

ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS

***“ESTUDIO DE LOS CUIDADOS A PACIENTES EXTRANJEROS
HOSPITALIZADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA
TRANSCULTURAL”***

TESIS DOCTORAL

Dr. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ MOLINA

Doctor por la Universidad de Alicante (Programa Antropología Biológica y de la Salud), Profesor Asociado Departamento de Enfermería, Licenciado en Antropología Social y Cultural, Diplomado en Enfermería

Alicante, Enero 2006

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA
Imprime: Gráficas Estilo, Alicante.
Distribuye: IMTEXMA, Alicante.
Dep. Legal: A-446-2006
ISBN: 84-689-8855-3

AGRADECIMIENTOS

Antes de comenzar a introducir este trabajo de investigación, no quiero dejar pasar la ocasión de expresar mi agradecimiento más sincero al Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Alicante y al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Una vez más, sus órganos de gobierno han mostrado una especial sensibilidad y compromiso para que aquellas aportaciones que puedan resultar útiles para impulsar conocimientos o desarrollar competencias lleguen a manos de aquellos que tienen la tremenda responsabilidad de proporcionar cuidados o que bien investigan en la mejora continua de éstos.

Como enfermero constato que, si bien los conocimientos de Enfermería han sido para mí fuente inagotable de enriquecimiento personal y motivo de satisfacciones y alegrías profesionales, es al finalizar los estudios de Antropología Social y Cultural –y más tarde al completar los cursos de Doctorado de Antropología Biológica y de la Salud– donde descubro con fascinación cómo pueden combinarse la Antropología y la Enfermería.

Así, mi inquietud como profesional y docente por conocer e investigar no sólo no ha decaído a lo largo de los años, sino que por el contrario se ha ido acrecentando hasta convertirse en un elemento de gozo diario. El estudio y la búsqueda continuada de cómo cuidar a nuestros semejantes necesita de las aportaciones de ciencias como la Antropología que nos interpreta, analiza y explica los valores, creencias, normas y prácticas de salud relacionándolos con la cultura.

Pero este interés personal no ha tenido una causa única en un impulso interior de expresión profunda, íntima o personal, más bien, como cualquier proceso importante en la vida, ha tenido un componente externo de gran valor. Somos lo que somos gracias a nosotros y gracias a los que nos rodean. En mi caso, de no haber conocido a mis maestros (Dr. Manuel Oliver Narbona, Dr. Santiago Fernández Ardanaz, Dr. José Siles González, Dr. Joaquín De Juan Herrero, Dr. Jaime Miquel Calatayud, Dr. Luis Cibanal Juan y Dra. Rachel Spector, entre otros) simplemente habría acabado los estudios de la Licenciatura de Antropología sin haberme impregnado de la inquietud suficiente por responder a los interrogantes que el mundo de la salud, la biología y la antropología ofrece a los investigadores en el contexto actual.

Es por ello que, aunque han sido muchos mis maestros, dos han influido decisivamente en mi proceso formativo como investigador: Dr. José Siles González (Director de mi Tesis Doctoral) y Dr. Joaquín de Juan Herrero (Tutor).

Quiero finalizar dando las gracias a Jose Antonio Ávila Olivares (CECOVA) y a Belén Payá Pérez (Colegio Enfermería Alicante) por la publicación de esta obra, a Yasmin El Hakim y Socorro Nuñez (intérpretes) así como a los profesionales que trabajan en el Hospital General Universitario de Alicante, informantes como Herme Mataix, Pilar Oñate y Esther Moncho, y en especial a Manuela Domingo Pozo, por su comprensión y afecto durante estos años de andadura investigadora juntos.

Miguel Ángel Fernández Molina

PRÓLOGO

Como presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), es para mí un gran honor escribir el prólogo de este libro en el que se recoge la tesis doctoral de un compañero de profesión con quien me une una gran amistad, Miguel Ángel Fernández Molina, Director de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Honor por tratarse de un amigo, de un profesional comprometido con el avance de la disciplina enfermera y por ser un estudio plasmado en una tesis doctoral que ha merecido la calificación de sobresaliente “*cum laude*”, al tiempo que por la circunstancia de que el trabajo tenga como asunto central el de la multiculturalidad relacionada con la asistencia sanitaria de los profesionales de Enfermería. Una temática donde la literatura al respecto no es abundante, por lo que me satisface venir a mejorar un espacio en este sentido de la mano del apoyo que el CECOVA lleva prestando, de forma continuada, a la divulgación de material científico generado por enfermeras y enfermeros de la Comunidad Valenciana.

Si bien el libro viene a engrosar el listado de títulos que conforman la “*Colección Enfermería Comunidad Valenciana*”, iniciativa editorial del CECOVA puesta en marcha hace unos años para dar difusión a la producción científica de Enfermería en nuestro ámbito autonómico, sus características hacen que este libro esté llamado a ser un manual de referencia por venir a cubrir ese hueco del que he hablado de la escasez de literatura en esta materia.

Un libro que ha sido publicado por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana como un compromiso profesional y de apoyo hacia aquellos compañeros que llevan a cabo actuaciones que hacen que la Enfermería progrese cada día más. Como representante de la Enfermería autonómica me enorgullece contar con compañeros tan implicados con su profesión.

Miguel Ángel Fernández ha abordado un asunto, como es el de la multiculturalidad, al que desde el CECOVA ya hemos prestado atención en diferentes ocasiones y a través de diferentes actividades, conscientes del reto que la nueva configuración de nuestra sociedad, con la llegada de inmigrantes, supone para Enfermería, al tener que adaptar la prestación de cuidados a la realidad cultural de estas personas.

De su estudio, aparte de los datos demográficos aportados que sirven como referencia para darse cuenta de la magnitud de la nueva situación en la que se halla nuestra sociedad, se pueden extraer datos ciertamente interesantes que contrastan con argumentos que ya dábamos como asumidos, como es el caso de que la inmigración puede venir a paliar el déficit de nacimientos en España.

Ciertamente, y según refleja el estudio, esto es así en un primer momento, aunque tarde o temprano se produce un fenómeno de aculturación, que hace que las inmigrantes se adapten a las pautas del lugar en el que viven y, aunque tienen más hijos, tienen menos de los que tendrían en su país de origen.

Centrándonos más en lo que atañe realmente a la prestación de cuidados, el estudio pretende, en palabras de su propio autor, ser una herramienta de consulta para los profesionales sanitarios, ya que describe a los grupos de extranjeros más frecuentes en el HGUA, para que puedan comprenderlos desde el punto de vista de quienes están implicados en proporcionarles cuidados, y teniendo en cuenta que no están en su ámbito natural.

Junto a ello, analiza los recursos de que se dispone en este centro sanitario, ofreciendo interesantes conclusiones sobre los mismos, y ofrece una completa visión de la percepción de las diferencias culturales por parte de Enfermería, destacando el deseo de nuestros profesionales de adquirir competencia cultural para poder dar respuesta a las demandas en esta materia.

Un deseo que debe convertirse en realidad, pues las nuevas circunstancias sociales hacen necesaria una Enfermería Transcultural que proporcione herramientas para paliar las desigualdades en salud que pueden padecer aquellas personas con unas características culturales diferentes.

Ésta y otras conclusiones, son expuestas a lo largo de este trabajo de forma razonada y apoyadas en un riguroso estudio de investigación que a buen seguro va a aportar muchas claves para que el fenómeno de la inmigración y su abordaje profesional, por parte de Enfermería, no sea visto como un problema, sino como un reto que hay que asumir, demostrando a la sociedad nuestra capacidad como profesionales sanitarios para dar respuesta a sus necesidades.

A todos nos resulta evidente que nos encontramos en una sociedad cada vez más globalizada, y que cada día lo va siendo en mayor medida, y en la cual las diferencias culturales de quienes la conformamos van a condicionar, y están condicionando, no sólo las actuaciones sociales, económicas o culturales, sino también todas las relacionadas con los problemas o necesidades de salud.

La inmigración lleva aparejada la necesidad de una revisión de la atención que se presta por parte de los profesionales de Enfermería, para adecuarla a esta realidad multicultural que nos toca vivir, y que no tiene marcha atrás.

Todos somos conscientes de la gran influencia que la cultura tiene en el proceso salud-enfermedad de las personas, por lo que tanto instituciones y centros sanitarios, así como sus profesionales, debemos ser más permeables a esta situación que estamos viviendo y a la que no podemos darle la espalda.

El fenómeno migratorio, que ya es una realidad social en nuestra comunidad, supone un nuevo reto para el sistema sanitario autonómico, para las políticas de salud que se diseñan y para todos los profesionales que prestan servicio en él, en especial la Enfermería, la cual debe realizar una prestación de cuidados atendiendo a la multiculturalidad de la sociedad hacia la que los dirigimos y a la que nos debemos.

Alicante, donde se ha presentado este trabajo, tal y como indica el autor, cuenta con el 18,5% de extranjeros (319.208 personas) y no sólo es la provincia de la Comunidad con la mayor proporción de inmigrantes, sino que también está a la cabeza a nivel nacional, contrastando con Jaén que tan sólo cuenta con un 1,7% de extranjeros.

En total conviven en nuestra provincia 47 nacionalidades diferentes: mitad de países comunitarios y la otra mitad de países extracomunitarios. Una provincia que ve como el porcentaje de los foráneos crece respecto de los del lugar, unos datos que nos deben hacer reflexionar desde nuestra óptica como profesionales y también a la administración sanitaria.

La Ley Orgánica 4/2000 reconoció el derecho para todos los extranjeros empadronados el acceso al sistema público de salud de forma normalizada. En la Comunidad Valenciana mediante el Decreto 26/2000 se extendió el derecho a aquellos extranjeros no empadronados.

Desde entonces, el número de inmigrantes y extranjeros que acuden a los centros sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma no deja de aumentar, estando acorde con el número de los mismos asentados de forma definitiva, debido al aumento de los movimientos migratorios que se vienen produciendo en España en los últimos años, de forma general, y en la autonomía valenciana, y más concreto en Alicante, de forma particular.

La lectura de este libro aporta al lector unos conocimientos etnográficos desde una perspectiva antropológica que estoy convencido van a ayudar a romper barreras y a prestar una adecuada Atención de Enfermería en este contexto multicultural en el que se está situando la población a la que van dirigidos nuestros cuidados.

Si entre todos conseguimos unos servicios sanitarios culturalmente competentes, y unos cuidados de Enfermería adaptados y adecuados a la multiculturalidad, tendremos mayores posibilidades de lograr unos resultados más óptimos dentro de un contexto donde la atención sanitaria se ve comprometida por la dificultad de estandarizar la asistencia, mediante protocolos de actuación, debido a la disparidad de los países de procedencia de los inmigrantes, y por tanto a las características diferenciadoras de sus necesidades de salud.

Vaya desde aquí mi felicitación a Miguel Ángel por la calidad de su investigación y mi bienvenida a este trabajo con cuya publicación, desde el CECOVA, queremos que adquiera la relevancia que merece tanto en el ámbito de nuestra comunidad autónoma, como en el resto de España, al abordar de forma global la cuestión de la multiculturalidad desde la óptica de la profesión enfermera.

José Antonio Ávila Olivares
Presidente del CECOVA

RESUMEN

El estudio interrelaciona íntimamente dos disciplinas científicas –la Antropología y la Enfermería– centrándose en la diversidad cultural que emana del fenómeno de la inmigración en el contexto de Alicante y sus posibles repercusiones en el ámbito de un hospital público: Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). A 1 de enero de 2005 –sobre una población de 44.108.530– los extranjeros empadronados suponían en el conjunto del Estado Español un **8,5%** (3.730.610), en la Comunidad Valenciana un **12,4%** de sus empadronados son extranjeros (581.985) y en Alicante alcanza un **18,56%** (321.640). Las culturas de las distintas poblaciones y su concepto de salud y enfermedad varían en función de su procedencia, así, desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural, se trata de responder a la pregunta de investigación: ¿Se está o no proporcionando cuidados culturalmente congruentes?

Objetivo General: Identificar la diversidad cultural entre los pacientes de nacionalidad extranjera ingresados en el HGUA.

Diseño: Estudio descriptivo, comparativo y fenomenológico. Campo de Estudio: el HGUA es centro de referencia provincial para **1.732.389** personas siendo el segundo de la Comunidad Valenciana en número de camas (815). Metodología: se consideró la complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos. Método Cuantitativo: análisis descriptivo retrospectivo de los años 2001 al 2004 de los pacientes extranjeros ingresados; análisis de la información al alta; análisis del Censo 2001 y datos del Padrón 2003, 2004 y 2005 del INE; estudio descriptivo transversal a través de 40 cuestionarios a enfermeras. Método Cualitativo: estudio fenomenológico usando la etnografía y la etnología; aplicación de técnicas como la Observación Directa, Observación Participante, Entrevistas Abiertas, Entrevistas Estructuradas, Historias de Vida, Grupos de Discusión y Análisis de Contenido.

Resultados:

1. Se ha evidenciado la existencia en el HGUA de una diversidad cultural significativa y creciente entre sus pacientes, detectándose cuidados humanos diversos (diferentes) y universales (similares) en los extranjeros.
2. En el 2004, el 7.75% de los ingresos correspondieron a extranjeros y entre enero 2001 y junio 2004 se contabilizaron 8.172 ingresos (correspondientes a 5.794 pacientes) de 91 nacionalidades en 57 servicios, con una edad media de 42.69 años; el 49% eran extranjeros no comunitarios y un 25% eran residentes o turistas de la Unión Europea. Los países con más ingre-

Los países que más ingresaron fueron Marruecos (10.4% de los extranjeros), Colombia (8.5%), Francia (8.0%), Ecuador (7.9%) y Reino Unido (6.9%). El Servicio Médico con más ingresos fue Obstetricia (17.49% de los extranjeros) seguido de Ginecología (8.11%) –sumando ambos un 25.6% de todos los casos– seguido de Cirugía General (6.16%), Unidad de Corta Estancia (5.80%), Cirugía Ortopédica y Traumatología (3.89%) hasta 57 Servicios Médicos y Quirúrgicos.

3. A pesar de que 18.5% de la población de la provincia de Alicante es extranjera, sólo ingresa un 7.75%, lo que cuestiona la percepción de que los inmigrantes copan los recursos hospitalarios; tampoco son portadores de enfermedades infectocontagiosas graves, raras e incluso erradicadas que precisen hospitalización ya que la casuística (GRD's) encontrada no se orienta en ese sentido.
4. Los pacientes extranjeros conservan su herencia cultural durante el ingreso y viven el episodio asistencial de manera distinta en algunos casos según demuestra el estudio etnoenfermero llevado a cabo.
5. El HGUA cuenta con recursos específicos para extranjeros que pueden ser ampliados.
6. Los profesionales de enfermería son conscientes de las diferencias culturales.
7. Se van incorporando aspectos culturales en el Proceso de Enfermería.
8. Se ha detectado la necesidad de formar a los profesionales en habilidades que permitan preservar, acomodar o remodelar los cuidados de sus pacientes extranjeros, y manifiestan su deseo de adquirir competencia cultural.

Finalmente, los profesionales proponen recomendaciones y sugerencias para mejorar el cuidado a los pacientes extranjeros, conscientes de que estamos ante un fenómeno creciente como es la diversidad cultural en la sociedad y en los centros sanitarios.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
PRÓLOGO	5
RESUMEN	7
1.- INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1.- Justificación del problema de investigación	21
1.1.1.- Principios fundamentales de la profesión de enfermera/o	31
1.1.2.- Proceso Enfermero	33
1.1.3.- Datos Demográficos Preliminares	35
1.1.3.1.- Estado Español	35
1.1.3.2.- Comunidad Valenciana	39
1.1.3.3.- Provincia de Alicante	41
1.1.4.- Atención a pacientes extranjeros en otros hospitales	43
1.1.5.- Aspectos Éticos	46
1.1.6.- Aspectos Legales	47
1.2.- Objetivos desglosados	49
1.2.1.- Objetivo General	49
1.2.2.- Objetivos Específicos	49
1.3.- Hipótesis	50
2.- ESTADO DE LA CUESTIÓN	51
3.- METODOLOGÍA	61
3.1.- Marco teórico	67
3.2.- Campo de Estudio	75

3.2.1.- Descripción Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)	76
3.3.- Unidades de Análisis	81
3.4.- Unidades de Observación	82
3.5.- Unidades de Estudio.....	82
3.6.- Variables	82
3.7.- Planificación	83
3.8.- Cronograma del proceso de investigación	83
3.9.- Trabajo de Campo	83
3.9.1.- Trámites de acceso al campo.....	83
3.9.2.- Anticipación de roles.....	84
3.9.3.- Previsión de problemas	85
3.10.- Instrumentos de recogida de datos.....	86
3.10.1.- Técnicas cuantitativas	86
3.10.1.1.- Análisis descriptivo	86
3.10.2.- Técnicas cualitativas	86
3.10.2.1.- Observación.....	87
3.10.2.2.- Entrevistas abiertas	88
3.10.2.3.- Entrevistas estructuradas	89
3.10.2.4.- Encuestas-cuestionarios	89
3.10.2.5.- Historias de vida	90
3.10.2.6.- Grupo de discusión	90
3.11.- Criterios de elección de muestras	91
3.12.- Clasificación y Análisis de datos. Redacción.....	92
3.13.- Ética de la investigación	93
4.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	95

I PARTE

4.1.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO: IDENTIFICAR LA DIVERSIDAD CULTURAL ENTRE LOS PACIENTES DE NACIONALIDAD EXTRANJERA INGRESADOS

EN EL HGUA	97
4.1.1.- Extranjeros en Alicante	97
4.1.2.- Principales nacionalidades y perfil de los extranjeros en el Departamento 19.	101
4.1.3.- Alicante: un nuevo contexto demográfico.	107
4.1.4.- Distribución por sexos de las nacionalidades de la población extranjera	107
4.1.5.- Pacientes extranjeros ingresados en el HGUA periodo enero 2001-diciembre 2004	109
4.1.5.1.- Número y procedencia de los extranjeros.	109
4.1.5.2.- Servicios de ingreso de los extranjeros.	112
4.1.5.3.- Datos clínicos y administrativos de los extranjeros	114

II PARTE

4.2.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO 125

4.2.1.- Descripción de las diferencias en las costumbres, tradiciones y valores que existen en las culturas extranjeras más numerosas en el HGUA y asimismo de los distintos modos de percibir la enfermedad en las culturas identificadas	125
4.2.1.1.- Análisis Etnográfico de pacientes procedentes de Países Árabes del Oriente Medio y Norte de África	128
4.2.1.1.1.-Religión	129
4.2.1.1.2.-Influencias islámicas sobre creencias en los cuidados, la enfermedad y la muerte	130
4.2.1.1.3.- Prácticas de salud	133
4.2.1.1.4.- Costumbres sociales	134
4.2.1.1.5.- Salud maternal e infantil	136
4.2.1.1.6.- Intimidad	136
4.2.1.1.7.- Dieta	137
4.2.1.2.- Análisis Etnográfico de pacientes procedentes de Países Hispanos (no españoles)	138
4.2.1.2.1.- Religión	139
4.2.1.2.2.- Costumbres sociales	139
4.2.1.2.3.- Prácticas de salud	140
4.2.1.2.4.- Intimidad	141
4.2.1.2.5.- Parto	141
4.2.1.3.- Análisis Etnográfico de pacientes procedentes de Países Nórdicos y Centroeuropeos.	141

4.2.1.3.1.- Religión	142
4.2.1.3.2.- Costumbres sociales	143
4.2.1.3.3.- Prácticas de salud	143
4.2.1.3.4.- Intimidad	144
4.2.1.3.5.- Dieta	144
4.2.1.4.- Análisis Etnográfico de pacientes procedentes de Países Asiáticos	144
4.2.1.4.1.- La dialéctica Yin-Yang	146
4.2.1.4.2.- Religión	146
4.2.1.4.3.- Costumbres sociales	146
4.2.1.4.4.- Prácticas de salud	146
4.2.1.4.5.- Intimidad	147
4.2.1.5.- Incidencia de las influencias religiosas y culturales sobre la dieta/alimentación	147
4.2.1.6.- Incidencia de las influencias religiosas y éticas sobre tratamientos médicos, el cuidado de los niños y asuntos relacionados en Testigos de Jehová.	149
4.2.2.- Medios que se utilizan en el HGUA para proporcionar cuidados culturales según el Modelo de M. Leininger	151
4.2.2.1.- Resultados Grupo de Discusión.	152
4.2.2.2.- Conclusiones específicas del Grupo de Discusión	157
4.2.3.- Diferentes manifestaciones de la herencia cultural en pacientes y profesionales durante la hospitalización.	159
4.2.3.1.- Resultados Encuestas-cuestionarios	159
4.2.3.2.- Resultados entrevistas abiertas	166
4.2.3.3.- Resultados Historias de Vida.	167
4.2.4.- Integración de los cuidados culturales en el Manual de Procedimientos de Enfermería	174
4.2.4.1.- Resultado del análisis de contenido de los capítulos del Manual	175
5.- DISCUSIÓN.	181
5.1.-Comparación de los resultados con otros estudios.	183
5.2.- Validez del Modelo Teórico de Leininger.	184
5.3.- Importancia de la etnicidad y la religión en los cuidados	185
5.4.- Impacto de los cambios demográficos en los cuidados.	185
5.5.- Necesidad de conocimientos etnográficos sobre pacientes extranjeros	186
5.6.- Mitos y estereotipos sobre inmigración y el uso hospitalario	187

5.7.- Limitaciones y dificultades en este tipo de estudios	188
5.8.- Aportación personal.....	189
6.- CONCLUSIONES.....	191
6.1.- Primera. Confirmación de la Hipótesis	193
6.2.- Segunda. Alicante y su provincia, un contexto multicultural	194
6.3.- Tercera: El HGUA ingresa un 7,75% de extranjeros.....	196
6.4.- Cuarta. Falsos temores	197
6.5. Quinta. Los pacientes extranjeros ingresados conservan su herencia cultural.....	198
6.6. Sexta. El episodio asistencial se vive de manera distinta según la cultura	199
6.7. Séptima. El HGUA cuenta con recursos específicos para extranjeros que pueden ser ampliados	199
6.8.- Octava. Los profesionales de enfermería del HGUA son conscientes de las diferencias culturales.....	201
6.9.- Novena. Se van incorporando aspectos culturales en el Proceso de Enfermería en el HGUA	202
6.10.- Décima. Necesidad de preservar, acomodar o remodelar los cuidados en el HGUA.....	202
6.11.- Décimo primera. Los profesionales desean adquirir “competencia cultural”	203
6.12.- Décimo segunda. Conclusiones finales.....	204
6.13.- Décimo tercera. Once recomendaciones para la Competencia Cultural en los Cuidados de Enfermería	206
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	209
ANEXOS	223
A.1.- Relación de Tablas, Figuras y Gráficos.....	225
A.2.- Cuestionarios empleados	229

1.- INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN



“Los inmigrantes portan consigo algo más que maletas”

Charles Kemp

Hacer un estudio sobre los cuidados aplicados a pacientes extranjeros ingresados en un hospital Español desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural parecería una osadía, de no ser por los impresionantes cambios demográficos que está experimentando la sociedad española y más concretamente el entorno donde se desarrolla aquel (Alicante) y sus posibles repercusiones en materia de salud, enfermedad y cuidados. Ciertamente, la situación geográfica y económica de España la convierte en uno de los principales destinos de los movimientos migratorios, siendo las comunidades con mayor número de extranjeros Cataluña (798.904), Madrid (780.752), Comunidad Valenciana (581.985) y Andalucía (420.207)¹. Los extranjeros en España han pasado de representar el 2.3% de la población en el año 2000 al 8.5% a 1 de enero de 2005, siendo los marroquíes el colectivo con mayor presencia en el país (505.400) seguidos de cerca por los ecuatorianos (491.800) y después por los rumanos (314.300), colombianos (268.900) y británicos (224.800).

En un contexto donde se viene observando una creciente preocupación social por el probable impacto de la inmigración en el sector sanitario, se hacen imprescindibles estudios que se aproximen a los hechos de forma que puedan objetivar esta fenomenología, ofreciendo una visión nítida, desprovista de prejuicios, que concrete de forma cuantitativa y cualitativa la dimensión exacta de una nueva sociedad más diversa en lo cultural, con tradiciones, creencias y prácticas que se manifiestan en aspectos referidos a la salud y la enfermedad.

Las migraciones han sido una constante en el curso de la evolución humana, y la especie humana ha demostrado a lo largo de su historia una extraordinaria capacidad de adaptación a nuevos entornos. Actualmente, las poblaciones siguen migrando, las circunstancias por las que se mueven son tan variadas como las culturas de las cuales proceden, pero hay un hecho en la migración que es universal, *“los inmigrantes llevan consigo algo más que maletas”* (KEMP y RASBRIDGE, 2004).

Para muchos occidentales, desde el punto de vista sanitario, los inmigrantes de todo tipo (y refugiados, en su caso) portan diversos perfiles epidemiológicos propios de diferentes contextos y las enfermedades endémicas de sus lugares de origen. Además, su amplia experiencia pasada contrasta enormemente con la medicina alopática o científica. Pero lo más importante de todo es que, los extranjeros en general,

¹ Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), datos padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2005.

traen con ellos sus creencias culturales y prácticas, incluidas aquellas que tienen que ver con la salud y la enfermedad, y que con frecuencia pueden llegar a chocar con las normas del país anfitrión. Aparte de la importancia epidemiológica, el estudio de la salud entre los extranjeros es realmente un estudio de la cultura, una competencia de la Antropología, porque mientras que la enfermedad puede ser universal, la definición de salud, la interpretación de los síntomas, los remedios y tratamientos para promocionar y recuperar la salud están definidos culturalmente. El conocer la sensibilidad de los profesionales de Enfermería hacia estas diferencias culturales es una de las metas de éste estudio.

La *competencia cultural*² es la habilidad de actuar y obtener resultados clínicos positivos en los encuentros entre culturas distintas. Son escasos los estudios realizados en España sobre la competencia cultural de los profesionales de Enfermería a la hora de valorar, planificar y ejecutar los planes de cuidados en pacientes de origen cultural diferente al del propio cuidador. Desde la fundación de la Enfermería Transcultural por la Enfermera y Antropóloga Madeleine Leininger en 1960, se vienen realizando –en contextos principalmente anglosajones– estudios que han arrojado cierta luz sobre como abordar los “cuidados culturales” y la importancia de tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados efectivos, satisfactorios y coherentes con la cultura. La situación de multiculturalidad propia de sociedades como la Norteamericana, la Británica así como nuestra vecina Francesa y tantos otros países de la Unión Europea constituye el prelude de un hecho que ahora vivimos en la sociedad Española en general y en particular en el ámbito de la Comunidad Valenciana y específicamente en la provincia de Alicante.

Los Estados miembros de la Unión Europea, y entre ellos naturalmente España, se comprometieron a alcanzar la Salud para Todos incluyendo el principio fundamental de la política social sanitaria de que todos los seres humanos tienen igual derecho a la salud. Este derecho se asegura si se les proporciona a todas las personas iguales oportunidades para desarrollar al máximo su salud, mantenerla o recuperarla cuando acude a los centros asistenciales a depositar en manos de los profesionales sanitarios la responsabilidad de sus cuidados.

Investigaciones como la presente surgen de la necesidad del investigador por encontrar soluciones a los interrogantes que se le plantean en relación a un tema de su ámbito de estudio. En este sentido, y dentro del campo de estudio de la Antropología por una parte y de la Enfermería por otra, hay unos hechos –que bien podríamos calificar de “etnográficos”– en relación con la diversidad cultural y la enfermedad en el contexto de nuestros centros sanitarios como es la utilización de los servicios de salud por parte de pacientes extranjeros³ y su necesidad de cuidados.

² COMPETENCIA CULTURAL: “Habilidades de individuos y sistemas de responder respetuosa y eficazmente a las personas de todas las culturas, clases, etnias y religiones de una manera que reconoce, afirma y valora las diferencias culturales y similitudes, y el valor de los individuos, familias y comunidades, y protege y conserva la dignidad de cada uno” (Seattle King County Department of Public Health, 1994).

Entre el personal sanitario se percibe un aumento en el número de pacientes de origen extranjero (inmigrantes o no) que acuden a los hospitales públicos y centros de salud de la red de Atención Primaria, lo que está dando lugar –aunque de forma aislada– a la aparición de determinadas actitudes (se les percibe como personas sin derechos a las que se les da atención gratuitamente), prejuicios, estereotipos, comentarios de carácter etnocéntrico o, peor aún el tópico generalizado de que “*consumen el presupuesto en Sanidad de los españoles*”, cuando la realidad es que la población extranjera en su conjunto aporta mucha más cantidad de dinero al erario público que este gasta en dicho colectivo⁴. En el 2004, a la Generalitat Valenciana la atención sanitaria a los inmigrantes costó algo más de 52 millones de euros, concretamente 52.015.417 (INSA, 2005).

La razón fundamental que da origen al estudio e invita a trabajar sobre este asunto se sustenta en la creciente presencia de pacientes extranjeros, cuyos valores, creencias, normas y prácticas de salud pueden diferir de aquellos que les deben cuidar: los profesionales sanitarios de nuestros hospitales. Siendo una investigación de carácter antropológico, la multitud de matices que rodean el proceso asistencial le confieren un marcado interés cultural, social, económico y naturalmente sanitario. La importancia del tema, asimismo, radica tanto en la necesidad de ofrecer unos cuidados de calidad adaptados a sus necesidades, como en las consecuencias de una supuesta *falta de sensibilidad cultural* de los cuidadores. La sensibilidad cultural debe ser entendida como el hecho de que los profesionales consideren los factores culturales como relevantes para la salud, enfermedad y a la hora de administrar cuidados (MARTSOLF, 1999). Así, pues, si bien el cuidado es universal, las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados de los cuidados pueden ser diferentes y el problema radica en saber si estamos o no proporcionando cuidados culturalmente congruentes.

Después de realizar un estudio previo (presentado como Memoria de Suficiencia Investigadora en Octubre 2003) se pensó que existían demasiados elementos de análisis como para centrar un nuevo y más profundo estudio en un único objetivo. Sobre todo motivado por la importancia creciente que adquieren ciertos aspectos para comprender cómo afecta la diversidad cultural a un centro sanitario y si deben adecuarse, o no, determinadas conductas a este nuevo panorama. Es por ello que se planteó el trabajo como una investigación más exhaustiva y mejor dirigida

³ Se considera más adecuada la utilización del término extranjero en lugar de inmigrante, sobre todo habida cuenta de que la elaboración de tablas de carácter estadístico toman en cuenta la nacionalidad, y que la inclusión de dichas tablas deriva de tener una nacionalidad distinta a la española. El alcance y significado que se da al término “inmigrante” varía en el seno de la Unión Europea habiendo faltas de coincidencia entre la definición de emigrante en un país y la de inmigrante en otro. (CARVAJAL, 2004) Asimismo, se da el caso que algunos autores consideran inmigrantes a todos las personas que vienen a nuestro país procedente del extranjero.

⁴ Según un estudio realizado por Price Waterhouse Coopers para el IMSERSO en el año 1999 sobre “Cuantificación de los gastos e ingresos que genera la presencia de inmigrantes en España”, en dicho estudio se concluye que el coste máximo estimado de la extensión de la cobertura sanitaria para extranjeros (cifras de 1998) sería de 7.527 millones de pesetas, mientras que las aportaciones al tesoro público procedentes de los extranjeros en España –sólo en cuanto a cuotas de Seguridad Social se refiere– superaba los 274.667 millones de pesetas en 1998 (1.650.781.916).

sobre el grupo de pacientes elegidos para estudiar. Así, por un lado los datos cuantitativos nos evidenciarían la situación real que soporta el hospital y sus profesionales (datos demográficos y asistenciales), y por otra los datos cualitativos nos ofrecerían la posibilidad de analizar los aspectos más sutiles de tipo antropológico y etnoenfermero.

Así pues, analizando factores que más adelante se detallarán, es posible que se encuentren elementos en los que apoyarse para demostrar la hipótesis formulada. Junto a esto, también se ha tenido la necesidad, sobre todo en fechas recientes y según avanzaba la investigación, de utilizar dicha hipótesis para demostrar ciertos cambios demográficos que han de llevar a las autoridades sanitarias a prever cambios en la cartera de servicios de las instituciones sanitarias en el futuro inmediato. Existe un riesgo real como es el de una deficiente previsión de recursos secundaria a una mala estimación de la población extranjera (residentes, turistas, inmigrantes legalizados e irregulares). En el caso concreto de la población inmigrante, la situación de irregularidad administrativa conlleva una serie de condiciones que hacen a este grupo especialmente vulnerable: precariedad laboral, hacinamiento, etc., lo que le lleva a exponerse a condiciones higiénico sanitarias de riesgo con la particularidad de que si enferman no acudirán al sistema sanitario de forma precoz, manteniéndose en un círculo vicioso del que sólo se puede salir facilitándoles la tramitación de la tarjeta sanitaria⁵ (Sistema de Información Poblacional o tarjeta SIP) y disminuyendo trabas administrativas. Desde su llegada a nuestro país, entra a formar parte de nuestras áreas sanitarias de salud y puede suponer la entrada de enfermedades nuevas y/o aparición de brotes epidémicos de algunas patologías infecciosas ya erradicadas. A su vez, nuestras enfermedades y nuestro clima pueden ser un riesgo para ellos ya que el sistema inmunológico (en aquellos que proceden del continente subsahariano principalmente) no está preparado para hacerles frente (ROJO et al., 2004).

La obra comienza con la “Introducción al problema de investigación”, pretendiendo dar respuesta a lo que significa el maridaje de la Antropología y la Enfermería para abordar estudios de este tipo desde ambas disciplinas. Se intenta justificar la problemática y se aportan datos referidos al fenómeno demográfico y las circunstancias que pueden afectar al cuidado de pacientes de origen cultural diverso en los hospitales. Se quiere abordar con rigurosidad y actualidad los aspectos éticos y legales derivados de la atención a pacientes cuyas creencias entren en conflicto con los valores de los profesionales sanitarios. Se expone el papel que juega la Antropología en el estudio así como los principios fundamentales de la profesión enfermera como preámbulo para poder analizar, comprender e interpretar los hechos a investigar desde una visión enfermera. Los Objetivos (generales y específicos) así como la Hipótesis se presentan en este apartado también.

En el “Estado de la Cuestión” se va desgranando todo lo que se dicho y escrito sobre el tema, pudiendo saber quién, cuanto, cuando y qué se ha publicado

⁵ En la Comunidad Valenciana, las personas extranjeras tienen derecho a la atención sanitaria pública en virtud del Decreto 88/1989, de 12 de junio (para extranjeros empadronados y sin recursos) y la tarjeta solidaria aprobada en febrero de 2000 (extranjeros no empadronados y sin recursos).

antes sobre este fenómeno gracias a la recensión de los escritos pertinentes. A continuación, se expone de forma rigurosa la “Metodología” seguida en la Tesis y se plantean las teorías y marcos teóricos estudiados y por qué se selecciona el más adecuado al Objetivo del mismo tras analizar todos los aspectos relevantes desde el punto de vista antropológico y enfermero.

Los “Resultados” son, lo que se podrían denominar, los *frutos* de la Investigación, se presentan los del análisis descriptivo y los de tipo cualitativo. Junto a los datos demográficos oficiales y el análisis consiguiente, se presentan datos de tipo asistencial y un amplio análisis etnográfico de los cuatro grupos de extranjeros más numerosos del estudio realizado en el Hospital General Universitario de Alicante⁶. Este último análisis comprende aspectos de tipo cultural y religioso y su importante significado de cómo entender los cuidados, por lo que podría calificarse de un estudio “etnoenfermero”. Asimismo, se dan a conocer los medios utilizados en el HGUA para proporcionar cuidados culturales, las manifestaciones de herencia cultural detectadas y cómo el Manual de Procedimientos puede convertirse en una eficaz herramienta de integración de los aspectos culturales en los planes de cuidados.

Se ofrece en la “Discusión” la aportación original del estudio frente a otras fuentes bibliográficas revisadas, planteando coincidencias y divergencias así como las propias limitaciones observadas. En las “Conclusiones” se intenta dar respuesta a la hipótesis que se quiere analizar. Desde la aproximación a las culturas, a través de las diferentes técnicas empleadas, entendiendo la importancia dentro de cada cultura de aspectos significativos (religión, prácticas de salud, costumbres sociales, salud maternal e infantil, intimidad y dieta) se hacen propuestas concretas que afectan a los planes de cuidados y al rol del cuidador. Las conclusiones incluyen los nuevos conceptos que deben manejar los profesionales, con referencias a la competencia cultural y los cuidados culturales, conceptos cuya difusión en la corriente Transcultural permite a la Enfermería afrontar los nuevos retos planteados por sus numerosos pacientes de origen extranjero. Se incluyen datos reveladores que vienen a poner en tela de juicio diversos mitos que rodean a la inmigración, aportando predicciones y recomendaciones que pueden ayudar a las autoridades sanitarias en la planificación de la demanda que depara una sociedad multicultural como la nuestra, con cambios demográficos pronunciados.

Al final, se ofrecen las “Referencias Bibliográficas” y como “Anexos” la relación de “Tablas, Figuras y Gráficos”, así como los “Cuestionarios Utilizados”.

1.1.- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Por la experiencia en otros países europeos, y por la realidad de países pobres de África, Asia y América Latina junto al fenómeno de la residencia de jubilados europeos en zonas costeras y los cambios en la Europa del Este, las previsiones son que el flujo de pacientes extranjeros continuará aumentando en nuestro contexto.

⁶ En lo sucesivo, las siglas HGUA se entenderán como Hospital General Universitario de Alicante

Sólo en el año 2004⁷, se experimentaron en España crecimientos en el número de extranjeros de estos países tan significativos como los 100.000 nuevos rumanos inscritos en el padrón municipal, seguidos de marroquíes (80.000 más), británicos (50.000 nuevos) y bolivianos (cerca de 44.500 más); el total de nuevas inscripciones de extranjeros alcanzó la cifra de 696.284 personas, llegando a los 3.730.610 extranjeros a 1 de enero de 2005. Esta nueva realidad sociodemográfica se está trasladando a nuestros hospitales a partir de la incorporación de población inmigrante (joven) y población residencial jubilado (tercera edad) lo que requiere analizar las necesidades y prioridades de salud generadas por esta situación en todos los ámbitos, con marcado interés desde el punto de vista antropológico y enfermero, además del estrictamente socio-sanitario.

Vivimos en un mundo globalizado pero contrastivo, donde constantemente se producen choques y encuentros entre diversas maneras de percibir, comunicarnos y vivir. Incluso en el supuesto “espacio europeo común”, resulta difícil convivir con valores y comportamientos que no coinciden con la personalidad y tradiciones de los lugares que se visitan o cuando somos visitados, tal y como se evidencia en una Tesis Doctoral, presentada en 2005, titulado: “El choque cultural en las sociedades europeas. Anomia e integración social” (ALBERT, 2005). Las diferencias en los modos de entender la salud y la enfermedad en cada una de las culturas presentes en este nuevo escenario constituyen un reto para los profesionales sanitarios en general, y en particular para aquellos que –tras la valoración inicial– planifican, ejecutan y evalúan los cuidados las 24 horas al día durante la hospitalización del paciente: las/los enfermeras/os.

Para estos profesionales, los avances en materia sanitaria en el mundo Occidental son espectaculares, estando la ciencia al servicio de la salud y consiguiendo mejorar la calidad y la expectativa de vida. Sin embargo, en los países occidentales se está consolidando una doble vía en la manera de entender la salud y la enfermedad (APARICIO, 2004). Por un lado, presente en todos los lugares, está la medicina occidental convencional o alopática que se apoya en sus propios métodos (progreso tecnológico, fármacos sintéticos, guías clínicas, etc.). Por otro, está la línea tradicional-natural, abandonada por aquella en el pasado, y continuada por la naturopatía y la medicina natural, incorporando avances en la investigación de las ciencias naturales, y utilizando remedios a base de plantas, principalmente. El aumento masivo de las inmigraciones en nuestro país está dando lugar a que culturas originarias aún vivas de los distintos continentes, con ideas de salud/enfermedad diferentes a la nuestra, se ponen en contacto con profesionales cuyo concepto tradicional no es precisamente concebir la salud dentro de un ámbito global donde se interrelacionan el ser humano, el medio social y su organización, el medio natural, el mundo de creencias y el cosmos. La falta de conocimientos sobre pensamiento diverso, culturas, ciencia y salud puede ser una dificultad a la hora de cuidar a un paciente extranjero enfermo.

Desde el punto de vista de la Antropología, el cuerpo de conocimientos sobre salud y enfermedad en el mundo no industrializado –del que proceden la mayo-

⁷ Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) 2005.

ría de los inmigrantes y por tanto extranjeros— se conoce como “etnomedicina”, que se define como *“aquellas creencias y prácticas relativas a la enfermedad que son producto del desarrollo cultural indígena y no derivan explícitamente de los marcos conceptuales de la medicina moderna”*(KEMP y RASBRIDGE, 2004). El mundo de la Medicina Occidental está empezando a revisar sus principios inmutables y prueba de ello es que se ha creado un nuevo marco en el mundo Anglosajón: “Complementary and Alternative Medicine (CAM)” que incluso cuenta ya con una Institución: The Nacional Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) en EE.UU.

Es ya una realidad en nuestros centros asistenciales —ya sean de Atención Primaria o de Asistencia Especializada (hospitales) la presencia cada vez mayor de pacientes de origen extranjero. En el ámbito de la Atención Primaria, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) en año 2002 detectó y estudió un grupo vulnerable como es el de los hijos de la población inmigrante. Para esta Asociación, los nuevos problemas que plantea este grupo de pacientes son, entre otros, la patología infecciosa (tanto enfermedades importadas como adquiridas) inmunización incompleta, profilaxis de los procesos infecciosos a la vuelta a su país, educación sanitaria a los padres y la problemática social de esta población, con barreras idiomáticas y culturales que dificultan la integración a la nueva sociedad y una movilidad importante que hace difícil el seguimiento correcto de los niños por parte del personal sanitario. Más aún, otro fenómeno nuevo y creciente en la última década en la sociedad española como es la adopción de niños procedentes de áreas con menores recursos está dando lugar a una problemática común entre hijos de inmigrantes y niños adoptados como es una inmunización deficiente, aunque las circunstancias son bien distintas ya que las familias de adopción conocen las actividades preventivas y la forma de acceder a los servicios sanitarios (HERZOG et al., 2005).

Siguiendo con los potenciales problemas pediátricos como resultado del flujo de inmigrantes desde zonas socio-económicamente deprimidas, Herzog también advierte de los siguientes problemas de salud en estos colectivos:

- Enfermedades tropicales importadas como el paludismo y la leishmaniosis.
- Enfermedades endémicas importadas de los países de origen, como por ejemplo el aumento que se ha producido en la prevalencia de tuberculosis, infección por HIV, VHB y parasitosis intestinales en España.
- Enfermedades relacionadas con pobres condiciones socioeconómicas, como por ejemplo malnutrición y estados carenciales.
- Problemas psicosociales, que manifiestan estas poblaciones al instalarse en nuestro país, debido principalmente a las situaciones de desarraigo, como son los trastornos del comportamiento y cuadros psiquiátricos de tipo ansioso-depresivo.
- Casos de enfermedades inmunoprevenibles que les afectan y para las cuales actúan como agentes transmisores, como las infecciones comunes. Esto se debe a que sus Calendarios de Vacunación contienen menos vacunas que las incluidas en los programas en España y las coberturas que consiguen suelen ser deficitarias.
- La precariedad residencial, legal y laboral constituye un obstáculo para su acceso a los servicios sanitarios públicos, lo que viene a explicar —en parte— el supuesto

mayor uso de los servicios de urgencias por parte de esta población, una tasa inferior de cumplimiento de las prescripciones médicas y una menor participación en todas las actividades preventivas.

Un referente en la provincia de Alicante como Torrús⁸, ha hecho una revisión de los principales problemas de salud de los inmigrantes que se reflejan en numerosos estudios realizados en España (TORRÚS, 2006), clasificándolos en los siguientes grupos:

Enfermedades importadas: Son las enfermedades que el inmigrante trae de su país de origen. Su repercusión sobre la salud pública es pequeña y se dividen en:

1.- *Enfermedades transmisibles tropicales* (fundamentalmente parasitosis): No están presentes en nuestro medio y, en general, a excepción del paludismo, son benignas y autolimitadas. Las medidas de higiene y salud pública eficaces del mundo occidental junto a la relativa pobreza ecológica de nuestro contexto en relación con vectores de transmisión hacen que las posibilidades de transmisión sean remotas.

2.- *Enfermedades transmisibles presentes en nuestro medio*, pero mucho más prevalentes en sus países de origen, como la tuberculosis, las hepatitis, las enfermedades de transmisión sexual o la infección por el VIH. Suponen más riesgo de transmisión para la propia población inmigrante que para la de acogida, por los problemas de hacinamiento y marginación.

3.- *Enfermedades no transmisibles:* Prevalencia alta de úlcus péptico y, sobre todo en los inmigrantes procedentes de África subsahariana, de anemias (ferropénicas y hemoglobinopatías) y de hipertensión arterial.

Enfermedades prevenibles mediante inmunización: La escasa cobertura vacunal de algunos países, así como las dudas sobre la eficacia que plantean algunos programas de vacunación –por dificultades en la cadena de conservación– aconsejan la revacunación ante la menor duda ante su vulnerabilidad.

Enfermedades adquiridas en la comunidad: son las más frecuentes. Resultan equiparables a las existentes en la población autóctona, con algunas peculiaridades por las condiciones laborales y de vida que soportan, favoreciendo el hacinamiento y la pobreza la transmisión de enfermedades.

⁸ Dr. Diego Torrús Tendero es responsable de la Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica del Servicio de Medicina Interna del HGUA. Profesor Asociado de Parasitología Universidad Miguel Hernández y Vicepresidente de Medicus Mundi-Comunidad Valenciana.

Enfermedades reactivas o de adaptación: El fenómeno migratorio supone con frecuencia una ruptura de la unidad familiar en culturas donde a la familia se le otorga un significado relevante. Si se añade a esto el desarraigo social y las precarias condiciones en que se desenvuelven, se puede comprender la alta prevalencia de trastornos psicopatológicos, predominando la ansiedad, la depresión y las somatizaciones.

Desde el punto de vista epidemiológico, y al objeto de evitar generalizaciones a la hora de referirse a los inmigrantes, conviene puntualizar que hay diferentes estudios que ponen de manifiesto que la prevalencia de enfermedades infecciosas depende de la zona geográfica de donde venga el inmigrante (RAMOS et al, 2003).

Por sus propias características, en los hospitales de la red pública sanitaria –como el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)– se dan las circunstancias propicias para que acudan cada vez con mayor frecuencia un importante número de pacientes (y sus familias) de origen extranjero. Constituyen, desde el punto de vista antropológico, un espacio donde se ponen de manifiesto fenómenos de multiculturalismo (presencia en un mismo lugar de varias culturas), de interculturalismo (comunicación y relación entre culturas) y transculturalismo (existe dialogo, participación y objetivos comunes entre culturas) tanto entre pacientes como profesionales. Se trataría de estudiar, en esencia, los cuidados de enfermería desde una perspectiva cultural, con énfasis en la relación interpersonal que establece el personal con el paciente y su familia. Para Valle, “la nueva cosmovisión del cuidado debe contemplar los aspectos socioculturales, los valores, las creencias, los modos de vida, las distintas concepciones de salud y enfermedad, en suma... la diversidad cultural” (VALLE, 2000).

Asimismo, según Leininger⁹ la teoría enfermera debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con la cultura (LEININGER, 1978).

Cuidar –dice Watson– “constituye la esencia misma de la Enfermería, el eje central de la Enfermería es el ejercicio de cuidar”. A través de la acción de cuidar, el profesional de Enfermería se sitúa en una privilegiada posición para comprender cómo se relacionan entre sí la salud, la enfermedad y la conducta humana. (WATSON, 1979).

El estudio pretende además mostrar, a través de manifestaciones culturales, el hospital como el reflejo de una sociedad cambiante. A nadie se le escapa que vivimos constantemente procesos de cambio social. La reorganización de las clases sociales, la aparición de nuevos movimientos culturales, la emergencia de nacionalismos, fundamentalismos y religiones, los movimientos migratorios masivos, la gran diversidad cultural y étnica (multiculturalismo) que son ya una realidad cotidiana llevarán

⁹ Madeleine Leininger es profesora emérita en la Universidad Estatal de Wayne (Detroit, Michigan), profesora adjunta de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Centro Médico de Nebraska, autora de teorías e investigaciones y es la fundadora de la “Enfermería Transcultural”

a los profesionales sanitarios a reorientar su práctica y a asumir una nueva identidad que sea capaz de superar los conflictos entre roles y valores hasta ahora casi inmutables en nuestro contexto.

La emergencia de religiones en la Comunidad Valenciana es una prueba del cambio social¹⁰. Según el estudio sociológico elaborado en el 2002 para el Arzobispado de Valencia por el sacerdote y sociólogo Vicente Sastre, presidente de la Comisión Diocesana de Ecumenismo de ese Arzobispado y publicado en el Diario Las Provincias del 29-07-2002, la inmigración ha jugado un papel destacado en los últimos años para la importación de nuevas religiones en la Comunidad Valenciana. Según este autor, de las religiones presentes en ésta Comunidad, se declaran: Católicos, 2.600.000; Musulmanes, 200.000; Cristianos No Católicos, 26.500; Hinduistas, 2.200; Judíos, 2000; Budistas, 115; Ateos, 220.000; Agnósticos, 197.000.

Estos datos son de gran importancia si se tiene en cuenta lo que afirman autores como Vásquez, para quien la religión sirve como guía para el diario vivir, para las interacciones entre personas. Decisiones sobre lo que la gente debe comer, los medicamentos que pueden ingerir, la manera de encarar la enfermedad y la muerte son, entre otros, aspectos que pueden estar normatizados por la religión a la que pertenezcan las personas (VÁSQUEZ, 2001). Spector define la religión como “la creencia en un poder o poderes, divino o sobrehumano que existe para ser obedecido y adorado como el creador y que da un orden al universo” (SPECTOR, 1999). Para los pacientes y sus familias, la religión da sentido a la salud, a la enfermedad y hasta la muerte y el duelo en religiones tan diferentes como la musulmana y cristiana. Los rituales y recursos espirituales de ambas durante el duelo han sido estudiadas, desde la perspectiva de líderes religiosos como son los imanes musulmanes y sacerdotes cristianos, en la provincia de Almería y desde el prisma de la Enfermería Transcultural y M. Leininger (LORENZO et al., 2003). Asimismo, ambas religiones –por cierto, monoteístas– comparten, entre otras, prácticas como el velo y el ayuno aunque, eso sí, en diferente grado de intensidad.

El multiculturalismo en el que estamos inmersos –en una sociedad cada vez más globalizada– ha llevado a la enfermera a cuidar no ya al paciente tradicional, su propio vecino muchas veces, sino a personas que llegan de muy diversos lugares y con distintas características y, en ocasiones, procedentes de culturas diferentes a la suya. De ahí, como dice Tarrés: “la necesidad de conocer los condicionantes del paciente contextualizándolo en su propia cultura, comprenderlos desde su perspectiva de entender qué es la salud y la enfermedad para estos individuos de cara a optimizar la relación personal con ellos”(TARRÉS, 2001).

