Molina, Sr. Joan Maria Pons i Ràfols, Sra. María Luisa de la Puente Martorell, Sr. Lluís Torralba i Novella, Sra. Montserrat Artigas i Lage, Sr. Tomàs Pujol i Castells, Sra. Rosa Securún Fuster, Sr. Xavier Muñoz i Puiggròs, Sra. Marta Aymerich i Martínez, Sr. Alfons Vilarrasa i Cagigós, Sra. Maria Comellas i Doñate, Sr. Eduardo Mendoza Garriga, Sra. Montserrat Busquets i Surribas, Sra. Maria Teresa Bassons i Boncompte, Sr. Joan Viñas i Salas, Sr. Francesc Abel i Fabre, Sra. Margarita Boladeras i Cucurella, Sra. Maria Casado González, Sr. Francesc Borrell i Carrió, Sr. Albert Jovell Fernández, Sra. Milagros Pérez Oliva, Sr. Octavi Quintana i Trias, Sr. Jordi Varela i Pedregosa, Sr. Joan Vidal Bota, Sr. Javier Hernández Garcia, Sr. Francesc Jose Maria Sánchez, Sr. Pablo Hernando i Robles, Sr. Xavier Carné Cladellas, Sra. Virtudes Pacheco Galvan, Sra. M. Josep Borràs i Pascual, Sra. Montserrat Boada i Pala, Sra. Ana Veiga i Lluch, vocales; y Sr. Josep M. Busquets i Font, secretario.