El cuidado, desde la perspectiva de la Antropología, debe ir más allá de la mera aplicación científica de los avances técnicos en materia de salud y enfermedad. La práctica de la Enfermería repercute en todos los aspectos que conforman al ser

¹⁰ En el 6º Encuentro de la Mesa Interreligiosa reunida en Alicante en mayo de 2005, se congregaron 250 fieles de hasta 10 confesiones y creencias distintas: Comunidad Baha’i, Islamistas, Judíos, Católicos, Ortodoxos, Evangélicos, Episcopalianos, Brama Kumaris, Vaisnavismo y tradición Zen.

humano: personales, familiares, de relación, sociales, creencias y temores, entre otros. La/el enfermera/o debe desempeñar su labor en un marco eminentemente humanístico e intercultural, basado en la comprensión e interpretación de los hechos individuales de cada sujeto. ¿Acaso no es el “cuidar” un constructo universal y por tanto no entiende de etnias, géneros, edad, religión o de grupos sociales? Por ello, la propia dinámica de nuestra sociedad ha de reflejar en nuestros centros asistenciales una mayor proyección psicosocial y cultural de los profesionales que en ellos trabajan.

Spector somete a los profesionales de los cuidados el siguiente planteamiento: “¿Por qué las enfermeras deberían estudiar *etnografía, cultura y sensibilidad cultural*?” (SPECTOR, 2000). Ella misma se encarga, a través de sus numerosas investigaciones, de proporcionar razones suficientes que justifiquen tal recomendación. Sin embargo, todavía puede haber alguien que piense que el contexto que ella refleja (principalmente la sociedad norteamericana) dista mucho del que nos rodea hoy en día aquí en la Comunidad Valenciana.

Entre otras, la pluralidad ideológica religiosa (ligada o no a cuestiones de nacionalidad) de nuestra sociedad está ocasionando conflictos asistenciales que la Medicina y la Enfermería debe afrontar. El ejemplo más claro lo constituyen los Testigos de Jehová¹¹, con su negación moral a la transfusión sanguínea, causando una situación de grave dilema en el que se enfrentan los valores de los profesionales y los de estos pacientes por motivos religiosos. Del resultado de esta confrontación depende la vida humana.

Por todo ello –y a modo de ejemplos– cabría formular a los profesionales que trabajan en un hospital de nuestro entorno preguntas concretas relacionadas con la competencia cultural:

- ¿Conocen nuestros profesionales la postura religiosa y ética sobre tratamientos médicos de los Testigos de Jehová?
- ¿Saben que los creyentes de ésta Religión aceptan la inmensa mayoría de los tratamientos médicos?
- ¿Saben todos nuestros profesionales que los musulmanes no comen cerdo?
- ¿Saben qué implicaciones tiene la práctica ritual del Ramadán en las actividades de la vida diaria de un paciente?
- ¿Sabe qué hacer una enfermera cuyo paciente –varón de cultura islámica– se niega a que le toque?
- ¿Son conscientes de la importancia de estructura social basada en el parentesco que caracteriza a la etnia gitana?
- ¿Cómo van a vivir nuestros enfermeros una relación profesional con pacientes para quienes los derechos de igualdad social y laboral –asentados en nuestra sociedad– no lo están en sus culturas?

¹¹Según fuentes del Comité de Enlace de los Testigos de Jehová con el Hospital General Universitario de Alicante, se estima que en 2004 habían más de 5.000 creyentes del Área Sanitaria 18 (actualmente Departamento 19) adscritos a este Hospital.

- ¿Será necesario diseñar nuevos Planes de Cuidados adaptados a la cada vez más frecuente diversidad en un Hospital General?
- ¿Se puede cuidar respetando las tradiciones culturales y religiosas del paciente?
- ¿Qué hacer con la propia herencia cultural de unos profesionales cada vez más diversos en su origen?
- ¿Se pueden identificar, explicar e interpretar las manifestaciones de la herencia cultural tanto en los pacientes y sus familias como en los profesionales?
- ¿Deben éstos conocer, por ejemplo, el significado del *yin* y del *yang*?
- ¿Están las Sociedades Científicas sensibilizadas con los retos de este nuevo marco contextual?

De seguro que estas cuestiones rebasan con creces la mera anécdota aislada para convertirse en problemas cotidianos de entidad ante los cuales la Enfermería y las autoridades sanitarias no pueden permanecer indiferentes.

Así pues, ésta pretende ser una investigación que, partiendo de un estudio descriptivo donde se concretarán los aspectos a conocer, pasando por un estudio fenomenológico, finalmente llegue a un estudio explicativo donde se dé una respuesta al descubrir los motivos de la dificultad planteada en la hipótesis propuesta. En otras palabras, se quiere describir, analizar, comparar, interpretar, comprender y explicar el por qué de unas manifestaciones culturales referidas a la pérdida de la salud en pacientes extranjeros.

El marco teórico escogido para la investigación es el de la “Enfermería Transcultural”, una rama de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas cuando se aplican a la enfermería y las prácticas, creencias y valores de la salud-enfermedad. La Enfermería Transcultural es, para investigadores y autores como José Siles¹², una *especialización* de la Antropología de los Cuidados. Desde esta perspectiva, las diferencias y semejanzas del cuidado cultural deben ser identificados y comprendidos para que las enfermeras y los enfermeros sean eficientes al asistir a las personas de diferentes culturas, ofreciendo un cuidado culturalmente congruente. De acuerdo con la teoría de Leininger, los aspectos fundamentales a investigar son: cultura, cuidados, cuidados culturales, visión del mundo y sistemas de salud o bienestar tradicionales (ROHRBACH, 1998), sin olvidar los 3 Modos de Actuación Enfermera.

Las palabras clave son:

CULTURA: se describe como valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular que son aprendidas, compartidas y transmitidas y que guían pensamiento, decisiones y acciones. La definición de cultura de Fejos: *“la suma total de características socialmente heredadas de un grupo humano que abarcan todo lo que una generación puede relatar o transmitir a la siguiente; en otras palabras, los*

¹² Dr. José Siles González es Diplomado en Enfermería, Doctor en Historia, Catedrático de Escuela Universitaria, Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante y Director de la Revista de Enfermería y Humanidades “Cultura de los Cuidados”.

rasgos heredados no físicos que poseemos” (FEJOS, 1959) es una definición clásica en la que se sustentan modelos y teorías basadas en la Herencia Cultural y la Consistencia Hereditaria.

CUIDADOS: hace referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona. Tiene significados distintos en culturas diferentes. Siles, define el *cuidado* como “el producto de la reflexión sobre las ideas, hechos y circunstancias (reflexión teórica, práctica y situacional) relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades de salud que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana” (SILES, 2000).

CUIDADOS CULTURALES: es un modo óptimo de cuidar, hace referencia a la variabilidad en el enfoque de enfermería que se necesita para proporcionar cuidados culturalmente apropiados que incorporen los valores culturales, creencias y prácticas que ayudan, apoyan o permiten a otras personas (o grupo) mantener su bienestar, mejorar sus condiciones personales o enfrentarse a la muerte o la discapacidad. El cuidado es universal, pero las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados del cuidado pueden ser diferentes.

VISIÓN DEL MUNDO: la perspectiva de una persona o grupo en razón de su percepción y comprensión del mundo (paradigma).

SISTEMAS DE SALUD O BIENESTAR TRADICIONALES: hace referencia a los cuidados o las prácticas de los cuidados que tienen un significado especial en una cultura; estas prácticas son utilizadas para ayudar o asistir a las personas en su casa o comunidad.

MODOS DE ACTUACIÓN ENFERMERA: son tres,

- La **preservación** de los cuidados culturales
- La **acomodación** de los cuidados culturales
- La **remodelación** de los cuidados culturales

A la hora de abordar nuevas situaciones derivadas de las tendencias migratorias en países de la Unión Europea, Siles advierte que *“uno de los problemas que acechan de forma especialmente preocupante en este contexto inmigratorio es el racismo¹³ de forma que se deben activar las conciencias para no acabar practicando una enfermería parcelada por razas (blancos occidentales, blancos del este, negros, musulmanes, gitanos, etc.)”* (SILES et al., 1999).

¹³ Racismo: creencia de que hay razas humanas que presentan diferencias biológicas que justifican relaciones de dominio entre ellas. Raza: antiguo concepto que agrupaba a los seres humanos por rasgos anatómicos y genéticos. Etnia: grupo de población que comparte una cultura. Etnocentrismo: creencia que la propia cultura es superior a las demás.

Esta advertencia, lejos de ser alarmista, viene avalada por estudios realizados como el de López Alonso que, en un interesante trabajo sobre afrontamiento enfermero ante la desigualdad y el racismo, expone que el prejuicio, los estereotipos y el racismo se ponen ineludiblemente de manifiesto, a veces de manera consciente y otras inconsciente. Para él, en muchas ocasiones se produce en forma de negligencia (LÓPEZ, 2003). En países con mayor experiencia que España en inmigraciones a gran escala se han hecho estudios que exploran esta oscura realidad como la realizada por Bowler y que cita la falta de atención ante las necesidades específicas de la comunidad islámica, o el estereotipo de falta de instinto maternal encontrado –supuestamente– por ciertas matronas en las mujeres asiáticas (BOWLER, 1993).

En relación con el uso del término “*raza*”, autores tan prestigiosos como Harris, entre otros, proponen evitar ésta palabra utilizando la de *población* como alternativa (HARRIS, 2000). En la actualidad, los Antropólogos no encuentran una base biológica que permita seguir usando el taxón “*raza*”, destacando por el contrario la diversidad individual. Es innegable una semejanza biológica, conservándose todo el patrimonio genético común de la Humanidad cuyo origen se centra en la región centro-oriental de África (norte de Kenya y al sur de Etiopía), de donde se produjeron las primeras migraciones hacia el resto de los continentes.

Asimismo, conviene aclarar los siguientes conceptos, que a menudo se utilizan de forma incorrecta:

- **EXTRANJERO:** Persona que no tiene la nacionalidad del país donde reside.
- **INMIGRANTE:** Persona que ha marchado de su país para establecerse en otro.
- **INMIGRANTE ECONÓMICO:** Inmigrante procedente de país en desventaja económica respecto al de acogida.
- **REFUGIADO:** Quien por motivos de guerra, persecución, revoluciones, etc. vive fuera de su país. (De acuerdo con Estatuto de Naciones Unidas, que recibe ayuda del gobierno y que tienen los mismos derechos que la población que los acoge).

Tras estas premisas, podemos constatar que el presente estudio es de tipo **descriptivo**, pues se analizan algunos de los principales elementos y caracteres de interés referidos a la fenomenología Transcultural en pacientes extranjeros en general y los que acontecen en un espacio concreto: el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Simultáneamente, es **comparativo** pues se correlacionan una serie de hechos culturales, estableciendo sus hechos comunes y diferenciales. En sí toda investigación antropológica supone alguna forma de comparación ya sea sincrónica, diacrónica y/o sistemática:

- **Comparado sincrónico:** en una sola unidad hospitalaria y en un momento concreto o entre diferentes unidades que son contemporáneas.
- **Método comparado diacrónico:** en una sola unidad y en distintos momentos o entre varias, separados en el tiempo (en una misma unidad, en momentos diferentes en el tiempo, o entre diferentes unidades separados en el tiempo, a lo largo de la historia).

- **Método comparado sistemático:** consiste en combinar entre dos o más unidades en el mismo momento, sincrónico, o diferentes momentos, diacrónico.

Finalmente, es un estudio de **aplicabilidad práctica** pues como tal la obtención de datos puede hacer posible el establecimiento de predicciones de ámbito social, cultural y biológico para la solución de problemas prácticos concretos que se plantean en la realidad de un Hospital General de nuestro contexto.

Estudios como el realizado en el HGUA aportan datos cuya observación, interpretación y comparación constituyen tres procedimientos distintos y al mismo tiempo tres fases del proceso de la Investigación. De cumplirse los tres, a la conclusión de la investigación se tendrá un estudio Etnográfico (se observa y recoge datos como etnógrafo), un trabajo Etnológico (se interpreta y compara como etnólogo) y un resultado Antropológico (pues se analiza y explica como Antropólogo).

1.1.1. Principios fundamentales de la profesión de enfermera/o

Las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería en España se recogen en la Resolución N° 32/89 del Consejo General de Enfermería por la que se establece el “Código Deontológico de la Enfermería Española”.

Según el Consejo Asesor de Enfermería, creado en 1977, órgano consultivo del Servicio Catalán de la Salud, ente público adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya, los principios –consecuentes con el paradigma de la Enfermería y el precitado Código Deontológico– que deben ser tenidos cuenta en el ejercicio de la práctica profesional son los siguientes:

- **EN RELACIÓN CON LA PERSONA**
 - Debe ser considerada como un ser biológico, psicológico, social, cultural y espiritual que vive inmerso en un entorno dinámico con el que interactúa de forma constante, aspirando a mejorar su salud y su calidad de vida.
 - Está íntimamente ligada a los valores familiares, culturales, políticos y sociales del entorno en que vive.
 - Tiene unos derechos y unas responsabilidades. Sus derechos deben ser respetados, pero también es responsable de colaborar en el proceso de salud en la medida de sus capacidades y su aprendizaje, y debe comprometerse con la sociedad para mantener un entorno saludable.
- **EN RELACIÓN CON LA SALUD**
 - Es un estado dinámico y continuo de equilibrio y adaptación que puede cobrar distinto sentido dependiendo de la percepción de la persona.
 - Es un proceso que se prolonga a lo largo de toda la vida.

- EN RELACIÓN CON EL ENTORNO

- Es el marco en el que viven la persona, la familia y la comunidad, y presenta numerosas dimensiones: social, económica, política, cultura, espiritual. Puede ser una fuente de soporte para el desarrollo, pero también conlleva un riesgo potencial.

- EN RELACIÓN CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Los cuidados de enfermería contribuyen de un modo específico a la promoción y el mantenimiento de la salud, el bienestar y la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad. Las actividades de enfermería se centran en las necesidades específicas de las personas cuando presentan un problema de salud o necesitan mejorarla.

- El eje de los cuidados de enfermería es la persona en todas sus dimensiones; la familia y la comunidad se desarrollan en un marco de colaboración interdisciplinario.

- Los cuidados de enfermería ayudan a la persona, la familia y la comunidad a asumir sus responsabilidades en materia de salud y a movilizar los recursos para mantenerla o mejorarla en el entorno en que se desarrolla, así como a fomentar los autocuidados.

- Los cuidados de enfermería se fundamentan en valores humanísticos y en conocimientos científicos; deben respetar siempre los derechos de la persona y ayudarla si éstos son vulnerados.

Desde el punto de vista asistencial, la complejidad de la práctica en enfermería hace recomendable una integración crítica, razonada y pertinente de distintos paradigmas científicos (racional tecnológico, interpretativo, sociocrítico) de acuerdo con la naturaleza de los problemas planteados y las respectivas situaciones. Desde el paradigma sociocrítico o interpretativo simbólico se potencia la interactividad precisa para que el prestador de cuidados lleve adelante la comprensión de cada situación específica e inherente a cada individuo o grupo de ellos (SILES et al., 2001).

Del mismo modo, para Vásquez “la enfermera no puede estar ajena a los factores de cambio. Su compromiso social para cuidar a la persona, la familia o los grupos requieren que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento del *otro* en una relación de alteridad”(VÁSQUEZ, 2001). Otros autores, como McKennis, coinciden en señalar que si pretendemos proporcionar cuidados culturalmente competentes, debemos los profesionales de enfermería familiarizarnos con los grupos étnicos y religiosos existentes (McKENNIS, 1999). Existe una creciente preocupación, tanto a nivel de la práctica profesional como a nivel político, por proporcionar un servicio de salud “culturalmente congruente” a los diversos grupos étnicos que actualmente constituyen una parte integral de la mayoría de los países Occidentales, con casos como el Reino Unido que recoge en el Código de Conducta Profesional de Enfermería –1992– esta visión Transcultural (MULHALL, 1994).

1.1.2.- Proceso Enfermero

Alfaro define el proceso de enfermería como *“El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería”* (ALFARO, 1996). Hernández Conesa entiende por proceso de enfermería *“el método enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso –paciente– concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado”* (HERNÁNDEZ y ESTEBAN, 1999).

El método científico de resolución de problemas adaptado al campo enfermero adopta el nombre de Proceso de Enfermería. El término hace su aparición en la década de los años cincuenta con L. May, al definir la atención de Enfermería en 1955, como *“un proceso global y concatenado que llevaba a unos resultados”* (op cit ALFARO, 1996). A lo largo de la década de los sesenta, otras enfermeras como Orlando comenzaron a desarrollar el proceso mencionado por May, pero la definición y elaboración del proceso no se precisó más, hasta la publicación del trabajo de Yura y Walsh *“The Nursing process”* en 1967 (ALFARO, 1996).

El proceso enfermero proporciona las bases para el desarrollo del pensamiento crítico. Este proceso no es solamente un método para solucionar problemas, además previene su aparición, y maximiza el potencial y eficacia de la respuesta humana ante ellos, compensando las dificultades de la naturaleza humana, como pueden ser los sesgos de percepción. De esta forma, el uso del pensamiento crítico ayuda a realizar juicios fundamentados en la evidencia, basándose en los principios de la ciencia y del método científico para el logro de unos objetivos predeterminados (ALFARO, 1996). La contribución fundamental del proceso enfermero será, por tanto, controlar la calidad de los cuidados.

Los trabajos que más se utilizan en la actualidad y que han alcanzado una gran difusión en España en cuanto a este tema son los realizados por la ya citada R. Alfaro, quien considera el proceso de enfermería como *“un método organizado y sistemático para brindar Cuidados de Enfermería eficaces y eficientes, orientados al logro de objetivos”*.

Este proceso consta de cinco etapas:

- **VALORACIÓN.** Es la primera fase del proceso de enfermería, consistente en la recogida y examen de los datos para reunir los hechos necesarios.

¹⁴ Para la enunciación de los problemas detectados es recomendable utilizar la terminología NANDA. En el campo Transcultural, hasta la fecha, no ha sido validada ninguna etiqueta diagnóstica específica para denominar esta situación. En cambio, si es aceptado universalmente que muchos diagnósticos pueden tener como factor relacionado a variables culturales (LOPEZ, 2003)

- **DIAGNÓSTICO.** Análisis de los datos para identificar las capacidades y problemas reales o potenciales¹⁴. Juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- **PLANIFICACIÓN.** Elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinación de objetivos y desarrollo de un plan de acción.
- **EJECUCIÓN.** Puesta en práctica del plan de acción y observación de la respuesta inicial.
- **EVALUACIÓN.** Comprobar la eficacia del plan y hacer los cambios necesarios.

Resulta difícil encontrar el límite de estas etapas aunque se nombren de una manera aislada. Les caracteriza que son correlativas y se encuentran interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la precedente.

Aplicar el proceso de enfermería significa, por tanto, seguir un orden lógico y sistemático en la práctica de los cuidados. Pero para que este proceso mental se materialice es necesario su registro. Así, entre otras, aporta ventajas como evitar omisiones, duplicaciones y conclusiones prematuras. Como afirma Alfaro, *“la documentación de Enfermería precisa y consistente es la clave para determinar lo que le ha sucedido a un paciente específico; sin ella, la evaluación es casi imposible y los datos requeridos para llevar a cabo estudios que hagan avanzar la ciencia enfermera y mejoren la calidad de los cuidados de salud no existirían”* (ALFARO, 1996).

Como ya se ha visto, la “Planificación de los Cuidados” es un componente del Proceso de Enfermería y tiene a su vez una etapa de enorme importancia como es la Documentación del plan: todas las decisiones deben ser precisadas en el plan de cuidados. La utilidad del plan de cuidados está avalada por abundante literatura científica, así esta utilidad es quizás más evidente a mayor complejidad y necesidades de cuidados de los pacientes, pues el plan de cuidados se convierte en el instrumento de referencia del equipo de enfermería, es el elemento clave para asegurar la pertinencia, la coherencia y la continuidad de los cuidados (MATUD et al., 1995).

Las ventajas del plan de cuidados son múltiples, incluso aumentan cuando se habla de planes de cuidados estandarizados. Se utilizan a fin de lograr la calidad en la programación y aplicación de los cuidados a la vez que mejora la ejecución de los mismos. La estandarización facilita la inclusión de datos y acciones que se realizan una y otra vez de forma rutinaria en el trabajo diario de las enfermeras. Además permite no “olvidarse” de aquellas decisiones y acciones que deben formar parte de un buen plan de cuidados tanto si la enfermera es experta como novel (HANSEBO et al., 1999). Estos planes de cuidados aseguran una prestación de cuidados de óptima calidad y un trato homogéneo, sea cual sea el profesional de enfermería que lo aplique.

1.1.3.- Datos Demográficos Preliminares

Aunque sin olvidar las otras dimensiones, la presente investigación se centra en la diversidad cultural que emana del fenómeno de la inmigración en nuestro contexto. Las sociedades humanas han migrado desde antiguo. Europa y España en particular han sido zonas desde donde han partido millones de personas cuando estas se han enfrentado a crisis económicas, políticas o alimentarias (VALL y ALGAR, 2004). Desde hace algunos años Europa es el escenario de un importante fenómeno migratorio debido a causas como el empobrecimiento creciente de muchos países de África, Asia y América Latina, a los cambios políticos de Europa del Este y la búsqueda de zonas residenciales costeras de ciudadanos comunitarios (la mayoría de la tercera edad). El número de residentes extranjeros en España, junto al turismo y a la creciente inmigración regularizada o no, ha llevado a un importante crecimiento de la población de origen cultural distinta a la española.

1.1.3.1.- Estado Español

España, debido a su situación geográfica, es la frontera de Europa para los extranjeros procedentes de África; por otro lado, los vínculos históricos y culturales con los países latinoamericanos dan lugar a que sea uno de los destinos favoritos de los extranjeros de habla hispana. También es uno de los lugares preferidos por muchos europeos para disfrutar sus vacaciones y jubilaciones y, además, dado el crecimiento económico español de los últimos años, atrae a los ciudadanos del Este de Europa en busca de trabajo.

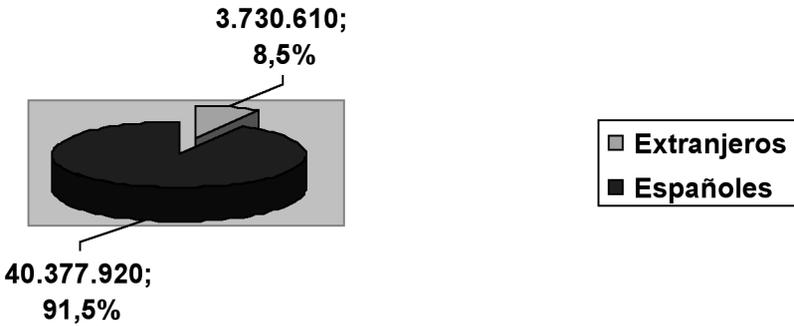
Según el Boletín Informativo 3/2004¹⁵ de Junio 2004 del Instituto Nacional de Estadística (INE) el número de extranjeros residentes en nuestro país se ha cuadruplicado en el quinquenio 1998-2003. Los datos de la Revisión del Padrón Municipal 2003 a 1 de Enero de 2003, y publicados por este organismo a partir del 30 de Marzo de 2004, señalaban que el número de extranjeros empadronados en España era de 2.664.168 personas. Este colectivo suponía el 6,2% de la población total residente en España (que era de 42.717.064), lo que significa que se ha multiplicado por cuatro desde 1998, cuando constituía en ese año el 1,6% de la misma (637.085 personas). El Padrón 2004 (publicado en Enero 2005) cifraba la población total residente en 43.700.000 habitantes, de los que 3.500.000 –8%– eran extranjeros.

Los últimos datos oficiales publicados correspondientes al Padrón Municipal a 1 de enero de 2005, demuestran que la población residente en España alcanzó los **44.108.530** personas, de los cuales **3.730.610** son extranjeros, es decir un **8,5** por ciento del total de empadronados (GRÁFICO 1).

¹⁵ Las fuentes estadísticas utilizadas para la elaboración del boletín 3/2004 del INE fueron: Padrón Continuo, Censo de Población y Viviendas 2001, y las Estadísticas del Movimiento Natural de Población (MNP) del Instituto Nacional de Estadística. Los datos de la Unión Europea (UE) se refieren a la que realmente existía a 1 de Enero de 2003 en la UE-15, ya que en 2004 se sumaron 10 países nuevos.

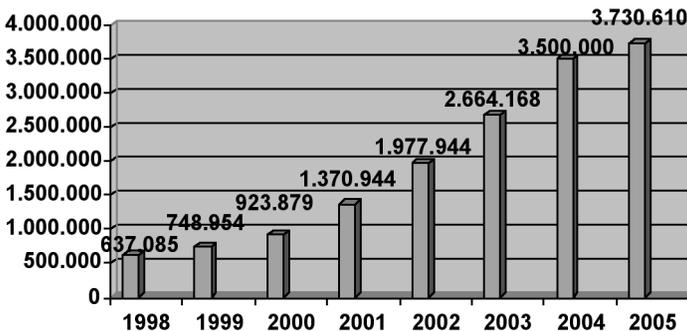
GRÁFICO 1

Población Extranjera en España Enero 2005



En el último año se incrementó la población global española en 910.846 personas –un 2,1%– siendo el dato más significativo el que 696.284 de las nuevas inscripciones en el padrón fueron de extranjeros. Los datos del INE señalan que los incrementos de población –en general– continúan registrándose en la costa mediterránea, además de en Madrid y Cataluña, mientras que las Comunidades del interior y del norte pierden peso poblacional en el conjunto del territorio. El número de extranjeros ha crecido en todas las Comunidades, salvo en Melilla, donde se ha rebajado a la mitad. La evolución del número de extranjeros empadronados en España en los últimos años puede verse en el GRÁFICO 2.

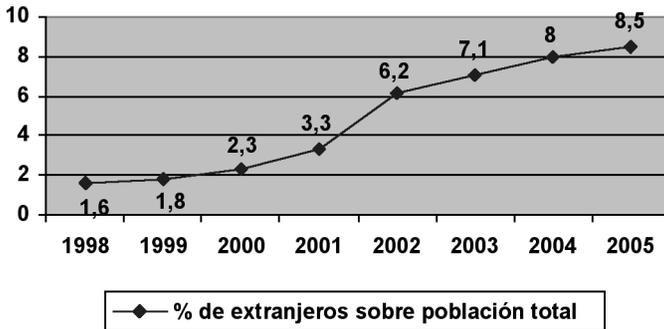
GRÁFICO 2 EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE EXTRANJEROS EMPADRONADOS EN ESPAÑA



Fuente: INE

A grosso modo, la evolución en el porcentaje de extranjeros en España (empadronados o no) es de 2,3% en el año 2000, 3,3% en el 2001, 6,2% en el 2002, 7,1% en el 2003, el 8% en el año 2004 y el 8,5% a 1 de enero de 2005 (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 3
PORCENTAJE DE EXTRANJEROS SOBRE
LA POBLACIÓN TOTAL



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

En cuanto a la distribución por grupos de nacionalidad, se ha producido una variación en la composición de la población extranjera ya que si en el 2004 eran los ecuatorianos los inmigrantes más numerosos, los datos del 2005 (a 1 de enero 2005) muestran que los marroquíes (505.400) superaron a los ecuatorianos (491.800) y los rumanos (314.300) han escalado puestos y se sitúan ya por delante de los colombianos (268.900). Justo detrás se sitúan los ciudadanos británicos (224.800), los argentinos (151.900) y los alemanes (131.900).

Los rumanos son la nacionalidad que ha experimentado mayor crecimiento, con más de 100.000 nuevos empadronados, seguidos de los marroquíes (80.000 más), británicos (50.000 más) y bolivianos (cerca de 44.500 nuevos empadronados). También sobrepasan las 20.000 inscripciones nuevas los chinos, búlgaros y argentinos. Así, si se analizan los crecimientos relativos de las comunidades extranjeras, el mayor corresponde a los bolivianos, que han aumentado un 80 por ciento, seguidos de los rumanos (50 por ciento), los brasileños (más del 40 por ciento) y los chinos (cerca del 40 por ciento).

El 26 por ciento de las nuevas inscripciones de extranjeros en el Padrón corresponden a ciudadanos de América del Sur, un 24 por ciento a europeos no comunitarios y un 19 por ciento a personas procedentes de África. Los procedentes de la Unión Europea de los 15 (UE-15 países miembros antes de 2004) han ido perdiendo presencia relativa en los últimos años.

Por sexos, el 49,4 por ciento de las nuevas inscripciones corresponden a varones y el 50,6 por ciento a mujeres. Entre los españoles, el 49 por ciento son hombres y el 51 por ciento mujeres, mientras que entre los extranjeros hay más varones (53,4 por ciento) que mujeres (46,6). En el colectivo de mujeres continúan las tendencias observadas en los últimos años por el INE: la proporción de mujeres es más elevada en las nacionalidades iberoamericanas, mientras que hay más varones que mujeres en las nacionalidades africanas y, en menor medida, en algunos países de Europa del Este y en los asiáticos.

Por edades, el 15,1 por ciento de la población residente en España tiene menos de 16 años, el 44,9 por ciento tiene entre 16 y 44 años y el 40 por ciento más de 45, aunque de nuevo se aprecian diferencias entre los ciudadanos españoles y los extranjeros, más jóvenes éstos. Mientras que el 43 por ciento de los españoles tiene entre 16 y 44 años, el 64,8 por ciento de los extranjeros se sitúa en esa franja de edad y sólo el 20,2 por ciento tiene más de 45 años, frente al 41,9 por ciento de los españoles.

Desde el punto de vista social, se podría hablar a grandes rasgos de dos tipos de extranjeros. Por un lado los procedentes de la UE, personas de más edad que vienen con su pensión a vivir en un entorno agradable, junto a europeos más jóvenes que se asientan para crear sus propios negocios. Por otra parte se suman los extranjeros que vienen esencialmente en busca de trabajo, del Magreb, América Latina y Europa del Este. Esta tipología lleva aparejada comportamientos y expectativas distintas por lo que las características de los colectivos son diferentes.

Las Comunidades Autónomas (CC.AA.) con mayor número de extranjeros son las de Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana que acogen casi el 60% del total de extranjeros. Esto demuestra que los extranjeros buscan las grandes ciudades, como Madrid, Barcelona o Valencia, para residir y trabajar.

En el conjunto nacional, siete CC.AA. tienen ya más de una décima parte de su población compuesta por extranjeros, en especial Baleares, donde el porcentaje llega al 15,89% (983.131 habitantes de los que 156.270 son extranjeros). Además de la Comunidad Valenciana (4.692.449 habitantes, 581.985 extranjeros, 12,4%), otras Comunidades que han rebasado la barrera del 10 por ciento son Madrid (5.964.143, 780.752 extranjeros, 13,09%), Murcia (1.335.792, 165.016 extranjeros 12,35%), Cataluña (6.995.206, 798.904 extranjeros, 11,42%), Canarias (1.968.280, 222.260 extranjeros, 11,29%) y La Rioja (301.084, 31.075 extranjeros, 10,32%). En Andalucía (7.849.799, 420.207 extranjeros, 5,35%), Islas Baleares y Canarias reside una cuarta parte de los extranjeros, fundamentalmente ciudadanos de la UE que buscan sol y playa para pasar su jubilación. Las regiones del norte y oeste de la península son las que tienen un menor número de extranjeros empadronados. Entre las autonomías con menor proporción de ciudadanos foráneos destacan Extremadura y Asturias, con 1,87% y 2,09% respectivamente.

La distribución por CC.AA. y provincias muestra una concentración de la población extranjera. En general, las provincias de la costa mediterránea, los archipiélagos y el centro de la península son las zonas en que existe mayor concentración.

Alicante (18,56%), Islas Baleares (15,89%) Madrid (13,09%) y Murcia (12,35%) son las que tienen mayor porcentaje de extranjeros con respecto a la población residente.

Respecto a la Natalidad en España, el porcentaje de nacidos de madre extranjera ha ido aumentando en los últimos años, siendo el 4,9 % del total de nacimientos en 1999, y en otro estudio del INE sobre los nacimientos de 2001 en España, ocho de cada cien nacidos tenían madre extranjera. Este porcentaje del 8% sobre el total de nacimientos significaba que la aportación de las mujeres extranjeras era, entre otras cosas, determinante en la leve recuperación demográfica del último trienio, pues si en el año 2001 las españolas trajeron al mundo 370.783 niños (2.205 menos que en 2000) las inmigrantes tuvieron 33.076 (un 34,2% más que el año anterior) cifra que se ha visto triplicada en seis años.

Según el INE, en el año 2002 hubieron **43.469 nacidos** de madre extranjera lo que significa el **10,4%** del total de nacimientos en ese año. En el 45% de los casos la madre procedía de América Central y del Sur y en el 26% del continente africano. Por nacionalidad, las madres extranjeras más numerosas eran las de Marruecos (20,1%), seguidas de las de Ecuador (19,0%), Colombia (11,1%), Rumania (4,6%) y China (3,6%).

Los datos de mortalidad durante el 2002 que proporciona el INE indican que, durante ese año, fallecieron en España **8.293 extranjeros** residentes, es decir el **2,3%** del total de defunciones registrados ese año. Este porcentaje se ha mantenido casi constante desde 1999 (1,9%). Los valores alcanzados no son elevados ya que la mayoría son jóvenes en edad de trabajar, por lo que existe una baja mortalidad entre ellos. Las naciones con mayor porcentaje de fallecidos son Reino Unido y Alemania, que además son las que tienen mayores edades medias: 48,9 y 48,6 años respectivamente.

1.1.3.2.- Comunidad Valenciana

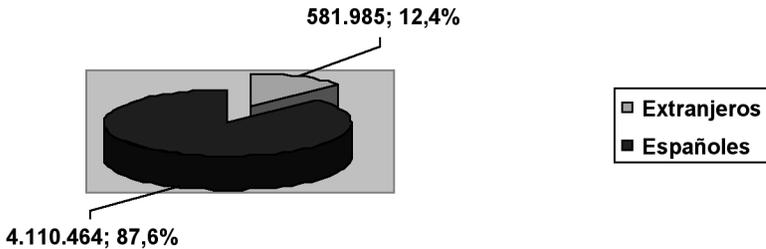
Si nos centramos en la proyección de la inmigración en la Comunidad Valenciana en los últimos años, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) –publicados en el Diario Las Provincias del 07-01-2003 pág. 4, Edición Alicante– la Comunidad Valenciana fue la segunda autonomía donde más aumentó la población (3%) entre 2001 y 2002, siendo la inmigración la causa de dicho aumento según Antonio Ariño, Director del Departamento de Sociología y Antropología de la Universitat de Valencia y Rafael Castelló, Demógrafo de la Universitat de Valencia. En la Comunidad Valenciana, el porcentaje de nacidos de madre extranjera en 2001 fue de 7,64 %. Concretamente la provincia de Alicante tuvo en ese periodo –Enero 2001 a Enero 2002– el mayor crecimiento de todas (67.703 habitantes más y se situaba como la quinta provincia Española) y la Comunidad Valenciana incrementó su población en 124.100 ciudadanos alcanzando en ese periodo los 4.326.708 habitantes oficialmente¹⁶.

¹⁶ Los datos del INE no incluyen a las personas no empadronadas, como por ejemplo inmigrantes o colectivos en grave situación de marginalidad. Según el INE, en 2003 se estimaba que el número de inmigrantes irregulares en la Comunidad Valenciana oscilaba entre las 30.000 y las 60.000 personas.

A 1 de enero de **2005**, la población total de La Comunidad Valenciana ascendía a **4.692.449** personas, de las cuales **581.985** eran extranjeras siendo ya el **12,4%** del total (GRÁFICO 4).

GRÁFICO 4

Población Extranjera en la Comunidad Valenciana Enero 2005



La provincia de Alicante, con una población a 1 de enero de 2005 de **1.732.389** personas, de las que **321.640** procedían de otros países, es decir el **18,56%** del total es actualmente la provincia española con mayor proporción de extranjeros del país. El turismo, motor de la economía en Autonomías como la Valenciana, también aporta un número de extranjeros que alcanza cifras espectaculares sobre todo en determinados períodos del año. La Comunidad Valenciana recibió en el **2004** cerca de **4,9 millones** de turistas extranjeros, de los que **2.329.401** procedían del Reino Unido, el **47,7%** sobre el total. Precisamente el turismo británico muestra una especial predilección por la Comunidad Valenciana, ya que desde 1997 el número de llegadas de turistas de esta nacionalidad ha experimentado un considerable aumento pasando de 1,1 millones en 1997 a los 2,3 millones del 2004. Según fuentes de la Conselleria de Turismo, el **90,2%** de los turistas británicos alojados en hoteles en 2004 lo hicieron en la provincia de Alicante, más de **650.000** viajeros, el **7,7%** en Valencia, con 55.597, y el **2,1%** en Castellón con casi 15.000 visitantes británicos. Es decir, el **90%** de los británicos que vienen a la Comunidad Valenciana a hospedarse en hoteles eligen **Alicante** como destino turístico.

A 1 de enero de **2005**, la Comunidad Valenciana ha sido, con **149.145** personas más que al año anterior, la cuarta autonomía que registró en el 2004 un aumento mayor de población, sólo por detrás de Cataluña –con 181.887 personas– y Andalucía –162.281–, y la Comunidad de Madrid que registró 159.314 personas más. De las 149.145 personas de incremento en la Comunidad Valenciana, **117.668** eran extranjeras.

En el 2004, por vez primera, la Comunidad superaba los **4,5 millones** de habitantes. De esta manera, la principal causa de que la Comunidad rebase ésta barre-

ra es la inscripción padronal de inmigrantes. Esto supone que los extranjeros constituían el 10,21% de la población autonómica en el 2004, frente al 9,25% de enero de 2003. Actualmente, los **4.692.449** habitantes incluyen a **581.985** extranjeros lo que supone el **12,4%** sobre el total.

La Evolución Demográfica en las tres provincias de la Comunidad Valenciana queda reflejada en la TABLA 1.

TABLA 1				
EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA COMUNIDAD VALENCIANA				
DE ENERO 2002 A ENERO 2005				
	ALICANTE	VALENCIA	CASTELLÓN	TOTAL C.V.
Población Total				
Año 2002	1.576.980	2.286.128	506.480	4.369.588
Año 2003	1.632.349	2.320.315	518.221	4.470.885
Año 2004				4.543.304
1 de enero 2005	1.732.389	2.416.628	543.432	4.692.449
Extranjeros empadronados				
Año 2002	170.240	68.024	26.629	264.893
Año 2003	245.883	120.656	43.012	409.551
Año 2004				464.317
1 de enero 2005	321.640	194.707	65.638	581.985
Extranjeros residentes				
Año 2002	62.664	27.631	11.073	101.368
Año 2003	101.194	57.771	21.046	180.011
% Extranjeros/total población				
Año 2002	10,7	3,0	5,3	6,3
Año 2003	15,0	5,2	8,3	9,5
Año 2004				10,21
1 de enero de 2005	18,56	8,05	12,07	12,4
Inmigrantes irregulares				
Año 2002	107.576	40.393	15.556	163.525
Año 2003	144.506	62.885	26.358	233.749

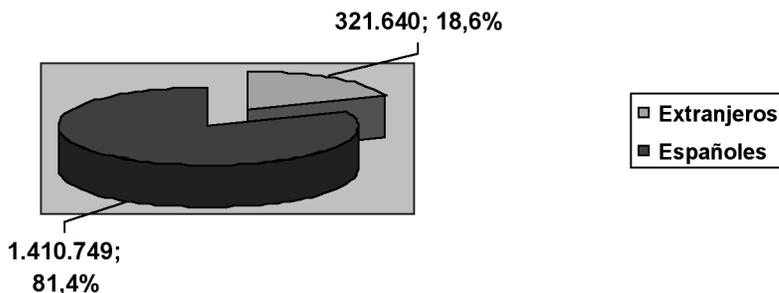
Fuente: A partir de datos del INE y del Ministerio del Interior

1.1.3.3.- Provincia de Alicante

Los datos del INE en septiembre de 2004 cifraba la población de la provincia en 1.657.040 habitantes elevando el número de extranjeros en la provincia a 260.316 siendo por tanto el 15,7% del total. Esto significaba que la proporción de extranjeros superaba en 5,5 puntos a la media autonómica y doblaba la nacional. Los datos del INE en Septiembre de 2004 informaban de una población en la provincia de Alicante de 1.657.040 empadronados. Las últimas cifras oficiales del INE a 1 de enero de **2005** eleva la población total de la provincia a **1.732.389** personas, de las que **321.640** son extranjeros, es decir, el **18,56%** como ya se ha dicho (GRÁFICO 5)

GRÁFICO 5

Población Extranjera en la Provincia de Alicante Enero 2005



A 1 de enero de **2005**, la provincia de Alicante tiene un porcentaje de extranjeros del **18,56%**, que frente al **12,4%** de la Comunidad Valenciana supone superar a ésta en **6.16** puntos y en más de **10** a los **8,5%** de la media nacional.

La **ciudad** de Alicante (contexto de la presente investigación) en Septiembre de **2004** contaba con **323.000** personas empadronadas, de las cuales **45.565** eran extranjeras¹⁷.

Como dato relevante, puede afirmarse que los residentes extranjeros superan ya a los españoles en **doce** municipios de la provincia: Alcalalí 51,3%, Alfaz del Pí 50,9%, Benijófar 51,2%, Benitatxell 58,07%, Calpe 58,6%, Jávez 51,2%, Llíber 61,4%, Rojales 65,25%, San Fulgencio 63,5%, San Miguel de Salinas 51,2%, Teulada 60,4% y Els Poblets 58,6%. Además hay que citar Torrevieja que con una población censada de 84.348 habitantes, el 48% son extranjeros¹⁸. Es decir, las comarcas de la Marina Alta y la Vega Baja concentran la población foránea, siendo los británicos con un 22,3% y los alemanes con un 10,1% las nacionalidades más representadas.

En cuanto a la natalidad en la provincia de Alicante, se está asistiendo a un espectacular aumento de los nacimientos que presenta sus propias peculiaridades, teniendo en cuenta que este repunte se ha visto impulsado en gran parte por el fenómeno de la inmigración (más de la mitad de los recién nacidos en la provincia en el 2004 son hijos de extranjeros) lo que convierte a Alicante en la primera provincia de toda España donde los nacimientos de hijos inmigrantes empieza a superar a los de españoles, marcando así un hito demográfico. Además, al elevado número de nacimientos de inmigrantes se debe unir el alto porcentaje de mujeres en edad fértil (especialmente las nacidas en el “*baby boom*” Español entre 1965 y 1975) con una consecuencia directa como es la recuperación de la caída de la natalidad de la década de los 90 y un aumento de los nacimientos de casi el 25 por ciento en los últimos cuatro años.

Los hospitales públicos de la provincia de Alicante registraron en el año 2004 15.208 partos, 2.884 más que en 2000 (hubieron 12.324 partos). El Hospital que

¹⁷ Fuente: Oficina de Estadística del Ayuntamiento de Alicante. Noviembre, 2004.

¹⁸ Fuente: Padrón Municipal a 1 de enero 2005, publicado el 17 de enero 2006 por el INE

más aumento de partos experimentó fue el de Elche con un incremento del 29 por ciento (1.979 partos en 2000 y 2.789 en 2004), seguido del HGUA con un 22 por ciento (2.512 partos en 2000 y 3.240 en 2004). El Hospital de Orihuela tuvo 1910 partos en 2000 y alcanzó en el 2004 los 2.367 partos (Fuente: Conselleria de Sanitat).

En un estudio realizado en el Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante) durante el año 2002 se evaluó el impacto de la inmigración en el Servicio de Obstetricia aportando datos cuantitativos que confirman un 25% de partos de madres inmigrantes, siendo las mujeres de Ecuador (101 nacimientos) y Marruecos (94) las nacionalidades más atendidas (DE MIGUEL, 2003).

Según fuentes del Servicio de Obstetricia del HGUA, se prevé una estabilización en el número de partos hacia el 2010.

1.1.4.- Atención a pacientes extranjeros en otros hospitales.

Los cuidados están polarizados sobre una sola cultura: la occidental. Además, la cultura hospitalaria es muy etnocéntrica (LEININGER, 1995). El etnocentrismo consiste en rechazar las formas de pensar, los valores, las creencias de otras sociedades y considerar las propias como superiores. El hospital tiene valores que considera superiores y a imponer a los demás (ROHRBACH, 1998).

Cuando se diseñaron las organizaciones sanitarias de nuestro país tal y como hoy las conocemos, nadie podía llegar a vislumbrar la posibilidad de coexistencia en el seno de una misma institución de diferentes tradiciones y prácticas culturales. Tampoco en el pasado, ni autoridades sanitarias ni los propios profesionales tuvieron que afrontar los dilemas que plantea la libertad cultural, entre ellos si es moralmente permisible (de acuerdo con los principios liberales) imponer a los extranjeros unas expectativas de comportamiento cimentadas en el modo de actuar de la mayoría (MENDEZ, 2004).

Dada la relativa novedad de la preocupación por la asistencia a pacientes extranjeros en nuestros centros, no existen aún muchos estudios que aborden específicamente este fenómeno. Algunos trabajos científicos de autores nacionales analizan los problemas de salud generales y particulares que presenta el colectivo de inmigrantes. Se han hallado varios trabajos en el campo de la tuberculosis importada, VIH, salud mental, atención materno-infantil, trastornos psiquiátricos y otras enfermedades infecciosas (TORRÚS, 2006). En cuanto al VIH también se ha detectado que el porcentaje de inmigrantes afectados podría ir en aumento, ya que una parte de la población inmigrante adquirirá la infección en nuestro país debido al uso de la prostitución (GASCÓN, 2003).

Desde el punto de vista clínico, el estudio del uso de nuestros hospitales por parte de la población inmigrante es un fenómeno reciente, con pocos precedentes. Pueden citarse trabajos como el realizado en el Hospital de Mataró (Barcelona) acerca de enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes (ROCA et al, 2002), o el trabajo realizado en hospitales públicos de Valencia sobre un

total de 248 altas de inmigrantes (SALAZAR et al, 2003) en un intento de aportar información sobre la utilización de servicios hospitalarios así como cuantificar de modo objetivo las patologías más urgentes y comprometedoras. Una de sus conclusiones más llamativas en este último era que la proporción de enfermedades infecciosas y, dentro de ellas, el número de infecto–contagiosas no contribuían a alimentar las opiniones difundidas sobre importación o reemergencia de enfermedades desde los colectivos de inmigrantes.

Cuando un extranjero ingresa como paciente en uno de nuestros hospitales, entra en contacto con lo que podríamos definir como “la cultura hospitalaria”, donde los profesionales de la salud (ya sean enfermeras/os o médicos) actúan en base a sus creencias, valores, cultura, etc., y creen que deben actuar así por el bien del paciente y su familia, ya que son ellos los profesionales. Esta actitud etnocéntrica es un sesgo muy frecuente dentro de la actuación de las enfermeras/os, pero quizás la situación se agudice más en el caso de pacientes con una herencia cultural marcadamente diferente al del “cuidador”. Estudios realizados en Suecia para identificar diversidades y similitudes en los cuidados y valores culturales entre enfermeras suecas y enfermeras iraníes en un hospital de Estocolmo (CONTE, 2004) son muestra de la necesidad de tener en cuenta no sólo la herencia cultural del paciente, sino la del propio profesional.

Aunque tímidamente, comienza a detectarse una preocupación en nuestro contexto por evaluar la confianza que tienen las enfermeras españolas a la hora de atender a pacientes de grupos culturales diversos y así desarrollar programas de formación pre-grado que contemplen la administración de cuidados culturalmente sensibles (VARGAS et al., 2004).

Desde la perspectiva del paciente, la situación actual más común es que este ingrese junto con su familia, en un lugar donde pierden el control de la situación, que pasa a manos de los profesionales que ahí trabajan, se plantean problemas de índole lingüístico y cultural ligados a hábitos e incluso a la concepción de la prestación sanitaria que se les ofrece (LÓPEZ y LORENZO, 2004). La habitación es en la mayoría de veces compartida con otro paciente que puede llegar a simbolizar la “alteridad” en toda su plenitud; se imponen unos horarios de comida, medicación, descanso, etc., que no se corresponden con los habituales del paciente en su domicilio. Además, las enfermeras responsables de su cuidado poseen actitudes diversas ante el sinfín de procesos que aguardan al paciente (procedimientos, cuidados, higiene, información, diagnósticos, pronósticos, dolor y hasta... la muerte). Todo este entramado de valores, creencias, imposiciones, etc., puede provocar una inadecuada aceptación del episodio asistencial por parte del propio paciente y su familia, reflejada en la aparición de un elevado número de insatisfacciones, frustraciones o percepciones negativas de las que pueden o no quedar constancia escrita y que en el peor de los casos puede llegar al alta voluntaria¹⁹.

¹⁹ Según fuentes del Comité de Enlace de los Testigos de Jehová con el HGUA, son frecuentes la derivación voluntaria de pacientes que deben someterse a Cirugía programada a Hospitales de Valencia como el Hospital Dr. Peset y el Hospital de la Ribera (Alcira), circunstancia no relacionada con el hecho de ser extranjero pero sí con el “choque cultural”.

Cuando, en un contexto pluriétnico o multicultural, la presencia de varias lenguas, sistemas de valores y modelos comunicativos provoca que la comunicación entre dos partes no pueda llevarse a cabo sin el puente de una tercera persona, hablamos de mediación. Aunque tímidamente, ha surgido en algunos centros la denominada “mediación intercultural”, fenómeno bastante reciente que en España no cuenta con mucho más de 10 años. Se trata de una figura que aún no está del todo definida, ni siquiera regularizada profesionalmente, pues aunque la figura del mediador intercultural ya está reconocida por el Ministerio del Interior (según Real Decreto 638/2000 de 11 de mayo), a efectos prácticos no tiene relevancia en los Hospitales. Actualmente no existe un título oficial de mediador intercultural, ni un sistema de formación y acreditación. La mediación intercultural suele estar relacionada con el ámbito del trabajo social, y las pocas iniciativas formativas en este campo, contando o no con el apoyo académico universitario, se han puesto en marcha desde ONG’s y servicios sociales de ayuntamientos (SALES, 2005).

La Mediación Intercultural (o mediación social en contextos como el arriba descrito) se entiende como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del “Otro” y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados (GIMÉNEZ, 1997).

Hay publicados estudios sobre los efectos de la mediación intercultural sobre la calidad de la atención prestada (VERREPT y LOUCKX, 1997), en contextos europeos. Según estos, los profesionales sanitarios, pacientes y mediadores culturales confirman que la introducción de la mediación intercultural incrementó de manera significativa la calidad de la atención cuando se utilizaron de manera adecuada sus servicios. Los profesionales participantes en estos estudios manifestaron que el programa de mediación intercultural se debería mantener (donde estuviera implantado) y convertirse en un servicio habitual a disposición de los pacientes de minorías étnicas y del personal sanitario. La mejora más importante de este servicio está asociada al hecho de que las personas mediadoras facilitan el intercambio de información detallada y correcta entre el personal sanitario y los pacientes, contribuyendo a ello la menor inhibición de los pacientes a la hora de relatar su caso en presencia de una mediadora cultural.

Las referencias a este tipo de labor en España se limitan a grupos aislados muy concretos, como la de la Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid, en colaboración con Cruz Roja, desarrollando el Programa “Migración y Multiculturalidad”. Como resultado de la colaboración entre esta Escuela y el Ayuntamiento de Madrid desde 1997 funciona el Servicio de Mediación Social Intercultural, inspirado en sistemas similares de Italia, Suecia o Reino Unido. Otro foco de atención en torno a la mediación intercultural lo constituyen la Federación Andalucía Acoge y el AEP Desenvolupament Comunitari de Cataluña, que han venido colaborando desde 1998 (VV.AA., 2002). En la Comunidad Valenciana se puede citar la experiencia que aporta una Mediadora, Saloua Laghrich, del Servicio de

Atención al Inmigrante que depende de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana. Describe unas intervenciones muy puntuales y concretas en el Hospital La Fe de Valencia y que ilustran la eficacia de actuar en situaciones tremendamente difíciles tanto para el paciente y como para el equipo asistencial debido a barreras culturales (LAGHRICH, 2004).

En la práctica, son los profesionales sanitarios de los hospitales (y de Atención Primaria) los que actúan la mayor parte de las veces de Mediadores. Mediar no sólo es traducir las palabras (labor esencial de intérpretes/traductores) sino que va más allá, abarcando todos los aspectos de la comunicación no verbal (olor, gestos, movimientos corporales, silencios, ritos, etc.), que culturalmente son claves. Además de conocimientos lingüísticos, debe tener presentes datos de la sociedad y la cultura a la que pertenece el paciente extranjero: relaciones de parentesco, religión, percepción de lo que significa la salud y la enfermedad, costumbres y aspectos culturales relevantes. Además, debe evitar caer en el estereotipo de considerar al extranjero como un “miembro típico” de su cultura teniendo en cuenta la variable personal de cada cual y además la adaptación o cambio que puede devenir del contacto entre culturas.

1.1.5.- Aspectos Éticos

El choque cultural puede crear situaciones asistenciales de conflicto, en las que colisionan derechos y deberes contemplados en la ley y también valores que pueden ser distintos en pacientes (extranjeros o no) y profesionales.

El rechazo por razones de creencias, por ejemplo, de un tratamiento indicado como la transfusión de sangre, enfrenta dos bienes fundamentales:

- La libertad para aceptar o rechazar un tratamiento médico, posibilidad reconocida al paciente entre los derechos del enfermo (apartados 6 y 9 del Artº 10 de la Ley General de Sanidad).
- La vida a cuyo respeto se subordina cualquier decisión terapéutica. El deber de los profesionales e instituciones sanitarias, es salvaguardar la vida del enfermo, dispensando los tratamientos necesarios. Asimismo la sociedad, a través del ordenamiento jurídico, prioriza el derecho a la vida (Artº 15 de la Constitución Española).

El conflicto surge cuando no se armonizan el derecho del paciente y el deber del profesional. Por un lado está el derecho del paciente a rechazar un tratamiento, con las secuelas para su vida o salud (principio de autonomía), y por otro los propios valores del médico o enfermera/o que, en principio, le obligan a preservar a vida y la salud de todo paciente.

En la solución de este conflicto, hay que tener presente, además de la voluntad del paciente (principio de autonomía), la beneficencia según el cual el profesional debe actuar procurando el bien del paciente (y la medida de esa bondad se deter-

mina, no por lo que el profesional crea beneficioso para el paciente, sino por lo que éste estime como tal) y el de justicia, que impone el deber de la utilización o reparto equitativo de los medios disponibles.

Los médicos (y por extensión el personal de enfermería), además de proporcionar información relevante sobre los procedimientos, antes de que los pacientes consientan, deben asistirles para que piensen con mayor claridad y considerar la racionalidad de las creencias de los pacientes²⁰.

Los requisitos de la racionalidad teórica deben ir parejos con los de la información (información suficiente de riesgos y beneficios de la decisión, así como de las posibles alternativas).

Otra consideración a tener en cuenta será la capacidad del paciente para tomar decisiones. Siempre se deberá confirmar la autenticidad de la decisión, descartando en entrevista privada con el paciente la existencia de presiones que puedan condicionar la decisión.

1.1.6.- Aspectos Legales

Desde que la nueva regulación de la sanidad pública (Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre) sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, entró en vigor, se reconoce el derecho a la salud a todos los que estén empadronados en el municipio donde viven, otorgando a los inmigrantes el derecho a disfrutar de las ventajas que la sanidad pública ofrece a los ciudadanos. El Artículo 12 hace referencia al derecho a la asistencia de los extranjeros que se encuentren en España en cuatro situaciones diferenciadas:

- Los inscritos en el Padrón del municipio donde residen, en igualdad con los españoles.
- Los menores de 18 años a igualdad con los españoles.
- Las embarazadas, derecho de asistencia de embarazo, parto y puerperio.
- El resto, derecho a la atención de urgencias independientemente de la continuidad de cuidados y hasta el alta médica.

La asistencia sanitaria de los extranjeros, por tanto, está garantizada por Ley aunque ésta no se pronuncia sobre aspectos concretos que pueden surgir de la herencia cultural de los pacientes y sus familias a la hora de conciliar “nuestras” normas y sus arraigadas costumbres. El ordenamiento jurídico se vale del principio de jerarquía y en la cúspide jerárquica se sitúa la Constitución. Es obligatorio pues, comenzar por comentar los derechos fundamentales que garantiza la Constitución Española.

²⁰ Fuente: Comité de Ética Asistencial. Hospital Virgen del Camino. Pamplona 2002. Protocolo de Actuación ante pacientes Testigos de Jehová.

Art.º 15: *derecho a la vida y a la integridad física y moral...*

Art.º 16: *libertad ideológica, religiosa y de culto ...*

Hay que entender que ambos son bienes protegidos conjuntamente y no cabría valorar la protección de la vida sin valorar el respeto a su libertad religiosa. Esta protección conjunta forma la “dignidad de la persona” que la Constitución en su Art.º 10.1 considera fundamenta el orden político y la paz social.

Por otra parte la Constitución contiene normas referentes a la protección de la salud (Art.º 43.1) y organización y tutela de la salud pública por parte de los poderes públicos (Art.º 43.2).

La Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986 tras declarar el derecho de todos “*al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, sexo, moral, económico, ideológico, político o social*” (Art.º 10.1.2), reconoce el derecho de los pacientes a la información (Art.º 10.5) y al Consentimiento Informado por escrito. Además reconoce el derecho del paciente a “*la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso*” (Art.º 10.6). Enumera tres excepciones a esta obligación: “*Riesgo para la salud pública*”; “*incapacidad*”, en cuyo caso la decisión corresponde a familiares o allegados, y “*urgencia*”.

La jurisprudencia más reciente admite que cuando de la autopuesta en peligro por el rechazo de un tratamiento (como es por razones religiosas la transfusión de sangre en Testigos de Jehová) pueda derivarse un riesgo para la vida, descartada la intención suicida, los terceros intervinientes están amparados por el carácter justificante del consentimiento prestado, si no pueden ofrecerse tratamientos alternativos aunque sean más laboriosos o arriesgados: “*El adulto capaz puede enfrentar su objeción de conciencia al tratamiento médico, debiéndose respetar su decisión, salvo que con ello se ponga en peligro derechos o intereses ajenos, lesione la salud pública u otros bienes que exigen especial protección*” (Sentencia de Tribunal Supremo 950/1997).

Sin embargo, teóricamente sí podrían derivarse responsabilidades tanto penales como de otra índole para el médico respetuoso con la voluntad del paciente que rechaza p.ej. una transfusión, dado que el consentimiento carece de cobertura legal en cuanto no existe un derecho a la propia muerte (Sentencia del Tribunal Supremo 120/1990, 27 junio).

En el caso concreto de la asistencia a pacientes Testigos de Jehová, y dada la inseguridad jurídica todavía existente para los facultativos responsables de la misma, es en el médico en quien últimamente recae la responsabilidad sobre las consecuencias de sus actos en el ejercicio profesional, y conviene recordarle su derecho a la objeción de conciencia en el caso de desacuerdos irreductibles entre su opinión y la del paciente.

Para los menores sujetos a la potestad de sus padres está previsto que éstos últimos deban autorizar el procedimiento de la transfusión según la Ley (Art.º 164 y

269 Código Civil), pero debería contarse con la opinión del menor que tenga suficiente discernimiento (Art.º 162.1 y 154 Código Civil). En caso de negativa de padre o tutores, frente a la propuesta médica, el derecho a la vida y a la salud del menor no puede ceder ante la afirmación de la libertad de conciencia u objeción de los padres. Si estos dejan morir a su hijo menor porque sus convicciones religiosas prohíben el tratamiento hospitalario o la transfusión de sangre, se genera una responsabilidad penalmente exigible. La concurrencia de la esfera de la responsabilidad de los padres con los médicos, dada su posición de garantes, no permite sostener una atracción del hecho delictivo exclusivamente al ámbito de responsabilidad de los padres con consecuencias eximentes de la responsabilidad de los facultativos.

El derecho al rechazo del tratamiento y a arriesgar la propia vida tan sólo puede ejercerse personalmente, sin que sea posible suplir la voluntad a través de los representantes legales. La principal razón es que se trata de una decisión de consecuencias irreversibles, no susceptible de modificación tras una posterior evolución o maduración de la personalidad del menor. El Juez puede autorizar la transfusión a instancia del menor, de un pariente o del Ministerio Fiscal.

En conclusión, la tendencia del pensamiento jurídico en la actualidad es hacia la despenalización de la actuación del profesional en pacientes adultos, siempre que se ajuste a los requisitos de la legislación que aquí se ha citado. En menores de edad la legislación actual parece exigir una actuación positiva del profesional. Hay que garantizar, asimismo, que el consentimiento para un procedimiento se ha obtenido libre de coacciones. Siguiendo con el caso de los Testigos de Jehová, un miembro de ésta creencia no puede impedir a otro la transfusión porque el derecho a la libertad religiosa pertenece a cada individuo.

No obstante, dada la falta de acuerdo en la interpretación de la doctrina por parte de los jueces y las posibles consecuencias jurídicas de las decisiones de los profesionales a la hora de atender pacientes –extranjeros o no– con creencias que colisionan con sus modos de curar o cuidar, se recomienda prudencia en la actuación.

1.2.- OBJETIVOS DESGLOSADOS

1.2.1. Objetivo general

“Identificar la diversidad cultural entre los pacientes de nacionalidad extranjera ingresados en un hospital público de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana en la provincia de Alicante: Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).”

1.2.2.- Objetivos específicos

1.- Describir las diferencias en las costumbres, tradiciones y valores que existen en las culturas extranjeras más numerosas en el hospital seleccionado con respecto a 6

variables (religión, prácticas de salud, costumbres sociales, salud maternal e infantil, intimidación y dieta).

2.- Describir, los distintos modos de percibir la enfermedad en las culturas identificadas.

3.- Determinar los medios que se utilizan en el Hospital para proporcionar cuidados culturales según el Modelo de M. Leininger.

4.- Identificar las diferentes manifestaciones de la herencia cultural en pacientes y profesionales durante la hospitalización.

5.- Incorporar al Manual de procedimientos de Enfermería la integración de los cuidados culturales.

1.3.- HIPÓTESIS

La hipótesis a verificar, que se sustenta en los principios de la diversidad y universalidad, es la siguiente:

“En el Hospital General Universitario de Alicante existe una diversidad cultural significativa que requiere el establecimiento de cuidados culturalmente adaptados o competentes”.

Hipótesis Derivadas:

1) En el HGUA existe una tasa de ingresos de pacientes extranjeros superior al 5 % del total.

2) En el HGUA se constata una variabilidad cultural significativa entre sus pacientes extranjeros.

3) En el HGUA existe una variabilidad en los conocimientos sobre la diversidad cultural en los proveedores de los cuidados de enfermería.

4) En el HGUA las manifestaciones de multiculturalidad se evidencian a nivel religioso, de prácticas de salud, de costumbres sociales, de salud maternal e infantil, de intimidación y la dieta).

5) En el HGUA la valoración de enfermería al ingreso de pacientes extranjeros no contempla las diferencias derivadas de la diversidad cultural.

2.- ESTADO DE LA CUESTIÓN



“La enfermería es una disciplina, una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo”.

Madeleine Leininger

Para conocer el “*ESTADO DE LA CUESTIÓN*”, se procedió a saber *¿quién?*, *¿cuánto?*, *¿cuándo?* y *¿qué?* se ha dicho antes sobre el tema. Se inició un proceso heurístico a través de una intensa búsqueda bibliográfica y se revisó abundante material sobre lo que se ha planteado, descrito, analizado, comparado y teorizado sobre este tema.

Si bien existe un número significativo de trabajos y estudios realizados desde la cultura anglosajona (principalmente norteamericana), se evidencia en el contexto Europeo, y sobretodo desde la cultura Española, una escasez de investigaciones realizadas sobre la diversidad y la universalidad de los cuidados a pacientes extranjeros en un Hospital General. Otros niveles asistenciales en España como son la enfermería de Atención Primaria y Comunitaria también se hacen eco de la escasez de información escrita sobre las diferencias respecto a las necesidades de cuidados que presenta la población extranjera en relación con enfermería (BARAZA et al., 2005). A la vista de las tendencias demográficas, se vislumbra una verdadera “eclosión” de estudios siguiendo ésta línea de investigación en los próximos años y ya algunos referentes profesionales como la Revista Index, Revista Cultura de los Cuidados, y las comunicaciones y ponencias presentadas en foros como las Jornadas Científicas de la Fundación Index, Reuniones sobre Investigación Cualitativa en Salud, Encuentros de Enfermeras y Enfermeros Antropólogos, Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society en Alicante del 14 al 16 de Junio 2004, entre otros, han evidenciado una preocupación por esta nueva realidad y sus consecuencias en el cuidar.

Insistiendo en la sensibilidad y desproporción con el número de investigaciones en países anglosajones con respecto a nuestro país, destaca el meta-análisis de Coffman en EE.UU. quien, a través de un estudio comparativo de 13 trabajos cualitativos, describe la experiencia de mas de 1000 enfermeras en el cuidado a pacientes de otras culturas (COFFMAN, 2004). Otro estudio, este en el Reino Unido, pretendió conocer –a través de encuestar a 126 enfermeras– como éstas respondían a las necesidades culturales y los resultados variaron entre la supuesta suficiencia de conocimientos culturales y el deseo de aquellas por adquirir más conocimientos sobre las culturas (NARAYANASAMY, 2003).

Se hallaron investigaciones como la realizada por Cortis que confirma la existencia de una falta de congruencia entre las expectativas de los pacientes y la experiencia a la hora de recibir cuidados de enfermería, sugiriendo este autor intervenciones sobre los déficits identificados como son la base de conocimiento cultural

y habilidades de valoración en las enfermeras. Asimismo, evidenció una falta de conocimiento en relación con los hábitos dietéticos, necesidades espirituales, intimidad y privacidad de los pacientes. (CORTIS, 2000).

En un estudio realizado por Rooda sobre el conocimiento y actitudes de las enfermeras en pacientes con culturas diferentes mostró que, de las múltiples variables analizadas, el nivel de formación educacional fue el más sensible a la calidad de los servicios prestados, y por tanto el más significativo. Ésta investigación otorga un papel crucial a la formación curricular de los nuevos profesionales en una sociedad cada vez más cambiante merced a la globalización (ROODA, 1993).

Según Abdullah, los objetivos de la formación deben estar centrados en el aumento del conocimiento, la sensibilidad y el compromiso Transcultural. La individualización del cuidado vendrá determinado por los datos recogidos en la valoración enfermera sobre variables que, como la religión, valores, dieta o creencias, influyen en los comportamientos de los individuos (ABDULLAH, 1995).

Surgen nuevos términos como el que viene a definir la situación provocada cuando una enfermera interactúa con su paciente ignorando las diferencias culturales o actuando como si las diferencias no existieran: *ceguera cultural* (“cultural blindness”). Martsof amplía el vocabulario enfermero con definiciones como *conflicto cultural*, *imposición cultural* y *sensibilidad cultural* (MARTSOLF, 1999). Ella misma advierte que el riesgo de imposición cultural existe desde el momento en el que la propia enfermería constituye un grupo cultural, portador de sus propios comportamientos, creencias, valores y normas culturales. Los profesionales de enfermería muestran sensibilidad cultural cuando consideran los factores culturales como relevantes para la salud, enfermedad y a la hora de administrar los cuidados. I. Tuck en su artículo “*The cultural context of mental health nursing* (1997) afirma que la Enfermería como profesión está determinada culturalmente, motivo por lo que los profesionales deben evitar el etnocentrismo (op cit MARTSOLF, 1999).

En este punto, conviene diferenciar los *cuidados culturales congruentes* de los *cuidados culturales competentes*. El cuidado cultural congruente fue descrito por Leininger como el punto principal del cuidado Transcultural. Éste viene acompañado de creencias emic, valores y prácticas de la gente. Debido a que es construido a partir de ellos, el cuidado cultural congruente por lo tanto será significativo, sostenible, habilitador, respetuoso con los valores de la vida e integrador de modelos sobre los valores vitales (PACQUIAO, 2003). La competencia cultural es la forma de dar cuidados que nos aportan aspectos universales y culturalmente específicos del cuidado. La competencia cultural requiere conocimientos, habilidades y actitudes a la hora de dar cuidado cultural congruente a diferentes grupos de gente. Pero no sólo requiere conocimientos culturales sino que también hace referencia a la práctica y el comportamiento de los profesionales de los cuidados.

Precisamente, existe un trabajo –aunque centrado en el ámbito extrahospitalario– que pretende lograr un acercamiento al conocimiento sobre la percepción, actitudes y creencias en relación a la salud y la enfermedad, que explora y describe las

particularidades socioculturales en población inmigrante marroquí en dos poblaciones de Madrid (GENTIL, 2002). Concluye sobre la necesidad de superar las barreras de comunicación, tener en cuenta el valor que dan a terapias naturales frente a químicas, dificultad de acceso a la salud por motivos laborales, fragilidad socioeconómica y un interés por mejorar su calidad de vida lo que incluye su estado de salud. Estas conclusiones son coincidentes con otros estudios como el de Gerrish publicado en 1999, sobre el mismo tipo de población –inmigrantes– aunque en contextos distintos al de España. En esta última investigación se señala la pobreza, la cultura, el bajo nivel educativo y la barrera idiomática como motivo de falta de acceso en igualdad de condiciones a los servicios de salud, contribuyendo al deterioro de ésta (GERRISH, 1999).

Como ya se ha dicho, el cuidado del paciente desde la perspectiva Transcultural, en el contexto de un mundo cada vez más globalizado, se aborda por muchos autores en inglés (LIPSON et al., 1987) (GALANTI, 1991) y excepcionalmente en castellano. Coinciden la mayoría en que el paciente requiere cuidados culturalmente congruentes y competentes que deben ser considerados en los planes de cuidados de enfermería (VÁSQUEZ, 2001) y, en el caso de estudios efectuados en España, los cuidados en la atención especializada no son holísticos desde el momento en que no se tienen en cuenta los valores culturales para poder aplicarlos (LIMIA et al., 2004).

Según Vásquez (VÁSQUEZ, 2001) las dimensiones que la enfermería debe considerar, porque inciden en la diversidad cultural de los grupos humanos, son:

- La etnicidad y la religión. Estos dos elementos pueden ser modeladores de los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud. La religión y la etnia a la que se pertenezca pueden normatizar aspectos de la salud y la enfermedad.
- La residencia y las diferencias regionales. Los lugares urbanos, suburbanos y rurales crean importantes variaciones en los estilos de vida de las personas.
- Las diferencias generacionales. Las diferentes generaciones en una misma familia pueden reflejar diferentes perspectivas de vida, lo que de alguna manera incide en sus valores, creencias y prácticas de salud. Los ancianos tienen más dificultad en asimilar el actual mundo cambiante y los jóvenes adoptan nuevos valores acordes con la velocidad de la actual globalización.
- La inmigración es una dimensión muy significativa. Actualmente las personas se mueven de un lugar a otro por muchas razones y en muy diversas circunstancias pero con tres rasgos importantes en común: la ruptura, la diferencia y las dificultades de acceso a los servicios de salud.

También la valoración del paciente por parte de enfermería, desde esta perspectiva, es tratada por diversos investigadores de la corriente Transcultural. Existe una propuesta de la Sociedad de Enfermería Transcultural de un registro de valoración (en

inglés) que recoge distintas dimensiones incluidas en la presente investigación. Dicho documento está disponible en la siguiente dirección:
<http://www.culturediversity.org/assmtform.htm>.

El Modelo de competencia cultural de Purnell (PURNELL, 1999), permite al cuidador valorar a pacientes procedentes de culturas que le son desconocidas y para ello ofrece 12 *dominios* que pueden ser utilizados en el contexto hospitalario, en el hogar del paciente o en la comunidad. Habla de *Características Primarias* y *Características Secundarias* como origen de Diversidad.

Para Purnell las Características Primarias de diversidad lo constituyen:

- * Nacionalidad * Edad * Género
- * Color Piel * Raza * Religión

Las Características Secundarias, según Purnell, son:

- * Status Socioeconómico
- * Experiencia Militar
- * Creencias Políticas
- * Estado Paternalista
- * Orientación Sexual
- * Tiempo fuera del País
- * Razones y situación de la Migración (legal, indocumentado, etc.)
- * Nivel Educación
- * Ocupación
- * Residencia Urbana/Rural
- * Caracteres Físicos
- * Estado Civil
- * Asuntos de Género

Por otra parte, y de acuerdo con el concepto de *consistencia hereditaria* desarrollado por Estes y Zitzow, “*el estilo de vida de un individuo refleja su cultura tradicional*” (ESTES y ZITZOW, 1980) y esa consistencia viene determinada por los antecedentes étnicos, culturales y religiosos de la persona. Para Spector, la etnicidad es indicativa de las siguientes características que un grupo puede compartir: 1. Origen geográfico común; 2. Migración; 3. Raza; 4. Idioma y dialecto; 5. Religión; 6. Vínculos que trascienden tribus, vecindades y comunidades; 7. Tradiciones, valores y símbolos; 8. Literatura, folklore y música; 9. Dieta; 10. Vivienda y empleo; 11. Interés por la política en la nación de origen o en la de acogida; 12. Instituciones que mantienen y sirven específicamente al grupo; 13. Sentimiento interno de distinción; 14. Percepción externa de distinción (SPECTOR y MUÑOZ, 2003).

Autores, como Spector, aportan herramientas a la Enfermería para la *valoración de la herencia cultural*. Ella ha hecho una profunda revisión de la información científica y de enfermería que se debe poseer para realizar “Cuidados Culturales”. Los “cuidados culturales” es un concepto que describe el tipo de cuidados en la enfermería profesional que son culturalmente sensibles, culturalmente congruentes y culturalmente competentes (SPECTOR, 1999). Según Spector, “el deseo y la demanda de los profesionales de los cuidados por convertirse en *culturalmente competentes* –término que implica que dentro de la práctica de los cuidados, la enfermera comprende y atiende el contexto global de la situación del paciente, como una

combinación compleja de conocimientos, actitudes y habilidades” (SPECTOR, 2001)- va en aumento. Spector ha ido desarrollando instrumentos y herramientas para la valoración de la herencia cultural que comprende los factores que, a su juicio, sirven para determinar el nivel hereditario de las personas estableciendo así hasta qué punto una persona se identifica con su herencia tradicional (SPECTOR y MUÑOZ, 2003).

A la hora de planificar los cuidados, la valoración de las necesidades básicas debe ser una constante común a todos los pacientes e independiente de su origen cultural o nacionalidad. Son las siguientes: alimentación, eliminación, respiración, movilidad, higiene y descanso. Durante la búsqueda bibliográfica, y como ya se ha descrito, no han sido muchas las referencias encontradas a través de la combinación de descriptores que incluyan necesidades básicas como *dieta e higiene*, pero cabe citar un estudio denominado *Diet and hygiene in the lives of Gipsy Travellers in Hertfordshire* (Dieta e higiene en las vidas de gitanos nómadas en Hertfordshire) que, considerando a los gitanos nómadas como un grupo étnico y a través de entrevistas semiestructuradas, se exploraron aspectos que también interesan a la presente investigación. Una de las conclusiones es que, con respecto a la salud buco-dental, habían adoptado muchas de las creencias y actitudes de la población general constituyendo un claro ejemplo de aculturación (EDWARDS y WATT, 1997).

Hay una serie de fenómenos principales que han sido identificados por Giger y Davidhizar como impactantes en la salud (por tanto interesan a las enfermeras), y sus manifestaciones varían tanto dentro de los grupos culturales como entre grupos (GIGER y DAVIDHIZAR, 1995). Son: 1) Orientación en el tiempo; 2) Espacio personal y territorialidad; 3) Comunicación; 4) Organización social; 5) Variables biológicas; 6) Hábitos de comida y alimentación; 7) control del entorno. Autores como Spector se han hecho eco de estos fenómenos principales descritos por Giger y Davidhizar (SPECTOR, 1999). Cualquiera de estas variables podrían ser seleccionadas en investigaciones como la presente como elemento objeto de estudio para analizar las diferencias y las semejanzas culturales.

A modo de ejemplo, si seleccionáramos precisamente la dieta, ésta tiene una enorme importancia desde un punto de vista antropológico pues los alimentos representan mucho más que un recurso para el proceso de nutrición. En todas las sociedades humanas, los alimentos juegan muchos y diferentes papeles pues no en vano están ligados a dimensiones religiosas, económicas y sociales de la vida diaria. Los integrantes de las distintas culturas interpretan los alimentos y el acto de comer como una gama de símbolos, expresando y creando relaciones entre hombres, entre hombre y mujer, entre el propio hombre y los dioses, con la naturaleza, etc. Es por ello que los alimentos constituyen una parte esencial de la forma en que determinadas comunidades humanas se organizan y funcionan, así como de la forma en la que sus integrantes miran al mundo y su diversidad, uno de los objetivos de la presente investigación.

El estudio de los hábitos y costumbres alimenticias, como recurso sociocultural del ser humano y desde una aproximación antropológica de los cuidados en la alimentación, es abordado por autores del contexto cercano (LILLO y VIZCAYA,

2002) donde se analizan los valores simbólicos y sociales de los alimentos a través de la historia en diferentes culturas. Esta variabilidad persiste hoy día, a pesar de la globalización creciente, y tiene implicaciones en la aplicación de los cuidados.

Algunos autores muestran su creciente preocupación por problemas de salud durante prácticas religiosas como el Ramadán. El Ramadán es el mes sagrado de ayuno del Islam. Comienza el primer día del noveno mes del calendario lunar por el que se rige la comunidad Musulmana. Durante este periodo, los Musulmanes se abstienen de comer, beber, fumar y mantener relaciones sexuales desde el amanecer hasta el atardecer para venerar a Alá y mostrar la adhesión a la doctrina revelada en el Corán al profeta Mahoma. Algunos pueden elegir no tomar medicación durante las horas de ayuno. Así, p.ej. se recomienda recurrir a dosificar la medicación para respetar las creencias del practicante, adelantar el desayuno, preguntar –en el caso de diabéticos– si considera que una dosis de insulina lo interpreta como romper el ayuno, al igual que la administración en forma de gotas nasales, óticos u oftálmicas, cremas, pomadas, supositorios y parches. En todos estos casos, se ha constatado que el paciente valora la sensibilidad del profesional hacia sus creencias religiosas tanto como hacia su necesidad de cuidados de salud (Mc KENNIS, 1999), (QAISI, 2001).

Otro tipo de profesionales, como los dietistas, son conscientes de que aquellas profesiones orientadas al servicio de personas, en una sociedad multicultural, deben conocer las influencias culturales en los patrones de alimentación, la demografía poblacional y los cuidados de salud de cada grupo étnico (SAMOLSKY et al., 1990). Asimismo, se hace hincapié en el conocimiento de lo que se denomina los *tabús culturales*, referidos a la alimentación, pues el evitar tipos específicos de alimentos es un fenómeno mundial siendo los de origen animal los más frecuentes. Son los motivos religiosos y otras creencias los que llaman a evitarlos, pero existen otros factores culturales implicados: algunos alimentos se consideran propios de clase baja (ABDUSSALAM y KÄFERSTEIN, 1996).

Abdussalam y Käferstein citan ejemplos importantes de comida evitada: el cerdo es evitado por Judíos, Musulmanes y Cristianos Etiopes; la carne de vaca por Hindús, y algunos Budistas; gallinas y huevos por algunas comunidades Africanas; carne de perro en Occidente; pescado en Mongolia y otras partes de Asia central; leche y sus derivados en la Polinesia y zonas de China. En algunas comunidades, se evita todo alimento derivado del mundo animal. Según Araceli Monzón Fernández, existe una larga relación de alimentos tabú para la etnia Mandinga que responde a creencias ancestrales profundamente arraigadas en esa cultura tal y como expuso durante su conferencia titulada *Cuidados en la multiculturalidad* durante la inauguración de las VIII Jornadas Científicas de la Fundación Index en Zaragoza, Junio 2003.

Tan sólo hay un alimento que trasciende la cultura y la geografía, que une a todas las personas a través de una herencia nutricional común y que su evitación constituye una desviación de la norma biológica de nuestra especie: la lactancia materna (AKRÉ, 1996). Para Akré, la leche materna es la excepción cuando se afirma que no existe un alimento universal, siendo nuestra herencia nutricional común y un nexo cultural entre la especie humana.

A partir de los resultados de la búsqueda bibliográfica, se puede afirmar que son escasos en la literatura de enfermería mundial los trabajos que aborden específicamente la universalidad o diversidad en los cuidados referidos a aspectos tan importantes a la hora de planificar los cuidados y que tanto interesa a la Enfermería como son las *necesidades básicas* de alimentación, eliminación, respiración, movilidad, higiene y descanso, junto a otros la higiene/intimidad de los pacientes de nacionalidad ú origen cultural diferente al proveedor de los cuidados.

De acuerdo con la teoría de la Enfermería Transcultural de Leininger (“Transcultural Care Diversity and Universality”) publicada por primera vez en 1985, las culturas muestran tanto *diversidad* (perciben, conocen y practican los cuidados de formas diferentes) como *universalidad* (características comunes de los cuidados). Por tanto, en el Hospital General Universitario de Alicante existirán manifestaciones de multiculturalidad dada la cada vez mayor diversidad en el origen cultural, y no sólo entre los pacientes, ya que entre los propios profesionales –y cada vez con mayor frecuencia– se da el hecho de que sean de procedencia extranjera.

A la vista de los antecedentes y del estado de la cuestión, de la presente investigación pueden derivar dos puntos del máximo interés desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural:

- Conocer la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales dispensados a extranjeros en el Hospital.
- Evaluar la posibilidad o no de aplicar un modelo de Enfermería como es el Modelo de Leininger a la hora de prestar cuidados, para la adaptación a las necesidades de pacientes de otras culturas diferentes a la propia del personal cuidador.

A pesar de la unidad biocultural de la especie humana, no podemos ni debemos obviar la diversidad tanto biológica como cultural del hombre. Y es en este aspecto donde el concepto de *Enfermería Transcultural* cobra sentido desde el momento en que cada cultura requiere un tipo de cuidados que varía según los distintos significados de qué es cuidar, de los diversos tipos de prácticas y creencias que sobre la salud y la enfermedad se tengan.

No sólo la Enfermería utiliza la perspectiva Transcultural, la *Medicina Transcultural* (practicada en España por los médicos de Atención Primaria) aporta conocimientos precisos para la actividad asistencial y entrevista entre sanitarios y pacientes de diferentes etnias. Estos conocimientos comprenden:

ASPECTOS ASISTENCIALES	ASPECTOS CIENTÍFICOS RELATIVOS A
Psicológicos	Cultura
Biológicos	Religión
Sociológicos	Etnicidad

Como consecuencia de todo lo anteriormente expuesto, para la presente Investigación se escogieron como variables entre los extranjeros ingresados las

siguientes: religión, prácticas de salud, costumbres sociales, salud maternal e infantil, intimidad y dieta. Especial interés despierta la dieta (alimentación) y todo lo referido a la intimidad e higiene (pudor, espacio personal, territorialidad, implicaciones sociales o familiares, etc.) en el contexto de un hospital en el que, a priori, existen o pueden existir fenómenos derivados de la multiculturalidad.

Investigar todos estos hechos desde la Antropología supone una perspectiva nueva que enriquece a las Ciencias de la Salud, pues ésta disciplina no abarca solamente una serie de conocimientos, también es una forma de ver la realidad, es lo que se llama la *mirada antropológica*. Una mirada, como dice Tarrés, desde el relativismo cultural: “desde el relativismo cultural se da una visión holística y comparativa de la cultura” (TARRÉS, 2001). El *Relativismo Cultural* consiste en la capacidad de comprender las creencias y costumbres de otros pueblos o sociedades desde el contexto de su propia cultura partiendo de que todas las culturas son iguales y ninguna es superior a otra. Desde esta perspectiva, incluso la noción Occidental del significado de “salud” mismo puede ser reconsiderada. Si los Antropólogos nos diferenciamos, como disciplina, de otras por su carácter global y comparativo, y además aspiramos a dominar los prejuicios de nuestro propio sexo, clase, raza, religión, nación, grupo étnico o cultura, estamos en la mejor disposición para analizar *los fenómenos ligados a la herencia cultural cuando enferman los pacientes extranjeros*.

3.- METODOLOGÍA



“El investigador nunca trabaja sólo como investigador; trabaja también como vecino, como amigo, como desconocido, como hombre o mujer, como occidental, europeo, español..., como profesor o escritor, como aliado, como enfermero, como mano de obra, como transportista, como administrativo... y con otros papeles que él se haya forjado o que le haya conferido el grupo que analiza y con el que convive”

Honorio Velasco, 1997.

Este tipo de estudios interrelaciona íntimamente dos disciplinas científicas, por una parte la de Enfermería que –como rama de las Ciencias de la Salud– ha seguido tradicionalmente una metodología cuantitativa inspirada en el paradigma positivista y, por otra, la Antropología –ciencias sociales– idónea para una aproximación cualitativa de los fenómenos que rodean a los cuidados enfermeros. Si para una su objeto de estudio son los fenómenos observables y cuantificables, mediante un proceso consistente en la observación, medición y análisis estadístico, siendo su modelo metodológico el hipotético–deductivo (parte de una muestra significativa para generalizar los resultados), para la otra sólo el paradigma cualitativo es el que puede explicar y comprender determinados problemas. Para los Antropólogos, la cuestión principal radica en que la realidad se construye no sólo por los hechos observables y externos, sino también por significados, símbolos e interpretaciones elaborados por el propio sujeto a través de la interacción con el contexto.

Asimismo, la utilización de estudios de investigación cualitativa está en auge en el área de la salud (De La CUESTA, 1997), contribuyendo a describir y comprender el uso de los servicios de salud, describir y analizar las relaciones de los profesionales con los pacientes y las relaciones entre los profesionales, identificar y describir las diferentes “culturas” de los usuarios y las de los que los cuidan. La cultura no puede ser valorada con precisión limitándose a instrumentos cuantitativos como una hipotética “escala de aculturación”, número de años en un país determinado, país de residencia, identidad étnica auto–asignada, idioma materno, etc. (IM et al., 2004).

De los cuatro métodos de investigación cualitativa (etnoenfermero, etnográfico, teoría fundamentada y fenomenología) se hizo énfasis en la fenomenología ya que ésta busca “comprender” cómo las personas perciben su mundo y le dan un significado, permitiendo que el investigador no solamente descubra sino también interprete las experiencias vividas por las personas (ZOUCHA, 1999).

Se ha considerado para este estudio que los métodos cuantitativo y cualitativo no deben entenderse desde un punto de vista de confrontación, sino de complementariedad en el ámbito de la investigación.

Así pues y dados los objetivos, la aproximación general (el conjunto de medios teóricos, conceptuales y técnicos para la obtención de los fines) metodología, en definitiva, es cuantitativa y cualitativa. El estudio es de tipo descriptivo, comparativo (sincrónico, diacrónico y sistemático), y fenomenológico. Las técnicas o proce-

dimientos específicos de recogida de información se han encuadrado en un método cuantitativo o cualitativo, a saber:

Método cuantitativo: realización de análisis descriptivo retrospectivo de los años 2001, 2002, 2003 y 2004 de los pacientes que el Programa de Gestión de Pacientes IRIS® de la Conselleria de Sanitat detectó como hospitalizados “no españoles” en el HGUA. Análisis de la información al alta hospitalaria de los pacientes extranjeros ingresados durante el período (descartando último semestre 2004 para garantizar fiabilidad de los informes codificados). Análisis del Censo 2001 y de la Revisión del Padrón Municipal años 2003, 2004 y avance de datos oficiales a 1 de enero de 2005 del Instituto Nacional de Estadística (INE). Análisis de la población adscrita al HGUA. Estudio descriptivo transversal a través de cuestionario cerrado autoadministrado, con respuesta escala tipo Likert. Muestra de 40 encuestas de enfermeras de hospitalización. Los programas informáticos utilizados fueron: aplicaciones de Microsoft® (Excel, Word y Access), SPSS 10.0® para el tratamiento estadístico, y el ya citado IRIS®.

Método cualitativo: estudio fenomenológico para describir las distintas manifestaciones externas de los pacientes extranjeros ingresados, tratando de comprender cual es la fuente y raíz de tales manifestaciones. Las técnicas o instrumentos utilizados comprenden la etnografía y la etnología (usando 6 variables: religión, prácticas de salud, costumbres sociales, salud maternal e infantil, intimidad y dieta). Aplicación de técnicas como la Observación Directa, Observación Participante, entrevistas abiertas, 10 entrevistas estructuradas con cuestionario semi-estructurado, 3 Historias de Vida y Grupo de discusión. Se utilizó el programa informático QSR NUD*IST 5®²¹, un sistema de software para el manejo y organización de la investigación para el análisis cuantitativo y cualitativo de contenido, realizando la codificación, búsqueda y la teorización como partes fundamentales del análisis. Además, se compiló información sobre la forma de vivir los profesionales la interacción con pacientes extranjeros y su forma de entender el multiculturalismo, el interculturalismo y el transculturalismo viviendo la fenomenología con los sujetos (pero sin dejar de relacionarlo con el contexto hospitalario y analizarlo en relación al mismo).

El proceso heurístico fue una labor ardua siendo las fuentes de información libros, artículos, ponencias, comunicaciones y búsquedas en Internet; las palabras clave fueron: *antropología, enfermedad, cultura, cuidados*. Se realizaron distintas búsquedas bibliográficas, en español e inglés, en las bases de datos MEDLINE®²²,

²¹ NUDIST®: NON-NUMERICAL UNSTRUCTURED DATA, INDEXING, SEARCHING AND THEORISING.

²² MEDLINE es la base de datos médica más completa, compuesta por los tres repertorios de mayor importancia en el amplio espectro de publicaciones médicas, que son: Index Medicus, Index to Dental Literature e International Nursing Index (INI). Provee una cobertura mundial de la literatura de Enfermería. Actualmente se indizan más de 300 revistas de Enfermería, entre ellas las españolas Rol y Enfermería Intensiva. También se recogen artículos relevantes para la Enfermería procedentes de más de 2600 revistas médicas y otras Ciencias de la Salud.

CINAHL®²³, BIREME²⁴® y CUIDEN®²⁵ combinando además los descriptores: *trans-cultural* y *nursing*. Estas búsquedas bibliográficas tuvieron como límite la utilización de los idiomas Español e Inglés, acotan desde 1991 hasta Enero 2004 (13 años) y permitieron encontrar abundante literatura anglosajona que aborda de manera específica “enfermería transcultural” (107 artículos) y trabajos relacionados con “cuidar a paciente de otras culturas” (178 artículos). Al aplicar las correspondientes estrategias de búsqueda en cada uno de los repertorios bibliográficos se hallaron un total de 285 estudios, una vez simplificados los que aparecían en más de un repertorio. Con posterioridad, se realizaron sucesivas búsquedas con los descriptores “Transcultural care, diversity care” y otros descriptores específicos del objeto de investigación en español lo que ha permitido localizar libros, proyectos y, principalmente, artículos de revista los cuales han facilitado la investigación. Destacan por su interés los trabajos publicados en la Revista “*Cultura de los Cuidados*” editado por la Universidad de Alicante (14 Artículos relacionados) y las comunicaciones y ponencias presentadas en las Jornadas Científicas de la Fundación Index, Reuniones sobre investigación Cualitativa en salud, Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud en Alicante del 14 al 16 de Junio 2004.

Al mismo tiempo se adquirieron obras para completar la bibliografía básica de la investigación. El listado de referencias específicas y generales (citadas en el texto estilo Harvard) se encuentra en el capítulo de Bibliografía y comprende 109 referencias.

Si bien la búsqueda bibliográfica ha acreditado la escasez de estudios de tipo etnográfico en hospitales (al menos en el contexto Español), si ha permitido al menos justificar la elección del problema, precisar la hipótesis, elegir el diseño de estudio más adecuado y los métodos de análisis más apropiados. La práctica ausencia de artículos que describieran cualquier estudio similar al que se pretendía realizar supuso un acicate al tiempo que resultaba innovador acometer esta investigación.

Dada la naturaleza del objeto de estudio y las Hipótesis a verificar, las técnicas e instrumentos empleados para alcanzar cada uno de los Objetivos fueron los siguientes:

Para alcanzar el **Objetivo General** del estudio “*Identificar la diversidad cultural entre los pacientes de nacionalidad extranjera ingresados en el HGUA*” se estructuró el proceso de investigación en las fases siguientes:

²³ Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literatura (CINAHL) es la base de datos internacional más importante de revistas de Enfermería. Indiza algo más de 300 revistas escritas originalmente en inglés y algunas decenas escritas en otros idiomas, como Enfermería Clínica en español.

²⁴ BIREME es una biblioteca virtual en salud del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud.

²⁵ CUIDEN es una base de datos editada por el Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria de la Fundación Index (Granada, España). Indiza artículos de revista de Enfermería españolas de carácter general, dependientes de asociaciones y colegios profesionales. Incluye alrededor de 30 revistas médicas y parte de la producción científica iberoamericana.

A) Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados entre 1 de Enero 2001- 31 de Diciembre 2004 (Programa IRIS®). Análisis del Censo 2001 y Revisión del Padrón Municipal años 2003, 2004 y avance de datos a 1 de enero de 2005 (INE). Análisis de la población del Área Sanitaria N° 18 (actual Departamento 19) y de la provincia adscrita al HGUA como centro de referencia²⁶.

Para el **Objetivo Específico 1: “Describir las diferencias en las costumbres, tradiciones y valores que existen en las culturas extranjeras más numerosas en el HGUA con respecto a 6 variables”** se utilizaron las técnicas de Entrevista, Observación Directa, Historias de Vida y revisión bibliográfica etnográfica sobre las poblaciones diana siguientes: pacientes procedentes de países árabes del norte de África y Oriente Medio, hispanos, nórdicos-centroeuropeos y asiáticos.

Asimismo, el estudio etnográfico y las técnicas cualitativas permitieron alcanzar el **Objetivo Específico 2: “Describir los distintos modos de percibir la enfermedad en las culturas identificadas”**. Éstas técnicas fueron:

B) Observación:

- Directa.
- Participante.

C) Entrevistas Abiertas (informales, no estructuradas, con informantes)

D) Entrevistas Estructuradas a 10 enfermeras/os (utilización de cuestionario semi-estructurado). El cuestionario incluía el *Autoexamen informal de evaluación ASKED*²⁷ (ver Anexo), ya que se trataba de explorar, además, la competencia cultural en los profesionales (CAMPINHA, 1999).

Para el **Objetivo Específico 3: “Determinar los medios que se utilizan en el Hospital para proporcionar cuidados culturales según el Modelo de M. Leininger”** se empleó la técnica del Grupo de Discusión.

E) Grupo de discusión.

Para el **Objetivo Específico 4: “Identificar las diferentes manifestaciones de la herencia cultural en pacientes y profesionales durante la hospitalización”** se utilizaron las Historias de Vida en entrevista abierta y se recogieron 40 cuestionarios dirigidos a informantes (profesionales de enfermería), cuestionarios del tipo semi-estructurado elaborados *ad-hoc* que constan de 43 ítems cerrados de escala tipo Likert y 1 abierto para estudiar las diferencias las diferencias individuales. En el apartado de “aspectos culturales de sus pacientes extranjeros”, los sujetos fueron ordenados en función de su posición favorable/desfavorable en relación con la actitud medi-

²⁶ Los datos están disponibles en la Memoria Anual 2004 HGUA: www.dep19.san.gva.es

²⁷ **A.S.K.E.D.** Awareness (conciencia) **S**kill (habilidad) **K**nowledge (conocimiento) **E**ncounter (encuentro) **D**esire (deseo). Disponible en www.transculturalcare.net.

da habiendo cinco categorías, asignando unidades numéricas de 1 a “nunca” e incrementando las siguientes categorías en una unidad cada una. (BARBERO, 1999). Se incluyeron otros apartados en el cuestionario que no exploraban actitudes sino conocimientos, variando las categorías de dos (si/no) hasta un máximo de siete opciones.

F) Historias de vida a 3 profesionales que trabajan en unidades con un mayor número de pacientes extranjeros detectados. Mediante ésta técnica biográfica se recopilaban los hechos significativos –que son parte de la memoria personal de unos informantes privilegiados– dentro del contexto donde han desarrollado sus competencias.

G) Encuestas-Cuestionarios

- Cuestionario de elaboración propia con ítems cerrados y 1 abierto (ver Anexo).

El *Objetivo Específico 5: “Incorporar al Manual de procedimientos de Enfermería la integración de los cuidados culturales”* implicó la revisión sistemática de la Guía de Actuación de Enfermería: Manual de Procedimientos editada en 2003 por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Se realizó un análisis de contenido mediante análisis cuantitativo y análisis cualitativo. La cuantificación tenía su interés en el recuento de los términos pertinentes a la hipótesis, proporcionando como resultado la frecuencia de cada uno de ellos. Para el análisis cualitativo lo determinante en el estudio fue la presencia o la ausencia de una característica dada, siempre relacionado con la competencia cultural en los cuidados.

3.1. MARCO TEÓRICO

La revisión del estado de los conocimientos a través de la búsqueda bibliográfica tuvo como efecto y consecuencia la adopción de un marco teórico idóneo para los objetivos propuestos. Las aportaciones bibliográficas orientaron donde ubicar mejor el problema a estudiar. Con ello se trataba de anticipar una solución original a la situación problemática, pretendiendo así establecer una relación entre el nivel de generalización del mundo teórico y la realidad observable del mundo empírico que es un hospital como el HGUA.

El uso de modelos provee de una base conceptual a los profesionales de enfermería para fundamentar sus herramientas de trabajo, como el proceso enfermero o los planes de cuidados estandarizados. Desde la perspectiva de enfermería, existen cuatro modelos que comparten el carácter socio-antropológico y que consideran el factor cultural e ideológico como objeto de estudio:

- **El Modelo de Sol Naciente de Madeleine Leininger**
- **El Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell**
- **El Modelo de Herencia Cultural y Tradiciones de Salud de Rachel Spector**
- **El Modelo de Desarrollo de Habilidades Transculturales de Papadopoulos, Tilky y Taylor**

La presente investigación se enmarca en la **“Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”** de Madeleine Leininger, fundadora de la Enfermería Transcultural en 1960 y que dio a conocer su teoría por primera vez en 1985: *Transcultural Care Diversity and Universality*. Leininger fue la primera Enfermera Antropóloga profesional de EE.UU. y desarrolló su teoría de los Cuidados Transculturales tras dirigir un estudio etnográfico de cuidados y salud al concluir su Doctorado en Antropología. Entre los años 50 y 60 identificó diversas áreas comunes entre la Antropología y la Enfermería, cuyo “maridaje” condensó en dos libros : *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* y *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*, en los que sentó las bases de su modelo de Enfermería Transcultural (LEININGER, 1970, 1978). Leininger, también autora de un manual de investigación cualitativa, ha creado escuela en torno a sus estudios sobre etnoenfermería, siendo cada día más numerosos los investigadores que se especializan en enfoques cualitativos para estudiar la fenomenología cultural que condiciona muchos comportamientos sobre la salud.

Según Leininger, la teoría enfermera debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con la cultura (LEININGER, 1999). Leininger basa su teoría en la Enfermería Transcultural, una rama de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas cuando se aplican a la enfermería y las prácticas, creencias y valores de la salud-enfermedad. La misma Leininger estableció similitudes y la necesidad de armonizar las disciplinas de Enfermería y Antropología ya que ambas se dedican al estudio del ser humano de una forma holística, como ella misma afirma. Leininger insta a los profesionales de Enfermería a acrecentar sus conocimientos sobre los valores culturales y así llevar a cabo un pensamiento crítico para realizar un cuidado satisfactorio. De este modo, pretende converger la práctica tradicional de cada individuo y la práctica de la enfermería en un cuidado culturalmente congruente. La valoración se realiza desde la cultura, englobando aquí las distintas contingencias sociales y culturales, la etnohistoria y las creencias de salud (LEININGER, 1995)

Así pues, la investigación se ha realizado siguiendo el citado Modelo de Leininger (LEININGER, 1978, 1991, 1995) con aportaciones del Modelo de Herencia Cultural y Tradiciones de Salud de Spector (SPECTOR, 1999, 2000, 2001, 2003), y ello aún siendo consciente de que son escasas las experiencias en la aplicación de modelos y teorías de Enfermería en nuestro contexto cercano. La especificidad del modelo de Leininger para el objeto de estudio permite evaluar su aplicabilidad y criticar constructivamente su pertinencia en la práctica en un Hospital, ya sea de tipo General como de Referencia para especialidades sofisticadas como es el caso del Hospital General Universitario de Alicante que reúne ambas características.

La Teoría de la que es autora Leininger: *Teoría de la Diversidad y Universalidad de Cuidados Culturales* tiene como fin el descubrir los cuidados humanos diversos (diferentes) y universales (similares) para así poder generar nuevos conocimientos para guiar la práctica de los cuidados enfermeros que permitan mejorar la salud. Esta Teoría se representa gráficamente como Modelo “Sunrise” o *figura*

del sol naciente (FIGURA 1). El Modelo Sunrise consta de 4 niveles, siendo el primero el más abstracto.

- 1.- Nivel Uno: representa la visión del mundo y los sistemas sociales.
- 2.- Nivel Dos: proporciona información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud.
- 3.- Nivel Tres: proporciona información acerca de los sistemas tradicionales y profesionales, incluyendo la enfermería, que actúan dentro de una cultura. Permite la identificación de la universalidad y diversidad de los cuidados culturales.
- 4.- Nivel Cuatro: determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros. En este nivel se proporcionan los cuidados enfermeros. Incluye la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales.

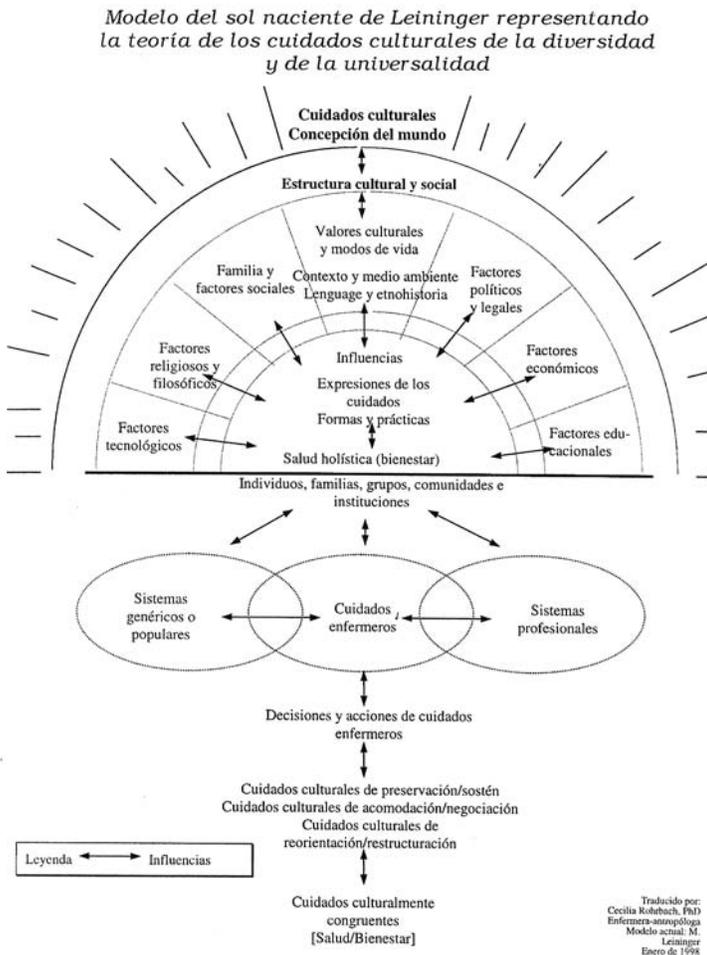


Fig. 1 MODELO “SUNRISE” O FIGURA DEL SOL NACIENTE DE MADELEINE LEININGER

(Fuente: Revista Cultura de los Cuidados 2º Semestre 1998, Año II, N° 4, p.34)

Estamos, pues, ante un esquema teórico, una vía de percepción y comprensión del mundo, en definitiva, ante un paradigma. Si bien el concepto de paradigma (KUHN, 1971) admite pluralidad de significados y diferentes usos, aquí se refiere al conjunto de creencias y actitudes, como una visión del mundo según Leininger, compartida por diversos investigadores que implica, específicamente, una metodología determinada (ALVIRA, 1982).

Teoría de Leininger y los 4 conceptos del metaparadigma enfermero:

PERSONA: se refiere como ser humano, se cuida y es capaz de interesarse por otros, aunque los cuidados son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

ENTORNO: No lo define explícitamente, pero se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental.

SALUD: estado de bienestar. Es culturalmente definida, valorada y practicada. Es universal a través de las culturas aunque definido de manera distinta en cada cultura.

ENFERMERÍA: se define como una ciencia y arte humanístico aprendido que se centra en las conductas, funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o recuperan de la enfermedad. Utiliza 3 modos de acción: preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales. Utiliza un enfoque de resolución de problemas que se centra en el cliente.

Como se puede comprobar, en el modelo se entremezclan varios niveles: en la parte más externa se encuentran los componentes de la estructura social o los factores que influyen en las personas para ver “su” mundo de una manera particular y que influyen en los cuidados y la salud a través del lenguaje y del entorno. Estos otros factores influyen a su vez en sistemas o subsistemas de enfermería *folk* y profesional localizados en la mitad inferior de la figura. Las decisiones de la enfermera, en cuanto a los cuidados culturales observados en este contexto, están encaminadas a preservar o mantenerlas, acomodarlas o negociarlas o a re-pautarlas o re-estructurarlas. El estudio de los cuidados de otra cultura se puede comenzar desde cualquiera de los niveles.

El marco de referencia de la perspectiva Transcultural ha dado lugar, según la propia Leininger y ratificado por destacados estudiosos de su teoría, a unas hipótesis teóricas que guían la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad (LEININGER, 1991, 1995) (ROHRBACH, 1998):

HIPÓTESIS TEÓRICAS DE LEININGER (ROHRBACH, 1998)

La principal es:

- *Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.*

Otras hipótesis o supuestos teóricos son:

- Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar las discapacidades o la muerte.
- Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar a la práctica de esta disciplina.
- La enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados Transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo.
- Los cuidados son esenciales para la curación, que no puede producirse sin ellos.
- Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales tienen algo de diferente (diversidad) y algo de semejante (comunes, universales) en todas las culturas del mundo.
- Toda cultura humana cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varía con respecto a otras culturas.
- Los valores, las creencias y las prácticas culturales están influidos y, con frecuencia, integrados en la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso (espiritual), de parentesco (social), político (o legal), educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.
- Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables y que cubren las necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades de una cultura.
- Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería.
- En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma o usuario.
- Los usuarios que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión y preocupaciones éticas o morales.

Madeleine Leininger elaboró varias formulaciones predictivas basadas en su teoría de los cuidados culturales en Enfermería Transcultural. Estas formulaciones están basadas en los resultados de investigaciones y estudios de carácter antropológico y enfermero realizados con métodos cualitativos. La más importante de ellas es la que plantea que la salud o el bienestar puede predecirse a partir de las dimensiones epistemológicas u ontológicas de los cuidados culturales (LEININGER, 1991, 1995) (ROHRBACH, 1998). Son numerosas sus predicciones, solamente se mencionarán las más importantes y que tienen relación directa con la Hipótesis del presente estudio:

- Las diferencias apreciables en los valores y modelos de cuidados culturales entre las diversas culturas se traducen en diferencias notables en las expectativas y la práctica de enfermería.
- Cuando los profesionales trabajan en culturas que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes.
- Cuanto mayor es la evidencia de dependencia de la enfermera en las labores y actividades tecnológicas, más importante serán los signos de distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción de los pacientes.
- Los cuidados de enfermería que se basan en las prácticas asistenciales específicas de la cultura de los usuarios se traducen en signos positivos de satisfacción y bienestar.
- En el estudio y la aplicación de los cuidados, convicciones, creencias, valores y prácticas culturales se detectan signos de salud y bienestar en los pacientes.

La bibliografía consultada muestra una práctica unanimidad en la aceptación del cuidar desde la perspectiva Transcultural del que, supuestamente, es autora M. Leininger y decimos “*supuestamente*” ya que la Orden Hospitalaria San Juan de Dios desde 1608 –aunque fundada en el S. XVI– reivindica su papel de cuatro siglos de cuidados Transculturales en los que ha extendido su labor a diferentes países con el objetivo de dispensar asistencia sin distinguir “raza, nación, religión ni enfermedad” (RODRÍGUEZ et al., 2004).

La naturaleza holística e integral de la teoría Transcultural de Leininger hace que esta teoría presente numerosas interrelaciones entre la estructura social, el entorno y el lenguaje con los propios conceptos Transculturales, y ello hace compleja su comprensión sin una formación previa sobre su teoría y sobre conocimientos Transculturales. Sin embargo, una vez lograda esta formación, la práctica es muy efectiva, tanto en la investigación y educación como en la práctica clínica (MARRINER-TOMEY, 1999). No obstante, y como limitación, debe mencionarse que no aporta ningún instrumento para superar los prejuicios y estereotipos de los propios enfermeros, debiendo estos apoyarse en su propia madurez cultural para aplicar el modelo

Otro modelo o marco teórico que ha sido tenido en cuenta a la hora de plantear la investigación es el *Modelo de la competencia cultural de Purnell*. Este Modelo, que permite valorar pacientes procedentes de culturas desconocidas para el cuidador, está formado por 12 *dominios* (ya expuestos con anterioridad) que se pueden aplicar en el contexto hospitalario u otros (PURNELL, 1999).

El tercer modelo estudiado es el Modelo de Herencia Cultural y Tradiciones de Salud de Spector (SPECTOR, 1999, 2000, 2001, 2003), quien parte del presupuesto de la importancia que tienen las tradiciones en los comportamientos relacionados con los cuidados de salud. Para Spector, es imprescindible tomar en consideración el contexto y los límites culturales en los que vive el individuo, la familia o la comunidad. También opina que el prestador de cuidados debe reunir unos requisitos para llegar a comprender realmente lo que hace y ser eficaz en su práctica profesional: ser culturalmente sensible, congruente y competente. Utiliza el proceso de enfermería como base para su modelo pero añade tres fases propias como son la valoración del legado cultural, fenómenos culturales que afectan a la salud y, por último, valoración de las tradiciones de salud.

El Modelo de Herencia Cultural y Tradiciones de Salud de Spector ha permitido en esta investigación explorar la actitud del profesional hacia las tradiciones de salud de los pacientes extranjeros que están bajo sus cuidados.

El Modelo de Papadopoulos, Tilky y Taylor, no utilizado en este estudio, constituye un modelo menos complejo que los anteriores, que si bien no ha sido comprobado científicamente, parece reunir las características necesarias para aportar una base conceptual de gran utilidad para aquellos enfermeros no tan adentrados en conocimientos culturales. Este modelo de desarrollo de las habilidades Transculturales está compuesto por cuatro conceptos fundamentales: conciencia, conocimiento, sensibilidad y competencia cultural (PAPADOPOULOS et al., 1998).

Modelo de desarrollo de habilidades Transculturales (PAPADOPOULOS et al., 1998)

- La *conciencia cultural* pretende cuestionar nuestro propio sistema de valores y cómo se construye desde la sociedad. De este modo, la reflexión crítica facilitará el abordaje, desde diferentes perspectivas, del sistema de valores de los servicios sociales y de salud.
- El *conocimiento cultural* responde a la comprensión de distintas culturas, los enlaces existentes entre ellas, principalmente en materia de salud. Este cuerpo de conocimientos debe extraerse desde la sociología y, posteriormente, desde el propio sujeto al cual van a ser proporcionados los cuidados, haciendo de éstos una atención individualizada.
- La *sensibilidad cultural* debe ser entendida como aquella disposición presentada hacia los individuos con una cultura diferente a la nuestra. Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal ayudará a promover el respeto, la confianza y la aceptación.

- La *competencia cultural* será la consecución de una práctica antidiscriminatoria a través de habilidades de valoración, diagnóstico enfermero, práctica asistencial y afrontamiento de prejuicios.

Para comprender mejor el Marco Teórico de la presente investigación, se debe resaltar previamente que el cuerpo de conocimiento científico lo constituyen las teorías, que son sistemas de hipótesis empíricas generales, conjuntos de enunciados particulares (descripciones de hechos) y definiciones de términos teóricos, organizados en sistemas susceptibles de cálculo; se pretende, de estas teorías, el máximo grado de universalidad (DE PABLOS, 1988).

La posibilidad de predecir que permite la teoría nos conducirá a la Hipótesis. La parte de la realidad sobre fenómenos ligados a la enfermedad y la herencia cultural que se va a estudiar se podrá explicar igual que se han explicado problemas idénticos, parecidos o similares. Sin embargo, no se pretende una aplicación mecánica de la teoría a la realidad que se investiga, sino que se puede perfilar mejor esa parte de la teoría que no lo está suficientemente, o si el tema no se ha tratado antes, que esa teoría también sirva para explicarlo.

En relación con el objeto de la presente investigación, se debe señalar que los Antropólogos compartimos el interés por el estudio de las diferencias –tanto en el espacio como en el tiempo– entre unas culturas y otras, aún a pesar de que se reconoce la pertenencia a una misma especie: *Homo Sapiens*. Su objeto de estudio es precisamente la explicación de las semejanzas y las diferencias, de la continuidad y del cambio cultural en el tiempo. Frente a la explicación psicobiológica para la diferencia humana, se contraponen una explicación sociocultural: *cultura*.

La posición teórica-metodológica de los Antropólogos ha sido *relativista y comparativa*. Aunque pueden aparecer opuestas ambas teorías, no son incompatibles. El relativismo, ideológicamente, establece que cada cultura es una configuración única, con su propio saber, estilo y espíritu. Para el comparativismo, esa unicidad puede ser superada en importancia por la demostración de la existencia de similitudes entre varias de sus partes con las de otras culturas.

Es evidente que ésta investigación se decanta por las teorías comparativas, pues sólo por medio de la comparación se puede diferenciar lo general de lo particular y proponer relaciones “razonables” de causa-efecto. Es cierto, sin embargo, que existe cierto escepticismo acerca de las comparaciones interculturales y de la generalización. La Antropología se centra tanto en comparaciones a pequeña escala en una determinada región como en los estudios interculturales a gran escala, subrayando la importancia de utilizar tipos estructurales (consciente o inconscientemente) con fines comparativos. Por eso, la Enfermería Transcultural es la teoría adecuada para esta investigación pues es una rama de la Enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas relacionando éstas con la salud y la enfermedad, armonizando esta ciencia con la disciplina Antropológica.

3.2.- CAMPO DE ESTUDIO

El campo²⁸ de estudio o “escenario” es el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) (FIGURA 2). La realidad, los fenómenos, hechos, acontecimientos y procesos relacionados con el objeto de investigación son los propios del contexto de las sociedades multiculturales donde se presta asistencia especializada (Hospitales) a pacientes extranjeros. Por ello fueron investigadas unidades del HGUA que, por su ubicación en una provincia de la Comunidad Valenciana donde la diversidad cultural y poblacional es un hecho, permite la obtención de datos referidos a la variabilidad en el origen extranjero de un sector de sus pacientes. La provincia de Alicante en general, y en particular la ciudad de Alicante, se ha convertido en un mosaico multicultural y la relativa homogeneidad del pasado pierde terreno frente a una creciente heterogeneidad.



FIG.2: Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)

Se eligió precisamente el HGUA como lugar o área para la presente investigación en base a cuatro razones esenciales:

- 1) Tamaño: el HGUA es un hospital con una población asignada como Hospital General del Departamento 19 (denominado Área 18 hasta Enero 2005) de **263.568 habitantes** (MEMORIA, 2003; Sistema de Información Poblacional SIP, 12/2003) al mismo tiempo que es de referencia provincial para **1.732.389 habitantes** (datos INE a 1 de enero 2005) para todas las especialidades salvo la Cirugía Maxilo-facial y la Medicina Nuclear (Hospital de San Juan). Su cartera de servicios y sus **815** camas de hospitalización le convierte en el segundo hospital más importante de la Comunidad Valenciana, después de “La Fe” en Valencia.

²⁸ El término “Campo de Estudio” es una reminiscencia de cuando las investigaciones etnográficas se realizaban en sociedades primitivas.

- 2) Situación Geográfica: está situado en el litoral de la Costa Blanca, zona turística por excelencia, atractivo para muchos extranjeros para residir y trabajar y con una cada vez mayor presencia de pacientes ingresados de nacionalidades y origen cultural diverso.
- 3) Por ser el lugar de trabajo habitual del investigador, su accesibilidad y cercanía a las fuentes de información facilitan el buen desarrollo de la investigación.
- 4) La División de Enfermería del HGUA está en el proceso de orientar su Misión y su Filosofía de Cuidados hacia un Modelo propio que incorpore conceptos y elementos de transculturalidad. (disponible en la web de la División de Enfermería del HGUA: www.hospitalalicante.org/enfermeria)

El HGUA tiene asignada como población de referencia del Departamento¹⁹ a las localidades de Alicante, Agost, Moralet, Verdegás, Monforte del Cid, San Vicente del Raspeig, La Alcoraya y La Cañada del Fenollar . Además, atiende de forma irregular y por tanto en número difícil de evaluar, a población residente en Aspe, El Altet, Torrellano, Guardamar del Segura y Torrevieja. Sin contar éstas dos últimas poblaciones, la población de referencia del Área llega a los **263.568** habitantes (SIP, 12/2003). De cara a la presente investigación, es muy importante señalar que todas estas localidades, y en particular Alicante, Guardamar del Segura y Torrevieja, cuentan con una importante población extranjera residente a la que se añade una numerosa población desplazada en verano. Además, al HGUA acuden pacientes de toda la provincia al contar esta Institución con gran cantidad de servicios que son de referencia provincial (Neurocirugía, Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, Cirugía y Traumatología Infantil, Oncología Infantil, Quemados, etc.). De este modo, el Hospital atiende también a población residente o desplazada de los centros turísticos de la Costa Blanca como Benidorm, Denia, Calpe, Altea, etc., por lo que a la población total empadronada de la provincia y que asciende a **1.732.389 habitantes**, se debe sumar un número indeterminado –pero presumiblemente elevado– de turistas, residentes temporales e inmigrantes no regularizados.

De entre los resultados se podrá comparar y verificar la multiculturalidad que en ese lugar se da y proponer alternativas al enfoque actual para así cuidar desde una perspectiva antropológica en el Hospital General Universitario de Alicante.

3.2.1.- Descripción del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)

El Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) forma parte de la red de hospitales públicos de la Comunidad Valenciana. Según Decreto 87/99 de 30 de Julio del Gobierno Valenciano, desarrollado por la Orden de 3 de Enero de 2000 del Conseller de Sanitat, todos los hospitales públicos quedan adscritos a la:

- Generalitat Valenciana
- Consellería de Sanitat
- Agencia Valenciana de Salud

El HGUA es un hospital público fundado en 1956 y cuyo nombre original fue el de “Residencia Sanitaria 20 de Noviembre”. Tiene una larga trayectoria asistencial, docente e investigadora, vinculado por Convenios con la Universidad Pública y que goza de reputación entre la población Alicantina que, aún hoy, le sigue denominando cariñosamente como “*la Residencia*”. Hasta 1995, el complejo hospitalario lo integraba un Pabellón General, un Pabellón Materno–Infantil y un Pabellón de Consultas Externas. Este modelo –semejante a las denominadas “ciudades sanitarias” típicas de los años 60 y 70– respondía a una planificación sanitaria basada en datos demográficos que justificaban la existencia de pabellones específicos para las áreas pediátricas y maternas dada la alta tasa de natalidad de aquellos años y la pirámide de población existente en España.

Sin embargo, en los 80 se invirtió esa tendencia llegando nuestro país en la década de los años 90 a convertirse en una de las naciones occidentales con menor tasa de natalidad. Esta bajada dramática de la natalidad contrastaba significativamente con un aumento de ingresos derivado de la longevidad, que conlleva el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas, alteraciones del sistema músculo-esquelético y del aparato digestivo, entre otros. Se sumaron la aparición de enfermedades emergentes infecciosas (SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.) enfermedades no transmisibles derivados de estilos de vida (tabaco, alcohol, drogas, obesidad, trastornos de la alimentación) y un crecimiento espectacular de las Nuevas Tecnologías diagnósticas y terapéuticas así como de la confianza depositada por los pacientes en el Sistema Público, lo que condujo a un aumento de la demanda de asistencia por parte de otro tipo de pacientes que cada vez ocupaba con mayor frecuencia los espacios, antaño propios, de las áreas Materno-Infantiles²⁹.

Así, a principios de los 90, las Autoridades Sanitarias de la recién creada Conselleria de Sanitat (cuyas competencias fueron transferidas desde INSALUD), planifican un nuevo hospital que integra todas las especialidades pero sin diferenciación por pabellones. Esta reforma, que se inició en 1995 y que culminó en 2003, hace que el HGUA acoja a toda clase de pacientes, con una cartera de servicios extensa (57 Servicios Médicos, Quirúrgicos y Centrales) que excluye tan sólo la Cirugía Maxilo-facial y la Medicina Nuclear (TABLA 2).

²⁹ En la actualidad el embarazo, parto y puerperio son los motivos más frecuentes de ingreso en los Hospitales de la Comunidad Valenciana según fuentes de la Conselleria y las Memorias 2001, 2002, 2003 y 2004 del HGUA. El parto vaginal sin diagnóstico complicado (GRD 373) constituye la casuística más frecuente con 2.365 casos en el 2004 en el HGUA.

TABLA 2 CARTERA DE SERVICIOS HGUA		
SERVICIOS MEDICOS	SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS QUIRURGICOS
Alergología	Admisión y Documentación	C.O.T.
Cardiología	Análisis Clínicos	C.O.T. Pediátrica
Digestivo	Anatomía Patológica	Cirugía Cardíaca
Endocrinología	Anestesia y Reanimación	Cirugía General
Enf. Infecciosas	Bacteriología	Cirugía Pediátrica
Medicina Interna	Endoscopia	Cirugía Plástica Quem.
Medicina Preventiva	Farmacia	Cirugía Torácica
Nefrología	Farmacología Clínica	Cirugía Vascular
Neumología	Hematología	Dermatología
Neurofisiología	Hemodinámica	Neurocirugía
Neurología	Inmunología	O.R.L.
Oncología	Radiología	O.R.L. Pediátrica
Pediatría	Rehabilitación	Obstetricia y Ginecología
Oncología Pediátrica	U.C.I.	Oftalmología
Reumatología	Urgencias	Unidad de Rodilla
U.H.D.		Urología

(Fuente: Memoria 2004 HGUA)

Asimismo, se ha potenciado la actividad quirúrgica y diagnóstica así como las denominadas “alternativas a la Hospitalización” lo que supone en la práctica una disminución de camas convencionales (de 939 en 1995 a los 815 de 2005) y la apuesta firme por una cirugía sin ingreso, cirugía mayor ambulatoria, hospitales de día, unidades de corta estancia, consultas de alta resolución y hospitalización a domicilio. Los recursos asistenciales corresponden al denominado “Hospital de referencia provincial” (TABLA 3).

TABLA 3
RECURSOS ASISTENCIALES HGUA

Camas instaladas	815
Quirófanos programados	21
Quirófanos urgentes	3
Paritorios	3
Locales Consultas Hospital	134
Locales Consultas C.Especialidades	27
Salas de reconocimiento de urgencias	12
Salas de curas de urgencias	1
Salas de yesos de urgencias	1
Camas Observación Urgencias	30
Plazas Hospitales de día	45
Salas de RX Hospital	7
Salas de RX C. Especialidades	3
TAC	3
Salas de Hemodinámica	2
Angiografía digital	3
Máquinas de Hemodiálisis	20
Resonancia Magnética	1
Ecógrafos Doppler color	12
Ecógrafos	18
Mamógrafos	2
Helipuerto	1

(Fuente Memoria HGUA 2004)

Sin embargo, del mismo modo que la planificación sanitaria no pudo prever la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA, el rebrote de otras infecciosas como la Tuberculosis (TBC) o la cronificación de los procesos en pacientes añosos, la disminución de camas destinados a niños y gestantes está provocando una ocupación máxima sostenida de las mismas debido al inesperado aumento de la natalidad debido a la inmigración como así se ha puesto de manifiesto en esta misma investigación. Debemos señalar que el proceso asistencial más frecuente en los hospitales públicos es el *Parto vaginal sin complicaciones* (GRD 373), no siendo el Hospital General Universitario de Alicante una excepción, y este hecho ya era una realidad antes del fenómeno de la inmigración de los últimos años. Se puede comprobar cual fue la casuística más frecuente en el centro en el año 2003 (TABLA 4). Otra característica muy importante del HGUA es el que destaque por tener la tasa de donantes de órganos más alta de España: 60 por millón de habitantes, duplicando la media nacional (34 por millón) y con sólo un 5% de negativas familiares. Es centro de referencia

obligada en esta materia en cuanto a trasplantes en todo el Estado y precisamente durante el año 2005 el 37,9% de las donaciones en el HGUA correspondieron a extranjeros, con una tasa de negativas familiares en este colectivo del 0% (Fuente: Coordinación de Trasplantes HGUA 2005).

TABLA 4		
CASUÍSTICA MÁS FRECUENTE HGUA AÑO 2003		
GRD	Descripción	N
373	Parto vaginal sin diagnósticos complicados	2.101
116	Otras implantaciones marcapasos permanente o ACTP	1.010
039	Intervenciones cristalino	950
241	Trastornos del tejido conectivo sin complicaciones	736
035	Otros trastornos sistema nervioso sin complicaciones	718
183	Otras enfermedades digestivas sin complicaciones	632
125	Trans. circ/cateterismo cardiaco s/diag. Compl.. exp. IAM	604
371	Cesárea sin complicaciones	600
014	Trans. espec. Cerebrovasculares excepto Ictus trans.	564
127	Insuficiencia cardiaca y shock	555
Total Hospital		37.502

Fuente: Memoria HGUA 2003

De la memoria **2004** del HGUA se pueden destacar los siguientes indicadores asistenciales referidos a este año:

- Ingresos: 40.658
- Ingresos Urgentes: 21.169
- Ingresos Programados: 19.489
- Estancias. 255.439
- Índice de Ocupación: 86,47%
- Estancia Media: 6,28 días
- Mortalidad General: 2,65%
- Consultas Hospitalarias: 240.732
- Urgencias Atendidas: 166.644
- Urgencias Generales: 108.652
- Urgencias Maternales-Ginecológicas: 17.082
- Urgencias Infantiles: 40.910
- Total Intervenciones Quirúrgicas: 22.219 operaciones

El HGUA es, por tanto, un servicio público, por lo que –a diferencia del sector privado– el objetivo de su gestión no es la obtención de un beneficio sino el garantizar a la población de su área de referencia el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, una asistencia universal y gratuita. Esto último no implica que no se pueda facturar a terceros en el caso de aseguradoras (accidentes de tráfico, laborales, escolares) convenios con otras instituciones y particulares. En efecto, la primera premisa que distingue al Sistema Nacional de Salud Español es la universalidad de la cobertura. Ello significa que todos los españoles –y por convenio los habitantes de países de la Unión Europea– tienen derecho a la asistencia sanitaria. El derecho a la asistencia se articula de la siguiente manera:

- En el Estado Español, todos los trabajadores por cuenta ajena (y sus familias) tienen cobertura sanitaria, disfrutando del Régimen General de la Seguridad Social, siendo las cotizaciones por cuenta del empresario. Asimismo, los empleados del Estado tienen la posibilidad de cubrir su asistencia bien mediante la Seguridad Social, o bien mediante una mutua privada pagando cantidades equivalentes (funcionarios).
- Los trabajadores autónomos también pueden elegir una compañía privada, pero han de cotizar obligatoriamente a la Seguridad Social.
- Los desempleados, inmigrantes e indigentes disfrutan de prestaciones a cargo de la Comunidad Autónoma (tarjeta solidaria: más de 40.000 en la Provincia de Alicante en 2004).

El Estado Español financia la Seguridad Social mediante las cotizaciones de los trabajadores y, dado que la cifra es insuficiente, también destina fondos vía impuestos, adoptando un papel proteccionista tanto a nivel asistencial como a nivel de pensiones. Hasta fechas recientes, los pacientes extranjeros comunitarios debían aportar el documento E-111 para recibir asistencia, siendo en la actualidad reemplazado por la nueva Tarjeta Sanitaria Europea.

3.3.- UNIDADES DE ANÁLISIS

Se refieren al ¿Qué? y ¿Cómo? teóricos, constituyen el tema/problema a investigar derivado de la teoría y las hipótesis. El objeto-sujeto construido a partir de la teoría como categoría de la realidad. En este caso:

- Creencias sobre la enfermedad
- Creencias sobre la imagen corporal
- Creencias sobre la satisfacción de necesidades básicas (respiración, alimentación, eliminación, descanso, aseo e higiene y movilidad)
- Creencias y manifestaciones religiosas
- Creencias y ritos de carácter “folklórico”

3.4.- UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Se trata de los fenómenos o procesos significativos que se producen en las unidades de estudio. Se trata de la concreción del tema en hechos o acontecimientos observables de la realidad, son los ¿Qué? concretos y específicos relacionados con la enfermedad y las poblaciones. Desde la perspectiva de la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad de Leininger (LEININGER, 1995) las unidades de observación potenciales serían:

- Factores tecnológicos
- Factores religiosos y filosóficos
- Factores sociales y de parentesco
- Valores culturales y formas de vida
- Lenguaje
- Contexto ambiental
- Factores legales y políticos
- Factores económicos
- Factores educativos

La presente investigación se centra, esencialmente, en las unidades de observación referidos a valores, creencias, normas y prácticas de salud de los extranjeros ingresados con especial atención a los factores religiosos y sociales dada su influencia en la percepción de la salud y la enfermedad.

3.5.- UNIDADES DE ESTUDIO

Son los contextos concretos y determinados (físicos y no físicos) de interacción en que se van a observar las unidades de análisis y que contienen las unidades de observación. Es el ¿Dónde? se producen o tienen lugar los fenómenos o procesos significativos de la investigación sobre cultura y enfermedad:

- Unidades de Hospitalización y de Consultas Externas del HGUA.

3.6.- VARIABLES

Teniendo en cuenta el Modelo Sunrise de Leininger (ROHRBACH, 1998) y de entre las muchas dimensiones etnoculturales que el personal de Enfermería debe de considerar porque inciden en la diversidad cultural de los grupos humanos, se escogieron 6 variables para los Objetivos del estudio etnográfico propuesto:

- Religión

- Prácticas de Salud
- Costumbres Sociales
- Salud maternal e infantil
- Intimidad
- Dieta

3.7.- PLANIFICACIÓN

La planificación se hizo teniendo presentes las tres fases de la investigación en Antropología:

- Etnografía (observación y descripción de los hechos)
- Etnología (Comparación)
- Antropología (análisis, explicación y teorización general)

3.8.- CRONOGRAMA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

La investigación tuvo una duración de 18 meses y se concretó en tres etapas diferenciadas. A continuación se especifican las fases de la investigación así como el tiempo empleado en cada una de ellas.

1.- Primera Etapa

Recogida de documentación bibliográfica, estado de la cuestión y contactos previos al trabajo de campo: tres meses (de enero a marzo de 2004).

2.- Segunda Etapa

Trabajo de campo intensivo a través de las distintas técnicas específicas: nueve meses (de abril a diciembre 2004).

3.- Tercera Etapa

Clasificación, análisis, redacción y presentación de resultados: seis meses (de enero a junio 2005).

3.9.- TRABAJO DE CAMPO

3.9.1.- Trámites de acceso al campo

- Solicitud por escrito de autorización al Director del HGUA para la realización de la investigación. Cursada el 1 de Marzo de 2004 y autorizada mediante escrito de fecha 3 de Marzo de 2004.
- Aval del Director de la Tesis, indicando la pertinencia del estudio en base a los cambios demográficos y su influencia en materia de salud. Firmado el 18 de Marzo de 2004.

- Informe de la Comisión de Investigación del HGUA por el que se declara la investigación como un proyecto relevante, viable, oportuno y con la adecuada calidad científica, el 24 de Marzo de 2004.
- Entrevista con el Jefe de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA).
- Solicitud de permiso para acceso a datos procedentes de los Sistemas de Información del HGUA referidos a episodios asistenciales de hospitalización de pacientes e información estadística relevante.
- Solicitud por escrito al Jefe del Departamento de Informática del HGUA de datos referidos a pacientes extranjeros hospitalizados en el periodo Enero 2001 a Diciembre 2003 contenidos en el programa de gestión de pacientes IRIS®.

3.9.2.- Anticipación de roles

La entrada en el campo o escenario de estudio requirió diligencia y paciencia, variando la accesibilidad, el nivel de conocimientos del escenario y el grado de participación del observador en función de la unidad asistencial de la que se trataba. Dado que es un estudio donde el investigador es *participante observador* (participación profesional del investigador) el rol del observador implicaba aprender a situar su visión de la realidad en el mismo plano que las demás posibles (cuanto más cercano se está a algo más difícil es desarrollar la perspectiva crítica).

En la etapa del trabajo de campo, fue importante trabajar con los “porteros”, que eran aquellas personas que por su posición jerárquica tenían que autorizar el acceso al campo. Hubo que convencerles de que el investigador no constituía una amenaza ni dañaría a su organización con su intromisión. Una buena estrategia para anticipar roles consistió en buscar aliados, personas que pueden “recomendarnos”, y también resultó eficaz prestarse como voluntario para trabajar a la vez que se investigaba (por ejemplo ayudando a traducir o interpretar). Una vez introducido en el campo o escenario, era conveniente distanciarse discretamente de los porteros –sobre todo en caso de conflicto interno en la unidad o servicio– ya que el investigador podía aparecer como colaborador o enviado de los superiores. Al obtener su autorización, con los porteros teníamos que comprometernos a un informe tan general que nadie pudiera ser identificado.

Tal y como dice Velasco: *“el investigador nunca trabaja sólo como investigador, trabaja también como vecino, como amigo, como desconocido, como hombre o mujer, como occidental, europeo, español..., como profesor o escritor, como aliado, como enfermero, como mano de obra, como transportista, como administrativo... y con otros papeles que él se haya forjado o que le haya conferido el grupo que analiza y con el que convive”* (VELASCO y DÍAZ, 1997).

3.9.3.- Previsión de problemas

El primer problema que el investigador puede experimentar al entrar en el campo o escenario es el choque que se produce entre la cultura de los otros (étnica) y su propia cultura (científica). Es el denominado síndrome del forastero, que se agudiza conforme aumenta la distancia cultural observador-observado. En este caso, al tratarse de un participante observador, hubo menor reactividad ya que se trataba de una persona familiar en el escenario, sin dificultad de acceso y con libertad de movimientos. Hay que controlar los riesgos de una proyección demasiado “subjetiva”, al no poder evitar tomar parte en determinadas cuestiones y especialmente las conflictivas.

El estudio puede tener una limitación centrada en el debate acerca de la visión interna (Emic) frente a la visión externa (Etic) de una cultura en la teorización antropológica (DELGADO y GUTIERREZ, 1994). Se enfatiza el hecho de que todos los seres humanos, y no sólo los antropólogos, tenemos un sesgo. Por ello, la visión de un mismo estudio etnográfico puede variar sensiblemente por la influencia del investigador (sus sesgos, valores, vivencias, etc.)

Hubo que prever tanto informantes poco receptivos como aquellos demasiado colaboradores, que al final quieren dirigir el estudio. Se utilizaron varios informantes, en tanto no todos tenían la misma perspectiva sobre las cosas, y convenía no desvelarles los objetivos precisos de la investigación para así evitar que manipulasen la realidad, bien para conformar o confundir al investigador. Bastaba con que conocieran en términos generales cuál era la temática del estudio y cuáles eran las áreas que interesaba conocer.

Tampoco debe olvidarse que existen caracterizaciones del universo personal que padecen un grave reduccionismo antropológico. El reduccionismo se refiere a una visión estrecha y simplista, es decir, reductiva, de la realidad, una interpretación sesgada y pobre de la complejidad de lo real. Se corre el riesgo de abandonar el paradigma de la complejidad y resolver el problema en cuestión de un modo simple y estereotipado. Se puede caer en el tópico y la simplicidad intelectual (TORRALBA, 1998). Por las mismas razones arriba expuestas, se corre el riesgo de que se “etiquete” a las personas objeto de estudio en virtud de cultura o raza a la que pertenezca. Con ocasión de obtener información de informantes privilegiados, se debe contar con la posibilidad de que estos asuman que el criterio para un grupo cultural determinado es válido para todo aquel que pertenezca a ese grupo cultural, étnico o cultural.

A veces, los profesionales creen que porque conocen a uno, dos o tres miembros de un grupo, conocen todo acerca de éste. Es posible que esos dos o tres individuos posean o no las creencias y prácticas del grupo en general. Eso se debe a que dentro de cada grupo puede haber lo que se denomina variación intragrupal. Un peligro que se asocia a los modelos y teorías de la Enfermería Transcultural es el asumir que las personas puedan ser categorizadas y no individualizadas debido a dimensiones como la raza, cultura y/o etnicidad.

Otra dificultad o limitación era que el estudio en una de sus fases se basaba en las respuestas a un cuestionario, y es posible cierta subjetividad en ellas. Asimismo, el tamaño de la muestra calculada proporcional a la población a estudio y los niveles de confianza, error de muestreo y varianza poblacional, exigía una reposición de cuestionarios ya que tradicionalmente los profesionales de Enfermería suelen ser objeto de muchos estudios y existe cierta “saturación” en el personal.

Finalmente, existe una “volatilidad” de los datos demográficos suministrados por los organismos oficiales debido a los rapidísimos cambios que está experimentando el contexto de estudio, y aunque el periodo acotado va de enero 2001 a diciembre 2004, a la hora de hacer público los resultados de la investigación pueden haber variaciones en las cifras en términos absolutos, aunque puede mantenerse la validez de las conclusiones.

3.10.- INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Cualquier procedimiento de recogida de datos (observación, entrevista, documentación, etc.) precisa de unos mínimos planteamientos teóricos previos que los sitúe en el contexto donde van a ser utilizados, en este caso un Hospital. A través de las técnicas específicas que más adelante se detallan, se reunieron y ordenaron los datos antes de someterlos a la clasificación y análisis de los mismos. La recolección de datos “culturales” relacionados con la historia de salud del paciente permite, una evaluación cultural del mismo. Esta evaluación cultural consistiría en una valoración o examen de los individuos, grupos y comunidades así como de sus valores, creencias y prácticas para determinar sus necesidades y las intervenciones que deben hacerse dentro de su contexto. A tal efecto, se escogieron los instrumentos que a continuación se detallan.

3.10.1.- Técnicas Cuantitativas

3.10.1.1.- Análisis descriptivo. Se hizo retrospectivo, de los pacientes ingresados en el HGUA entre enero 2001–diciembre 2004 (Programa IRIS®). Para el estudio en profundidad del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se desestimó el último semestre 2004 para asegurar la codificación íntegra del informe de alta por la Unidad de Documentación clínica y Admisión del HGUA. Análisis del Censo 2001, Revisión del Padrón municipal 2003, Consulta de datos 2004 y avance a 1 de enero de 2005 (INE). Análisis de la población del Área Sanitaria Nº 18 (actual Departamento 19) y población de referencia provincial adscrita al HGUA. Ésta técnica es la escogida para lograr el Objetivo General del estudio.

3.10.2.- Técnicas Cualitativas

La investigación cualitativa en el área de la salud está cobrando cada día más relevancia (De La CUESTA, 1997). Su complementariedad, en algunos casos, y su

uso en exclusiva frente a la metodología cuantitativa, está contribuyendo a describir y comprender el uso de los servicios de salud, describir y analizar las relaciones de los profesionales con los pacientes y las relaciones entre los profesionales, identificar y describir las diferentes “culturas” de los usuarios y las de los que los cuidan. El perfil Antropológico de la presente investigación justifica, por tanto, el uso de técnicas cualitativas. La investigación cualitativa dispone de un arsenal que comprende 4 métodos: etnoenfermería, etnografía, teoría fundamentada y fenomenología.

Dada que la investigación, entre otras metas, pretende no sólo describir sino explicar y comprender los eventos que tienen lugar en la vida de grupos humanos que comparten un espacio común (hospital), con especial consideración de las estructuras sociales y la conducta de los sujetos como miembros del grupo, de sus interpretaciones y significados de la cultura a la que pertenecen, se ha escogido principalmente la etnografía, una modalidad imbricada en la familia de la metodología cualitativa y para ello se han utilizado las técnicas más usuales en la investigación etnográfica.

Junto al método etnográfico, se ha utilizado la técnica del análisis del discurso y se valoró la posibilidad de aplicar el “Grounded Theory” (GLASER y STRAUSS, 1967) para generar teoría de manera inductiva, aunque se descartó finalmente. El método cualitativo incluyó aquellas técnicas que permiten el posterior análisis de contenido y de discurso, concretamente la transcripción literal de las expresiones usadas por los miembros del Grupo de Discusión en una planilla de recogida de datos dividida en las categorías representadas por palabras clave, a juicio del investigador, como “extranjero”, “otros”, “racismo” y “conflicto”. Es evidente que surgen dudas a la hora de clasificar una expresión dentro de una categoría determinada, algo que –en parte– contribuyó a solucionar al análisis de los datos a través del programa Nudist-5 (QSR N5) aunque sus resultados no aportaron información nueva a lo ya conseguido mediante otras técnicas. En este sentido, se planteó el problema de la fiabilidad en el análisis de contenido mediante la controvertida cuestión que aparece con frecuencia en las Ciencias Sociales: ¿mejor la medida exacta o mejor la riqueza de los datos? Las tentativas de respuesta debían ir en consonancia con el carácter cuantitativo o cualitativo del análisis de contenido.

En el análisis de contenido clásico –cuantitativo por excelencia– el interés está en la frecuencia. En el análisis cualitativo, el centro de atención lo debía ocupar la presencia o ausencia de elementos significativos para la hipótesis del estudio, siendo importante el significado de tal elemento, con independencia del número de veces que se repita en los documentos de transcripción.

3.10.2.1.- Observación:

Una de las técnicas de elección para alcanzar los Objetivos Específicos 1 y 2 fue la Observación. La técnica de la Observación (que puede utilizarse como término sinónimo de trabajo de campo en este caso) se sitúa bajo la óptica del trabajo etnográfico como forma de acercamiento a la realidad, una realidad poliédrica que permite una diversidad de aproximaciones. La obser-

vacación es una forma de experiencia del mundo, una vía de conocimiento de los hechos cotidianos y de los hechos científicos. La observación es una técnica científica para el alcance del conocimiento objetivo (ANGUERA, 1989). Existe una interacción social entre el investigador y los informantes en el medio natural de estos últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. Se trata de captar la realidad social y cultural en un contexto concreto, mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto de su estudio. La fuente de los datos son las situaciones naturales, siendo el investigador el principal instrumento de recogida de datos.

La observación es algo más que una técnica, es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc. Como tal enfoque, admite la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la investigación ya que, de hecho, podría considerarse como un ejercicio de alternancia y complementariedad entre la observación y entrevista, aunque ambas se utilizan desde la óptica de que el investigador forma parte de la situación estudiada.

Se tomó la información oportuna coincidiendo con la 2ª etapa de la investigación (trabajo de campo intensivo) hasta que se consideró que el número de observaciones era suficiente, ya que la información empezaba a ser redundante, los datos repetitivos y no se generaban conceptos ni teorías nuevas (AMEZCUA, 2000). La Observación fue:

- Directa. Prestando atención y recogiendo detalles de la actividad en el hospital, registrando aquello que se vio (interacciones, destrezas, actitudes, actividades, conductas, objetos, etc.)
- Participante. Tomando parte en la vida del hospital al tiempo que se estudiaba. La posición del investigador, frente a otro tipo de estudios de campo, pasó de Observador Participante a “Participante Observador” dado que el Hospital es el escenario de trabajo del investigador.

3.10.2.2.- Entrevistas Abiertas (informales, no estructuradas, con informantes)

La entrevista abierta, junto a la entrevista estructurada y la técnica de observación se utilizó también para el Objetivo Específico 2. Los informantes fueron personas que sirvieron de introductores al investigador en el escenario y constituyeron sus mejores aliados durante su presencia ahí. Se requirió que fueran representativos y conocedores de su grupo. En ocasiones se convirtieron en los mejores amigos del investigador, respondiendo de él ante el resto, fueron fuentes primarias, y colaboraron dando consejos e información. Permitieron la obtención de información de interés que aportaron

hechos que los instrumentos de medida no abarcan y que trasladan al investigador comentarios, preguntas concretas, sucesos, eventos o situaciones relevantes para la investigación. Las descripciones se reflejaron en el diario de campo citando a los informadores clave. Sus aportaciones permitieron la elaboración de un cuestionario “ad hoc” para el objeto de investigación.

3.10.2.3.- Entrevistas Estructuradas

Mediante las entrevistas, se pretendía explorar la competencia cultural de los profesionales de Enfermería. Antes de iniciar las entrevistas, se tuvo en cuenta la necesidad de escuchar antes de preguntar. Consciente de que el mejor observador no es el que pregunta o habla mucho sino el que deja y hace hablar a los demás, se procuró generar un clima de confianza previa formulando preguntas –no directivas y que no involucraban juicios de valor– a 10 enfermeras/os utilizando un cuestionario semi-estructurado (ver ANEXO) que incluía el autoexamen informal de evaluación ASKED (CAMPINHA, 1999). Fueron seleccionados para las entrevistas profesionales que trabajan en unidades de hospitalización que acogen habitualmente mayor número de pacientes extranjeros.

3.10.2.4.- Encuestas-Cuestionarios

Utilizado para el Objetivo Específico 4, la encuesta se realizó a 40 profesionales mediante un cuestionario simple, es decir, aquella en la que los encuestados –previa su lectura– contestan por escrito y sin intervención directa de persona alguna de la investigación. Se trataba de un cuestionario de elaboración propia con ítems cerrados y 1 abierto. En el proceso de elaboración se tuvo en cuenta la revisión de la bibliografía consultada, las características del HGUA y las cuestiones planteadas por algunos profesionales de enfermería consultados. Se pretendía que el cuestionario cumpliera con la función de enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad de los profesionales implicados en los cuidados a extranjeros.

El cuestionario explora tres grandes bloques como son las características demográficas del profesional, los aspectos culturales de sus pacientes y la autoevaluación de los cuidados culturales. Contiene ítems con escala de Likert ya que es la idónea para el estudio de las diferencias individuales de actitudes de los informantes. Consta de 43 preguntas cerradas con respuestas escala tipo Likert y 1 abierta (ver ANEXO). El orden de los contenidos es el que sigue:

- Información sobre la confidencialidad y protección de datos.
- Instrucciones generales sobre como cumplimentar y recoger el cuestionario.
- Razones y Objetivo del estudio.

- Características demográficas (7 ítems): Edad (en años), sexo, titulación académica, área de trabajo, años de ejercicio profesional, religión y grado de religiosidad.
- Aspectos culturales de sus pacientes: 31 ítems de cuestiones relativas a:
 - Valoración de enfermería al ingreso.
 - Preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales.
 - Preservación de la intimidad y auxilio espiritual específico.
 - Conocimiento sobre las prácticas religiosas, valores, creencias, normas y costumbres sociales de los pacientes.
- Autoevaluación de los cuidados culturales: 5 ítems inspirados en cuestionarios sobre la herencia cultural que exploran la actitud del profesional hacia las tradiciones de salud de sus pacientes (SPECTOR, 1999).
- Ítem abierto para descripción de situaciones concretas vividas por el profesional que se derive de la procedencia cultural, étnica o religiosa del paciente y que tenga relación con la planificación y posterior ejecución del Plan de Cuidados.
- Ítem abierto para comentarios.
- Disponibilidad del entrevistado para futuros contactos y si desea conocer los resultados.
- Agradecimiento del Equipo Investigador.

3.10.2.5.- Historias de vida

Indicadas para el Objetivo Específico 4, son relatos de vida en la que una persona cuenta a otra su historia de vida en una interacción cara a cara. Concebida como una variante de la autobiografía con ciertos rasgos específicos: por una parte, la historia de vida es un relato oral y no escrito, como en el caso de la autobiografía; por otra, el relato de vida se realiza ante una demanda externa de alguien interesado por ello, en este caso el autor de la tesis. Se realizaron a tres profesionales en cuyas unidades se detectaron mayor número de pacientes extranjeros ingresados y se trataba de relatos de prácticas limitadas en el tiempo, ya que tan sólo interesaban acontecimientos ocurridos con respecto al cuidado de pacientes extranjeros. Las personas elegidas son representativas del grupo de profesionales que ha asistido al cambio demográfico en la sociedad y del perfil de pacientes Hospitalizados, al llevar entorno a 30 años seguidos ejerciendo su oficio.

3.10.2.6.- Grupo de discusión.

Instrumento que permitió determinar los medios que se utilizan en el HGUA para proporcionar cuidados culturales según el Modelo de Leininger,

Objetivo Específico 3. Esta técnica cualitativa posibilitó la obtención de información a través de la confrontación de ideas de los miembros de un grupo cuyos sujetos no mantuvieron contacto previo entre ellos. Para la selección de la muestra se siguieron las orientaciones que ofrece González Ríos: composición heterogénea, tamaño entre 5 y 10 miembros y un número de grupos entre 1 y 2 (GONZÁLEZ, 1997). El grupo (8 mujeres y 1 varón) estaba integrado por profesionales de enfermería de distintas unidades del Hospital y un médico del servicio de urgencias, todos con funciones en áreas asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión, de edades diversas, con una formación post-graduada variada para que fuera representativo del Hospital. El grupo fue conducido por una persona experta en técnicas de grupo de discusión y ajena a la investigación a fin de evitar sesgos inducidos por el investigador.

3.11.- CRITERIOS DE ELECCIÓN DE MUESTRAS

Los profesionales entrevistados así como los destinatarios de los cuestionarios constituyeron una muestra accidental, repartido proporcionalmente entre unidades con mayor número de pacientes extranjeros ingresados. No se determinaron criterios de exclusión de participación en las encuestas/cuestionarios ya que todos los profesionales de Enfermería presentes en el HGUA en el momento de la distribución reunían criterios de inclusión. Para el cálculo del tamaño de la muestra (proporcional) se tuvieron en cuenta la población de Enfermeras/os, el nivel de confianza, error de muestreo y varianza poblacional. Para el control de posibles sesgos, el cuestionario elaborado por el investigador y empleado para el Objetivo Específico 4 fue revisado por el Director de Tesis, el Tutor del Doctorando y otra investigadora ajena al estudio.

En cuanto a la identificación de la diversidad cultural de los pacientes, y siguiendo el ideal etnográfico de no aislar las muestras representativas, se tomaron para el estudio casos particulares y se analizaron en su totalidad datos de los pacientes extranjeros ingresados durante el periodo de estudio en el HGUA, obteniendo conclusiones concretas. Se estudiaron situaciones, casos y fenómenos particulares en profundidad. Los variables seleccionados para elegir la muestra proporcionada en el HGUA por el programa de gestión de pacientes IRIS® fueron:

- Período de ingreso: 1 de Enero 2001 a 31 de Diciembre 2004
- Pacientes: “no españoles”
- Nacionalidad (lugar de nacimiento para IRIS®)
- Número de ingresos en el período
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Servicio Médico que da el alta
- Diagnóstico principal

- Edad
- Sexo

1) Tiempo.-

Dado que el investigador debía compatibilizar el ejercicio de su profesión con la realización de la investigación, ésta fue fraccionada y no continua, constituyendo las tardes y los fines de semana principalmente la fracción del tiempo más utilizada para la selección de datos e informantes.

2) Informantes Individuales y Grupos.-

Se seleccionaron individuos que pertenecen a alguna de las categorías seleccionadas y a aquellos otros que conocen el tema de la investigación al desarrollar su labor en unidades de estudio, es decir, en contextos concretos y determinados donde tienen lugar los fenómenos y procesos significativos para la investigación. Se pretendió seleccionar intencional y deliberadamente a los informantes con fines muestrales, aunque ello no fue óbice para incluir aquellos que, teniendo conocimiento del proyecto, quisieron participar y fueron considerados informantes (pacientes, familiares, cuidadores, personal sanitario, etc.). Las Historias de Vida se hicieron, como ya se ha comentado, a profesionales destinados a los Servicios Médico Quirúrgicos con mayor número de ingresos de extranjeros.

3) Contextos de Interacción Social.-

La selección de contexto responde a la necesidad de acudir a espacios de interacción social relacionado con la enfermedad (Hospital, Consultas). Excepcionalmente, pudo desarrollarse el proyecto en otros espacios con motivo de entrevistas, grupo de discusión, observación directa y observación participante.

3.12.- CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS. REDACCIÓN

Iniciada la investigación, se fueron poniendo en relación los frutos de las técnicas utilizadas con la bibliografía estudiada. Se confeccionaron las fichas de contenido clasificándolas por temas y unidades de análisis. Todos los artículos que tenían que ver con el tema fueron estudiados y se extrajo la información plasmándola en fichas. La interrelación de lo leído y lo observado fue finalmente analizada y plasmada. Esta fase coincidió con las etapas primera y segunda (enero a diciembre 2004). Se efectuó un análisis descriptivo de los ítems cerrados de las encuestas y un análisis de contenido para el ítem abierto. El análisis del discurso de la técnica del Grupo de Discusión se hizo a partir de la transcripción y visualización de las cintas de sonido y filmación, inspirándose en la teoría fundamentada (“The Discovery of Grounded Theory”). La elección de este modelo teórico para el análisis se basa en que se centra más en la generación de teoría que en la prueba provisional de ésta (GLASER y STRAUSS, 1967). En la teoría fundamentada se entrelazan las operaciones de recogida de datos, codificación y análisis e interpretación de toda la información del tipo cualitativo obtenido. La información obtenida mediante ésta técnica está recogida en los resultados del Objetivo Tres.

Parte del procedimiento para el análisis de discurso se apoyó en el Software NUDIST-5® (QSR N5), un programa informático –muy utilizado en análisis de contenido– con el que se pretendía generar teoría a través de crear e investigar nodos, dominios o categorías relacionados con el objeto de la investigación. Si bien ayudó a la identificación de unidades de registro, de unidades de contexto, de relaciones entre unidades, contabilización y organización de la información, permitiendo la interpretación posterior, sus resultados no fueron concluyentes y se producía una “redundancia de información”. Mediante este soporte informático, la transcripción íntegra del discurso permitió un estudio descriptivo y analítico cuyos objetivos eran:

- Clasificar las expresiones utilizadas por los profesionales en su discurso (entrevistas, grupo de discusión e Historias de Vida) y el contenido de lo expresado en los ítems abiertos de los cuestionarios.
- Analizar las expresiones de los profesionales referidos al ámbito cultural de los pacientes extranjeros.
- Indizar las expresiones más frecuentes relacionadas con el objeto de investigación.

Sin ser concluyentes, los datos extraídos de este análisis pueden ser útiles para conocer lo que los profesionales consideran importante desde el punto de vista cultural y que por ello manifiestan al ser preguntados. El análisis de las expresiones (prescindiendo del NUDIST) refleja una cultura de la profesión y unos valores que han de tenerse en cuenta para proporcionar cuidados culturales.

La redacción se hizo a partir de los datos aportados por los informantes, autores de los textos, los cuestionarios, la observación participante y de cuantas técnicas cuantitativas y cualitativas se emplearon. Esta labor de redacción se realizó en la tercera y última etapa de la investigación, que comprendió los meses de enero a junio de 2005, e incluyó las fases de revisión y corrección siguiendo las indicaciones del Director de Tesis y del Tutor del Doctorando.

3.13.- ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Aunque el estudio etnográfico y el rol del participante observador puedan considerarse el paradigma de las investigaciones observacionales, donde el nivel de manipulación de la realidad es teóricamente nulo, no por ello los estudios de este tipo están exentos de dilemas éticos. Un investigador de campo no difiere, p.ej. de los periodistas cuya presencia, deliberada o involuntariamente, puede crear nuevos acontecimientos. Constituiría un problema de ética especialmente los casos de investigaciones encubiertas (los sujetos no saben que están siendo observados). Por ello, se solicitó consentimiento –previa información– a cada una de las personas seleccionadas en el estudio, sin cuya aceptación no se aceptó su participación. Para los cuestionarios semi-estructurados se empleó un soporte donde se informaba a cada uno de los participantes en el estudio sobre las condiciones del mismo.

Se informó a los participantes que sus respuestas y datos aportados tenían la confidencialidad garantizada. Se comunicó al médico responsable de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) del HGUA que la información sobre pacientes procedente del programa informático IRIS® estaba protegida por el secreto estadístico según las disposiciones recogidas en la Ley 12/89 de 9 de mayo de Función Pública Estadística y Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal. Los datos demográficos de extranjeros censados están extraídos de fuentes oficiales publicados por el INE y debidamente referenciados. El estudio contó con la aprobación y autorización del Director del HGUA mediante informe favorable de fecha 03 de marzo de 2004. Finalmente, el proyecto de investigación de Tesis Doctoral fue remitido a la Comisión de Investigación del HGUA, emitiendo ésta informe con fecha 24 de Marzo de 2004 por el que declaró la investigación como un proyecto relevante, viable, oportuno y con la adecuada calidad científica.

4.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS



“La Antropología no sólo trata de huesos, vasijas y costumbres exóticas, sino que habla de tí y de mí, de nuestros amigos y parientes, y de nuestra propia forma de vida cotidiana”

Marvin Harris

I PARTE

4.1 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO. OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO: IDENTIFICAR LA DIVERSIDAD CULTURAL ENTRE LOS PACIENTES DE NACIONALIDAD EXTRANJERA INGRESADOS EN EL HGUA

4.1.1.- Extranjeros en Alicante

Para el **Objetivo General** del estudio *“Identificar la diversidad cultural entre los pacientes de nacionalidad extranjera ingresados en el HGUA”* se realizó un análisis del último censo oficial del INE³⁰ (datos a 1 de enero de 2003), Datos Padrón Municipal 2004, Avance datos Padrón a 1 de enero de 2005, análisis de la población adscrita al HGUA y análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados entre 1 de enero 2001– 31 de diciembre 2004 (Programa IRIS®).

A partir de los datos obtenidos, se pudo analizar la evolución y el perfil de la población extranjera residente en la provincia de Alicante en general y en particular la que corresponde al Área 18 (actual Departamento 19) adscrita al HGUA como Hospital General, ofreciendo datos de interés sobre los procesos de asentamiento de la población inmigrante. Se evidencia un crecimiento de los inmigrantes en el año 2003 superior al **50 %** en la ciudad de Alicante, con el consiguiente aumento de la diversidad cultural.

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004 (editado en 2001) advertía ya del incremento importante en la inmigración de extranjeros en los últimos años. La mayoría provenía de Europa, en especial desde países de la Unión Europea (de Reino Unido, Alemania y Francia). También se ponía de manifiesto el incremento de inmigración procedente de países de la Europa del Este. El resto de la inmigración procedía principalmente del continente Africano (especialmente Marruecos) y

³⁰ El Instituto Nacional de Estadística (INE) es el Organismo encargado de la obtención del Censo de Población y el Padrón Municipal. Ambas operaciones permiten determinar el número de habitantes y conocer las características de estos, pero son dos operaciones de muy distinta naturaleza y finalidad (JURADO, 2004).

del Americano. Según la estadística de las Variaciones Residenciales de la Comunidad Valenciana del Instituto Valenciano de Estadística (IVE) presentado en el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004 por la Conselleria de Sanidad, en el año 1999, el número de extranjeros residentes en la Comunidad Valenciana era 80.594.

Según los datos oficiales del Padrón 2003, el total de población residente en la Comunidad Valenciana ascendía a 4.470.885 habitantes siendo el total de extranjeros de 413.760 (en 2003) y el porcentaje respecto a la población total empadronada (tasa de extranjeros) de 9,25% en ese año. Según el Padrón a fecha 1 de enero de 2004, la Comunidad tenía un total de 4.543.304 personas, de las cuales 464.317 eran extranjeras lo que suponía el 10,21% de la población autonómica. Los datos dados a conocer por el INE el 17 de enero de 2006, y que corresponden al Padrón a 1 de enero de **2005**, muestran un total de población en la Comunidad de **4.692.449** personas, de las que el **12,4%** son extranjeras, es decir **581.985**.

En cuanto a la provincia de Alicante, la evolución de la población ha experimentado un continuo crecimiento en los últimos 15 años, pasando de 1.288.262 de 1990 a **1.732.389** habitantes a 1 de enero de **2005**. Se debe destacar como dato significativo que el ritmo de este crecimiento se ha hecho mucho más evidente desde 2000 con un aumento bruto de 287.245 residentes. Dicho de otro modo, en el último lustro la población de la provincia de Alicante ha crecido más que en toda la década de los años noventa. Este crecimiento queda reflejado en la TABLA 5:

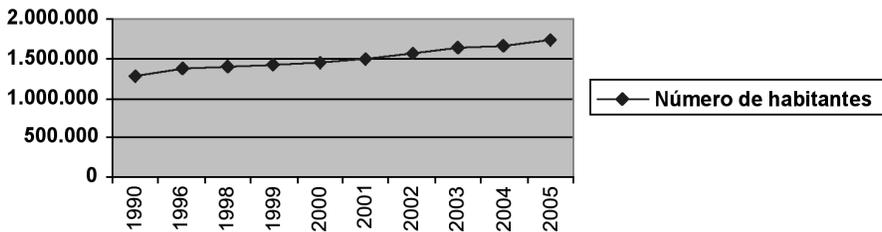
TABLA 5 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA PROVINCIA DE ALICANTE ¹								
1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1.379.762	1.388.933	1.410.946	1.445.144	1.490.265	1.557.968	1.632.349	1.657.040	1.732.389

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2006

Esta tendencia en el aumento poblacional de la Provincia de Alicante su puede visualizar mejor en el GRÁFICO 6:

GRÁFICO 6

Evolución de la población de la provincia de Alicante



³¹ A partir de 1996 se produce un cambio legislativo que elimina la distinción entre población de hecho y de derecho. Fuente: INE. Series históricas de población.

Respecto a éstas cifras oficiales, la población en la provincia de Alicante es mucho mayor que la reflejada en los padrones municipales. Se calcula que sólo uno de cada tres residentes extranjeros está empadronado en la provincia. Es un hecho el que los Ayuntamientos que más extranjeros reciben están realizando campañas para promocionar el empadronamiento con la finalidad de incrementar su población oficial para poder recibir mayores ayudas e infraestructuras de las administraciones superiores (Diputación, Generalitat, Gobierno Central) para atender las nuevas necesidades, entre las que se incluyen –naturalmente– las sanitarias.

Si nos atenemos a las cifras que ha venido publicando el INE, la población extranjera censada en la provincia de Alicante, ha pasado de los 126.157 foráneos (Censo 2001) y constituyendo el 8,7 % de la población de la provincia (1.445.144) a una cifra de **245.883 extranjeros** (Padrón 2003) sobre una población total de censados de **1.632.349** por lo que la tasa de extranjeros³² era del **15,06 %** en 2003. Las nacionalidades más numerosas eran las del Reino Unido (25.130 en 2001 y 53.462 en 2003) y Alemania (16.973 y 31.900) –países de la U.E.– seguidas de Ecuador (9.299 y 19.078) y Colombia (10.687 y 17.395) –que invierten posiciones– y Marruecos (8.545 y 13.936), estos últimos extracomunitarios. Los 245.883 extranjeros en Alicante en 2003 tenían una distribución por género de **128.520 varones (52,3%)** y **117.363 mujeres (47,7%)**, y suponían –con respecto al Censo 2001– un aumento de 119.726 personas.

El avance de datos correspondientes a enero de 2004 informaba de una población extranjera en la provincia de Alicante de 260.316 personas sobre un total de 1.657.040, por lo que suponía el 15,7% del total. Se observaba que Alicante seguía siendo el destino preferido para los residentes de la Unión Europea, especialmente para británicos y alemanes. Los residentes de origen británico (58.149) totalizaban ya el 22,3% de la población extranjera afincada en la provincia, especialmente en localidades de la Marina Alta y Baixa. El mayor contingente procedente de este país se encontraba en Calpe (3.144) y Benidorm (2.944). Los alemanes empadronados en Alicante bajaron a 26.507³³ (10,1% de los extranjeros en 2004) y Francia tenía 6.971 (2,67%). En total, los extranjeros registrados en la provincia procedentes de países de la Unión Europea sumaban 127.530 (48,9%). El contingente de sudamericanos experimentó un fuerte incremento. Los ecuatorianos superaron los 24.500 y los colombianos los 18.000 empadronados. El país de la Europa del Este con más residentes registrados era Rumania con 7.856, mientras que el número de marroquíes inscritos en los municipios de Alicante alcanzaba ya los 16.400.

La publicación el 17 de enero de 2006 de los datos que ofrece el INE a 1 de enero de **2005** ha elevado notablemente las cifras hasta ahora barajadas, quedando la

³² Tasa de extranjeros: número de extranjeros empadronados en Alicante 2003 respecto a la población total empadronada en ésta provincia.

³³ En el 2003, Alemania modificó una ley por la que sus habitantes debían residir en el territorio nacional para poder cobrar sus pensiones, motivo por el que en poblaciones como Javea la tasa de extranjeros descendió del 52% al 49%. Algunos regresaron a sus países mientras que otros siguen en la Costa Blanca pero con residencia legal en Alemania (Fuente: Concejalía de Participación Ciudadana, Ayuntamiento de Javea).

provincia de Alicante con una población total censada de **1.732.389** personas, **321.640** de las cuales son extranjeras (**18,56%**). Los varones extranjeros son **170.266** (**52,93%**), las mujeres extranjeras son **151.374** (**47,06%**). Según las mismas fuentes, de las nacionalidades que conviven en la provincia de Alicante, el **63,5%** (204.269) de los extranjeros empadronados pertenece a países europeos, el **48,82%** (157.041) concretamente a la UE (25). Por zonas geográficas de procedencia son:

Europeos comunitarios UE25	157.041	48,82%
Resto de europeos	47.228	14,68%
África	32.238	10,02%
América del Norte	1.612	0,5%
América Central	3.222	1,0%
América del Sur	72.731	22,6%
Asia	7.421	2,3%
Oceanía	147	0,04%
TOTAL	321.640	100%

Por país de procedencia, se comprueba que los británicos son los más numerosos, seguidos de alemanes, ecuatorianos, marroquíes, colombianos, argentinos, (TABLA 6).

PAÍS	Nº EMPADRONADOS
REINO UNIDO	76.743
ALEMANIA	28.667
ECUADOR	25.805
MARRUECOS	20.625
COLOMBIA	19.797
ARGENTINA	13.890
RUMANIA	11.976
HOLANDA	10.768
BÉLGICA	8.209
ARGELIA	7.261
NORUEGA	6.872
RUSIA	6.690
UCRÁNIA	6.644
BULGARIA	6.630
FRANCIA	5.998
SUIZA	5.195
CHINA	4.203
URUGUAY	3.216
SUECIA	3.885
ITALIA	3.024
BOLIVIA	2.635
IRLANDA	2.601
POLONÍA	2.028
BRASIL	1.999
CUBA	1.918
CHILE	1.875

LITUANIA	1.695
VENEZUELA	1.574
FINLANDIA	1.487
PORTUGAL	1.239
SENEGAL	1.071
PERÚ	1.041
ESTADOS UNIDOS (EE.UU.)	944
PAKISTÁN	922
DINAMARCA	911
PARAGUAY	834
REPUBLICA DOMINICANA	810
AUSTRIA	763
NIGERIA	739
GEORGIA	676
MOLDAVIA	632
ARMENIA	593
INDIA	497
HUNGRÍA	470
MÉXICO	460
REPÚBLICA CHECA	439
REPÚBLICA ESLOVACA	393
BIELORRUSIA	356
MALI	352
GUINEA ECUATORIAL	349
SERBIA Y MONTENEGRO	337
IRAN	270
MAURITANIA	261
FILIPINAS	255
CANADÁ	208
RESTO PAISES HASTA UN TOTAL EXTRANJEROS	321.640
PROVINCIA ALICANTE a 1 enero 2005	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) 17 de enero 2006

Actualmente, el HGUA, como Hospital de referencia para toda la provincia de Alicante para numerosas especialidades, es subsidiario de atender a una población de **1.732.389** habitantes procedentes de cualquier punto de la provincia. Como Hospital General del Departamento 19, es responsable de la salud de más de 263.568 habitantes.

4.1.2.- Principales nacionalidades y perfil de los extranjeros en el Departamento 19

Los datos consolidados del año 2003 sobre los extranjeros en el Departamento 19 nos proporcionan valiosa información sobre el origen geográfico de éstos, la consiguiente diversidad cultural mayoritaria de los mismos y permiten dibujar un perfil de los extranjeros residentes en la actualidad en el municipio de Alicante.

En el año 2003, y de acuerdo con la demografía y población que la Revisión del Padrón Municipal 2003 del INE ofrece por municipios, la población extranjera en los municipios cuyos habitantes tienen asignado al HGUA como Hospital General (aparte de cómo Hospital especializado) compone un mosaico geográfico amplísimo y de extraordinaria diversidad. Así, los extranjeros empadronados en la ciudad de Alicante proceden de **135** países diferentes, abarcando todo el mundo y todos los continentes, aunque eso sí, con una distribución desigual. Este hecho de gran diversidad entre los inmigrantes tiene enorme trascendencia al constituir un factor de complejidad el origen variado de los pacientes reales o potenciales.

A fecha enero 2003, el número total de extranjeros empadronados en la capital alicantina ascendía a **24.384** personas, lo que significa el **8,1%** de la población total de Alicante. Del total de los **24.384 extranjeros** residentes en la ciudad de Alicante, **12.432** son hombres frente a **11.952** mujeres, lo que significa que el **51%** de los extranjeros empadronados son hombres mientras que el **49%** restante son mujeres, aunque con una distribución enormemente desigual según las nacionalidades.

Al analizar la procedencia geográfica de los extranjeros empadronados se obtienen datos relevantes. Así, por zonas geográficas, Latinoamérica es el lugar de donde proceden mayor número de inmigrantes, prácticamente la mitad de los mismos, el 48% del total, teniendo una tendencia en aumento respecto a años anteriores. Europa occidental es la segunda zona de procedencia, ya que los extranjeros comunitarios significan el 23,6% del total. Si analizamos las cifras de años anteriores, se observa que en términos absolutos el peso de los extranjeros comunitarios está descendiendo año a año, ya que en el 2002 representaban el 26% del total de extranjeros, habiendo retrocedido cerca de 3 puntos en un año, aunque con notables diferencias según los países considerados. En tercer lugar, estarían los procedentes de África, que ascienden a un 17,6 % del total, habiendo retrocedido tres puntos desde el año anterior. Europa del Este se mantiene prácticamente invariable, con un 6% del total y Asia decrece un punto, procediendo de ahí el 3,6% del total. De esta forma, los inmigrantes latinoamericanos son los que están aumentando de manera muy significativa, constituyendo ya prácticamente la mitad de todos los extranjeros del municipio de Alicante, los europeos occidentales y los africanos han retrocedido y los europeos del Este disminuyen también ligeramente.

Este último análisis es en términos porcentuales, ya que en términos absolutos se aprecia que en todas las zonas geográficas se han producido aumentos apreciables, con enormes variaciones entre unas nacionalidades y otras. En la TABLA 7 se refleja la zona geográfica de procedencia de los extranjeros en el municipio de Alicante y resto del Departamento 19, incluyendo segregados:

TABLA 7							
POBLACIÓN EXTRANJERA MUNICIPIOS DEPARTAMENTO 19 Y SEGREGADOS ¹ . PADRÓN 2003							
	Alicante	S.Vicente	Monforte	Agost	Guardamar	Torre Vieja	Aspe
Total nacionalidades	24384	1.573	339	331	2.618	36.091	574
Total Europa	7.266	585	87	107	1859	28.713	243
Total África	4266	240	76	98	318	1.683	38
Total América	11.973	663	176	124	386	5202	279
Total Asia	853	85	0	2	53	484	14
Resto	26	0	0	0	2	9	0
SUMAS	24.384	1.573	339	331	2.618	36.091	574

Total Unión Europea	4.577	378	36	43	1.158	21.527	150
Reino U.	491	42	10	10	412	9.135	62
Alemania	455	65	9	11	355	4.644	21
Marruecos	1.613	89	25	84	291	1.054	16
Colombia	3.810	201	15	0	55	2.051	40
Ecuador	3.015	130	138	119	31	1.171	189

Fuente: Revisión del Padrón Municipal 2003 (INE)

TOTAL POBLACIÓN EXTRANJERA CON DERECHO A ASISTENCIA EN EL HGUA COMO HOSPITAL GENERAL EN EL 2003: **65.910**

Los 65.910 extranjeros con derecho a asistencia en el HGUA como Hospital General (aparte de especialidades de referencia) distribuidos de la manera siguiente: 26627 extranjeros censados en municipios del Departamento 19 a los que se debía sumar los 39283 de Municipios con población segregada lo que totaliza 65910 como arriba se señala.

Por sexos (TABLA 8), la zona geográfica de donde proceden más hombres es África, 14 puntos por encima de la media de la ciudad de Alicante, mientras que es en Europa del Este donde hay mayor porcentaje de mujeres, 6,6 puntos por encima de la media³⁵.

³⁴ Reciben la denominación de segregados aquellos municipios que, sin corresponderles el Área Sanitaria del HGUA, sus habitantes pueden acudir a este centro de forma regular.

³⁵ Europa Occidental 23% del total, 50,5% hombres y 49,5% mujeres; Europa del Este 6,05% del total, 44,3% hombres y 55,6% mujeres. (Fuente Carlos Gómez Gil, 2004).

TABLA 8			
PRINCIPALES NACIONALIDADES POR SEXOS ALICANTE CIUDAD 2003			
	Alicante ambos sexos	Varones	Mujeres
Total nacionalidades	24384	12432	11952
Total Europa	7.266	3573	3693
Total África	4266	2785	1481
Total América	11.973	5576	6397
Total Asia	853	482	371
Resto	26	16	10
SUMAS	24.384	12432	11952
Total Unión Europea	4.577	2311	2266
Reino U.	491	265	226
Alemania	455	234	221
Marruecos	1.613	962	651
Colombia	3.810	1637	2173
Ecuador	3.015	1442	1573

Fuente: Revisión del Padrón Municipal 2003 (INE)

La ciudad de Alicante forma parte de la Comarca denominada L'Alacantí. Ésta Comarca en el año 2003 tenía **421.860** habitantes y en el año 2004 creció en 9.889 empadronados (2,29%) llegando a los **431.749**. El propio municipio de Alicante es actualmente una ciudad que crece gracias a la llegada de personas extranjeras y que se han convertido en el verdadero motor demográfico de la misma. Según los últimos datos que ofrece la Oficina de Estadística del Ayuntamiento de Alicante, y referidos a Septiembre de 2004, la población alicantina es de **323.000** personas, de las cuales **278.390** –el **85,9** por ciento– son españolas, mientras que **45.565** –el **14,1** por ciento– son extranjeras.

Manejando los datos oficiales de la Oficina mencionada, tengamos en cuenta que, el número de extranjeros con residencia fijada en la ciudad de Alicante se ha cuadruplicado prácticamente desde el año 1997, pues de las 11.701 personas procedentes de otros países que ese año estaban censados, se ha pasado a 45.565 de septiembre 2004. Es importante señalar que el mayor incremento de población de extranjeros se produjo en el año 2002, con un 47 por ciento de incremento de extranjeros respecto al año anterior (17.318 en 2001 y 25.452 en 2002).

A destacar, en primer lugar, un elevado porcentaje de concentración de extranjeros en determinadas nacionalidades. Los ciudadanos colombianos siguen siendo la primera nacionalidad en Alicante, con 3.810 personas, representando el 15,6% del total de los inmigrantes residentes, pudiendo observar en esta nacionalidad con claridad un predominio de mujeres sobre los hombres. La segunda nacionalidad en importancia es la ecuatoriana, con 3.015, significando el 12,4% de toda la población extranjera residente, seguida de los argentinos, que con 2.922 personas representan el 11,7%. De esta forma, las tres primeras nacionalidades más importantes en esta ciudad son latinoamericanas, representando cerca del 40% de todos los extranjeros en Alicante. Un año antes esta misma proporción era del 34%, lo que pone de manifies-

to el incremento que se está produciendo sobre la población latinoamericana fundamentalmente. La cuarta nacionalidad es la argelina, con 1.736 personas y un 7% del total de los extranjeros, seguidos de marroquíes, con 1.613 personas, un 6,7% de los extranjeros. Francia es la sexta nacionalidad, con 1.517 personas y un 6% de los extranjeros, seguidas de Italia, con 1.112 personas y un 4,5% del total de extranjeros. Rumania es la 8ª nacionalidad, con 596 personas y un 2,4% del total, situándose a continuación los ciudadanos rusos, con 572 personas y un 2,3% del total, seguido del Reino Unido, en décimo lugar con 491 nacionales de este país representando el 2% del total. Ya en puestos inferiores, en 11º lugar está China, con 486 personas y un 1,9% del total de extranjeros, seguido en 12º lugar de Ucrania, con 478 personas y un 1,9% de los extranjeros de la ciudad, situándose a continuación Alemania, en 13º lugar, con 455 personas y un 1,8% del total. En el puesto 14 está Cuba, con 392 personas y un 1,57%, y en decimoquinto lugar está Bulgaria con 316 personas y un 1,26% de los extranjeros empadronados en la ciudad.

En la TABLA 9 pueden verse los quince primeras nacionalidades de extranjeros empadronados en la ciudad de Alicante según un estudio realizado por Gómez Gil (GÓMEZ, 2004), de la Universidad de Alicante, y cuyos datos son muy similares a los obtenidos por el presente investigador.

PUESTO	NACIONALIDAD	TOTAL	HOMBRES		MUJERES		
			% Total	% País	% País	% País	
1º	Colombia	3.912	15,7 %	1.679	42,9 %	2.233	57 %
2º	Ecuador	3.070	12,3 %	1.472	47,9 %	1.598	52 %
3º	Argentina	2.922	11,7 %	1.521	52 %	1.401	48 %
4º	Argelia	1.736	7 %	1.211	69,7 %	525	30,3 %
5º	Marruecos	1.666	6,7 %	988	59,3 %	678	40,7 %
6º	Francia	1.517	6 %	665	43,8 %	852	56,2 %
7º	Italia	1.112	4,5 %	662	59,5 %	450	40,5 %
8º	Rumania	596	2,4 %	319	53,5 %	277	46,5 %
9º	Rusia	572	2,3 %	230	40,2 %	342	59,8 %
10º	Reino Unido	500	2 %	273	54,6 %	227	45,4 %
11º	China	496	1,9 %	272	54,8 %	224	45,1 %
12º	Ucrania	478	1,9 %	226	47,2 %	252	52,7 %
13º	Alemania	460	1,8 %	237	51,5 %	223	48,4 %
14º	Cuba	392	1,57 %	203	51,7 %	189	48,2 %
15º	Bulgaria	316	1,26 %	170	53,7 %	146	46,2 %

(Fuente: Carlos Gómez Gil a partir de datos del Padrón Municipal de Habitantes de 2003. Diferencia de 543 personas más con respecto a datos obtenidos del INE)

Con estos datos se pueden extraer algunas conclusiones iniciales:

- **Elevada concentración en pocas nacionalidades de inmigrantes que llegan y residen en Alicante ciudad.** El número total de países representados asciende a 135, pero las diez primeras nacionalidades en importancia reúnen al 70% de todos los extranjeros de la ciudad, y las cinco primeras el 41,7%.

- **Aumenta la presencia de latinoamericanos en Alicante.** Llama la atención que las nacionalidades más relevantes son precisamente las de estos países que en pocos años han consolidado una presencia notable. En el caso de Colombia y Ecuador, las cifras evidencian que la llegada de personas procedentes de estos dos países se mantiene, al tiempo que el porcentaje de argentinos que ha alcanzado Alicante coloca a esta ciudad como uno de los principales destinos en España. En los tres casos, la existencia de personas ya asentadas está sirviendo y va a servir como elemento de atracción para más inmigrantes de estos países.
- **La comunidad magrebí se recupera.** Si bien en los años más recientes se había observado un cierto declive en la presencia de población argelina y especialmente marroquí, se percibe la emergencia de personas procedentes de estos dos países. El caso de Argelia está estrechamente vinculado con la relación histórica que ésta ciudad tiene con este país y la comunicación privilegiada por barco que mantiene (incluso motivo de controversia en algunos sectores de la sociedad alicantina), pero en el caso de los marroquíes, las causas bien pueden tener que ver con los desplazamientos hacia Alicante que se está produciendo entre los nacionales de estos países, que han estado viviendo y trabajando en zonas del Levante y Andalucía donde las condiciones de vida hacia esta comunidad se han endurecido al tiempo que muchos empresarios han optado por sustituirlos por ciudadanos del Este, lo que está sucediendo en lugares como el Poniente almeriense o la zona fresera de Huelva (GÓMEZ, 2004).
- **El mantenimiento de una importante población europea en la ciudad.** Esta población está liderada por Francia e Italia, seguido de Reino Unido y Alemania, convirtiéndose en una comunidad extranjera de importancia cuya relevante presencia pone de manifiesto también la coexistencia entre comunidades de ciudadanos comunitarios y extracomunitarios, ambos con problemas bien distintos que incluyen, naturalmente, los de salud.
- **La presencia de un importante sector de Europa del Este con un lento pero constante ascenso.** Los ciudadanos de países como Rumania, Rusia, Ucrania y Bulgaria constituyen un grupo muy sólido que año a año va ganando población y que, previsiblemente, mantendrá esta tendencia en el futuro.
- **La comunidad China mantiene una presencia apreciable aunque poco conocida.** Si bien es cierto que son la 11ª comunidad extranjera en la ciudad, constituyen un grupo de población muy importante desde el punto de vista económica, social y cultural (incluyendo las prácticas de salud), sobre la que se sabe muy poco y cuya visibilidad es muy escasa.

4.1.3.- Alicante: un nuevo contexto demográfico

A tenor de los datos demográficos aportados en el apartado anterior y referido a los cambios en la ciudad de Alicante, el incremento en el porcentaje de la población extranjera respecto a la española da buena idea de la magnitud del crecimiento que esta ciudad está viviendo. Prueba de ello es que el número de españoles empadronados desde 1997 (**266.197**) se ha incrementado en sólo algo más doce mil personas a lo largo de estos años (**278.390** en Septiembre 2004) mientras que el de extranjeros ha subido en más de treinta y tres mil en el mismo período (**11.701** en 1997 y **45.565** en Septiembre 2004). En términos totales, el número de alicantinos ha crecido en **45.102** personas desde el año 1997.

Y mucho más trascendental aún que las propias cifras son los cambios sociales y económicos que se han incorporado con normalidad al paisaje urbano. Si bien es imposible evitar que existan espacios de segregación y marginación, o problemas entre las personas que llegan y los propios alicantinos, con la magnitud de estas cifras y su extraordinario crecimiento, se puede afirmar que la convivencia está siendo más que aceptable. Especialmente teniendo en cuenta que un número importante de extranjeros carecen de permisos de residencia por lo que se encuentran en situación documental irregular. Y este es el principal obstáculo que dificulta la autonomía personal de estas personas y también en muchos casos su convivencia, la imposibilidad casi absoluta para regularizar su situación a pesar de que hacen una vida normalizada, lo que les obliga a trabajar en la economía sumergida y en condiciones de marginalidad. Posiblemente el segundo obstáculo al que tienen que hacer frente sea la vivienda, en la medida en que la propia situación legal y documental mencionado impide su acceso normalizado al mercado, sin olvidar también la existencia de importantes rechazos por parte de muchos propietarios por arrendar sus viviendas a inmigrantes, junto al hecho de que importantes grupos de inmigrantes se estén concentrando en determinados barrios de la ciudad, ocupando las viviendas más deterioradas en las zonas más abandonadas, lo que alimenta una espiral de marginación.

4.1.4.- Distribución por sexos de las nacionalidades de la población extranjera

Dado su interés sanitario, destaca la distribución por sexos que existe en algunas nacionalidades de extranjeros residentes en Alicante, en base a las notables diferencias entre el número de hombres y mujeres de la misma nacionalidad (TABLA 10).

TABLA 10					
DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DE NACIONALIDADES CON GRANDES DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES 2003					
NACIONALIDADES	HOMBRES	% hombres	MUJERES	% mujeres	TOTAL
Ghana	27	100 %	0	0	27
Guinea Bissau	26	96,2 %	1	3,8 %	27
Pakistán	59	93,6%	4	6,4 %	63
Senegal	255	86,7 %	39	13,3 %	294
Túnez	13	81,2 %	3	18,7 %	16
Brasil	67	26,9 %	182	73,1 %	249
Argelia	1.211	69,7 %	525	30,3 %	1.763
Georgia	45	69,2 %	20	30,8 %	65
Rusia	230	40,2 %	342	59,8 %	572
Guinea Ecuatorial	79	35,5 %	143	64,5 %	222
Marruecos	988	59,3 %	678	40,7 %	1.666
Nigeria	97	59,5 %	66	40,5 %	163
República Dominicana	71	31,5 %	154	68,5 %	225
Bolivia	55	41,6 %	77	58,4 %	132
Colombia	1.679	42,9 %	2.233	57,0 %	3.912
Venezuela	107	43,1 %	141	56,9 %	248

(Fuente: Carlos Gómez Gil a partir de datos del Padrón Municipal de Habitantes de 2003. Diferencia de 543 personas más con respecto a datos obtenidos del INE)

Mencionar el hecho de que la distribución por sexos en la población extranjera de la ciudad es bastante equilibrada, siendo del 51% de mujeres frente al 49% de hombres. Precisamente por ello, sobresalen estas diferencias en algunas nacionalidades, en la medida en que ello plantea numerosos interrogantes. De hecho, llega a haber nacionalidades en las que solo hay hombres y ninguna mujer, como ocurre con Ghana, con 27 varones, así como otras en las que el número de mujeres es sumamente bajo, como sucede con Guinea Bissau, con un 96,2% de hombres, Pakistán, con un 93,6% de hombres, Senegal, común 86,7% de hombres, Túnez con un 81,2% de hombres, Argelia y Georgia, con un 69,7% y 69,2% de hombres, y Marruecos y Nigeria, con un 59,3% y 59,5% de hombres respectivamente. Tengamos en cuenta que en su mayor parte, son países de tradición musulmana dotados de unos rasgos culturales e idiomáticos muy fuertes, lo que nos lleva a plantearnos numerosos interrogantes sobre la evolución de estas nacionalidades, ¿traerán a mujeres de sus países para establecer familias en Alicante, o por el contrario, se desplazarán hacia otros lugares a la búsqueda de compatriotas? ¿Todo ello aumentará su segregación social o por el contrario acelerará estrategias de integración?

En el caso contrario, tenemos a determinados países en los que de forma mayoritaria son mujeres las que residen en Alicante, subrayando un componente de feminización en la inmigración protagonizada por estos nacionales, como sucede con Brasil con un 73,1% de mujeres, Rusia y Guinea Ecuatorial, con un 59,8% y 64,5% respectivamente, República Dominicana común 68,5% de mujeres, Colombia con un 57% de mujeres y Venezuela con 56,9% de mujeres. En estos casos tenemos que las nacionales de estos países encuentran con mayor facilidad empleo en sectores profesionales donde hay una gran demanda para mujeres.

4.1.5. Pacientes extranjeros ingresados en el HGUA período enero 2001-diciembre 2004

4.1.5.1.- Número y procedencia de los extranjeros

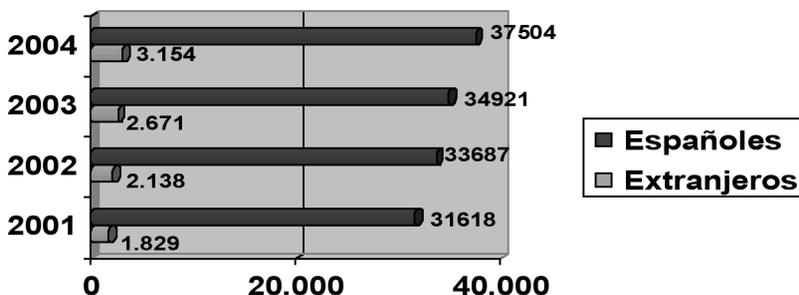
En el HGUA, entre el 1 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2004 se produjeron un total de **9.792** ingresos de pacientes extranjeros, un **6.63%** del total de ingresos que fueron **147.522**, pero con una tendencia de incremento porcentual acusado, pasando del 5.46 % de 2001 a 7.75 en 2004 (TABLA 11) (GRÁFICO 7).

TABLA 11			
INGRESOS EN EL HGUA AÑOS 2001 a 2004			
AÑO	INGRESOS TOTALES	EXTRANJEROS	PORCENTAJE
2001	33.447	1.829	5.46%
2002	35.825	2.138	5.96%
2003	37.592	2.671	7.10%
2004	40.658	3.154	7.75%
TOTAL	147.522	9.792	MEDIA 6.63%

(Fuente: Sistema de Información para la Gestión SIG del HGUA)

GRÁFICO 7

Ingresos totales de españoles y extranjeros 2001-2004



(Elaboración propia a partir de datos SIG del HGUA)

De los 188 países codificados que tiene el programa IRIS®, se detectaron que los ingresados reconocidos como extranjeros por su país de nacimiento procedían de **91** países, sin contar con los descriptores erróneos que más adelante se explicarán (TABLA 12).

TABLA 12
PAÍSES Y NÚMERO DE CASOS DE EXTRANJEROS INGRESADOS
DESDE 1-ENERO-2001 a 31-DICIEMBRE 2004

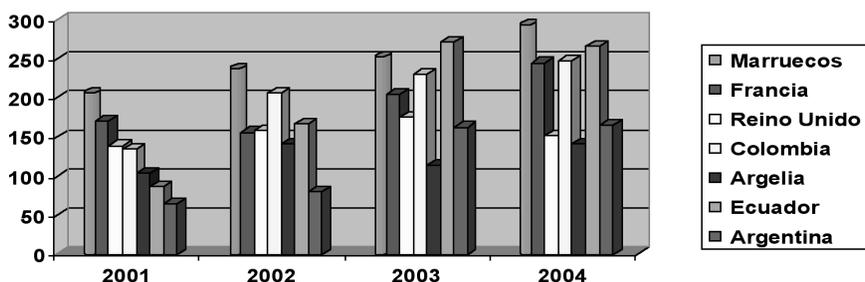
PAÍSES	2001	2002	2003	2004	TOTALES
AFRICA	2	-	1	3	6
ALBANIA	-	-	1	1	2
ALEMANIA	52	49	86	68	255
AMERICA CENTRAL	-	1	-	1	2
AMERICA DEL NORTE	1	1	2	1	5
ANDORRA	3		-	-	3
ANGOLA	-	-	1	1	2
ÁRABE	-	1	-	-	1
ARGELIA	104	141	114	142	501
ARGENTINA	65	80	163	165	473
AUSTRALIA	-	2	-	-	2
AUSTRIA	4	3	1	1	9
BAHAMAS	1	-	-	-	1
BANGLADESH	-	-	-	2	2
BELGICA	24	11	23	33	91
BIELORUSIA	-	3	-	1	4
BOLIVIA	1	5	13	18	37
BRASIL	13	16	18	12	59
BULGARIA	5	6	20	21	52
CABO VERDE	1	-	-	2	3
CAMERUN	-	-	-	2	2
CANADA	1	1	-	1	3
CEYLAN	-	1	-	-	1
CHECOSLOVAQUIA	3	2	3	3	11
CHILE	5	7	8	10	30
CHINA	9	15	15	9	48
COLOMBIA	134	206	231	247	818
CONGO	1	-	1	2	4
COREA DEL SUR	-	-	1	-	1
COSTA MARFIL	1	1	-	1	3
COSTA RICA	-	1	1	-	2
CUBA	18	23	39	47	127
DESCONOCIDO	147	128	210	514	999
DINAMARCA	3	1	2	1	7
DOMINICA	1	-	1	1	3
ECUADOR	87	167	271	266	791
EGIPTO	-	1	1	-	2
EL SALVADOR	-	1	2	-	3
ESTADOS UNIDOS	6	10	12	4	32
ETIOPIA	-	-	-	2	2
FEDERACIÓN RUSA	36	41	53	41	171
FILIPINAS	5	3	5	3	16
FINLANDIA	9	3	3	9	24
FRANCIA	171	156	205	245	777
GHANA	-	-	3	2	5
GRECIA	1	1	-	1	3
GUATEMALA	-	-	1	-	1
GUINEA	17	18	23	13	71

GUINEA ECUATORIAL	11	8	9	6	34
HOLANDA	20	22	20	29	91
HONDURAS	-	1	-	1	2
HUNGRÍA	4	-	2	3	9
INDIA	3	-	1	6	10
INDONESIA	-	2	1	2	5
IRAK	-	1	-	-	1
IRLANDA	11	16	8	4	39
ISLANDIA	-	1	-	-	1
ISRAEL	2	-	1	1	4
ITALIA	23	18	32	34	107
LIBANO	-	-	1	1	2
LIBERIA	-	-	2	-	2
KENYA	1	1	-	-	2
KUWAIT	-	1	-	-	1
LUXEMBURGO	-	2	-	-	2
MALI	1	2	2	2	7
MARRUECOS	207	237	253	294	991
MAURITANIA	1	1	-	-	2
MEXICO	5	7	8	5	25
NAMIBIA	-	-	-	1	1
NICARAGUA	3	1	2	-	6
NIGERIA	4	11	17	17	49
NO CODIFICADO	278	314	336	393	1321
NORUEGA	12	12	21	14	59
NUEVA ZELANDA	-	-	1	-	1
PAKISTÁN	1	-	15	16	32
PALESTINA	1	-	2	1	4
PANAMÁ	-	1	-	-	1
PARAGUAY	1	-	1	7	9
PERU	7	13	9	11	40
POLONIA	9	16	14	9	48
PORTUGAL	37	16	9	28	90
PUERTO RICO	-	-	1	1	2
REINO UNIDO	139	159	176	152	626
REPUBLICA DOMINICANA	18	12	10	9	49
RUMANIA	11	55	57	79	202
SENEGAL	12	7	12	3	34
SIERRA LEONA	2	-	-	-	2
SIRIA	6	4	5	6	21
SUDÁFRICA	-	-	1	-	1
SUDAMERICA	1	-	-	-	1
SUECIA	5	15	14	15	49
SUIZA	12	25	27	17	81
TUNEZ	-	-	-	1	1
TURQUÍA	-	2	-	-	2
UCRANIA	16	15	22	28	81
URUGUAY	21	11	30	31	93
VENEZUELA	11	20	8	25	64
YUGOSLAVIA	2	3	7	6	18
SUMAS	1.829	2.138	2.671	3.154	9.792

(Fuente: Sistema de Información para la Gestión SIG del HGUA)

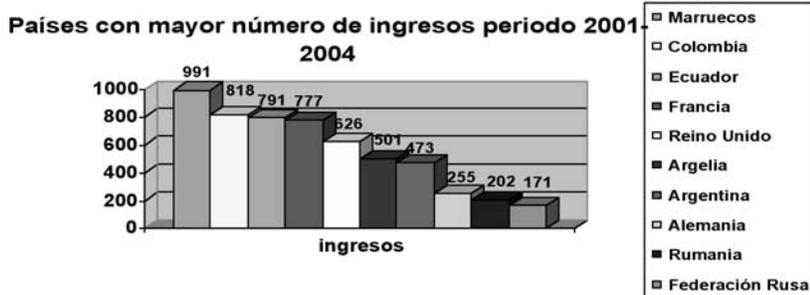
El análisis de los datos sobre los países de procedencia de los extranjeros ingresados, no sólo nos muestra qué nacionalidades son más frecuentes en el ingreso hospitalario (Marroquíes) sino qué países considerados popularmente como grandes frecuentadores (como los Sub-saharianos) tienen una presencia testimonial, otras se mantienen o incluso decrecen proporcionalmente y en números absolutos (Británicos) y aparecen tendencias llamativas como un espectacular crecimiento de originarios de países latinos como Ecuador y Argentina (GRÁFICO 8).

GRÁFICO 8
PAÍSES CON MAYOR NÚMERO DE INGRESOS DE ENTRE
LOS 91 ANALIZADOS POR AÑOS



También se pueden comprobar los países con mayor número de ingresos en el total del periodo 2001-2004 (GRÁFICO 9).

GRÁFICO 9



4.1.5.2.- Servicios de ingreso de los extranjeros

Asimismo, se ha podido conocer que los 9.792 ingresos de extranjeros entre 1 de enero 2001 y 31 de diciembre de 2004 han estado a cargo de 57 Servicios Médicos y Quirúrgicos, pudiendo determinar los Servicios más frecuentados así como las diferentes tendencias de aumento en algunas de ellas (Tabla 13).

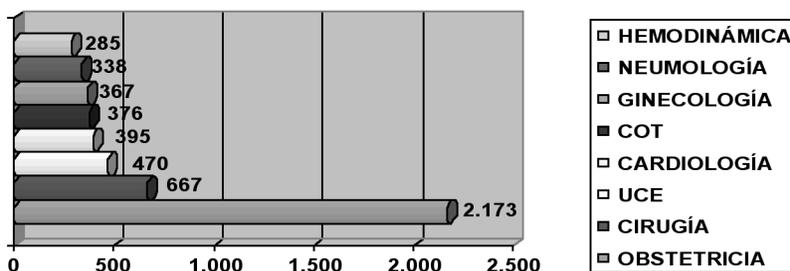
TABLA 13					
SERVICIOS DE INGRESO DE EXTRANJEROS DE 1 ENERO 2001 a 31 DE DICIEMBRE 2004					
SERVICIO	2001	2002	2003	2004	TOTALES
AGUDOS	4	4	6	1	15
ALERGIA	-	-	1	-	1
CARDIOLOGÍA	88	68	93	146	395
CIRUGÍA CARDÍACA	30	24	22	27	103
CIRUGÍA INFANTIL	26	44	58	69	197
CIRUGÍA GENERAL	104	170	195	198	667
CIRUGÍA ORTOPÉDICA TRAUMA.	82	80	96	118	376
CIRUGÍA PLÁSTICA INFANTIL	3	2	4	4	13
CIRUGÍA PLÁSTICA	29	26	31	52	138
CIRUGÍA TORÁCICA	33	29	41	36	139
CIRUGÍA VASCULAR	34	37	56	56	183
DERMATOLOGÍA	6	5	11	17	39
ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL	-	-	1	1	2
ENDOCRINOLOGÍA	14	17	13	13	57
GINECOLOGÍA	76	73	112	106	367
HEMATOLOGÍA	15	26	39	78	158
HEMODINÁMICA	93	68	45	79	285
IMPLANTES	4	2	6	7	19
LACTANTES	7	16	6	17	46
MEDICINA DIGESTIVA	41	37	40	52	170
MEDICINA INTERNA	71	56	81	68	276
NEFROLOGÍA	11	33	36	54	134
NEONATOLOGÍA	-	-	9	56	65
NEUMOLOGÍA	65	68	85	120	338
NEUROCIRUGÍA I	22	25	33	32	112
NEUROCIRUGÍA II	29	27	40	42	138
NEUROFISIOLOGÍA	-	-	15	14	29
NEUROLOGÍA	19	30	34	42	125
NEURORADIOLOGÍA	-	10	22	14	46
NRI	-	-	9	4	13
OBSTETRICIA	391	496	583	703	2173
OFTALMOLOGÍA INFANTIL	1	2	-	-	3
OFTALMOLOGÍA	46	62	64	58	230
ONCOLOGÍA	68	55	49	77	249
ONCOLOGÍA INFANTIL	19	23	21	24	87
OTORINOLARINGOLOGÍA INFANTIL	7	9	10	9	35
OTORINOLARINGOLOGÍA	27	48	49	47	171
PEDIATRÍA	38	43	55	37	173
QUEMADOS	12	9	16	20	57
REANIMACIÓN	8	5	3	4	20
REUMATOLOGÍA	14	19	39	99	171
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA	20	1	-	-	21
TRAUMATOLOGÍA INFANTIL	20	25	36	43	124
UCI NEONATAL	-	-	1	3	4
UCI PEDIÁTRICA	-	-	1	1	2
UNIDAD DE CORTA ESTANCIA	9	140	182	139	470
UNIDAD DEL DOLOR	-	-	14	41	55

U. ENFERMEDADES INFECCIOSAS	81	69	69	60	279
UNIDAD HEPÁTICA	47	46	93	89	275
UNIDAD DE ICTUS	21	16	22	30	89
UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA	18	14	34	37	103
UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA	17	16	12	17	62
UNIDAD DE RODILLA	28	34	34	49	145
UROLOGÍA	22	19	31	34	106
UNIDAD DE RAQUIS	8	8	12	7	35
UNIDAD SANGRANTES DIGESTIVOS	1	2	1	4	8
SUMAS	1.829	2.138	2.671	3.154	9.792

(Fuente: Base de Datos IRIS® del HGUA)

De los Servicios del HGUA que muestran una tendencia de crecimiento más espectacular destaca sin duda Obstetricia, que en cuatro años casi duplica sus ingresos de extranjeros. Asimismo, de los Servicios que más extranjeros ingresan sobresa- le nuevamente Obstetricia (2.173), que por sí sólo triplica al siguiente, Cirugía (667), sumando Obstetricia y Ginecología el 26% del total de ingresados. Les sigue, de lejos, Servicios como la Unidad de Corta Estancia (470) –creada en 2001–, Cardiología (395), Cirugía Ortopédica y Traumatología (376), el ya mencionado de Ginecología (367), Neumología (338) y el de Hemodinámica (285) (GRÁFICO 10).

GRÁFICO 10
SERVICIOS CON MAYOR NÚMERO DE INGRESOS
DE 1 DE ENERO 2001 a 31 DICIEMBRE 2004



4.1.5.3.- Datos clínicos y administrativos de los extranjeros

Dado que la codificación de los informes de alta de los pacientes ingresados en el HGUA, a cargo de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA), puede conllevar cierta demora entre la fecha de alta del paciente y la inclusión de los datos clínico-administrativos definitivos en la base de datos IRIS®³⁶, se consideró

³⁶ IRIS®. Programa homologado por la Conselleria de Sanitat para la Gestió de Pacients. El gestor de la base de datos es Informix. Se utilizan además los módulos de Urgencias, Hospitalización, Quirófanos, Facturación, Consultas Externas, Propuestas de CC.EE. y Archivos. La versión del programa en el 2003 es la 7.11.

oportuno para la presente investigación que el estudio retrospectivo sobre los datos contenidos al alta hospitalaria descartara los últimos meses de 2004 a fin de asegurar la máxima fiabilidad en la información.

Así, en un periodo acotado –para su estudio– entre 1 de enero 2001 y 30 de junio 2004 se produjeron un total de **127.488** episodios asistenciales de ingreso hospitalario. De estos, **8.172** episodios correspondieron a ingresos de extranjeros, resultando que fueron protagonizados por **5.794** pacientes que la base de datos del Programa de Gestión de Pacientes recogió como “no españoles”. Ésta cifra se correlaciona con otros tantos diagnósticos principales y servicios de ingreso pudiendo un mismo paciente –como es el caso– tener uno o más ingresos durante el citado periodo por lo que la muestra de pacientes es inferior a la cifra de ingresos (TABLA 14). Los ejemplos que se pueden citar para ilustrar esta diferencia entre el número de casos y el número de pacientes físicos atendidos lo constituyen los ingresos para administración de ciclos de quimioterapia, las amenazas de parto prematuro o aborto que pueden dar lugar a diversos ingresos hasta la materialización del parto, estudios diagnósticos que concluyen posteriormente con procedimientos terapéuticos, y un largo etcétera de episodios asistenciales a cargo del mismo paciente.

TABLA 14		
INGRESOS EN EL HGUA DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO: 1 ENERO 2001 a 30 DE JUNIO 2004		
INGRESOS HOSPITALARIOS HGUA	RESULTADOS	%
INGRESOS TOTALES 2001	33.447	26,23 %
INGRESOS TOTALES 2002	35.825	28,10 %
INGRESOS TOTALES 2003	37.592	29,48 %
INGRESOS TOTALES 2004 (1er. Semestre)	20.624	16,17 %
TOTAL INGRESOS PERIODO ESTUDIO	127.488	100 %
INGRESOS EXTRANJEROS	8.172	6,41 %
INGRESOS EXTRANJEROS VARONES	3.386	41,43 %
INGRESOS EXTRANJEROS MUJERES	4.782	58,51 %
INGRESOS EXTRANJEROS INDETERMINADO	4	00,05 %
PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS	5.794	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de IRIS®

Las variables utilizadas para seleccionar la muestra fueron:

- Periodo: 1 de Enero 2001-30 de Junio 2004
- Total asistencias (ingresos hospitalarios) HGUA año 2001: **33.447**
- Total asistencias (ingresos hospitalarios) HGUA año 2002: **35.825**
- Total asistencias (ingresos hospitalarios) HGUA año 2003: **37.592**
- Total asistencias (ingresos hospitalarios) HGUA primer semestre año 2004: **20.624**
- Total ingresos hospitalarios en periodo estudiado: **127.488**

- Total asistencias (ingresos hospitalarios) a extranjeros: **8.172**
- Porcentaje ingresos de extranjeros sobre total periodo: **6.41 %**
- Servicios de ingreso (médicos, quirúrgicos, generales, maternos e infantiles): **57**
- Total número de pacientes extranjeros: **5.794**
- País de Nacimiento: ingresaron procedentes de **91** países diferentes de los 188 países codificados que recoge la Base de Datos IRIS®.
- Número de Historia Clínica
- Sexo:
 - (1) varones: **3.386**
 - (2) mujeres: **4.782**
 - (3) indeterminado: **4**
- Porcentaje de varones **41,4 %** y mujeres **58,5 %**
- Edades: rango entre 0 días de vida y 98 años; media de edad **42,69**, desviación típica 21, 84. El promedio de edad por sexo es:
 - (1) varones: **46,7 años**
 - (2) mujeres: **39,8 años**
 - (3) indeterminado: **17 años**
- Fecha de alta
- Servicio Médico que da el alta
- Diagnóstico Principal

Se ha hecho un estudio de los diagnósticos de los 8.172 casos, agrupándolos por años, y como resultado se pueden ver los diagnósticos principales que presentan los extranjeros ingresados en el HGUA (TABLA 15). Un análisis más profundo de los datos obtenidos nos permitiría determinar, por ejemplo, si hay diferencias significativas entre poblaciones en la frecuentación de la asistencia especializada o prevalencia de algunos diagnósticos en grupos de población. Lo que sí se desprende es que la creencia de que los inmigrantes son presuntos portadores masivos de enfermedades infectocontagiosas graves o raras queda cuestionada. Basta con ver el número de casos de enfermedades relacionadas con TBC, infecciones VIH o la ausencia de un número de casos significativos de enfermedades endémicas de países subdesarrollados para darse cuenta que su peso específico no contrasta con la de los casos propios de la población española.

TABLA 15					
DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES EXTRANJEROS INGRESADOS					
	2001	2002	2003	2004 ³⁷	TOTALES
ABORTO	44	79	89	43	255
ABSCESO	23	36	26	13	98
ADMINISTRACION QUIMIOTERAPIA	26	27	27	39	119
ADENOCARCINOMA	11	18	11	9	49
AMENAZA PARTO PREMATURO	20	8	26	12	66
ANEMIA	11	10	10	5	36
ANEURISMA	8	9	9	5	31
ANGOR / ANGINA	12	11	10	8	41
APENDICITIS	23	38	47	16	124
ARTRITIS	6	11	13	7	37
ASMA	10	11	18	9	48
CANCER	29	26	31	22	108
CARCINOMA	16	13	16	6	51
CATARATAS	25	35	43	18	121
CESÁREAS	7	14	21	12	54
CIRROSIS	5	5	23	16	49
COLELITIASIS	9	18	28	15	70
EMBARAZO ECTÓPICO	7	8	15	8	38
EMBARAZO GEMELAR	3	4	8	3	18
EMBARAZO POSTÉRMINO	1	45	67	33	146
ESTENOSIS CARDÍACAS	38	26	14	10	88
FRACTURAS	82	69	90	43	284
GASTROENTERITIS AGUDA	19	32	60	21	132
HEPATITIS	8	11	17	7	43
HERIDAS	17	17	18	4	56
HERNIAS	28	50	54	38	170
INFARTO AGUDO MIOCARDIO	29	38	29	22	118
INFECCIÓN	26	38	47	17	128
INFECCIONES VIH	6	12	14	7	39
METÁSTASIS	11	8	9	7	35
MULTIGRAVÍDA EDAD AVANZADA	15	12	9	6	42
NEUMONÍA	25	25	26	11	87
PARTO CON ESPÁTULAS	4	2	0	0	6
PARTO CON VENTOSA	10	15	24	12	61
PARTO NORMAL	88	95	77	40	300
PARTO PREMATURO	22	23	37	17	99
PIELONEFRITIS	22	29	30	13	94
QUEMADURAS	17	11	16	8	52
QUISTES	17	16	15	11	59
ROTURA PREMATURA MEMBRANA	47	44	26	15	132
TBC	2	12	9	7	30
TRAUMATISMO C. E.	10	13	16	16	55
TOTAL PARCIAL					3.669
SUMA CASOS 3.669 + 4.503 (Otros)					8.172

(Fuente: Elaboración propia a partir de la codificación de los informes de alta por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA)

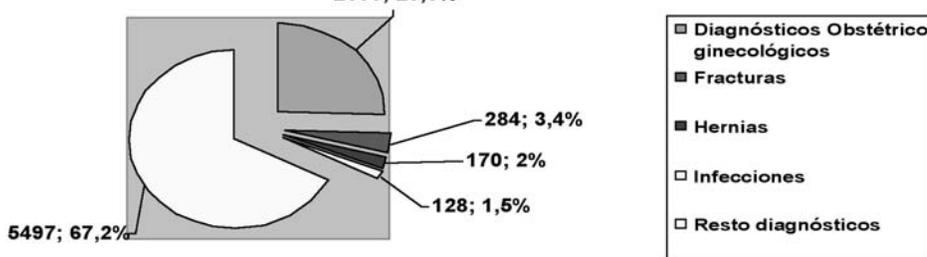
³⁷ Datos del primer semestre 2004.

El diagnóstico más frecuente durante el período estudiado es el parto normal (300 casos), seguido de las fracturas (284), aborto (255), hernias (170), rotura prematura de membrana (132) e infecciones (128). La gran variedad de diagnósticos entre los 8172 ingresos hace que estos números no tengan una especial significación porcentual.

Sin embargo, si sumamos todos los diagnósticos relacionados con Obstetricia (parto normal, aborto, rotura prematura de membrana, parto prematuro, parto post-término, amenaza de aborto, cesáreas, embarazo ectópico, multigrávida de edad avanzada, partos distócicos, partos gemelares, etc.) y los ginecológicos (cirugía ginecológica, tumores, estudios, patología ginecológica en general, etc.) resulta que podemos agruparlos hasta un conjunto de 2.093 diagnósticos, es decir, más del 25% de los casos (GRÁFICO 11). Al respecto hay que señalar el importante sesgo que supone comparar los diagnósticos de otras especialidades con la Obstétrica, ya que no suelen reingresar tantas veces como éstas hasta la resolución del motivo, que suele ser el parto a término.

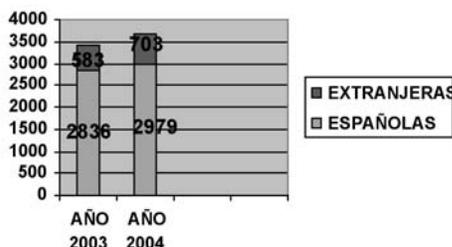
GRÁFICO 11

Diagnósticos Obstétrico-ginecológicos frente al resto



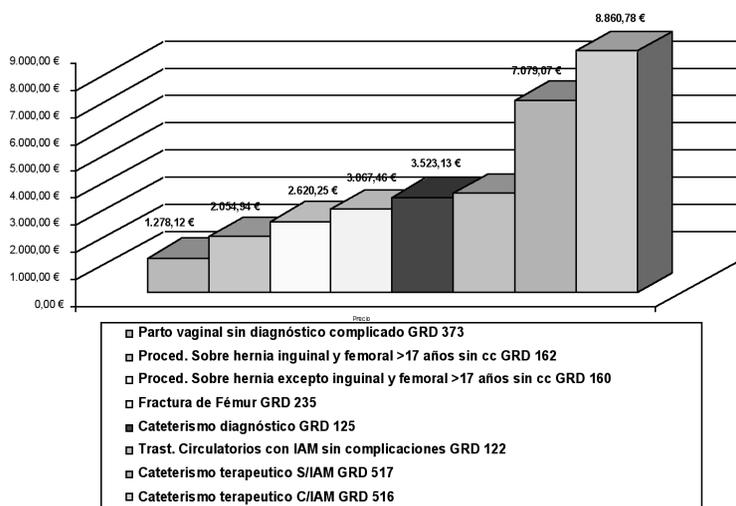
Y, siguiendo con Obstetricia, en general existe la percepción entre el personal sanitario de que la proporción de extranjeras que ingresan en este Servicio es mayoritaria con respecto a las no extranjeras. Las últimas cifras de este servicio (GRÁFICO 12) constatan que esto no es así ya que en el año 2003 supusieron un 17,05% (583 casos) y en el 2004 un 19,09% (703 casos). Esto nos demuestra que los extranjeros son aparentemente más “visibles” creando una falsa creencia de mayoría en algunos colectivos de pacientes.

GRÁFICO 12
Ingresos de extranjeras en Obstetricia 2003 y 2004



Otra cuestión a tener en cuenta es que existe una creciente preocupación en la sociedad por lo que pueda suponer de carga económica la atención sanitaria a los extranjeros. Paradójicamente, el extranjero inmigrante joven es visto con enorme recelo mientras que el extranjero residente es bien recibido en la mayoría de los casos. En términos de coste sanitario, las patologías asociadas a los inmigrantes son, en general, de bajo impacto económico (p.ej.: GRD 373 parto: 1.278,12 euros), mientras que los añosos residentes y turistas del centro y norte de Europa son portadores de enfermedades crónicas y degenerativas de alto coste farmacéutico y asistencial (GRD 125 cateterismo cardiaco diagnóstico: 3.523,13 euros, y hasta los 8.890,78 euros en otros cateterismos). La dimensión de la casuística y su coste pueden ser observados en el GRÁFICO 13. Teniendo en cuenta que en el periodo estudiado se realizaron cateterismos –diagnósticos y terapéuticos– a 285 pacientes extranjeros y se intervinieron de cirugía cardíaca a otros 103 pacientes –operaciones que superan en algunos casos los 22.000 euros – podemos hacernos una idea del impacto económico, y de ahí el empeño de la Generalitat Valenciana por recabar fondos compensatorios por atención a extranjeros, principalmente del ámbito de la U.E.

GRÁFICO 13
Casuística y su coste



Fuente: Memoria HGUA 2004. Ley 12/1997 de Tasas de la Generalitat Valenciana (Ejercicio 2005)

Continuando con los datos clínicos y administrativos de los extranjeros, y como limitaciones del estudio, citar que la búsqueda en IRIS® se realiza por país de nacimiento por lo que no necesariamente la totalidad de la muestra corresponde a ciudadanos extranjeros (hay ciudadanos españoles que han nacido en el extranjero), y que una cifra muy importante de casos de las asistencias a pacientes “no españoles” aparecen como *No Codificado* (1.103 – 13,5%) y como *Desconocido*³⁸ (729 – 8,9%) así como la existencia –aunque poca significativa– de descriptores incorrectos de “país” en el programa, como los siguientes:

África: 6 casos
 América Central: 1 caso
 América del Norte: 4 casos
 Árabe: 1 caso
 Sudamérica: 1 caso

El resto de los resultados de la búsqueda comprenden: Nacionalidades de pacientes extranjeros ingresados durante el periodo de estudio (TABLA 16) y los Servicios Médicos que más pacientes extranjeros ingresaron (TABLA 17). La nacionalidad más destacada por el número de ingresos es la de Marruecos (10,4 % del total) seguida de Colombia (8,5%), Francia (8%) y Ecuador (7,9%). En todos estos casos el número de mujeres es muy superior al de ingresos varones, factor que tiene su explicación en la edad fértil de la mayoría de las que proceden de estos países. Le sigue en número el Reino Unido, con un 6,9% pero con mayoría de hombres, para a continuación situarse de nuevo un país con más mujeres ingresadas Argelia (5,3%).

Por lo que respecta a los Servicios que registran mayor número de ingresos de extranjeros, como ya se ha comentado, destaca el área de Obstetricia (17,49%) y Ginecología (8,11%) que juntas vienen a suponer el 25.6% de todos los ingresos. Le siguen, a cierta distancia, servicios como Cirugía General (6,16%), Unidad de Corta Estancia (5,80%) y Cirugía Ortopédica y Traumatología (3,89%).

TABLA 16				
NACIONALIDADES DE PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS				
DURANTE EL PERIODO Enero 2001- Junio 2004 EN EL HGUA³⁹				
PAIS	VARONES	MUJERES	TOTAL	%
MARRUECOS	390	461	851	10,4 %
COLOMBIA	185	513	698	8,5 %
FRANCIA	269	388	657	8,0 %
ECUADOR	170	477	647	7,9 %
REINO UNIDO	344	217	561	6,9 %

³⁸ Según fuentes de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) y Unidad de Informática del HGUA, la aparición en la Base de Datos de pacientes con país de origen desconocido o no codificado se debe a una anomalía del programa IRIS® pendiente de solución o a la imposibilidad de asignar el código correcto en caso de indocumentados.

³⁹ A los 3386 varones y 4782 mujeres, hay que sumar los 4 casos que la base de datos IRIS® recoge como de sexo indeterminado (8.168 + 4 = 8.172).

ARGELIA	186	244	430	5,3 %
ARGENTINA	166	224	390	4,8 %
ALEMANIA	111	106	217	2,7 %
RUMANIA	43	111	154	1,9 %
FEDERACIÓN RUSA	54	92	146	1,8 %
CUBA	45	61	106	1,3 %
ITALIA	59	32	91	1,1 %
HOLANDA	36	42	78	1,0 %
PORTUGAL	31	47	78	1,0 %
URUGUAY	22	56	78	1,0 %
BELGICA	31	44	75	0,9 %
GUINEA	15	51	66	0,8 %
SUIZA	25	42	67	0,8 %
UCRANIA	18	48	66	0,8 %
NORUEGA	23	33	56	0,7 %
BRASIL	14	38	52	0,6 %
VENEZUELA	19	33	52	0,6 %
REP. DOMINICANA	9	36	45	0,6 %
SUECIA	17	28	45	0,6 %
POLONIA	14	30	44	0,5 %
BULGARIA	13	28	41	0,5 %
CHINA	8	32	40	0,5 %
IRLANDA	21	17	38	0,5 %
NIGERIA	11	27	38	0,5 %
SENEGAL	25	9	34	0,4 %
PERU	7	26	33	0,4 %
ESTADOS UNIDOS	15	14	29	0,4 %
GUINEA ECUATORIAL	9	19	28	0,3 %
BOLIVIA	6	20	26	0,3 %
CHILE	5	19	24	0,3 %
PAKISTÁN	24		24	0,3 %
FINLANDIA	9	12	21	0,3 %
MEXICO	7	14	21	0,3 %
NO CODIFICADO	469	634	1103	13,5 %
DESCONOCIDO	375	354	729	8,9 %
OTROS	86	103	189	2,3 %
TOTAL	3.386 41,4%	4.782 58,5%	8.168	100 %

PAIS	SEXO INDETERMINADO
CHINA	2
FED. RUSA	1
PANAMA	1
SUMA	4

VARONES	MUJERES	INDETERMINADO	TOTAL
3.386 (41,4%)	4.782 (58,5%)	4 (0,05%)	8.172

(Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos IRIS®)

TABLA 17					
SERVICIOS QUE MÁS EXTRANJEROS INGRESARON DURANTE EL PERÍODO ENERO 2001-JUNIO 2004 EN EL HGUA POR SEXO ⁴⁰					
SERVICIO	1	2	3	Nº	%
1. OBSTETRICIA		1430		1430	17,49 %
2. GINECOLOGÍA		663		663	8,11 %
3. CIRUGÍA GENERAL	281	223		504	6,16 %
4. UNIDAD CORTA ESTANCIA	218	256		474	5,80 %
5. C.O. Y TRAUMATOLOGIA	186	132		318	3,89 %
6. NEUMOLOGÍA	172	111		283	3,46 %
7. CARDIOLOGÍA	179	93		272	3,32 %
8. HEMODINAMICA	189	62		251	3,07 %
9. MEDICINA INTERNA	127	122		249	3,04 %
10. U. E. INFECCIOSAS	144	99		243	2,97 %
11. OFTALMOLOGÍA	75	122		197	2,41 %
12. MEDICINA DIGESTIVA	96	99		195	2,38 %
13. UNIDAD HEPÁTICA	148	46		194	2,37 %
14. UNIDAD MEDICINA INTENSIVA	131	59		190	2,32 %
15. NEUROCIRUGIA (2 Secciones)	95	84		179	2,19 %
16. ONCOLOGIA	90	85		175	2,14 %
17. PEDIATRÍA	78	80		158	1,93 %
18. CIRUGÍA INFANTIL	95	57	3	155	1,89 %
19. CIRUGÍA VASCULAR	105	46	1	152	1,86 %
20. ORL ADULTOS	85	62		147	1,79 %
21. HEMATOLOGÍA	60	62		122	1,49 %
22. REUMATOLOGÍA	32	89		121	1,48 %
23. NEUROLOGÍA	47	68		115	1,40 %
24. UNIDAD DE RODILLA	64	50		114	1,39 %
25. CIRUGÍA TORÁCICA	75	37		112	1,37 %
26. CIRUGÍA PLÁSTICA	36	72		108	1,32 %
27. TRAUMATOLOGÍA INFANTIL	60	39		99	1,21 %
28. NEFROLOGÍA	56	33		89	1,08 %
29. UROLOGIA	61	18		79	0,96 %
30. UNIDAD DE ICTUS	34	42		76	0,93 %
31. CIRUGÍA CARDIACA	54	18		72	0,88 %
32. ONCOLOGÍA INFANTIL	31	40		71	0,86 %
33. ENDOCRINOLOGÍA	32	23		55	0,67 %
34. UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA		53		53	0,64 %
35. UNIDAD DE QUEMADOS	33	18		51	0,62 %
36. NEURORADIOLOGÍA	18	24		42	0,51 %
37. LACTANTES	24	15		39	0,48 %
38. UNIDAD DE SANGRANTES	22	13		35	0,43 %
39. UNIDAD DE AGUDOS	24	7		31	0,38 %
40. DERMATOLOGÍA	13	15		28	0,34 %
41. OTORINOLARINGOLOGÍA INFANTIL	14	13		27	0,33 %
42. UNIDAD DE RAQUIS	10	17		27	0,33 %
43. UCI PEDIÁTRICA	13	12		25	0,31 %

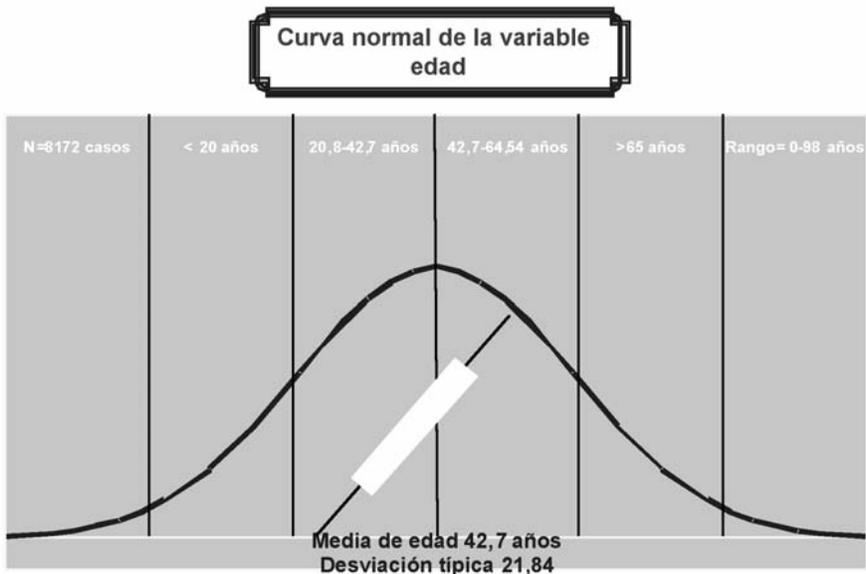
⁴⁰ De un total de 57 Servicios Médicos y Quirúrgicos que comprenden las áreas Generales, Maternales e Infantiles. (1) VARONES; (2) MUJERES; (3) INDETERMINADO según IRIS®.

44. UNIDAD DEL DOLOR	6	19		25	0,31 %
45. NEONATOLOGÍA	12	10		22	0,27 %
46. REANIMACIÓN	11	10		21	0,26 %
OTROS 10 SERVICIOS				84	1,03 %
TOTAL				8.172	100 %

(Fuente: Elaboración propia a partir de la codificación de los informes de alta por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA)

Los resultados obtenidos referidos a las edades de la muestra nos indican que el rango de edad varía de los 0 días de los recién nacidos⁴¹ a los 98 años del extranjero de mayor edad, con una edad media de **42,69** años y una desviación típica de **21,84**. La distribución normal de la edad de los 8.172 pacientes extranjeros ingresados durante el período estudiado se ha representado en el GRÁFICO 14.

GRÁFICO 14
DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LA EDAD DE LOS PACIENTES
EXTRANJEROS INGRESADOS



⁴¹ Los Sistemas de Información para la Gestión (SIG's) Hospitalarios no computan al recién nacido sano como paciente ingresado, constituyendo la madre y el niño una unidad a efectos de estancia. Por el contrario, al recién nacido patológico (normalmente ingresado en el Servicio de Neonatología tras el parto) se le considera a todos los efectos como paciente ingresado.

II PARTE

4.2.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

4.2.1. Descripción de las diferencias en las costumbres, tradiciones y valores que existen en las culturas extranjeras más numerosas en el HGUA y asimismo de los distintos modos de percibir la enfermedad en las culturas identificadas

De acuerdo con el *Objetivo Específico 1: “Describir las diferencias en las costumbres, tradiciones y valores que existen en las culturas extranjeras más numerosas en el HGUA con respecto a 6 variables”* y a la vista de los datos demográficos obtenidos, se realizó un estudio etnográfico utilizando las técnicas de Observación (Directa y Participante), Entrevistas (Abiertas y Estructuradas), información relevante proporcionada por las 3 Historias de Vida y –finalmente- revisión bibliográfica sobre las poblaciones diana que más adelante se detallan.

Asimismo, el estudio etnográfico realizado y las técnicas cualitativas anteriormente citadas permitieron alcanzar el *Objetivo Específico 2: “Describir los distintos modos de percibir la enfermedad en las culturas identificadas”*.

Efectivamente, los resultados demográficos de la investigación condujeron a una categorización preliminar con tres grandes grupos de población extranjera que, por su notable presencia en el contexto del estudio, justificó el hacer un análisis etnográfico. A éstos grupos se debe sumar un cuarto que, aún no siendo muy significativo en número de ingresos todavía, debido a su aumento creciente (1.130 nacimientos de madre China en 2001 en España y 1.565 en 2002⁴²) y la diferencia en herencia cultural sobre la salud y la enfermedad, se incluye:

- 1) Población procedente de Países Árabes del Oriente Medio y Norte de África**
- 2) Población procedente de Países de habla Hispana (no españoles)**

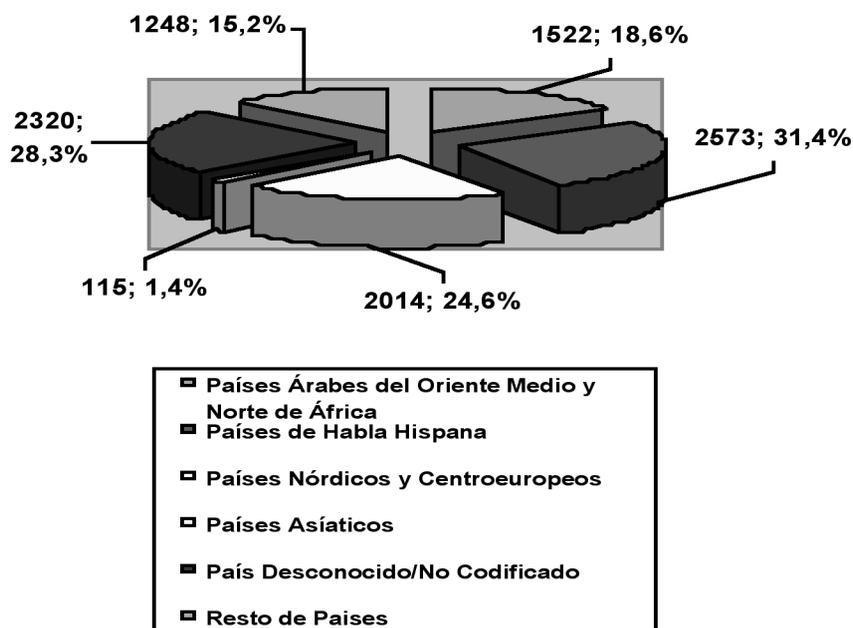
⁴² Fuente: Movimiento Natural de la Población Año 2002. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística (INE) 3/2004.

3) Población procedente de Países Nórdicos y Centroeuropeos.

4) Población procedente de Países Asiáticos

En el período que transcurre entre el 1 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2004 ingresaron 9.792 pacientes extranjeros, de los cuales 6.224 pertenecían a uno de los 4 grupos diana, 2.320 pacientes ingresaron sin que el programa IRIS® les asignara un descriptor de país de nacimiento (por tanto se puede afirmar que un número indeterminado podría pertenecer a alguno de los grupos diana) y, finalmente, 1.248 pacientes eran de otros países. En el GRÁFICO 15 se pueden ver las proporciones entre los grupos diana y los demás países.

GRÁFICO 15
Grupos de Población extranjera ingresados en el HGUA
enero 2001-diciembre 2004



Como cuestión preliminar antes de proceder a exponer los resultados de este estudio etnográfico (también denominado “etnoenfermero”), debe tenerse presente lo que afirma Mulhall quien considera a los Antropólogos culpables de etiquetas culturales (MULHALL, 1994). Ciertamente, estudios sobre el dolor en los diferentes grupos étnicos han sugerido que, por ejemplo, los Italianos son hipocondríacos, que requieren poca información sobre su tratamiento y no se espera de ellos que sean puntuales a sus citas médicas ni que se adhieran a su terapia. Este etiquetado universal queda desmentido en estudios más profundos que indican que las creencias y prácticas en relación con el dolor difieren fundamentalmente entre grupos, y que tales generalizaciones están basadas en la visión particular del propio investigador. Es

intención del presente investigador no imponer las propias categorías de significado sobre los pacientes observados así como no perpetuar ciertas imágenes estereotipadas del “otro”.

Podemos afirmar que la población extranjera a estudiar corresponde a dos grupos bien diferenciados:

1. Los extranjeros comunitarios. Residentes y turistas de países de la Unión Europea.
2. Los extranjeros no comunitarios: inmigrantes regularizados y no regularizados, sobre todo del Magreb (Marruecos/Argelia), Latinoamérica y Asia.

Se realizó una investigación etnográfica mediante una descripción de los eventos que tienen lugar en la vida de los grupos escogidos, con especial consideración de las estructuras sociales y la conducta de los pacientes y familiares como miembros del grupo, así como de sus interpretaciones y significados de la cultura a la que pertenecen. Se pretendió describir a los grupos de extranjeros en profundidad –aunque no en su ámbito natural- y comprenderlos desde el punto de vista de quienes estamos implicados con ellos (los profesionales sanitarios). Mediante análisis etnográfico y a través de las variables que a continuación se presentan, se intentó plasmar las creencias y prácticas que sobre la salud influyen derivado del origen étnico y cultural de las poblaciones señaladas con anterioridad y que se dan en el lugar de la investigación:

- Religión
- Prácticas de salud
- Costumbres sociales
- Salud maternal e infantil
- Intimidad
- Dieta

Aparte de la información obtenida en el trabajo de campo a través de informantes privilegiados, se consultaron una serie de fuentes para documentar el siguiente estudio etnográfico y que están referenciadas en el texto. Existe una significativa aportación de información proveniente de la Sociedad de Enfermería Transcultural (Transcultural Nursing Society) a través de su página web: <http://www.culturediversity.org> . Se han utilizaron datos procedentes del curso impartido por Artero (de la Unidad Docente de medicina Familiar y Comunitaria de Castellón) sobre “Atención sanitaria a extranjeros y minorías étnicas” (ARTERO, 2004) y también de una página web para informar a los docentes específicamente sobre las costumbres árabes: <http://www.submission.org/teachers.html>

4.2.1.1-Análisis Etnográfico de pacientes procedentes de Países Árabes del Oriente Medio y Norte de África



El llamado *mundo árabe* incluye 22 países del Oriente Medio y del Norte de África, con una población estimada de 200 millones. Se consideran parte del mundo árabe los Estados miembros de la Liga Árabe, es decir, Arabia Saudí, Argelia, Bahrein, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irak, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Mauritania, Omán, Palestina, Qatar, Siria, Sudán, Túnez, Yemen, Somalia, Yibuti y las Islas Comores. Estos tres últimos no tienen una población mayoritariamente árabe, pero suelen considerarse como tales en base a su participación en la Liga. Existen minorías de lengua árabe en países circundantes como Chad, Turquía, Irán, Israel y otros. Denominamos árabes a los habitantes del mundo árabe, quienes hablan varios dialectos del árabe y comparten los valores y creencias de la cultura árabe.

El concepto de mundo árabe o nación árabe es relativamente moderno y está ligado a la tendencia de los países europeos de vincular el idioma con la estructura política. En Libia se encuentra la frontera que tradicionalmente divide al mundo árabe en dos: el *Mágreb* o Poniente y el *Máshreg* o Levante. Libia se encuadra políticamente dentro del primero, y es Estado miembro de la *Unión del Mágreb Árabe*.

El concepto de “árabe” está estrechamente ligado a la religión del Islam por razones históricas y culturales, pero es un concepto exclusivamente lingüístico y no debe confundirse con el de “musulmán”. De hecho, el 80% de los musulmanes no es de lengua árabe. La mayoría de los árabes son musulmanes. Existe, sin embargo, un elevado número de árabes cristianos en Líbano, Siria, Palestina, Egipto e Irak. El Islam es una de las tres principales religiones del mundo, constituyendo el eslabón último en la tradición Judeo-Cristina del monoteísmo (creencia en Un solo Dios) y en la actualidad es la religión que más rápidamente crece y, contrariamente a lo que pensaban los occidentales, no es una religión exclusiva del Oriente Medio. Está extendiéndose a Europa (p.ej. Bosnia); África (Sudan, Somalia, Nigeria, Egipto, etc.); Asia (Indonesia, Malasia, Tailandia, Filipinas, China, India, etc.); y el Oriente Medio. Actualmente el Islam lo practican más de mil doscientos millones de fieles en todo el mundo y de ellos 32 millones en Europa y 6 millones en EE.UU. En España se estima que el 1% de la población la practica y que esta cifra se multiplicará por cuatro o cinco en la próxima década. Hay muchas culturas Islámicas y hay diferencias entre ellas. Existen otras influencias significativas sobre los musulmanes además de la fe. Estas influencias conducen a diferencias entre, por ejemplo, campesinos e intelectuales, hombres y mujeres, Kurdos y Árabes, Palestinos y Saudíes, granjeros y comerciantes, etc.

Para autoridades en la materia como Kemp, las interpretaciones individuales de los ideales culturales y religiosos, junto a las realidades de los cuidados, signifi-

can que *no existe una aplicación universal ni definitiva* de las creencias o practicas de cuidados de salud en el caso del Islam. Hay, sin embargo, similitudes en las practicas de cuidados y creencias, especialmente entre musulmanes del Medio Oriente. Así, y en consistencia con la naturaleza humana universal, existen antiguas y a menudo amargas discrepancias entre los musulmanes, tanto Árabes como no Árabes (KEMP y RASBRIDGE, 2004).

Los pacientes del HGUA de este grupo étnico proceden principalmente del Magreb (Norte de África). En nuestro vecino Marruecos (superficie 446.550 Km, población 30.430.000 habitantes, índice natalidad 3,8, esperanza de vida al nacer 69,4 años) el 70% de su población es de origen Árabe y el 30% berebere (autóctona). El idioma es el **amazigh** con tres variedades. La religión es el Islam y el 98% son musulmanes **sunnies** (tradicionales). En cuanto a la morbilidad y factores de riesgo en Marruecos, señalar que la tuberculosis tiene una incidencia de 120/100.000. La malaria, también puede afectar a este país, siendo del tipo no resistente a Cloroquina y sin riesgo de contagio en áreas urbanas. Otras parasitosis pueden también aparecer en el medio rural. Se han descrito frecuentes casos de ataxia-telangiectasia y enfermedad por almacenamiento de glucógeno con afectación hepática (Enfermedad de Forbes, de Cori). Desprecian el uso de alcohol y drogas pero mantienen pasividad frente a los problemas de salud, tabaco, uso de cinturón de seguridad y medidas de prevención de riesgo laborales (ARTERO, 2004).

En lo que respecta a la ecología biocultural, los habitantes del Magreb son típicamente árabes de piel morena, pero también hay rubios, castaños y ojos claros. El color de la retina es más oscuro que el europeo (no debe confundirse con retinitis pigmentaria). Los niños pueden ser portadores de mancha azulada en nalgas que desaparece en el primer año de vida, y no debe ser interpretada como patológica o maltrato.

4.2.1.1.1.- Religión.

El Islam se basa en lo que los musulmanes consideran la Palabra de Dios revelada al profeta Mahoma por el Ángel Gabriel el año 610 AD. La palabra “Islam”, en árabe significa *rendición*, específicamente a Dios, suele utilizarse la expresión “sumisión voluntaria a Dios”; un musulmán es “el que se somete a Dios”, un Dios único: Alá (Allah). La escritura del Islam se encuentra en el “Corán” (transcripción de las relevaciones divinas a Mahoma), dividido éste en capítulos, que dicta reglas explícitas o “leyes” para musulmanes con lo permitido (*halal*) y los prohibido (*haram*). Además del Corán, está la Tradición o *Hadith*, que contiene el cuerpo sobre el que se basa muchas de las tradiciones y formas de vida de la comunidad musulmana. El *Hadith* es una ingente obra que evolucionó de los textos aparecidos 130-300 años después de la muerte de Mahoma y puede, en algunos puntos, modificar o contradecir el Corán constituyendo un relato autorizado de lo que el profeta dijo.

Como en otras religiones, existen divisiones en el seno del Islam, que incluyen fundamentalistas y secularistas, entre *Sunni* y *Shià*, y las varias escuelas o sectas

en segregaciones mayores. Las diferencias entre estas divisiones a veces resultan en derramamiento de sangre y revolución, como en Afganistán, Argelia, Turquía y Egipto. Por lo tanto, los comportamientos relacionados con la salud y otras costumbres pueden estar influenciados más por la cultura que por la religión.

El Viernes es el día más importante de culto y es sagrado en el mundo musulmán. El culto regular tiene lugar en las mezquitas y, en países no musulmanes, en lugares públicos que permitan albergar muchedumbres. El *Iman* es el líder religioso, social y político. La *Shariah* es la Ley Divina. Los deberes mayores son (ARTE-RO, 2004):

- Declaración de su fe
- Oración (*Salat*) cinco veces al día
- Caridad (*Zakat*)
- Ayuno (*Ramadán*)
- Peregrinación a la Meca (*Haji*)

El Ramadán:

El ayuno es el tercer pilar del Islam. Durante el mes del Ramadán hay abstinencia de comer, beber, fumar y realizar todo acto sexual, iniciándose con el alba y se extiende hasta la puesta del sol. Tiene sus excepciones: enfermos, niños hasta cierta edad, viajeros, mujeres púerperas y ancianos (éstos suelen ayunar hasta la muerte si su salud se lo permite). Así pues, el Ramadán es:

- Considerado como un mes de bendición y purificación a través del ayuno y la oración.
- Conmemora la primera revelación de Alá a Mahoma y el ayuno involuntario de los pobres.
- Coincide con el noveno mes lunar (**swam**) según calendario que usan los árabes (Juliano).
- Los más estrictos cumplidores no permiten ni el uso de lápiz de labios, ni el uso de perfume para no incitar al varón a tener pensamientos impuros.
- No obligatorio en determinados casos.

4.2.1.1.2. –Influencias Islámicas sobre creencias en los cuidados, la enfermedad y la muerte.

- La limpieza es un requisito para los musulmanes, cuya boca, manos y pies se deben lavar al menos 5 veces cada día antes de los rezos obligatorios.
- La menstruación se considera “una enfermedad” y se requiere a las muje-

res que permanezcan separadas durante este periodo (Corán, La Vaca 2:22).

- El pudor es importante, especialmente entre los adultos que tienen conocimientos “carnales”, conciencia de su sexualidad (Corán, Luz 24:31). Se espera de las mujeres y los hombres (sobre todo de ellas) que vistan y se comporten de forma conservadora. Muchas mujeres usan un *hijab* para cubrir su cabello en público, y algunas se cubren por completo salvo los ojos y las manos. Normalmente las mujeres maduras y ancianas sí son más conservadoras, y tanto jóvenes como maduras tienen que usar el *hijab* y una túnica – *oyihaba* - para dirigirse a los lugares de culto, en su caso, las mezquitas. Los cuidados y reconocimientos personales y de salud por parte de personas de diferente género habitualmente causan ansiedad a los musulmanes más conservadores o menos cosmopolitas. El profesional sanitario que observa que una paciente mantiene puesto en todo momento el *hijab* está recibiendo un claro mensaje de que está ante una persona conservadora y profundamente observadora de sus costumbres. El género del cuidador o del traductor puede suscitar quejas o coartar la obtención de información.
- Las restricciones alimentarias incluyen el cerdo y carne de animales sacrificados fuera del ritual musulmán, y comer de platos o con utensilios que han tenido contacto con alimentos prohibidos (Corán, La Mesa 5:3). Los pacientes hospitalizados pueden restringir su dieta a tan sólo comida proporcionada por la familia, dieta vegetariana o comida *kosher*⁴³. Preguntar al paciente si es musulmán para ayudarlo a mantener sus preceptos en lo referido a la dieta, se considera una muestra de sensibilidad cultural.
- Durante el Ramadán, los musulmanes adultos ayunan desde el amanecer hasta el atardecer. El mes del Ramadán es en el noveno mes del calendario (Juliano) Islámico, el cual es 10 días más corto que el calendario Gregoriano o año solar. Esto significa que el Ramadán se desplaza estacionalmente 10 días cada año. Por ello, en el transcurso de la vida de un creyente, una persona habrá ayunado en todas las estaciones. El ayuno para algunos incluye cualquier alimento, agua o medicina, mientras que otros permiten agua y/o medicina durante el día. Los pacientes que precisan tomar una medicina o comer para sobrevivir pueden ayunar en otro momento distinto del Ramadán. El Corán permite a la gente enferma o que viaja que posponga el ayuno (Corán, la Vaca 2:185). Algunas personas insisten en ayunar –con el consiguiente deterioro físico- y en familias devotas, los niños ansían ayunar como signo de fe y madurez. Dado que durante el Ramadán es obligatorio el ayuno, no pudiendo tomar ni agua ni medicación, si se da el hecho de que una persona necesita tomar un medicamento es obligatorio no ayunar ya que ante todo importa la salud.

⁴³ *Kosher*: autorizado por la ley judía.

- Entre los musulmanes del Oriente Medio, se espera un rápido alivio del dolor o de los síntomas. Se constata un bajo umbral del dolor, que se demostrará vivamente en las consultas o durante la hospitalización mediante la solicitud persistente de que se realice de inmediato algo que le alivie. Las expresiones de dolor, excepto durante el parto, es a menudo privado.
- Los resultados adversos se atribuyen a la providencia de Alá. Creen en la recompensa del “paraíso” y en la resurrección.
- Los rituales sobre la muerte incluyen situar al moribundo con la cabecera de la cama orientada hacia el templo de la **ka’ba** en La Meca, confesar los pecados, orar y leer o recitar versos del Corán (especialmente el *surah* 36, *Ya Sin*) al oído del moribundo por el varón de mayor edad presente.
- Tras la muerte, los no musulmanes no deben tocar el cuerpo. La tradición manda que quien lava el cadáver es la persona más cercana y un buen creyente (LORENZO et al., 2003). La familia o la persona designada de la comunidad es responsable de asear y preparar el cuerpo, que es lavado tres veces por un familiar del mismo sexo, se envuelve el cuerpo con un paño o sudario y se entierra sin ataúd orientado hacia La Meca. El Islam no permite la incineración. La mayoría de los eruditos musulmanes (SHEIKH, 1998) son de la opinión que no se permitan las autopsias excepto cuando sea requerida por la ley civil y que la donación de órganos se autorice cuando sea necesario (AL-MOUSAWI et al., 1997). El funeral deberá tener lugar tan pronto como sea posible y el cuerpo enterrado en un cementerio musulmán cuando sea posible. El duelo constituye una manifestación familiar y pública con separación de hombres y mujeres.
- El entierro del cadáver se hace a las 7 horas de haber muerto como mucho, siendo enterrado antes de las 12 del día siguiente si muere de madrugada. Los familiares llevan luto tres días, y la esposa 4 meses y 10 días (espera tres reglas para quitarse el luto simbolizado con el color blanco). Se consuela a los allegados solicitando resignación y buena fe.
- Existen descripciones del Islam que vienen a caracterizar a los musulmanes de tendencia fatalista, citando su creencia y rendición a la voluntad de Alá. La enfermedad o desgracia pueden ser explicados y aceptados a través de esta voluntad, aunque, por otra parte, el Islam es una religión cada vez más activista en la cual el cambio o la acción son rápidamente aceptadas e incluso buscadas.

Los árabes creen que el restablecimiento de la salud tiene que ver con la búsqueda de un tratamiento profesional y la sumisión a la voluntad de Alá. Consideran la muerte como un destino decidido por Dios. La donación de órganos está prohibida en vivos, no de cadáveres. Los miembros de la familia necesitan estar con el difunto hasta que esté listo para ser trasladado del hospital. Los musulmanes prefieren enterrar el cuerpo el día del óbito. El enterramiento se debe realizar en un cementerio

musulmán, algo de lo que carece la ciudad de Alicante motivo por lo que los enterramientos más cercanos se realizan en Murcia.

4.2.1.1.3.- Prácticas de salud

El Islam desaprueba la superstición, brujería y magia, pero el poder de los celos, el mal de ojo y ciertos agentes sobrenaturales como el diablo y el **jinn** (malos espíritus), son parte de la religión. Algunos portan amuletos para la protección contra el mal de ojo o queman incienso para mantener al enfermo lejos de su influencia. Estas practicas están en declive y se usan principalmente para prevenir la enfermedad o males a los sanos. Asimismo, las oraciones y las lecturas del Corán ayudan a confortar a los pacientes y a sus familiares y aceleran el restablecimiento de la salud del enfermo. La medicina islámica tradicional se basa en la teoría de los cuatro humores (bilis negra, sangre, flema y bilis amarilla) y estados primarios de sequedad, humedad, frío y calor; y en remedios espirituales y físicos descritos por Mahoma. Durante el tratamiento restaurador de salud, la dieta incluye dátiles, miel, sal y aceite.

Los remedios caseros más habituales son:

- Reposo en cama bien tapado para mantenerlo caliente (sarampión)
- Beber líquidos-infusiones (gripe, dolores de estómago)
- Compresas/baños fríos (fiebre)
- Azúcar, dulces, miel, cítricos (dolor de garganta)
- Agua mineral (cálculos)
- Tumbarse (hipotensión)
- Calentar con metal caliente (ciática, dolor de estómago)
- Vendar la cabeza (cefalea)
- Masaje jabonoso tibio, aceite y vendar (dolores musculares)
- Bebidas calientes (dolor de espalda, bronquitis)
- Arropear con varias mantas al recién nacido para mantener derecha la columna

El retraso mental, la invalidez y la enfermedad psiquiátrica (**jenun**) se ocultan en los países árabes. La demencia senil se interpreta como estado normal de las fases de la vida que no requiere intervención.

Tanto la cultura árabe como la religión islámica hacen énfasis en la importancia de mantener una buena salud, especialmente a través de prácticas higiénicas y una dieta saludable. Estiman positivamente la Medicina alopático u Occidental y depositan la confianza en los profesionales de la medicina. El paciente y su familia no suelen demorar la búsqueda de consejo profesional y habitualmente desean recibir

cuanto antes la terapia que necesitan. Colaboran en la entrevista médica, escuchan atentamente los consejos, explicaciones y advertencias de los profesionales sanitarios, y siguen sus indicaciones cuidadosamente. Sin embargo, una vez alcanzada la mejoría, muchos pacientes dejan de tomar la medicación prescrita o no acuden las citas de seguimiento. Si no se les prescribe medicación, les gusta que se les explique por qué y desean conocer el objetivo de las pruebas diagnósticas (análisis clínicos). La gelatina de cápsulas está en ocasiones preparada con derivados del cerdo por lo que son rechazadas, lo mismo que los medicamentos que contengan alcohol.

Existe la percepción entre los árabes de que la enfermera/o es un ayudante, no un profesional de la salud, por lo que sus sugerencias y consejos no son tomados muy en cuenta. Puede ser necesario que el médico explique el rol del personal de enfermería al paciente. Asimismo, los árabes no están habituados a la existencia de las/los trabajadoras sociales. Se apoyan en sus familias, parientes y amigos cercanos para recabar ayuda.

En general, los pacientes de uno u otro género así como los niños prefieren ser vistos por médicos masculinos, a quienes consideran una autoridad. Sin embargo, en el caso de una gestación o alteraciones ginecológicas las mujeres prefieren una doctora. En la cultura árabe, las mujeres son reticentes a hablar de estos problemas con hombres. Es normal que un miembro de la familia se quede con la paciente y ayude a ésta a contestar las preguntas sobre su salud. En los países árabes, a los pacientes se acostumbra sólo a informales de las noticias positivas acerca de su salud, por lo que, en casos graves, el médico generalmente informa de la gravedad y su pronóstico a un miembro elegido de la familia. Las molestias y problemas del aparato digestivo centran las quejas de salud más importantes para el árabe.

4.2.1.1.4.- Costumbres sociales

La comunicación y los saludos difieren de las costumbres sociales occidentales convencionales. Se saludan con apretón de manos, para demostrar afecto se suele poner la mano sobre el corazón después de estrechar la del otro. El contacto físico hombre-mujer está prohibido en público, así como mirarse a los ojos excepto si es el marido. Por ello, los profesionales sanitarios occidentales debemos recordar que el no hablar frente a frente, no extender la mano a una musulmana o evitar mirarse a los ojos son signos de respeto en su cultura. Los Marroquíes, por ejemplo, no mantienen las distancias y mientras conversan se tocan la ropa o apoyan sus manos sobre el brazo o el hombro de su interlocutor, sin embargo tocar a las personas de otro sexo debe ser evitado. En el árabe, el saludo ocupa siempre un papel primordial, el saludo es mucho más largo y ritualizado (quien desea saber o pedir algo es quien primero saluda: **As-salamu Àlaykum** (que la paz sea contigo) y la otra persona contesta **Àlaykum s-salam**. Los saludos son: **Marhaba:** (hola), **Ahlan wa sahlan** (bienvenido) **Sbah al kheir** (buenos días), **ma`a s-salama** (adios), **Ilá l.liqa`** (hasta la vista). **Msa al kheir** (buenas noches). **Um** (madre) **Abu** (padre). Llama la atención la expresividad de los gestos manuales en los árabes. Dado que iniciar una entrevista profesional-paciente con un saludo inapropiado puede acarrear un mal comienzo, se

recomienda saludar con un “Hola” y una sonrisa, sin hacer ningún gesto con las manos si no es iniciativa de nuestro paciente. (ARTERO, 2004)

El tiempo les corre más lento, y las citas no tienen ni comienzo ni fin exacto siendo corriente llegar algo tarde. En la consulta o habitación, la mujer estará acompañada por el marido, él hablará por ella y las preguntas irán dirigidas al marido. Hablarles directamente a ellas puede ser considerado una afrenta. Las mujeres son muy recatadas con su vida íntima y se sentirán más cómodas con una Doctora o Enfermera. Miran con recelo el registro con Historia Clínica, la solicitud de datos de filiación y sobre todo el pasaporte o carnet de identidad. La obtención de información se debe negociar adecuadamente. Otra cuestión a tener en cuenta es que su religión prohíbe las imágenes, pudiendo las láminas anatómicas típicas de nuestros centros sanitarios herir su sensibilidad.

Cómo ya se ha dicho, la forma de vestir conservadora depende de varios factores como por ejemplo la zona donde residen, la edad, ...etc. Si nos fijamos en la vestimenta de las jóvenes de El Líbano, Siria, Jordania y Egipto (con importante influencia occidental) es radicalmente distinta a la de las jóvenes de Arabia Saudí, por ejemplo. Esta información lo corrobora Yasmin El Hakim, alumna en prácticas en el HGUA de la licenciatura de Filología árabe e informante privilegiada en esta investigación.

La familia es de tipo extendida, patriarcal de estructura muy jerárquica. El honor de la familia es el máximo honor musulmán, estando las mujeres subordinadas a los hombres y los jóvenes a los más mayores. La experiencia otorga a los ancianos un prestigioso status dentro de la familia árabe. Los miembros buscan a los mayores para consejo. Un individuo que enferma acudirá en primera instancia a los miembros de su familia, especialmente a sus mayores, buscando ayuda, consejo y alivio. Pueden recomendarle remedios caseros sencillos e inocuos. Los padres mayores conviven con sus hijos adultos formando una familia extensa.

Cuando un paciente es ingresado en un hospital, existe la obligación social de los amigos y familiares de visitarle y llevarle regalos como flores, golosinas o bombones. En la cultura árabe existe un arraigado sentido del paternalismo que provoca en los occidentales una sensación de *dominancia masculina*. Lo realmente importante para entender la cuestión es reconocer que el papel de la mujer es equivalente, pues se le otorga un *dominio maternal* en su hogar. Culturalmente el hombre da órdenes, pues merced a la fe del Islam ellos son los “protectores” de sus familias. Ellos reciben órdenes de sus mujeres pero sólo en el contexto familiar pues fuera del mismo sería irrespetuoso. Realmente, es la mujer quien toma las decisiones, oculta bajo la figura del padre. Evidentemente, los Musulmanes varones tienen más libertad y poder que las mujeres. Para las familias es importante tener hijos varones, y la falta de al menos uno es causa de pesar. La circuncisión es obligatoria en los varones.

Las mujeres pueden casarse a edad temprana, poco después de la pubertad. Para los hombres y las mujeres, a menudo el matrimonio es pactado. Generalmente el matrimonio cumple una función de desarrollar o fortalecer los vínculos entre familias. También suelen casarse entre primos hermanos para reforzar los lazos de sangre

de la familia entre sí, consiguiendo que el apellido no desaparezca. En algunas situaciones, la hermana de la esposa de un casado se espera que se case con un hermano de este. En algunos casos, la muerte del marido hace que la viuda se case con el hermano del difunto, incluso si está casado. Por tanto, en este y en alguna otra circunstancia, un hombre puede tener más de una esposa (“.....puede esposarse con otras mujeres que le parezca apropiadas: dos, tres o cuatro de ellas” Corán, Mujeres 4:3). Sin embargo, la poligamia que, supuestamente, se lleva a cabo sin hacer caso de lo dispuesto en el Corán –poligamias por placer- están mal considerados por la sociedad musulmana. El Islam da a la mujer el derecho a heredar propiedad, casarse de nuevo y a no ser forzada al sexo o matrimonio. El Islam también dicta reglas específicas que prohíben el incesto. La violencia doméstica, física y psicológica, es usual y consentida. El divorcio existe pero está mal considerado. La poligamia, como ya se ha señalado, es admitida por el Corán. La homosexualidad, si existe, estigmatiza a la familia pues se considera desgracia social no siendo aceptada de ninguna manera. Incluso los musulmanes (árabes) más “modernos” saben lo que es pero tampoco la aceptan.

La cirugía genital femenina ritual se practica en algunas culturas Islámicas de África y Oriente Medio, pero no está basado en el Corán ni en la tradición Islámica. Esta práctica puede incluir la extirpación del prepucio del clítoris, clitoridectomía (extirpación del clítoris), y/o infibulación (unir mediante sutura el prepucio y/o los labios). Esta práctica también es realizada por determinadas sectas cristianas de Etiopía, Beduinos, entre otros. En muchos casos, se realiza sin anestesia, analgesia ni instrumentos estériles.

4.2.1.1.5.- Salud maternal e infantil

La procreación se considera el propósito del matrimonio, la esterilidad en la mujer legitima su rechazo y divorcio. No aprueban el aborto. No se conciben las relaciones sexuales fuera del matrimonio. Actualmente hay directrices modernas sobre la aceptación de métodos anticonceptivos reversibles. La vasectomía y ligadura de trompas están prohibidas (*haram*). La adopción está prohibida por el Corán.

La mayoría de los árabes consideran el parto como un asunto de mujeres tan sólo. La mujer parturienta es habitualmente rodeada por familiares y amigos del género femenino. A los padres no se les permite la entrada al paritorio. Las Matronas juegan un papel importante en los cuidados prenatales, parto y cuidados post-parto, y están muy consideradas socialmente y a nivel profesional. Las mujeres árabes prefieren la lactancia materna, pero la inician a los tres días para evitar el calostro que produce cólicos y deja “mudo” al niño. Es una tradición árabe practicar la circuncisión a los niños recién nacidos.

4.2.1.1.6.- Intimidad

El árabe en general es muy reservado en el trato con los demás, aunque muy agradecido con las muestras de competencia cultural de los profesionales. Algunos

árabes son reticentes a la hora de facilitar información detallada sobre sí mismos y sus familiares a extraños. Suelen proporcionar la menor información posible y pueden no dar la suficiente para un correcto diagnóstico. Al ser conservadores, pueden sentirse incómodos ante preguntas acerca de sus relaciones sexuales y otras cuestiones personales. Como en otras culturas, la actividad sexual es considerada tabú y más si se refiere a la extramatrimonial, homosexualidad o promiscuidad. Las exploraciones rectales deben ser confidenciales y con consentimiento previo; los enemas son tabú en los musulmanes.

A los pacientes árabes les resulta especialmente difícil hacer frente a los problemas sexuales y las enfermedades venéreas. Las mujeres son tímidas al hablar de sus vidas privadas y pueden sentirse más cómodas, como ya se ha dicho, con profesionales sanitarios del género femenino. En el comportamiento reproductivo, decir que los matrimonios son precoces (12-13 años), pues consideran su misión tener hijos. La mujer musulmana es “completa” cuando tiene hijos.

La virginidad es un bienpreciado en la cultura Islámica y se han descrito casos de familias residentes en España que solicitan un certificado que lo garantice. El código de familia marroquí (**mudawana**) en su artículo 12:3 especifica las formalidades administrativas y jurídicas previas al matrimonio, las cuales deben presentarse para hacer el acta matrimonial y su posterior registro civil. Entre ellas incluye el dato de si la mujer es virgen. En España sólo hay obligación de realizar éste certificado si es por orden judicial y el Colegio de Médicos de Cataluña ha elaborado, a través de la Comisión Deontológico, un documento interno cuyo fin es orientar a los facultativos para que rechacen realizar los tests o certificados de virginidad que puedan ser solicitados por parte de inmigrantes musulmanes.

Los pacientes con problemas mentales suelen inspirar lástima entre los árabes. Este tipo de pacientes no suelen compartir esta información con sus familiares o amigos y rehuyen buscar ayuda profesional. Actualmente ha crecido la sensibilidad hacia este tipo de pacientes, existiendo centros y colegios especializados para deficientes mentales aunque son escasos y muy caros (Siria).

4.2.1.1.7.- Dieta

Los países de Oriente Medio suelen tener una dieta semejante, variando en algunos países, pero predominando en todos ellos el arroz, el trigo, las legumbres, el yogur, verduras desconocidas para el occidental como **Bami** y como carne más utilizada el pollo y el cordero. El pescado depende de la zona.

La dieta y la nutrición en el Magreb es de tipo Mediterránea con elevado consumo de té y dulces. **Harira** (sopa de garbanzos con trozos de carne), **kefta** (carne de cordero o vaca picada, condimentada y cocida sobre brasas), **couscouís** (sémola de trigo con verduras y cordero o pollo), **mechoui** (cordero). Algunos sólo comen carne **halal** (de animales sacrificados según tradición islámica). Las bebidas no se sirven hasta el final de la comida.

La dieta puede ser un problema en el caso del paciente musulmán o creyente del Islam. Durante la festividad del Ramadán, viven el *sawn* o ayuno que implica la completa abstención, entre la aurora y el crepúsculo, de alimento, bebida y relaciones sexuales durante todo un mes. El Ramadán constituye un periodo de 30 días de igualdad social pues todos los mayores de 13 años tienen la obligación de realizar ayuno, a excepción de las mujeres en periodo de menstruación, embarazadas o que estén amamantando. También pueden incumplirlo los enfermos o ancianos, y los que estén de viaje pueden retrasarlo. A pesar de esto último, algunos pacientes pueden resistirse a tomar medicación o a comer durante las horas diurnas.

Tras casi doce horas sin comer ni beber, es tradición reunirse la familia y los amigos para degustar la primera comida del día. La mesa suele estar compuesta de los típicos platos con *harira* (sopa ligera compuesta de cordero, legumbres y vegetales) y *bourek* (una especie de rollito de hojaldre frito relleno de carne y vegetales), unas fuentes de dátiles, unas cestas de pan, ensaladas variadas y vasos con zumos y leche. Estos alimentos constituyen una dieta equilibrada que permita resistir durante todo el día.

Dado que los musulmanes no comen cerdo, los pacientes pueden no comer todas las dietas hospitalarias. Algunos sólo comen carne denominada “Halal” (procedente de animales sacrificados de acuerdo a la tradición islámica) y rechazan la carne “Haram” (prohibida). Debido a su timidez, miedo al rechazo o falta de conocimientos, muchos pacientes árabes no piden comidas alternativas.

4.2.1.2.- Análisis Etnográfico de pacientes procedentes de Países Hispanos (no españoles)



Se denominan así los pacientes cuyo origen es América Central y del Sur, Méjico, Puerto Rico, Cuba y otros países de habla hispana. A tenor de lo que manifiestan los profesionales que los atienden, al menos en el HGUA, constituyen un colectivo heterogéneo cuyas creencias, valores, costumbres y hábitos en general no entran en conflicto con las normas y costumbres occidentales no habiendo problemas significativos desde el punto de vista de la competencia cultural necesaria para proporcionar cuidados satisfactorios. Naturalmente que el idioma Español es un nexo común a todos ellos por lo que la facilidad de comunicación es un sólido apoyo para que los encuentros sean positivos, no habiendo pues barreras idiomáticas que produzcan pérdidas de información que puedan derivar en conflictos o malentendidos.

Aunque familiarizados con la medicina alopática, hay que subrayar que en todo el ámbito de Iberoamérica es bien acogida la idea de salud proveniente de la medicina tradicional, incluyendo la china. La razón está en la semejanza de fondo entre los sistemas tradicionales aunque provengan de culturas diferentes y de ámbitos

geográficos lejanos. Existe una predisposición natural de la sociedad latinoamericana hacia lo intercultural y las fusiones. Existen claros ejemplos de unión de sistemas diversos en salud, como la medicina tradicional mapuche y medicina convencional en el Hospital de Makewe en Temuco, Chile (APARICIO, 2004).

Algunos de nuestros pacientes proceden de países como Cuba, familiarizados con lo que se denomina “*medicina tradicional y natural*” a una medicina intercultural en la que se funde de manera práctica todo lo bueno de la medicina china, de medicinas indígenas, de la naturopatía y de la medicina occidental convencional y que cuenta con el apoyo del gobierno⁴⁴.

4.2.1.2.1.- Religión

La mayoría de los hispanos son católicos, con una creciente presencia de seguidores de Pentecostés. La salud es un don (regalo) de Dios y no debe ser menospreciado. La prevención de la enfermedad es una practica corriente que se complementa con la oración, el uso de motivos religiosos en el vestir (medallas, amuletos) y custodiando reliquias en casa. Las ofrendas, rezos y encendido de velas son practicas muy frecuentes. Muchas casas tienen pequeños santuarios con figuras y representaciones de santos. Las velas se encienden y se reza ante ellas.

4.2.1.2.2.- Costumbres sociales

Los ancianos tienen un reconocimiento o status debido a su experiencia. Los miembros de la familia buscan a los mayores para consejo. Con ocasión de la desaparición de la salud, buscan apoyo familiar, especialmente en los más mayores, y pueden recibir ayuda en forma de remedios caseros en primera instancia.

Tradicionalmente, el hombre es el cabeza de familia y toma las decisiones más importantes. Existe una fuerte tendencia al paternalismo que es denominado por algunos de “machismo”, pero el papel de la mujer es equivalente en cuanto a la Dirección del hogar. La mujer se considera sagrada y es venerada, a menudo protegida, y no por que no sea capaz de cuidar de si misma o su opinión no sea determinante, sino porque la cohesión de la unidad familiar depende de su bienestar. En las culturas Hispanas y Latinas el concepto de *machismo* otorga valores al rol del hombre como la fortaleza, bravura y auto-confianza. A los hombres se les ve como más sabios, valientes, fuertes y más duchos en materias como los conocimientos sexuales. Por otro lado, la mujer se espera que sea dependiente y sumisa al hombre, criando y permaneciendo vírgenes hasta el matrimonio. Es evidente que la globalización está cambiando estos estereotipos que acabamos de exponer, pudiendo haber variaciones grupales dentro de un mismo país en función de la capa social, zona de residencia

⁴⁴ Programa nacional de medicina tradicional y natural. La Habana, Ministerio de Salud Pública de Cuba. Septiembre de 1999.

(urbana/rural), etc. Así pues, aunque es muy probable encontrar estas creencias en pacientes de estos países, de ningún modo puede generalizarse.

4.2.1.2.3.- Prácticas de salud

Se considera a los Hispanos como personas muy expresivas en comparación con otros grupos de población. Esperan ser mimados cuando enferman y es una forma de demostrar la familia el amor y la preocupación por los suyos. Su carácter de vivir “el presente” puede llevar a obviar la medicina preventiva y desdeñar el seguimiento programado.

Hay un estudio que demuestra, por ejemplo, que casi el 75% de los blancos no hispánicos así como una misma proporción de AfroAmericanos estudiados manifestaron que desearían que a sus seres queridos se les informara del diagnóstico y pronóstico, frente a una proporción de sólo un tercio de Hispanos que desearía que no se les comunicara (GORDON y HARPER, 1995).

La mayoría de los Hispanos son Católicos, por lo que las medidas contraceptivas –salvo el control de los periodos fértiles- contravienen sus normas religiosas. Esta fuerte influencia religiosa hace que el aborto sea inaceptable para muchos de ellos. Al respecto, se han encontrado muchas teorías que se proponen explicar el fenómeno del embarazo en la adolescente, como el que lo atribuye al hecho de que los Hispanos sienten la sexualidad como algo tabú y del ámbito demasiado privado como para que sea discutido con sus hijos. Aunque con algunos años a sus espaldas, hay publicados estudios que demuestran que se enseña muy poca sexualidad en el contexto familiar y confirman que es materia tabú en algunas comunidades como la Puerto Riqueña (CORDASCO y BUCCHIONI, 1973). Probablemente, los rápidos cambios sociales harán que este tipo de “tabúes” sean superados en muchas familias del presente. Materias como la menstruación, control de la natalidad, impotencia, enfermedades de transmisión sexual e infertilidad son a veces difíciles de abordar debido al arraigado pudor del Hispano.

Existen investigaciones sobre el modo de alimentación de los Hispanos, así como de los pacientes durante su hospitalización. Muchos Latinos Americanos tienen una concepción de la imagen corporal que idealiza la abundancia de curvas frente a la delgadez, a la que consideran una alteración. Por ello, la recomendación de pérdida de peso puede no ser acatada ante el perjuicio de su imagen. Algunos Hispanos ignoran la profesión de Trabajador/a Social por lo que acuden a sus familias, parientes y amigos en busca de ayuda y apoyo.

El *curanderismo* constituye un sistema de salud paralelo al oficial. Es coherente con su herencia cultural que combina los elementos científicos con los procedentes de la cultura Española, Azteca, espiritual y homeopática. El *curandero* es un sanador integral, al que acuden las personas con fines físicos, psicológicos y sociales. Dado que el *curandero* suele tener una orientación religiosa, muchos de los tratamientos incluyen elementos de los rituales Católicos y Pentecostales: donaciones,

diezmos, penitencia, confesiones, encendido de velas, ofrendas de objetos metálicos o de madera con la forma de la parte anatómica alterada⁴⁵ y la imposición de manos.

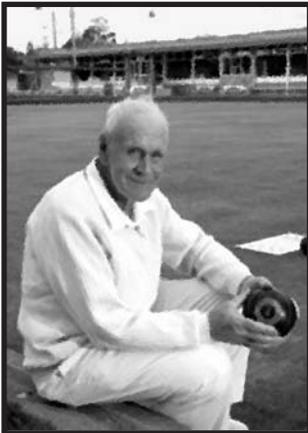
4.2.1.2.4.- Intimidad

Los asuntos personales sólo deben ser tratados en la privacidad de la familia. La actitud pública es valorada por la cultura Hispana y no sólo por las mujeres. Las partes íntimas suscitan un pudor que debe ser tenido en cuenta. Las alteraciones de salud mental pueden acarrear problemas al paciente y su familia al ser consideradas estigmas.

4.2.1.2.5.- Parto

Asistir a la parturienta es una labor de mujeres, idealmente encomendada a la madre y la Matrona. La tradición cultural manda que el hombre no vea a la mujer y su hijo hasta la conclusión del parto y ambos hayan sido aseados y preparados para ser vistos (incluso en nuestro contexto existe la costumbre de “enseñar el niño”). Generalmente, las mujeres Hispánicas prefieren que sean sus madres las que les atiendan durante el parto. Las Latino Americanas practican la costumbre del reposo postparto. El propósito de este es proporcionar a la mujer un descanso entre el parto y el retorno al trabajo. En estas culturas, la mujeres no suelen volver a trabajos de oficina sino a labores de carga física en el campo.

4.2.1.3.- Análisis Etnográfico de pacientes procedentes de Países Nórdicos y Centroeuropeos



Debido a los orígenes étnicos diversos y diferencias religiosas, la población europea presenta una amplia diversidad de creencias tradicionales de salud. Aún consciente de la limitación que supone clasificar a los pacientes europeos según su nacionalidad (característica primaria según Purnell), se intentarán describir las diferencias más significativas así como las coincidencias con los grupos ya descritos.

A pesar de las notables diferencias culturales existentes entre los países europeos, algunos profesionales persisten en “meter a todos en el mismo saco”, algo que debería evitarse. En general, los pacientes europeos en nuestros hospitales suelen sen-

⁴⁵ De ésta práctica existe un magnífico ejemplo en nuestro contexto, como son las ofrendas anatómicas en el Santuario de la Santísima Faz en Alicante (España), lugar de peregrinación de miles de Alicanteños a esta pedanía situada a las afueras de la ciudad.

tir que les falta información, pues el personal sanitario –incluido el médico– no tiene en la mayoría de los casos un conocimiento suficiente de su idioma para explicarles su situación con claridad.

Un dato muy importante a tener en cuenta es que los pacientes procedentes de los Países Nórdicos Europeos presentan una edad media significativamente superior al resto de los grupos estudiados, motivo por el que las patologías asociadas y motivos de ingreso hospitalario son llamativamente distintas a las de otros grupos étnicos, prevaleciendo en aquellos las enfermedades degenerativas, cardiovasculares y metabólicas así como aquellas relacionadas con la longevidad.

En general no estamos ante un paciente que sea un emigrante forzado, sino de residencia temporal y buscada, motivo por el que no suele estar rodeado de la problemática socio-sanitaria del inmigrante en busca de trabajo. Aunque recientemente se está detectando el asentamiento de núcleos familiares con hijo menores, en general el perfil de este “emigrante” comunitario se corresponde con el de un jubilado con buenos ingresos económicos gracias a la revalorización de su pensión con el cambio monetario y que son atraídos por la forma vida, clima y accesibilidad económica (LÓPEZ y LORENZO, 2004).

4.2.1.3.1.- Religión

Estudios realizados en nuestro contexto cercano (CASABONA, 2002) evidencian una mayoría de residentes europeos de religión católica (36%), seguido de cristianos reformistas/protestantes (26%) y el resto se considera dentro del grupo de ateos o no contestan (38%).

Europa tiene unas profundas raíces Cristianas. Naturalmente que hay varias ramas en la Cristiandad, siendo la división más conocida en el mundo occidental la Católica y Protestante. También hay innumerables divisiones basadas en variaciones sobre las creencias básicas y entre los que toman la Biblia al pie de la letra como “palabra de Dios” y aquellos que la toman como inspirada en su palabra. La primera escisión fue entre la iglesia Occidental o Iglesia de Roma (Católica) y la Iglesia Oriental o Iglesia Griega en 1054 cuando el Papa León IX condenó al Patriarca de Constantinopla.

La Iglesia Oriental incluye la Iglesia Ortodoxa, Griega (Ortodoxa), la Rusa Ortodoxa y otras. Aunque el término Griego Ortodoxo es usado a menudo como sinónimo de Iglesia Oriental, se refiere más concretamente al Patriarcado de Constantinopla, la Iglesia Griega y similares que usan el rito Bizantino.

Las Iglesias Católica y Oriental consideran la una a la otra como cismáticas, pero no herejes. A pesar de que ha habido intentos infructuosos de unificación entre ambas, se ha experimentado un creciente acercamiento en las relaciones.

Las diferentes ramas de las Iglesias Oriental y Católica están basadas en creencias y rituales. Las diferencias regionales y culturales también influyen sobre creencias y practicas de salud y alimentación. Sin embargo, no se ha identificado ninguna creencia o practica relacionada con la religión que se oponga a la herencia cultural en Europa. Señalar, sin embargo, que Iglesias como los Adventistas del séptimo día practican un estilo de vida que incluye una dieta vegetariana.

4.2.1.3.2.- Costumbres sociales

Practican costumbres y hábitos muy arraigados a la cultura propia del país de origen, y debe tenerse en cuenta que la diversidad étnica en un mismo país puede ser extensa y hasta exótica debida la larga tradición de inmigración que soportan. Países como Reino Unido, Francia, Holanda, Alemania, Bélgica, etc., son verdaderos crisoles culturales y étnicos. Estos inmigrantes adquieren las costumbres propias del país de acogida pero son mucho más tolerantes con las costumbres de otras culturas, como en este caso la española (LILLO et al., 2003).

Frente a la costumbre latina de arropar al enfermo, los habitantes de países nórdicos y centroeuropeos suelen parecer, a juicio del personal asistencial en España, fríos y distantes con sus familiares ingresados. Se observa por parte de los allegados una “excesiva” delegación en el personal sanitario de la responsabilidad de los cuidados (LÓPEZ y LORENZO, 2004) aunque al mismo tiempo se trata de un fenómeno cada vez más frecuente en los pacientes nacionales. Guardan las normas de visita y muestran gran respeto con las instrucciones y explicaciones recibidas por parte de los profesionales. Por estas mismas razones, suelen ser exigentes con la información.

Suelen ser de carácter introvertido y apenas hablan español. Consideran extraño que no se les entienda en su idioma y la ausencia de intérpretes.

Los patrones de alimentación y descanso son muy diferentes, caracterizándose por unos horarios de comida más adelantadas a la norma Española y un descanso reparador consistente en acostarse y levantarse muy pronto, pudiendo incluir la “siesta” en el caso de jubilados y turistas.

No suelen ser grandes fumadores pero si lo que ellos denominan “bebedores sociales” debido a la ociosidad, clima, asociacionismo en clubs, soledad, etc.

4.2.1.3.3.- Prácticas de salud

Autores como Spector, recogen las culturas de la salud en algunos países europeos: Italia, Alemania y Polonia (SPECTOR y MUÑOZ, 2003) y describe algunas prácticas y tradiciones. Sin embargo, como ella misma señala, no representan las creencias de toda la población, dado su número y gran diversidad.

4.2.1.3.4.- Intimidad

Está descrito y es constatado por los profesionales sanitarios el uso diferente al tono de voz en comparación con el propio español al que consideran alto y escandaloso.

Del mismo modo, ante información de contenido médico grave, escuchan, analizan y esperan un momento de intimidad para manifestar sus sentimientos, no exteriorizando emociones de forma exagerada. Ante el dolor se manifiestan en parecidos términos. El momento de la higiene personal y el contacto directo con el paciente son momentos muy importantes y delicados, por lo que se debe preservar la intimidad y otorgar al procedimiento la discreción que merecen.

4.2.1.3.5.- Dieta

Existe en muchos países de Europa un estilo de vida basada en una dieta vegetariana. La dieta lacto-ovo-vegetariana incluye el uso generoso de panes, cereales y pastas integrales, el uso a discreción de frutas y vegetales frescos, el uso moderado de legumbres, oleaginosas, semillas y productos lácteos bajos en grasa, tales como leche, yogurt y quesos. Las yemas de huevo se usan muy poco y procuran evitar alimentos que contengan grasa altamente saturada y colesterol, tales como carne de res, cordero, cerdo, pollo, pescado y mariscos. El café, té y bebidas alcohólicas proveen muy pocos nutrientes y pueden interferir con la absorción de nutrientes esenciales.

4.2.1.4.- Análisis Etnográfico de pacientes procedentes de Países Asiáticos



Cuando se habla de las culturas de la Salud en Asia, se suele centrar en el estudio de las prácticas y creencias tradicionales sobre salud y enfermedad de los chinos (SPECTOR y MUÑOZ, 2003). Quizás esta visión peca de reduccionista pues se recurre a una categorización que excluye la enorme diversidad cultural de tan vasta región geográfica. Sin embargo, no es menos cierto que las prácticas de los chinos y de otros grupos humanos de origen asiático se han exportado al mundo occidental incluyendo naturalmente a España.

La China es una cultura ancestral autónoma y secundada hoy no sólo por el aplastante número de su población sino por el poder de su economía y por las aportaciones constantes en el terreno de la investigación y de la ciencia. En China, como en todo el mundo, está implantada la medicina tecnológica, occidental. Pero también la medicina tradicional, que ha salido ya de su ámbito asiático extendiéndose por todo el planeta y revelándose como una medicina válida en la complejidad de nuestro mundo moderno (APARICIO, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que Japón se ha convertido en un buen ejemplo de unión de la medicina tradicional con las terapias modernas. De esta manera y salvo en casos privados, el sistema nacional de salud nipón financia sin distinciones lo mismo un análisis de sangre o una radiografía que una combinación de hierbas o las sesiones de acupuntura (MARTINEZ, 2003).

El cómo conciben los orientales la salud y cómo la concebimos en occidente son dos hechos diferentes, aunque unidos esencialmente por el lazo de lo intercultural. El pensamiento oriental se basa en su cultura, en su tradición. Hay parecido en la idea global de salud oriental con el pensamiento de pueblos como los mapuches de Chile e incluso ya en la antigüedad habían semejanzas a pesar de la distancia física (APARICIO, 2003). Para la medicina tradicional china, la salud tiene que ver con el equilibrio del ser en relación con él mismo (genética, constitución, emociones, creencias, sistema de vida, alimentación, actividades, etc.) en relación al grupo (vivencias, comunicación, convivencia...), a las normas y características del grupo y al medio natural (factores ambientales como frío, calor, humedad, sequedad, exceso de calor, viento, estaciones,...).

La medicina tradicional china es eminentemente pragmática como define Kaptchuck en su obra: *Medicina china, una trama sin tejedor*. Se trata de buscar soluciones a los problemas para seguir en la brecha del trabajo, de la convivencia y de la realidad diaria y cotidiana de cada cual (KAPTCHUCK, 1995). La base filosófica de la dialéctica taoísta, lejos de adentrarnos en un mundo de misticismo y espiritualismo, nos acerca a la naturaleza y a la vivencia colectiva.

La medicina china enseña que la salud es un estado de armonía física y espiritual con la naturaleza. Un cuerpo sano está en estado de equilibrio. Cuando el equilibrio se pierde, resulta en una enfermedad. Perciben sus cuerpos como un bien dado por sus padres y antecesores. El cuerpo de una persona no le pertenece. Debe ser cuidado y bien mantenido.

El paciente Asiático rara vez se queja de lo que le molesta. A menudo la única indicación de que existe un problema es una bandeja de comida intacta o la retirada silenciosa de un paciente. Al paciente chino le desagrada la práctica de la extracción de sangre, pues la sangre se percibe como fuente de vida para el organismo y creen que no se regenera.

Los chinos, además, creen que un buen médico debería poder diagnosticar simplemente explorando al paciente. Por ello, no suelen recibir bien los procedimientos, a menudo dolorosos, profusamente empleados en las exploraciones diagnósticas de la medicina alopática. Debido a este rechazo, pueden abandonar tratamientos e incluso rechazar la cirugía cuando la integridad del cuerpo –que tanto protegen- se ve comprometida.

4.2.1.4.1.- La dialéctica Yin-Yang

En Asia, el equilibrio es entre el yin y el yang. Yin-yang son maneras de hablar, formas de clasificar los fenómenos, procedimientos explicativos de los hechos y de la naturaleza, métodos dialécticos para ordenar el pensamiento. En realidad, Yin-Yang como tales, no existen. Todas las cosas del universo son primariamente o yin o yang, incluyendo las enfermedades, las cuales pueden resultar de un exceso de yin o yang, déficit de yin o déficit de yang. Yin y Yang se suelen traducir como caliente (yang) y frío (yin), refiriéndose a calidades y no a temperaturas y sus significados tradicionales son:

- Yang: energía positiva masculina de la que emana la luz, el calor y la plenitud.
- Yin: energía negativa femenina que simboliza la oscuridad, el frío y el vacío.

4.2.1.4.2.- Religión

La religión es importante para comprender la filosofía china de la salud y la enfermedad, siendo el taoísmo la base sobre la que se sustenta. La palabra *tao* tiene diversos significados: forma, sendero o discurso; es el camino de toda naturaleza, ley primitiva que regula todos los asuntos terrenales o celestiales. Por ello, para vivir de acuerdo al *tao*, uno debe adaptarse al orden de la naturaleza.

4.2.1.4.3.- Costumbres sociales

De acuerdo con las costumbres de los pacientes asiáticos, un hospital occidental puede suponer un drástico cambio en sus prácticas, a los que debemos sumar la separación de sus seres queridos y la infranqueable barrera idiomática. Así, algo tan básico como la comida puede suponer problemas con estos pacientes (SPECTOR y MUÑOZ, 2003). Por ello, una bandeja sin tocar o un silencio mal entendido por la enfermera como gesto de complacencia o acatamiento crea equívocos en los profesionales sanitarios.

Asimismo, existen prácticas occidentales que están mal vistas por los orientales como, por ejemplo, tocar la cabeza a los niños o mirar a un adulto directa y prolongadamente a los ojos pues se puede interpretar como un reproche a algo que hayan podido hacer mal.

4.2.1.4.4.- Prácticas de salud

Es frecuente el uso de amuletos para evitar espíritus malignos, prevenir daños y accidentes.

La lactancia materna es una constante dado que ni la leche de vaca ni la de cabra la ingieren los chinos, prolongándose la lactancia hasta los 4 o 5 años de edad.

En cuanto a prácticas o métodos para recuperar la salud, destacan las siguientes:

- Acupuntura: práctica milenaria que consiste en punciones con agujas metálicas en puntos determinados para curar enfermedades o aliviar dolores. Estos puntos específicos se denominan meridianos.
- Moxibustión: tan antigua como la acupuntura, su objetivo es restaurar el equilibrio entre el *yin* y el *yang*. Se basa en el poder terapéutico del calor, mientras que la acupuntura es un tratamiento en frío.
- Succión con ventosas: consiste en crear un vacío con un pequeño recipiente, eliminando el oxígeno y colocándolo rápidamente sobre la piel del paciente. Al atraer sangre y linfa a la superficie, aumenta la circulación y así elimina los llamados *espíritus* fríos y húmedos del cuerpo.
- Frotación con una moneda por distintas partes del cuerpo para conseguir salud (Vietnamitas), lo que puede dar falsos indicios de maltrato por las marcas que deja.
- Sangría: a menudo realizada con sanguijuelas, se lleva a cabo para *quitar calor del cuerpo*. Sólo se extraen pequeñas cantidades de sangre.
- Masaje: *Tui Na*, “empujar y tirar” es un complejo sistema de masaje o estimulación manual de puntos de acupuntura, utilizado en alteraciones traumatológicas y neurológicas.
- Hierbas Medicinales: muy utilizado en la medicina china. Aunque hay muchas hierbas chinas, la más popular es el *ginseng*.

4.2.1.4.5.- Intimidad

Aunque la figura del médico es tradicional en la medicina china, aquellos que tenían que atender a mujeres tropezaban con no pocas dificultades, ya que no se les permitía tocar a las que no fueran de su propia familia. Incluso, como alternativa para mostrar áreas de dolor o molestias en el cuerpo de la mujer, se usaba una figura de alabastro, señalando en ella la zona dolorida.

En las culturas orientales son tabú la exploración rectal, los enemas o supositorios y la Psiquiatría.

4.2.1.5.- Incidencia de las influencias religiosas y culturales sobre la dieta / alimentación

En lo que respecta específicamente a la dieta / alimentación, los resultados obtenidos de las entrevistas, Historias de Vida y la bibliografía consultada sobre ali-

mentos, nos muestra la variabilidad cultural en diversas formas. Existen alimentos considerados comestibles por unas comunidades humanas y no comestibles por otras; alimentos considerados religiosos por unos y profanos por otros; alimentos con poder terapéutico para algunos y otros que nunca se atreverían a ingerir. Las dimensiones que, principalmente, inciden en estas diferencias son las religiosas, económicas y sociales. Otros autores, como Teufel, afirma que los comportamientos relacionados con la salud, incluyendo las preferencias de alimentos, están culturalmente determinados y por ello desarrolló cuestionarios sobre la frecuencia en la alimentación que ella misma denomina *culturalmente competentes* (TEUFEL, 1997).

Los condicionantes religiosos se manifiestan de muy diversa manera, p.ej.: en el Hinduismo, está prohibido matar y comer cualquier tipo de animal, particularmente la vaca; la leche y sus derivados pueden consumirse –no se consideran que intervengan en el proceso vital del animal– mientras que el pescado y los huevos son consumidos con poca frecuencia.

Para los seguidores del Judaísmo, los productos porcinos no pueden comerse y tampoco el pescado sin escamas y las aves de presa. Sólo los animales desangrados, limpios, sacrificados según el ritual de matanza llamado *Kosher* pueden comerse. Sin embargo, la leche y la carne nunca deben mezclarse dentro de la misma comida.

La alimentación también tiene una importante proyección social. Ciertamente, hay alimentos *sociales*, es decir, aquellos que se consumen en presencia de otras personas y que tienen un valor simbólico a la vez que nutricional dependiendo del contexto cultural en cual se lleve a cabo. “En todas y cada una de las sociedades humanas los alimentos se presentan como una forma de expresión, de creación y de relación entre individuos. Estas relaciones se establecen entre miembros de grupos con carácter religioso, étnico o social, y es por ello que los alimentos tendrán las propiedades de símbolos rituales” (LILLO y VIZCAYA, 2002). Como en todos los rituales, en el de la alimentación existen unas normas pertenecientes a la cultura o grupo en particular. Estas normas, entre otras cosas, determinarán quien prepara y sirve la comida, quienes pueden sentarse a comer juntos e incluso quien debe recoger los platos. También se determina el tiempo y la preparación estética de los alimentos, el orden de los distintos platos a degustar, los utensilios a emplear, la forma en la que determinados productos deben consumirse o hasta los modales en la mesa. Por tanto, la alimentación y la determinación de las características organolépticas de los alimentos están sujetos a patrones culturales.

Si bien la utilización de las diferentes instrumentos durante el estudio en el HGUA no han detectado incidentes de importancia derivado de la alimentación y la procedencia cultural, étnica o religiosa de los pacientes durante su hospitalización, si hay constancia de uno acaecido en una unidad de hospitalización el 07.04.2003: la paciente árabe (Z.B.) protagonizó un altercado con el personal al que acusó de intentar envenenarla al darle una tortilla que contenía cerdo (pequeños trozos de jamón york). El personal intentó explicar lo que podía haber sucedido –habían pedido la dieta correctamente– pero ni siquiera el médico de guardia pudo calmarla, optando incluso la paciente por el alta voluntaria ante el disgusto por haber vulnerado tan sagrado precepto.

4.2.1.6.- Incidencia de las influencias religiosas y éticas sobre tratamientos médicos, el cuidado de los niños y asuntos relacionados en Testigos de Jehová.

Contrariamente a lo que mucha gente piensa, los pacientes Testigos de Jehová (sean o no extranjeros) buscan una atención médica de calidad y aceptan la inmensa mayoría de los tratamientos médicos. El motivo más frecuente de controversia con este tipo de pacientes o su familia es que, por razones religiosas fundadas en la Biblia, no admiten transfusiones de sangre. En su lugar solicitan tratamientos alternativos sin sangre. Los denominados “Comités de Enlace con los Hospitales de los Testigos de Jehová” pueden suministrar información al personal médico y de Enfermería en lo que concierne a tratamientos y cuidados, incluyendo las alternativas a las transfusiones.

Según la “Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania” (EE.UU.) las incidencias más notables en determinadas materias que deben tener en cuenta los profesionales sanitarios son las siguientes:

- **Aborto:** Los Testigos de Jehová lo consideran inadmisibles, y si en el momento del parto hay que escoger entre la vida de la madre o la del feto, la decisión corresponde a los interesados.
- **Alcohol, narcóticos y medicamentos:** Para los creyentes, la Biblia no prohíbe el consumo moderado de vino y otras bebidas alcohólicas. Los principios bíblicos de la moderación y el respeto por la vida y las facultades mentales del practicante descartan el abuso de sustancias adictivas (como tabaco o las drogas). El uso de fármacos —o hasta de narcóticos para calmar el dolor— bajo supervisión médica es un asunto personal.
- **Alternativas a la transfusión de sangre:** Las alternativas médicas a la transfusión de sangre comprenden el uso sistemático de estrategias clínicas adecuadas para el tratamiento de la hemorragia y la anemia. Combinan fármacos, equipo y técnicas médicas y quirúrgicas con el fin de reducir o evitar pérdidas de sangre y acelerar su producción por parte del paciente. Este tipo de estrategias reciben el nombre de medicina y cirugía sin sangre, o de ahorro de sangre.
- **Atención pastoral:** Los creyentes dan consuelo espiritual y ayuda práctica a sus hermanos cristianos cuando están enfermos u hospitalizados.
- **Autopsias y disecciones:** La decisión de si se practicará una autopsia para determinar la causa de la muerte corresponde a los parientes competentes.
- **Autotransfusión:** No aprueban la donación preoperatoria de sangre autóloga. Otras técnicas de autotransfusión como la hemodilución y la recuperación de sangre son cuestiones de decisión personal.
- **Circulación extracorpórea:** Algunos pacientes Testigos permiten el uso de un sistema de circulación extracorpórea siempre que la bomba se cebe con fluidos no sanguíneos.

- **Circuncisión:** Bajo la ley cristiana, la circuncisión no es una cuestión religiosa. Los padres son quienes deben decidir si circuncidarán a su recién nacido. En cambio, la circuncisión femenina se considera un tipo de mutilación injustificable.
- **Decisiones y consentimiento informado:** Buscan rápidamente atención médica cuando lo necesitan. Los tribunales han confirmado la importancia de la autonomía y la autodeterminación del paciente en materia de decisiones médicas basándose en el principio del consentimiento informado, es decir, el derecho de recibir suficiente información para escoger un determinado tratamiento. Lo mismo es aplicable a los menores maduros. El paciente (o los padres o tutores de un menor) debe ser informado con detalle sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento que se recomienda para que pueda decidir con pleno conocimiento de causa el tipo de atención que prefiere. Los padres tienen el derecho natural y legal de tomar decisiones por sus hijos menores.
- **Expansores del volumen sanguíneo:** Aceptan expansores no hemáticos.
- **Hemodiálisis.** La hemodiálisis es una cuestión que cada Testigo debe decidir según su conciencia siempre que no se utilice sangre para cebar la máquina.
- **Hemodilución:** Cada Testigo decidirá según su conciencia.
- **Inmunoglobulinas y sueros:** La postura de estos creyentes no prohíbe terminantemente el uso de fracciones de sangre. Cada uno decide si acepta o no inmunoglobulinas o sueros hechos a partir de una fracción de sangre.
- **Leyes y creencias dietéticas:** Los cristianos no deben consumir sangre ni la carne de animales que no han sido debidamente desangrados (Hechos 15:28, 29). Aparte de este mandamiento bíblico, no tienen ninguna restricción dietética.
- **Religión y métodos curativos (curación por fe):** Los Testigos tienen fe en Dios pero no practican la curación por fe.
- **Sacramentos, rituales, ordenanzas y costumbres religiosas:** No tienen rituales especiales para los enfermos o moribundos.
- **Técnicas de reproducción asistida y control de la natalidad:** Se deja en manos de los creyentes si utilizarán o no algún método de planificación familiar. Eso sí, evitan los métodos anticonceptivos abortivos. Para los Testigos, la fecundación “in vitro” en la que el óvulo y el espermatozoide proceden de una pareja que no está casada es equiparable a adulterio y, para ellos, inaceptable. También consideran inaceptable el método de madres de alquiler.
- **Trasplante de órganos:** Aunque la Biblia prohíbe específicamente el consumo de sangre, no hay ningún otro mandato bíblico que prohíba directamente tomar tejido o hueso de otro ser humano. Por consiguiente, el trasplante de órganos es para el Testigo una cuestión de decisión personal.

4.2.2.- Medios que se utilizan en el HGUA para proporcionar cuidados culturales según el Modelo de M. Leininger

Para alcanzar el *Objetivo Específico 3: “Determinar los medios que se utilizan en el Hospital para proporcionar cuidados culturales según el Modelo de M. Leininger”* se empleó la técnica del Grupo de Discusión.



Las características del grupo fueron:

- Dirección del grupo a cargo de una persona experta en dirección de grupos de discusión y ajena a la investigación.
- Los 9 profesionales –todos con experiencia asistencial– eran representativos de las 4 grandes áreas que abarcan las funciones asistencial, docente, investigador y de gestión de las Instituciones Sanitarias y las propias de la División de Enfermería:
 - Asistencial: 4 enfermeras de las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Nutrición Humana y Urgencias y 1 médico del Servicio de Urgencias.
 - Docente e investigadora: 1 enfermera responsable de la formación de la División en Planes de Cuidados y experiencia en proyectos de investigación del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) del Ministerio de Sanidad..
 - Gestión: 2 Supervisoras de Unidad (Pediatria y Obstetricia/Ginecología) y una enfermera gestora de Hospital Polivalente.
- Entre los profesionales había una diversidad en la experiencia profesional variando desde los 6 años de media de los más jóvenes (3 interinos) hasta los 26 años de experiencia de la mayor de las de personal fijo de la Institución.
- El grupo se reunió en la Sala de Reuniones de Dirección del HGUA (Primera Planta) y la discusión se desarrolló durante 1 hora y 30 minutos, filmándose en video y grabándose en una micrograbadora . Se hizo la transcripción literal del contenido de las cintas al procesador de textos Word para el posterior análisis del discurso mediante programa QSR NUD*IST 5.

Para lograr el objetivo propuesto, *determinar los medios que se utilizan en el HGUA para proporcionar cuidados culturales según el Modelo de M. Leininger*, la profesional que dirigió la discusión comenzó por una breve introducción a la finalidad del estudio en cuestión y proporcionó a los presentes una hoja resumen de la “Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger”. Este documento explica dicha teoría así como los conceptos Cuidados Culturales, Diversidad de los Cuidados Culturales y la Universalidad de los Cuidados Culturales.

Con esta información preliminar oral y escrita y, dado que la mayoría de los integrantes estaban familiarizados con los diferentes modelos de enfermería existentes, pasó a continuación a explicar la metodología de la discusión no sin antes ratificar el oportuno permiso para grabarla. Se proporcionó a los presentes datos demográficos relevantes actuales sobre extranjeros en la Comunidad Valenciana y en la provincia de Alicante así como los datos disponibles sobre el porcentaje de pacientes de otras nacionalidades que ingresan en el HGUA y la diversidad que representa este grupo de pacientes hospitalizados. Tras ello, formuló una a una las siguientes preguntas a debatir:

- 1.- ¿Qué tipos de cuidados culturales se proporcionan en el HGUA?**
- 2.- ¿Cómo se dispensan o con qué medios los cuidados culturales?**
- 3.- ¿Qué problemas existen en el HGUA para proporcionar dichos cuidados culturales?**

4.2.2.1.- Resultados Grupo de Discusión

El análisis del discurso y de contenidos obtenidos con la técnica del Grupo de Discusión ha permitido alcanzar unos resultados referidos al Objetivo N° 3, mostrando que este tipo de técnica, enormemente positiva para el objeto del presente estudio, facilita que afloren estereotipos e incluso prejuicios que subyacen entre los profesionales sanitarios.

En el debate se da más importancia a los problemas y cómo enfrentarse a ellos que las barreras que puedan percibir los pacientes extranjeros. Hay un amplio consenso en considerar la barrera de la comunicación como fundamental en el proceso de cuidar, no siendo la idiomática la principal, sino la cultural pero más concretamente la *comprensión* de la información. Lo que pueda parecer obvio y lógico para una cultura no necesariamente es una idea universal entendida y aceptada por todos. No solo esto, sino que el grupo manifiesta sentir que existe rechazo hacia las creencias de los profesionales sanitarios, algo que se puede llegar a entender si se tiene en cuenta el carácter etnocentrista que muchos autores otorgan a estos. Esta desmitificación del problema idiomático frente al verdadero problema de comunicación entre culturas, tiene un clarísimo ejemplo –y así lo citan los integrantes del grupo- con lo que ocurre con la etnia gitana, ésta comprende el idioma castellano pero son numerosas las ocasiones que se precisa de la mediación del denominado “*patriarca*” para hacerse entender el profesional.

Es unánime la afirmación de que no suelen tener problemas de comunicación con pacientes de habla inglesa, aunque hay una manifiesta queja de que se percibe una falta de interés por su parte de aprender el idioma del país donde residen. Frente a la práctica ausencia de problemas con estos, si que los hay con los procedentes de países del Este (Rumanos y Rusos) y Magrebíes principalmente. Afortunadamente, afirman que el “80 %” de los extranjeros hablan o entienden el idioma inglés.

El grupo considera la falta de *comunicación* como un problema muy importante que crea una sensación de aislamiento por parte del paciente. Este término, es el más utilizado según se desprende del análisis del QSR NUDIST 5. Algunos participantes en el grupo manifiestan su ánimo de aprender idiomas (lo que no deja de ser un cambio de actitud) por considerarlos necesarios aunque se reafirman en la importancia de la *comprensión* de la información versus la mera *transmisión* de la información en el propio idioma del extranjero. Queda claro que el “chapurrear” un idioma no es comunicación válida, pudiendo dar lugar a malentendidos en aspectos clínicos que el profesional desearía evitar.

Llama mucho la atención casos como los expuestos de madres Chinas que no quieren lactancia materna y guardan un reposo absoluto durante 1 semana sin ceder a las recomendaciones del personal. Del mismo modo, sorprende que hoy en día haya ciudadanos Chinos que no saben lo que es una vacuna.

Una vez más, el posicionamiento etnocentrista de algunos profesionales se pone de manifiesto cuando se afirma que ... “*los extranjeros no quieren cambiar.*”. Otros defienden que la comprensión del problema propicia el cambio de actitud del paciente, afirmando haber logrado que madres Chinas acepten finalmente la lactancia materna. Otras manifestaciones de la herencia cultural resultan, al menos, chocantes, como es el caso descrito de las madres Rumanas que envuelven a sus bebés recién nacidos con prendas apretadas quedando “embutidos como momias” bajo la creencia de una mayor fortaleza cuanto más ropaje. Esta práctica es consentida en el Hospital sin mayores problemas.

El colectivo de extranjeros que el grupo de discusión consideró el más alejado del patrón occidental fue el de los de origen magrebí. Bien por experiencias previas o por evidente choque cultural, perciben una desconfianza hacia los profesionales. Las más de las veces, la actitud resultante es una relación basada en el paternalismo: “*es mejor para ellos*”. Siendo este posicionamiento cuestionable, es menos negativo que el de aquellos que reafirman la obligación de que sean “*los otros*” los que deben adaptarse íntegramente al modelo biomédico occidental sin excepción.

Preguntados sobre el nivel de supuesta “*conflictividad*” en las relaciones profesional/paciente de los extranjeros que se atienden en el HGUA, sitúan a los Latinoamericanos como los menos conflictivos y a los Magrebíes como los más alejados culturalmente y por ende más conflictivos. Los grupos de pacientes Chinos y procedentes de países del Este se sitúan en una posición intermedia y, curiosamente, el importantísimo colectivo –en número– de pacientes del Norte de Europa no es considerado “*conflictivo*” culturalmente por lo que no es citado al abordar esta variable.

Así pues, como resumen, queda patente que la comunicación –que no la traducción– es la piedra angular para abordar los cuidados culturales, habiendo una predisposición hacia la competencia cultural de los profesionales aún a pesar de ciertas actitudes paternalistas y aislados casos de indiferencia. Los profesionales saben que la cultura y la herencia cultural es modelada por la religión y los modos de vida, motivo por lo que pacientes de otras culturas pueden no querer modificar sus pautas o cos-

tumbres evitando el consejo profesional. El grupo propone como soluciones o ideas a tener en cuenta las siguientes:

- Formación de los profesionales sanitarios en problemas culturales (higiene, alimentación, vestimenta, etc.).
- Presencia de personas nativas en el hospital a modo de “mediadores culturales”, que sean aceptadas como “iguales” por los extranjeros.
- Información escrita en el idioma del paciente; la misma que recibe el paciente español (Carta de Acogida, Derechos y Deberes, etc.)
- Apoyo a los profesionales mediante figuras como Trabajadores Sociales, representante de Consulados y Embajadas, ONG’s, etc.

Resulta interesante poder contrastar los resultados de este grupo de discusión en comparación con los obtenidos mediante la misma técnica un año antes con profesionales distintos a los que se formulaba cuestiones similares. Las características de aquel grupo fueron:

- Dirección del grupo a cargo de una persona experta en dirección de grupos nominales ajena a la investigación.
- Los 10 profesionales de enfermería –todos con experiencia asistencial– eran representativos de las 4 grandes áreas que abarcan las competencias de enfermería:
 - Asistencial: 4 enfermeras/os
 - Docente: 1 Supervisora de Docencia
 - Investigador: 1 Enfermera
 - Gestión: 2 Adjuntos y 2 Supervisores de Unidad
- 5 mujeres y 5 hombres
- Entre los profesionales había una diversidad en la experiencia profesional variando desde los 5 años de media de los más jóvenes (3 interinos) hasta los 29 años de experiencia del mayor de los de personal fijo de la Institución.
- El grupo se reunió en la Sala de Reuniones de Docencia del HGUA y la discusión se desarrolló durante 1 hora, levantándose acta escrita del contenido.

Para lograr el objetivo propuesto, determinar los medios que se utilizaban entonces en el HGUA para proporcionar cuidados culturales según el Modelo de M. Leininger, la profesional que dirigió la discusión comenzó por una breve introducción a la finalidad del estudio en cuestión y, dado que los integrantes estaban familiarizados con los diferentes modelos de enfermería existentes, pasó a continuación a formular las siguientes preguntas a debatir:

1.- *¿Contempla la valoración de enfermería al ingreso el registro de la religión del paciente? Si así no fuera, ¿a qué se debe?*

- “No se suele preguntar.”
- “La gente no lo pregunta porque cree que no es importante.”
- “Si la valoración es individualizada, deberían aparecer en la valoración que hace el paciente las características específicas del paciente, como la religión.”
- “¿Para qué preguntar si luego no se pueden satisfacer las necesidades como por ejemplo el auxilio espiritual?”
- “La cuestión es la disposición del personal para ayudar espiritualmente al paciente.”
- “Las creencias/valores a veces no condicionan los cuidados.”
- “Creo que es importante valorar la religión.”
- “Se debería valorar la sexualidad.”

2.- *¿Tiene el HGUA en cuenta en sus dietas las preferencias en la alimentación derivadas de creencias religiosas o culturales?*

- “Si el enfermo te lo dice, se tiene en cuenta en la comida.”
- “Si se tiene en cuenta la individualidad de la persona, se sacan los aspectos de alimentación, higiene, ...”
- “No se pueden especificar las peculiaridades de todas las religiones.”
- “Cada vez se va teniendo más en cuenta los aspectos religiosos por el propio contacto.”
- “Se debe preguntar al paciente si su religión influye en los aspectos de la hospitalización.”

3.- *¿Ofrece el HGUA auxilio espiritual de diferentes confesiones?*

- “En este hospital no, incluso hay problemas para los de confesión católica por la disponibilidad de los sacerdotes.”
- “Tenemos una capilla, pero sólo católica.”
- “Los curas nuestros son muy mayores, quizás más jóvenes tendrían otra actitud.”
- “Sólo hay oficios religiosos católicos.”
- “Se puede informar a la familia que avisen a su representante religioso.”
- “Es horrible, pero no sólo con la religión sino con el tema de la sexualidad.”

4.- *¿Dispone el HGUA de medios para proporcionar cuidados culturales?*

- “Sí, pues si el respeto a la persona es lo que prima, se permite que vistan, coman lo que quieran.”

- “Bueno, a veces no; pues si una mujer o un hombre se niega a que un enfermero o enfermera del sexo contrario lo sonde y se niega...?”
- “Hay respeto a las costumbres, pero hay limitaciones. Quien sonda a un paciente es negociable, pero no siempre.”
- “Se intenta siempre que se puede satisfacer la demanda.”
- “Sí se personalizan los cuidados si disponemos de medios.”
- “Se debe integrar lo que se pueda, pero no siempre se puede integrar todo.”
- “Habrán cosas que no se podrán integrar pero no por la cultura, sino por los medios.”
- “Si entra en conflicto el tema sanitario con los valores, predomina el tema sanitario.”
- “Lo importante es intentar.”
- “He oído comentarios racistas porque piden algo.”
- “Nos piden cosas a los que no estamos acostumbrados y muchos (profesionales) de entrada dicen no.”
- “Las cosas se hacen para todo el mundo.”
- “Por circunstancias externas al hospital, inseguridad ciudadana y delincuencia, se está generando racismo.”

5.- *¿Permiten las instalaciones proteger la intimidad que requieren los pacientes?*

- “Las personas son las que no protegen la intimidad de los pacientes.”
- “La intimidad no sólo se refiere a lo físico. El que escuchen lo que se dice al paciente viola la intimidad.”
- “Muchas veces se informa delante de otros. Esto no sólo es problema de extranjeros pues se hace con cualquier paciente.”
- “Las habitaciones deberían ser individuales.”
- “No se toca a la puerta antes de entrar.”
- “La costumbre de gritar en el pasillo está arraigado en algunos colectivos.”
- “Tema de las Historias Clínicas, todavía vienen médicos de calle que piden las historias. Cuando te has descuidado te cogen las Historias.”
- “Nadie puede preguntar sin pedir permiso al interesado.”
- “¡Pero cómo vas a ir a preguntar!, ¿oye puedo ver tu Historia?”

6.- *¿Tenéis conocimiento de incidentes derivados de atender a pacientes de otras culturas?*

- “En urgencias he tenido problemas con pacientes con prisas para ser vistos porque pierden el Ferry de Oran.”
- “Pues yo con los que no quieren sangre por ser de Jehová.”
- “En pediatría tuvimos un problema en una habitación pues una noche se quedó el padre de un menor y en la cama de al lado había un niño gitano

con su madre como acompañante. El padre del niño gitano no aceptaba que un hombre se quedara toda la noche en la misma habitación que su mujer.”

- “He visto a un paciente negarse a compartir habitación con un gitano. Le pregunté que razones tenía y me opuse al cambio de ubicación.”
- “Se me planteó el caso de unos gitanos que querían otra habitación pues no querían estar con gitanos.”
- “Hay gitanos que se identifican a si mismos como buenos y no quieren nada con los malos.”
- “Los gitanos se quejan cuando les pones juntos y te echan en cara que lo haces por ser gitanos.”
- “Cuando hay un problema con los gitanos, se llama al patriarca, un hombre que destaca entre ellos, y soluciona temas como el número de visitas en la habitación.”
- “Vienen los gitanos pidiendo de entrada habitaciones individuales.”

4.2.2.2.- Conclusiones específicas del Grupo de Discusión

Mediante la implementación de la Técnica de Grupo de Discusión utilizado para el Objetivo N° 3 de **“Determinar los medios que se utilizan en el Hospital para proporcionar cuidados culturales según el Modelo de M. Leininger”** se han obtenido las siguientes conclusiones:

1) El soporte para el registro oficial usado en la valoración de enfermería al ingreso del paciente no contempla expresamente un apartado para consignar la religión del paciente lo cual, a juicio de los profesionales, no es óbice para que la enfermera/o responsable lo averigüe dada la trascendencia en la planificación de los cuidados. El hecho de la ausencia en el documento del dato de la religión puede ser debido a que, entre otras causas, el denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la Comunidad Valenciana (Orden del 8 de octubre de 1992. Conselleria de Sanitat i Consum. DOGV Núm. 1.891 de 28-10-1992) y que constituye el núcleo de información hospitalaria, no incluye el registro de la religión ni tampoco el de la raza (como sí ocurre con este último en el equivalente de EE.UU.) Los profesionales concluyen al respecto que es importante conocer la religión del paciente sin que ello sea una intromisión en la intimidad ya que la religión, junto a la alimentación y vestimenta, constituye una variable determinante para los modos de vida y la cultura.

2) El Hospital sí dispone de recursos para satisfacer las preferencias en la alimentación derivadas de creencias religiosas y culturales. No sólo dispone de los menús en español, inglés y francés sino que la variedad de las dietas opcionales y la flexibilidad de la cocina para adaptarse a las necesidades de los pacientes facilita la satisfacción de ésta necesidad. Es muy importante que el personal detecte la posibilidad de que la dieta convencional pueda no ser aceptada por los pacientes, sobre todos los de origen musulmán.

3) El auxilio espiritual constituye un aspecto susceptible de mejora y que los profesionales plantean como una necesidad para los pacientes que la institución debería prever. La única confesión religiosa “oficial” es la Católica, que cuenta con una capilla en la 9ª planta. Existe un acuerdo Estado-Iglesia (Concordato) que contempla la implantación de espacios de culto católico en los hospitales públicos⁴⁶ y muchos privados. En la UCI, algunos pacientes demandan la presencia del sacerdote para comulgar y en ocasiones es el personal el que permite la presencia de ministros de otras religiones –a instancias del paciente o familia– a los que se les respeta la privacidad aunque nunca dejando al paciente a solas sin vigilancia discreta. Si bien no dispone de espacios de culto alternativos, sí se pide conocer los contactos necesarios para facilitar la presencia de ministros de la religión correspondiente.

4) En general, en el hospital se proporcionan cuidados culturales y se respetan las costumbres sin más límite que el que no contravengan criterios médicos o sanitarios que entren en conflicto con la actuación estrictamente profesional. El caso límite es el de la negativa de los Testigos de Jehová a ser transfundidos con sangre aunque ellos proponen preservar sus creencias ofreciendo información sobre las alternativas a este procedimiento. Estamos ante un caso de “negociación” de los cuidados, no a cargo del profesional sino del paciente y su entorno familiar. La costumbre más común y que resulta difícil de asimilar tanto por los profesionales como por la institución es el del acompañamiento masivo de la familia de etnia gitana. Se percibe una visión entre los profesionales muy etnocéntrica, y cabe señalar que existen poderosas influencias externas al hospital que condicionan esta perspectiva y los escasos prejuicios de tipo racista comentados por el grupo. No se han evidenciado carencias en el hospital que impidan proporcionar cuidados culturales, existiendo “a priori” una buena disposición por parte de los profesionales para preservar, acomodar o remodelar los cuidados sin que la institución ponga límites a ésta autonomía profesional. La figura del mediador cultural es reivindicado por los profesionales como apoyo a su labor asistencial.

5) Los integrantes del grupo coinciden de forma unánime en que preservar la intimidad es una obligación para todo paciente independientemente de su procedencia u origen cultural no debiendo haber diferencias en el celo de su cumplimiento. Aún siendo mejorables las instalaciones –no todas las habitaciones son individuales- hay conductas y comportamientos del personal de la institución que de forma consciente o inconsciente vulnera este derecho. La intimidad a la hora de preservar la visión del cuerpo no fue lo más criticado, sino el manejo de la información verbal y los comentarios de viva voz en presencia de terceras personas. Hábitos como el entrar a la habitación sin llamar antes a la puerta, hablar en voz alta, comentar el estado del paciente en presencia de otros, gesticular en exceso con los extranjeros o no entenderlos por la barrera idiomática involucrando a personas ajenas en la traducción constituyen situaciones no deseadas para nadie. A nivel institucional, el disponer de un

⁴⁶ Estando en fase de redacción de los resultados, se produjo en el HGUA un incidente sin consecuencias con un numeroso grupo de fieles de la Religión Evangélica y de etnia gitana que pretendía utilizar libremente la capilla católica del Hospital sin que el sacerdote lo permitiera. Finalmente, la Dirección del Hospital les facilitó una aula de docencia para celebrar su liturgia y confesar a sus fieles.

intérprete⁴⁷ que, entre otras funciones, sepa trasladar al personal las inquietudes de los extranjeros constituye una gran ayuda y facilita la confidencialidad.

6) Todos los miembros del Grupo fueron capaces de aportar experiencias personales acerca de incidentes que ellos atribuyeron al choque entre culturas. La no adaptación a las costumbres imperantes en la institución (horarios, visitas y ubicación de los pacientes) son los más frecuentes, siendo los más graves la negación a la transfusión de sangre y el alta voluntaria de una musulmana motivada por un error en la dieta que incluyó jamón york en una tortilla. Otro caso llamativo fue la negativa de un marido musulmán a que su esposa, ingresada en la UCI pero consciente y orientada, amamantara a su hijo lactante en presencia de personal varón en la unidad. Sin embargo se constata la modificación de costumbres a instancias de los profesionales como es la lactancia materna en madres Chinas.

7) Finalmente, las soluciones o ideas que aportan los profesionales son la formación de estos en materia de inmigrantes, existencia de mediadores culturales, información disponible para los extranjeros en documentos escritos en su idioma, el apoyo de Trabajadores Sociales (al problema de salud se suman otros de carácter social en muchos extranjeros), el de Embajadas y Consulados, Interpretes y ONG's.

4.2.3.- Diferentes manifestaciones de la herencia cultural en pacientes y profesionales durante la hospitalización

Para el logro del *Objetivo Específico 4: “Identificar las diferentes manifestaciones de la herencia cultural en pacientes y profesionales durante la hospitalización”* se utilizaron Entrevistas a 40 profesionales mediante cuestionario semi-estructurado elaborado *ad-hoc* que constaba de 43 ítems cerrados y 1 abiertos (ver ANEXO), Entrevistas Abiertas con 10 informantes (utilizando el cuestionario ASKED, ver ANEXO) y 3 Historias de Vida.

4.2.3.1.- Resultados Encuestas-cuestionarios

Las características demográficas de los 40 entrevistados fueron:

- Edades: rango entre 21 y 55 años de edad; edad media 39,6 años.
- Género: 86% mujeres y 14% hombres
- Titulación: 97.5% Diplomados en Enfermería (1 Intérprete)
- Áreas de trabajo:

Enfermeras Obstetricia 4; Enfermeras Cirugía General 4; Enfermeras UCI 3; Enfermeras/os Reanimación 3; Enfermera de COT/ROD 1; Enfermera/o Neurología

⁴⁷ El HGUA cuenta con la presencia esporádica de alumnos en prácticas de la Licenciatura de Traducción e Interpretación merced a un Convenio de Colaboración entre la Conselleria de Sanidad y la Universidad de Alicante.

3; Enfermeras de Cardiología 2; Enfermera ORL 1; Enfermera Medicina Interna/UEI 1; Enfermeras/os Medicina Interna 4; Enfermeras de Neumología 2; Enfermera de Nefrología 1; Enfermeras de Neurocirugía 2; Enfermera del Área 18 1; Enfermeras de hospitalización sin especificar 7; Intérprete 1.

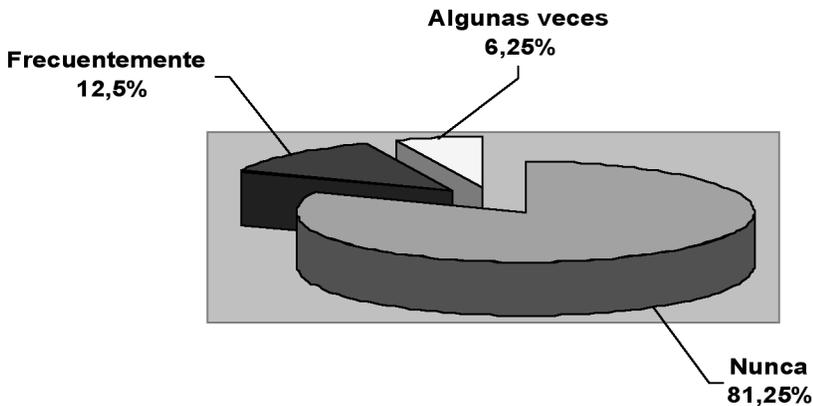
- Años de ejercicio profesional: desde menos de 1 año hasta 31 años de experiencia, media de 15 años de trabajo.
- Práctica alguna religión: No practica religión alguna el 66% de las encuestadas.
- Grado de religiosidad: Se declaran indiferentes el 40%, poco religiosos el 46 % y sólo un 13% bastante religiosos.

Análisis Descriptivo de Ítems cerrados

- Preguntados acerca de conocer la religión en la valoración al ingreso, la mayoría nunca (81.25%), frecuentemente (12.5%) o sólo algunas veces (6.25%) lo hacía (GRÁFICO 16).

GRÁFICO 16

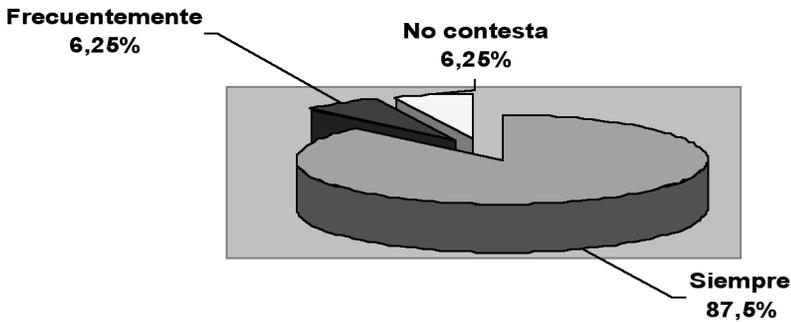
Conocen la Religión de los pacientes



Relacionado con las preferencias en la alimentación derivadas de la religión, el 87.5 % siempre lo preguntaban a la hora de pedir la dieta al paciente, el 6.25% lo hacía con frecuencia y el 6.25% no contesta este ítem (GRÁFICO 17).

GRÁFICO 17

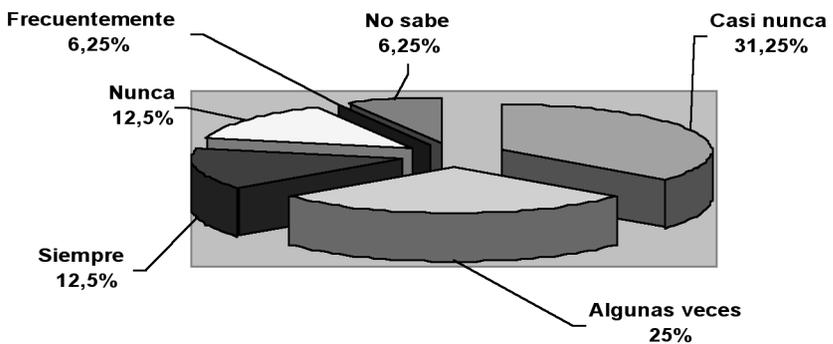
Preguntan preferencias alimentación por motivos religiosos



- La consecución del auxilio espiritual específico obtiene un resultado que varía entre casi nunca (31.25%), algunas veces (25%), siempre (12.5%), nunca (12.5%), frecuentemente (6.25%) y no sabe (6.25%) (GRÁFICO 18).

GRÁFICO 18

Consecución de auxilio espiritual específico



- La preservación, acomodación o remodelación de los cuidados obtiene una mayoría de frecuentemente (25%) repartiéndose el resto de valores un porcentaje del 18.75% respectivamente.

- Respecto a la preservación de la intimidad, se observa una diversidad de respuesta, siendo la mayoría entre siempre y frecuentemente (31.25% cada una) y algunas veces (18.25%).
- La mayoría no ha presenciado incidentes provocados por diferencias culturales (62.25%).
- Sobre el conocimiento de aspectos cotidianos de los **Árabes** musulmanes ligados a la práctica religiosa:
 - La mayoría de los encuestados (37.5%) dicen no conocer que el día de la semana sagrado es Viernes, sólo el 31.25% lo hicieron y otro porcentaje similar (31.25%) dijo conocerlo pero señalaron el Sábado como opción.
 - Sólo 18.75% conocían las veces que reza al día (5 veces).
 - 93.75% dijeron conocer la posibilidad de orar en la habitación.
 - Sólo 37.5% conocen el ritual de las abluciones, habiendo 2 encuestados que lo describieron como la *ablación del clítoris*.
 - Todos (100%) conocían los alimentos que no pueden ingerir los creyentes musulmanes.
 - El 50% de encuestados conocían lo que se considera prohibido durante el Ramadán o ayuno musulmán.
 - La mayoría (62.5%) son conscientes de la importancia del contacto físico y visual directo.
 - 93.75% de los encuestados conocen el uso apropiado de la mano derecha como mano “limpia” frente a la “impura” de la izquierda según la tradición árabe.
 - Sólo el 12.5% de los profesionales ha detectado problemas a la hora de administrar medicamentos durante el Ramadán.
 - Desconocen el ritual de amortajar a los difuntos según el rito musulmán el 81.25% de los profesionales encuestados.
 - Sólo 25% encuestados dicen conocer el valor simbólico de la barba, el 75% restante dicen no conocerlo.
 - Preguntados sobre si han observado en los pacientes musulmanes o sus familias alguna práctica relacionada con la medicina popular, religión, intimidad, valores, creencias, normas o costumbres sociales, el 75% responde negativamente, el 18.25% dice que sí, y un 6.25 no contesta.
- En el cuidado de los pacientes extranjeros de origen **Latinoamericano**:
 - El 81.75% de los profesionales encuestados no habían observado

prácticas relacionadas con la medicina popular y sí lo hicieron el 18.75%.

- El 75% tampoco habían observado prácticas relacionadas con la religión mientras que el 25% restante afirmaron lo contrario.
- Sobre la intimidad el 68,75% afirmaron no observar prácticas diferenciadoras.
- Una misma proporción (68.75%) no había observado valores, creencias, normas o costumbres sociales específicas en sus pacientes o familias, aunque el 31.25% afirmaron haberlas observado.

- Los pacientes procedente de países **nórdicos** y **centro europeos** no ofrecen, a juicio de los encuestados, muestras de medicina popular ni signos religiosos evidentes. Salvo en la intimidad y costumbres sociales, no ofrecen diferencias culturales significativas. Los resultados de la encuesta fueron:

- El 100% de los profesionales encuestados dice no haber observado prácticas de medicina popular en este tipo de pacientes.
- La mayoría, 93.75%, tampoco ha percibido prácticas relacionadas con la religión.
- Respecto a la intimidad, el 75% afirma no observar diferencias frente al 25% que sí lo manifiesta.
- Los valores, creencias, normas o costumbres sociales específicos han sido observados en los pacientes nórdicos o centroeuropeos por la mitad de los encuestados (50%).

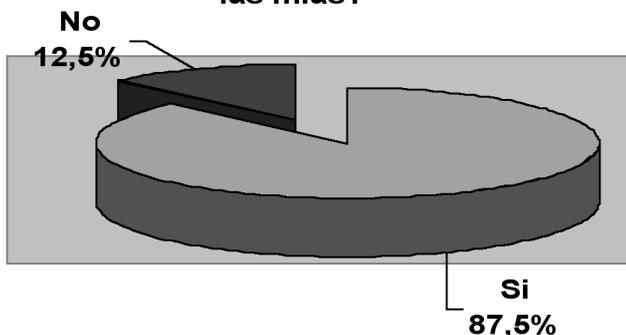
- El paciente de origen **Asiático** ofrece los siguientes resultados a juicio de los profesionales participantes en la encuesta:

- El 68.75% dice no haber observado prácticas de medicina popular en sus pacientes, frente a al 12.5% que sí afirma haberlas presenciado y el 18.75% que no contesta.
- Mayoritariamente, el 75% no han presenciado prácticas rituales relacionados con la religión frente a un escaso 6.25 que sí lo afirma.
- Un 68.75% no diferencia prácticas relacionadas con la intimidad en estos pacientes frente a un 12.5 que sí lo afirma y un 18.75% que no contesta.
- El 68.75% no ha observado valores, creencias, normas o costumbres específicas frente al 12.5% que sí y el 18.75% que no contesta.

- Preguntados los profesionales si conocen el significado de los términos yin-yang un 50% dice conocerlos frente a un 37.5 que los desconoce y un 12.5 que prefiere no contestar.
- La **autoevaluación** de los cuidados culturales arroja los siguientes resultados:
 - La mayoría (87.5%) están abiertos a la comprensión de las tradiciones de salud (GRÁFICO 19).

GRÁFICO 19

¿Estoy abierto/a a la comprensión de la forma en que las tradiciones de salud del paciente son diferentes a las mías?



- Una proporción aún mayor (93.75%) afirma prestar atención a la comunicación con los pacientes extranjeros.
- El 68.75% implica a la familia en el proceso de cuidar, frente a un 18.75% que no lo hace y un 12.5% que no contesta.
- Sólo el 31.25% está incorporando las creencias y prácticas tradicionales de salud en las terapias de enfermería, mientras que la mayoría (43.75) niega haberlo hecho y un 25% prefiere no contestar.
- Finalmente, 87.5% de encuestados consideran que los factores culturales son relevantes para la salud, enfermedad y a la hora de administrar los cuidados.

Análisis de Contenido Ítems abiertos:

La pregunta formulada a los encuestados fue:

“Por favor describa alguna situación concreta derivada de la procedencia cultural, étnica o religiosa de sus pacientes extranjeros y que tenga relación con la planificación y posterior ejecución del plan de cuidados.”

- *“En una ocasión un familiar de una paciente nos pidió permiso para orar en la habitación. Nosotras, comprendiendo la situación, le proporcionamos una mantita para poder llevar a cabo sus oraciones; también le pusimos una dieta libre de productos derivados del cerdo ya que era de origen musulmán”.*

(Se demuestra una sensibilidad y respeto a la diversidad religiosa en una institución donde la presencia de religiosos católicos es permanente).

- *“El Ramadán. Amuletos”*

(Como manifestaciones externas de una práctica religiosa).

- *“El problema principal con el que me he encontrado varias veces es la diferencia entre la sociedad española y la sociedad inglesa o alemana en cuanto al acompañamiento de familiares al paciente. Algunos enfermeros me decían que les pidiera a algunos familiares que aparecieran más por el hospital ya que los pacientes se encontraban solos. En mi opinión, los enfermos extranjeros (ingleses o alemanes) están acostumbrados a que sus familias estén lejos de ellos y en muchas ocasiones los enfermeros sentían que estaban solos porque ellos en esa situación se sentirían así”.*

(Este comentario es compartido por la totalidad de los profesionales sanitarios).

- *“En los musulmanes, importante sus costumbres alimenticias, las cuales desestructuran toda su evolución en cuanto a su recuperación; tolerancia de los alimentos en pacientes intervención quirúrgica, tránsito intestinal, horarios, etc. Religión y entorno. Mi experiencia hospitalaria puedo decir que los musulmanes son los más conflictivos. Mala aceptación de estos pacientes por los propios profesionales.”*

- *“Los pacientes británicos suelen estar solos en la habitación porque sus familias no acostumbran a cuidar a sus enfermos en el hospital. Se tendrá en cuenta para prestar más atención a estos pacientes”.*

- *“Solo recuerdo situaciones en las que ha interferido en el cuidado el horario y las restricciones dietéticas causadas por el cumplimiento del Ramadán en los pacientes musulmanes”*

(Otra manifestación sobre la exteriorización de una práctica religiosa).

- *“La higiene”*

(Muestra de diferencia cultural en la forma de entender la “norma” que supone un concepto universal pero diverso. Al igual que “*vestimenta, comida, trato social*”).

- *“Tatuaje con gena”*

(Signo de práctica que identifica una cultura).

4.2.3.2.- Resultados entrevistas abiertas

- Refieren varias fuentes que la ocupación de habitaciones por gitanos, árabes y chinos supone la certeza de un déficit de higiene con respecto a otros pacientes. “Hay mal olor cuando entramos en habitaciones ocupados por ellos.”
- Referido a la percepción de la higiene en pacientes extranjeros, se afirma *“El aseo diario, no lo ven necesario. Que lleven sus pañuelos o ropas en la cama....”*
- Se constata la queja a una enfermera de un varón gitano por haber eliminado el *“olor a hembra”* de su mujer con ocasión de la higiene protocolaria de la planta de hospitalización.
- *“Los gitanos siguen su costumbre de acompañar a los pacientes, y los Españoles se parecen más a ellos que a otros”.*
- Constan quejas de profesionales por la visita fuera de horas de grupos numerosos de gitanos.
- Se observa el rechazo generalizado de los pacientes musulmanes a todo tipo de carne y derivados por si proceden de animales que no han sido sacrificados *“mirando a La Meca”*.
- Conocida la tradición de que la maternidad es *“cosa de mujeres”* para los musulmanes, las matronas cuestionan la pertinencia de la presencia del padre durante el parto tal y como está protocolizado según modelo biomédico occidental.
- El idioma es una de las mayores barreras a la hora de aplicar los cuidados.
- *“Me resultan muy extraños sus formas de vida, que junto con los nuestros (por ser todavía esporádicos) resultan en su conjunto difíciles”.*
- El encamamiento prolongado está mal visto en púerperas asiáticas y africanas que consideran que es privilegio de ricos quedarse en cama. También se observa un déficit de higiene por la tradición de reposo absoluto. *“No quieren ducharse”.*
- Se constata por parte de una enfermera el caso de un paciente Testigo de Jehová que estaba a su cargo y que, por motivos religiosos, se opuso a una transfusión sanguínea a pesar de presentar hemorragia tras una gastrectomía que sufrió complicación en el post-operatorio.
- Solicitan las enfermeras información sobre comportamientos básicos en

culturas distintas a la de los profesionales. También información sobre la disponibilidad de servicios religiosos distintos al católico en las instituciones.

- Una encuestada matrona, participante en ésta investigación, se dirigió a este autor para consultar que hacer ante la cuestión planteada por una puérpera originaria de Hong Kong que solicitó –a través de su marido de origen español- que se le hiciera entrega de su “placenta” en un recipiente hermético con formol para guardarlo la familia ya que se considera, en su cultura, parte íntegra de la madre. Al parecer existe la práctica de conservarlo durante 12 meses para después utilizarlo en la elaboración de preparados de uso propio según la medicina tradicional China. También refirió que en su anterior parto se había accedido a su petición, por lo que no era la primera vez.

- Otro informante advirtió sobre la posibilidad de que se planteé en nuestros hospitales en el futuro próximas cuestiones que recoge la bibliografía médica británica como es el precepto de la religión judaica de dar sepultura a cualquier órgano del cuerpo que sea extraído (Fuente: Servicio de Anatomía Patológica del HGUA).

4.2.3.3.- Resultados Historias de Vida

Se realizó Historia de Vida a tres profesionales en activo del HGUA: una Enfermera de Cirugía General (Pilar Esther Moncho Doménech) una Matrona (Hermenegilda Mataix Mataix), y una Enfermera de Obstetricia (Pilar Oñate Díaz), las tres de edades similares (entorno a 50 años) y con una larga experiencia asistencial (27, 31 y 30 años de ejercicio respectivamente). Aceptaron de muy buen grado participar en la técnica y eran conscientes de que se les iba a interrogar acerca de aspectos de su vida profesional en relación con la temática de la Tesis. Los encuentros se desarrollaron en la forma de varias entrevistas semiestructuradas donde se iban abordando los hechos significativos que constituyen parte de su memoria personal y experiencia, entre otras cuestiones, sobre los cuidados a pacientes extranjeros.

P.E.M.D.

Es Enfermera de 48 años de edad, con 27 años de experiencia profesional en diversas áreas asistenciales aunque actualmente desempeña sus competencias en el área de Cirugía General del HGUA en la Unidad de Enfermería 9ªA. El pasado año 2004, la Unidad donde trabaja como Enfermera de mañanas fijas superó los 2010 ingresos, con una ocupación del 91,71% y una estancia media de 4,84 días. El Servicio de Cirugía ingresa sus pacientes principalmente en las unidades 9ª A y 9ª B, resultando que en los últimos 4 años han atendido ambas unidades cerca de 700 pacientes extranjeros (667) y sólo en el 2004 fueron 198. Por esto y otros motivos se escogió P.E.M.D. para ésta técnica biográfica.

Esther, nombre con la que se le conoce en su ámbito de trabajo, nació en 1956 en un pequeño pueblo del norte de la provincia de Alicante que limita con la provincia de Valencia y que es actualmente destino del nuevo fenómeno del turismo rural: Lorcha. Su familia (padres y una hermana) se traslada a la industrial Alcoy donde transcurre su infancia y es esta localidad la que evoca la mayoría de los recuerdos de su preadolescencia y juventud incluidos los de los años de Bachiller en el Instituto Padre Eduardo Victoria. Su localidad de nacimiento, Lorcha, es actualmente donde vuelven a residir sus progenitores que disfrutaban de una vida saludable donde no falta el concurso de un locuaz médico de cabecera que compagina la medicina moderna con la práctica de terapias alternativas (incluida la acupuntura), algo que aceptan de buen grado los padres de Esther y que hace que no les preocupe la lejanía de las grandes infraestructuras sanitarias tan anhelados por las personas mayores y donde trabaja su propia hija.

Como muchos otros jóvenes del norte de la provincia de Alicante, Esther decide formarse académicamente en la Escuela de la Cruz Roja de Alcoy, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, cursando los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Concluye su formación en 1979 y tan sólo un año después (1980) realiza el Curso de Convalidación de la UNED por la que homologa su título de ATS por la de Diplomado Universitario en Enfermería: Enfermera.

Contrae matrimonio en 1982 y fruto del mismo tiene dos hijos, Iván y Christian que tienen en la actualidad 18 y 15 años respectivamente. Desde 1979 y hasta 1982 venía trabajando como eventual en la “Residencia Sanitaria Virgen de los Lirios” (actual Hospital de Alcoy), haciendo diversos contratos en áreas como quirófono, cirugía, maternidad, traumatología y urología. Sus recuerdos más vivos corresponden a su labor en el área quirúrgica compartiendo el entusiasmado trabajo del Cirujano Dr. Baltasar, actual especialista en cirugía bariátrica (obesidad), precursor de la técnica importado tras formarse en EE.UU. y que constituía por igual un apasionado reto y carga añadida de stress por lo inédito del procedimiento y la sofisticación del material quirúrgico de la época. Ese periodo en quirófono se prolongó durante casi dos imborrables años.

En diciembre de 1982 obtiene la plaza en propiedad, mediante el sistema de concurso de méritos, concediéndosele puesto en la “Residencia Sanitaria General Álvarez de Castro” de Gerona (actual Hospital Dr. Josep Trueta). Curiosamente, tan sólo tres meses después de tomar posesión, una petición de plaza para el Hospital de Elda es tenida en cuenta y se le ofrece la posibilidad de trasladarse, ofrecimiento que declina quedándose en Girona donde tiene establecida su residencia tras haberse casado. También son positivos los recuerdos que guarda de ese Hospital, una época que duró hasta 1985 y que compartió con áreas de quirófono y cirugía.

Es en 1985 cuando regresa desde el punto de vista profesional a la provincia de Alicante al obtener plaza por traslado en el “Ambulatorio Nuestra Señora de la Salud” de la localidad de Elda. Aunque el cambio puede calificarse de drástico, su adaptación es rápida y gratificante comenzando una etapa extra hospitalaria donde compagina las consultas de Medicina General (con el Dr. Emérito Mestre que aún

evoca) y un fugaz destino en Radiodiagnóstico hasta que queda embarazada de su primogénito. No pudiendo continuar expuesta a radiaciones ionizantes, se le encomienda el montaje de la consulta de una nueva especialidad en el centro: la de endocrinología. Su paso por esta institución fue breve pero intenso, recolectando la amistad y simpatía de cuantos la conocieron y de los que guarda multitud de recuerdos de vivencias dentro y fuera del contexto laboral.

1987 es el año en el que obtiene el traslado al Hospital de Alicante, recalando nuevamente en unidades relacionadas con la Cirugía y más concretamente en la antigua 5 Derecha bajo la Supervisión primero de M^a Angeles, seguida de una breve etapa con Pilar Plana Serra y finalmente con el que aún al día de hoy sigue siendo el Supervisor de Cirugía por antonomasia José Luís López Montes. Esther sigue destinada con puesto consolidado en Cirugía en el momento actual, en su ubicación en la 9^a A y colaborando estrechamente con el Supervisor desde su puesto de Enfermera de mañanas fijas de la Unidad. La inquietud constante de Esther por explorar las diferentes competencias de la Enfermería Profesional la llevaron a una breve pero interesantísima incursión en la Gestión de manos de la Dirección de Enfermería, desempeñado durante unos meses el puesto de Enfermera de Admisión, un puesto estratégico de vital importancia desde donde se ordena, controla y gestiona todo lo relacionado con el movimiento de los pacientes ingresados. Tras unos meses, decidió reintegrarse en su unidad aunque muy satisfecha de haber podido tener la oportunidad de conocer esta faceta organizativa.

Esa confianza de la que fue merecedora Esther no es casual, si bien es cierto que su relación con el actual Equipo Directivo es profesional y fruto del respeto personal que sólo se genera habiendo trabajado codo con codo con ella, incluso los que sólo han tenido un contacto superficial con Esther destacan sus conocimientos, sus aptitudes y actitudes, gozando de un prestigio profesional ganado a pulso. No ha dejado de formarse nunca, habiendo culminado cursos como el de Especialista en Gestión de los Servicios de Enfermería, Segundo Ciclo de Enfermería, Salud Mental y un número diverso de cursos de perfeccionamiento profesional entre los que se incluye el Inglés. Ha impartido cursos de formación dentro del programa de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Ha concluido sus estudios de Licenciatura de Antropología Social y Cultural, estando en la actualidad cursando el segundo año del Doctorado en Antropología Biológica y de la Salud. Su línea de investigación para la Suficiencia Investigadora versa sobre “La percepción de la imagen corporal”.

Esther aceptó gustosamente participar en la técnica de “Historia de vida” para la presente Tesis, siendo consciente de que se le iba a preguntar acerca de cuestiones sobre su vida profesional en relación con la hipótesis de la investigación. Los encuentros se desarrollaron en la forma de varias entrevistas semiestructuradas que comenzaron con un relato autobiográfico (expuesto en forma de semblanza biográfica al inicio), para ir abordando los hechos significativos que son parte de su memoria personal dentro del contexto donde los ha vivido.

Ella es consciente de los últimos cambios demográficos *“La percepción es que es tan rápida y tanta gente, hay más estereotipos como: ¡me van a quitar el*

trabajo!. Siempre ha habido mezcla de culturas, pero es la rapidez, hay percepción de rechazo, por lo rápido, en muy poco tiempo. Mucha gente ..., culturalmente, es muy difícil que la gente absorba todo eso. Los medios también crean alarma. No son reales. Se crean conceptos equivocados. Venga alarma ..., la costa, ...por Almería...!.”.

(Esther muestra gran preocupación por alarma social que se está generando por algunos medios): *“Cuando la gente ve peligrar su trabajo salen focos de agresividad, y la prensa lo magnifica”.*

Demuestra ser una persona con deseo de estar informada, muy disciplinada en sus hábitos y que incluye el preceptivo desayuno familiar mientras ven los informativos de la mañana por TV, siendo muy crítica con los medios que desorbitan determinados aspectos sobre la inmigración que considera poco relevantes y que, en su opinión, desvían la atención de las masas para que no se percaten de otros problemas que sí son relevantes y les atañe más si cabe.

Desde su experiencia personal en el trabajo, nota que cada vez hay más pacientes extranjeros pero no detecta problemas específicos en el área quirúrgica, que considera demasiado corta su estancia como para que afloren aspectos culturales significativos. Estos pueden ser más objetivables en unidades donde la estancia es mayor. Su percepción es que la supuesta adaptación de los planes de cuidados en lo que a técnicas se refiere es irrelevante, siendo la forma de trabajar con el paciente extranjero casi idéntica al de los españoles. *“Si hay un respeto, se procura facilitar lo que él demanda. Como la comida, que es una cosa cultural”.* Esther afirma no practicar ningún tipo de discriminación positiva a favor del extranjero. Lo que sí intenta es comunicarse, tomándose la molestia a la hora de la comunicación de intentarlo, y si no lo consigue busca los medios que tiene el Hospital. Dice que no practica ningún trato de favor aunque reconoce que hay algunos profesionales que no se toman tantas molestias y que comentan –en privado– su opinión de que deberían ser los extranjeros los que se esforzaran en ayudar a la hora de la comunicación. Disculpa estas actitudes afirmando que no lo hacen con mala idea ni tampoco lo trasladan al paciente, siendo estas actitudes aisladas y poco beligerantes.

Preguntado acerca de su experiencia con algunos grupos de extranjeros, afirma no haber comprobado nada especial en la relación profesional con los de origen árabe, aunque si los percibe como más retraídos. Es una firme partidaria de que no se debe generalizar, y considera que cada paciente quiere que se le trate de una forma diferente.

Sobre si es consciente de sus propios prejuicios y prejuicios hacia otros grupos culturales, así como de la posible existencia de racismo en los servicios sanitarios manifiesta no tener prejuicios añadiendo, acerca de los que ve a su alrededor *“... a la hora de tratar al paciente no se le dice directamente (se refiere a otros profesionales) no se trata de prejuicios pero si son críticos con los extranjeros pero en círculos cerrados”.*

Esther tiene una sólida formación humanística que se sustenta en unos valores personales y una sensibilidad agudizada por sus estudios de Antropología que le predisponen para realizar una valoración cultural de sus pacientes. Aunque afirma *“no se hacer una valoración cultural, tendemos a generalizar. Es plenamente consciente de que ella no suele generalizar pero que los demás caen en el estereotipo, afirmando que oye con demasiada frecuencia cosas como “todos estos son así” Es como cuando dicen ¡todos los catalanes son tacaños!. Creen muchos que todos los moros son muy machistas, ... no se debe generalizar, aunque la gente cae en ello. No conocen las diferencias”*. En su opinión el motivo para esta situación de falta de habilidades para la valoración cultural se debe a que *“la gente cambia los conceptos al cabo de un tiempo, lo que pasa es que cuesta, el convivir con la gente al final te hace cambiar. Si hay prejuicios, estereotipos, ideas preconcebidas, ... a través de tu entorno, tu educación, los medios, te van cambiando”*.

Su experiencia laboral le supone haber entrado en contacto con diferentes grupos culturales, y preguntado acerca de sus diferencias y si es capaz de describirlas, sostiene nuevamente que *“la formación antropológica ayuda a describir e identificar las diferencias”*.

Sus encuentros con el paciente y su entorno familiar para Esther son muy importantes y no sólo cuando se trata de pacientes extranjeros: *“... a la hora de desarrollar cualquier técnica, tengo la costumbre de explicarle al paciente lo que voy a hacer, sea extranjero o no. Si le pongo flaxiparina le digo .. ahora le voy a dar un pinchacito en esta zona....., hasta la técnica más simple, como una extracción de sangre, siempre lo explico”*.

Con absoluta rotundidad, Esther manifiesta su deseo de adquirir competencia cultural ya que lo considera necesaria para cuidar bien a sus pacientes.

Agradeciendo su magnífica predisposición para participar en la técnica de Historia de Vida, se da por finalizada la serie de entrevistas que dieron lugar a la presente transcripción.

H.M.M.

Es Matrona de 50 años de edad, con 31 años de experiencia profesional en el área de Obstetricia. Su ámbito de actuación se centra en la 3ª planta D del HGUA y más concretamente en el área de Paritorios, Monitorización de gestantes, Fisiopatología Fetal, Quirófano de Partos, Urgencias Toco-ginecológicas y Planta de Hospitalización. El pasado año 2004 su Servicio superó la barrera de los 3.000 partos y atendió 16.000 urgencias Tocoginecológicas. Se declara católica y bastante religiosa.

Tras conocer el objeto de estudio de la investigación, aporta valiosa información que demuestra por ejemplo, como frente a la rigidez de los profesionales a la hora de aceptar las creencias de pacientes extranjeros, son los propios profesionales

quienes dan muestras de “herencia cultural” como en el caso del “bautismo in extremis” que toda matrona hace a un recién nacido muerto o en peligro de fallecer (independientemente del credo de la familia). Es una tradición que practican las matronas y el personal de Neonatología y lo hacen con agua o mediante ritual simbólico. El personal más veterano es el que lo practica con más frecuencia. Según relata H.M.M., *“Por conciencia lo hara con cualquier recién nacido y después lo comunicaría a los padres. A veces son los mismos padres los que preguntan si lo hemos bautizado o no”*. Este hecho, aparentemente de ámbito muy íntimo, resulta que queda “institucionalizado” en documentos oficiales como es el caso de la *Autorización de Estudio Postmortem* del HGUA que requiere consignar el nombre del niño fallecido *“si está bautizado”*.

Preguntado acerca de su visión de la evolución en la integración de los pacientes extranjeros afirma: *“Hay una integración de los residentes islámicos que ya llevan tiempo en España, hasta el punto que ellos mismos dicen que no todos somos iguales pues son conscientes de las diferencias que les separa de los que son recién llegados de su mismo país”*.

En cuanto a los aspectos culturales y religiosos de sus pacientes, reconoce que no suele, por lo general, preguntar a sus pacientes acerca de creencias, forma de recibir los cuidados y sólo algunas veces valora el tipo de alimentación que el paciente pueda preferir por motivos religiosos. No ha presenciado incidentes importantes y su conocimiento sobre costumbres y practicas de los pacientes musulmanes es diverso. Desconoce su día sagrado de la semana, las veces que reza al día, la mano impura y las abluciones. Conoce los alimentos permitidos, el Ramadán, y datos referidos a la “proxemia” (contacto físico, visual, etc.).

Se muestra abierta a la comprensión de las tradiciones de salud, presta mucha atención a la comunicación en pacientes extranjeros, implica a la familia en los cuidados, incorpora sus propias creencias y prácticas tradicionales de salud en el desempeño profesional (p.ej. bautismo “in extremis”) y procura una relación terapéutica con la paciente sensible y culturalmente apropiada.

Comparado con otras púérperas, le llama la atención *“Pacientes de otros países no aceptan de buen grado el estar mucho tiempo encamadas. Parece que en sus países de origen, está mal visto el encamamiento prolongado”*. De su experiencia personal en la atención a pacientes extranjeros, no destaca nada reseñable referido a la higiene y la alimentación obteniendo su colaboración generalmente.

Comentado con H.M.M. la creencia generalizada de que el varón islámico considera el parto “algo de mujeres” me hace una reflexión cuanto menos interesante: *“Si ello es así..., ¿por qué nos empeñamos en aplicar el protocolo oficial de que es el marido quien tiene derecho a entrar al paritorio, por delante de la madre de la parturienta, por ejemplo?. No he visto rechazo a la presencia ni del marido ni de la madre. ¿Lo estaremos haciendo bien?”*

P.O.D.

Es Enfermera de 50 años de edad, con 30 años de experiencia profesional en el área de Obstetricia. Su unidad, situada en la 3ª planta D del HGUA, dispone de 37 camas repartidas en habitaciones dobles e individuales, soporta una elevada presión asistencial (superior al 85% de Ocupación Media Anual con una Estancia Media de 4.24 días durante el año 2004), elevada rotación de pacientes siendo los diagnósticos principales el parto vaginal sin complicaciones, el parto mediante cesárea, gestantes a término y gestantes de alto riesgo. Se declara católica y bastante religiosa.

Cuando se trata de abordar los aspectos culturales y religiosos de los pacientes, aunque se muestra muy preocupada por una atención integral, y quizás por respeto a las creencias más íntimas, no suele utilizar técnicas de preservación, acomodación o remodelación de los cuidados. *“La valoración de la religión no se hace por respeto, porque a la paciente, a lo mejor, no le conviene identificarse”*. Es conocedora de la gran proporción de mujeres procedentes de países islámicos que atiende su unidad, sin embargo se confiesa desconocedora de muchos rituales y creencias que afectan a la cotidianidad de los musulmanes (día sagrado, frecuencia en las oraciones, abluciones, Ramadán, mano “impura”).

Su capacidad de observación le ha llevado a comprobar que no ha visto muestras de afecto en público entre marido y mujer musulmana, algo que en el ámbito de Obstetricia llama la atención. A las mujeres musulmanas les ha visto llegar con su Corán pequeño pero no las ha visto rezar en público, ignorando si lo hacen en la intimidad.

Preguntado acerca de su actitud hacia la aplicación de los cuidados culturales, se declara abierta a comprender las tradiciones de salud, a prestar atención a la comunicación, a implicar a la familia en el proceso de cuidados. Se muestra sensible a conocer a las otras culturas pero *“Sin plegarme a todas sus exigencias y cuando ya conozco a la paciente y su familia”*. Revela que los pacientes no suelen exigir un trato determinado a la hora de aplicar cuidados, ella misma se cuestiona si se trata de un problema de timidez.

Sobre los motivos de conflicto que ella haya podido presenciar durante su carrera profesional, coincide en lo difícil que es hacer entender a las etnias gitanas los problemas que se derivan de la masiva presencia de visitas a las púerperas y la no observancia de las horas permitidas. *“Más que choque cultural, con las gitanas, es educacional a la hora de acompañar a los pacientes”*. Sin embargo, reconoce una tremenda evolución de los gitanos en el sentido de modernización de sus costumbres. También refiere algún escándalo protagonizado por un musulmán acompañante que perdió la calma y comenzó a gritar porque el personal *“no se hacía entender con su mujer ingresada”*.

Preguntado sobre aspectos referidos a la intimidad e higiene, P.O.D. afirma con rotundidad que *“Hay un concepto diferente de la higiene corporal en gitanas, árabes y chinas con respecto a otras etnias. La limpieza de la habitación es peor”*.

cuando están ocupadas por estas pacientes”.

Desde su experiencia, afirma que *“Las madres puérperas de origen Chino prefieren la lactancia artificial frente a la maternal. Las árabes toleran menos el dolor. No se levantan de la cama precozmente por temor a sangrar. No hablar con ellas es una limitación”.* Referido al pudor, afirma que *“Mucho más que las españolas, son más pudorosas las chinas, árabes y gitanas en ese orden”.* Consciente de la importancia de la dieta, y al objeto de no incurrir en un fallo, afirma: *Las enfermeras suelen pedir dietas “no carne” pensando que lo tienen prohibido los musulmanes.*

P.O.D. indica que *“El personal asistencial debería recibir información sobre comportamientos básicos en culturas distintas a la nuestra. Así daremos una buena atención”.*

4.2.4.- Integración de los cuidados culturales en el Manual de Procedimientos de Enfermería.-

El *Objetivo Específico 5: “Incorporar al Manual de procedimientos de Enfermería la integración de los cuidados culturales”* implicó la revisión sistemática del Guía de Actuación de Enfermería: Manual de Procedimientos editada en 2003 por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Se procedió a análisis de contenido tanto cuantitativo (principal interés en el recuento de los términos pertinentes y la frecuencia de los mismos) como cualitativo (donde lo determinante era la presencia o ausencia de variables relacionadas con los cuidados culturales).

Esta Guía sustituye el Manual de Procedimientos de Enfermería de 1991, manual que en sus diferentes capítulos (procedimientos generales, cuidados básicos y cuidados terapéuticos) se caracterizaba por una rígida “estandarización” de los procedimientos a aplicar a todos los pacientes, sin referencia alguna a los modos de actuación de enfermería: preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales.

La nueva Guía, que se revisó, describe los procedimientos que deben aplicar y las formas en que la enfermera/o debe actuar en los campos que le son propios en relación con la atención especializada a los pacientes. Consta de 16 Capítulos relativos a las necesidades básicas de los enfermos, a la actuación en las situaciones clínicas más frecuentes y en el manejo de las técnicas de mayor uso. Se ha de señalar que la publicación de la Guía de Actuación y Manual de Procedimientos coincide en el tiempo con la constitución en el HGUA de una Comisión Clínica denominada *Comisión de Planes de Cuidados*, artífice e impulsora del diseño de Planes de Cuidados e interlocutora válida para una de las metas de la presente Tesis, como es la de incorporar la integración de los cuidados culturales en la citada Guía. A tal fin, se han revisado cada uno de los siguientes Capítulos:

Capítulo I: Procedimientos Generales

Capítulo II: Procedimientos relacionados con la respiración del paciente

Capítulo III: Procedimientos relacionados con la alimentación del paciente
Capítulo IV: Procedimientos relacionados con la eliminación del paciente
Capítulo V: Procedimientos relacionados con el aseo e higiene del paciente
Capítulo VI: Procedimientos relacionados con la movilización del paciente
Capítulo VII: Procedimientos relacionados con la seguridad del paciente
Capítulo VIII: Procedimientos relacionados con el descanso del paciente
Capítulo IX: Procedimientos sobre el control de fármacos
Capítulo X: Procedimientos sobre el control de heridas
Capítulo XI: Hemodinámica
Capítulo XII: Guías de actuación de enfermería en determinadas situaciones clínicas
Capítulo XIII: Procedimientos de recogida de muestras del paciente
Capítulo XIV: Inserción y cuidados de los catéteres intravasculares
Capítulo XV: Guías de valoración
Capítulo XVI: Otros procedimientos
Anexos

4.2.4.1.- Resultado del análisis de contenido de los capítulos del Manual

Capítulo I: Procedimientos Generales

1.1. Cuidados de Enfermería al ingreso del paciente en una unidad de hospitalización

Si bien tanto en los objetivos como en el procedimiento y en las observaciones sí se tienen en cuenta aspectos psicológicos y sociales (*“lograr la integración del paciente y familia en la unidad de enfermería para recuperar su bienestar físico, psíquico y social, con un trato personalizado y humano, “proporcionar un clima de aceptación y acogida”*) no hay alusión a modos de actuación de enfermería en lo concerniente a la competencia cultural.

1.2. Traslado del paciente a otra unidad de hospitalización

Se garantiza la continuidad de los cuidados de enfermería durante el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el paciente, sin valorar la necesidad de informar a la unidad receptora de aspectos culturales.

1.3. Traslado del paciente a otro centro hospitalario

Se garantiza la continuidad de los cuidados de enfermería durante el traslado, en un ambiente de bienestar y seguridad para el paciente, sin valorar la necesidad de informar al centro receptor de aspectos culturales.

1.4. Alta del paciente

Tiene como objetivo el asegurarse, entre otros, que el paciente y familia poseen los conocimientos y habilidades para el autocuidado, contemplando aspectos referidos a las necesidades del paciente, limitaciones físicas y psíquicas, del entorno y de tipo

social. No hay referencia a la identificación de problemas al alta derivadas de aspectos culturales que afecten los cuidados.

1.5. Cuidados Post Mortem (Exitus)

El procedimiento está muy bien estructurado para garantizar la dignidad del fallecido y el respeto a su familia. Sí constata la obligatoriedad de consultar a la familia sus prácticas religiosas habituales y actuar en consecuencia.

1.6. Interpretación de datos de Laboratorio

Sin relevancia.

1.7. Informe de turnos: relevo de enfermería

Es el intercambio de información escrita y oral esencial de cuidados de pacientes con otro personal de cuidados al cambiar el turno. Pretende garantizar la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería, pero el procedimiento no recoge datos culturales.

Capítulo II: Procedimientos relacionados con la respiración del paciente

Los procedimientos descritos no tienen, “a priori” implicaciones en la esfera cultural del paciente.

Capítulo III: Procedimientos relacionados con la alimentación del paciente

3.1. Alimentación oral

Destaca entre sus objetivos: *“Administrar la dieta adecuada al paciente según sus necesidades, situación de salud, aspectos culturales y creencias religiosas”*. La satisfacción de ésta necesidad básica, de acuerdo con las preferencias del paciente y con el único límite de la dieta prescrita, está garantizada en la Guía.

Carece, sin embargo, de recomendaciones a seguir en el caso de pacientes que observan el Ramadán y en el caso específico de alimentación enteral por sonda o parenteral total en estos mismos pacientes.

Se sugiere incorporar en el procedimiento que: la determinación del tipo de dieta y los cuidados que requiere el paciente resultará de la valoración de factores como prescripción del facultativo (cuando exista), la situación nutricional del paciente, estado de deglución, limitaciones físicas como preferencias alimentarias del paciente, factores culturales y espirituales relacionados con la alimentación que influyen en las conductas alimentarias del paciente.

Capítulo IV: Procedimientos relacionados con la eliminación del paciente

Tanto en los objetivos, como en el procedimiento para control de diuresis, manejo de dispositivos (botellas, cuñas y colectores), incontinencia urinaria e intestinal, sondajes vesical y rectal, administración de enemas y cuidados de ostomías se contempla la preservación de la intimidad del paciente y la información a este y su familia. No se facilita pautas de actuación en el caso de choque o conflicto cultural que pudiera derivar del acceso de personal masculino a pacientes del género femenino en el transcurso de estos procedimientos.

Capítulo V: Procedimientos relacionados con el aseo e higiene del paciente

La preservación de la intimidad así como la exploración de los factores culturales que puedan estar influenciando en la higiene del paciente, tanto autónomo como dependiente, están expresamente recogidas en el procedimiento de la Guía. Se advierte sobre la necesidad del baño y como ha de llevarse a cabo teniendo en cuenta las creencias y valores culturales sobre la higiene detectados con anterioridad.

Capítulo VI: Procedimientos relacionados con la movilización del paciente

Las normas generales en la movilización del paciente recogen en el procedimiento la importancia de preservar la intimidad y de informar al paciente, pero se echa en falta recomendaciones o consejos en caso de tener que manipular pacientes cuyas creencias (por ejemplo mujeres u hombres musulmanes) para quienes el contacto físico directo o innecesario constituye una ofensa.

Capítulo VII: Procedimientos relacionados con la seguridad del paciente

7.1. Actuación de enfermería en la prevención de caídas

El procedimiento contempla la preservación de la intimidad, la información del paciente y la petición de colaboración de la familia, sin detallar aspectos que pudieran resultar conflictivos como, por ejemplo, la inmovilización mediante sujeciones o correas.

7.2. Prevención de infecciones

En este apartado resulta necesario la implicación y colaboración tanto del paciente como de la familia en las medidas de prevención de la infección. Se cita un aspecto cultural muy conocido como es el de la limitación de las visitas, y una batería de recomendaciones difíciles de trasladar por parte del profesional cuando existan barreras idiomáticas además de las culturales (lavados de mano, manejo de pertenencias, uso de mascarillas, gorro, calzas, etc.)

7.3. Actuación de enfermería en la prevención de las úlceras por presión

Se habla, de forma general, de la educación del paciente y su familia en las medidas preventivas como factor para disminuir o eliminar los factores de riesgo que favorecen la aparición de las úlceras por presión (UPP).

Capítulo VIII: Procedimientos relacionados con el descanso del paciente

No hay alusión alguna a factores de creencias, costumbres, hábitos o rituales que puedan interferir en el patrón de descanso del paciente.

Capítulo IX: Procedimientos sobre el control de fármacos

En las normas generales en el manejo de la medicación, la Guía recoge de forma explícita la recomendación de *“Conocer si el paciente está utilizando remedios caseiros basados en su cultura y los posibles efectos que pueda tener su uso sobre la medicación”*. No se advierte al profesional sobre la posibilidad de que un paciente musulmán interprete la administración de un fármaco oral como algo que pueda romper el ayuno durante el Ramadán. Cabría recordar que están exentos de cumplir este precepto los enfermos, menores y mujeres embarazadas o que den lactancia materna.

No hay ninguna observación acerca de la administración de fármacos por vía parenteral, rectal o vaginal. En el apartado 9.4 sobre administración de productos sanguíneos, no hay ninguna alusión a la posibilidad de conflicto en pacientes Testigos de Jehová, que rechazan la administración de sangre y hemoderivados.

Capítulo X: Procedimientos sobre el control de heridas

Este capítulo instruye al profesional acerca de la vigilancia de la piel, normas generales en el cuidado de las heridas, drenajes quirúrgicos y suturas sin que se hagan observaciones acerca de la necesidad de tener en cuenta aspectos culturales a la hora de mantener la integridad de la piel y membranas mucosas así como curar las lesiones con el material específico para ello.

Capítulo XI: Hemodinámica

La valoración de la temperatura corporal superficial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial no recoge aspectos de la esfera cultural del paciente y su familia, sin que ello constituya crítica alguna.

Capítulo XII: Guías de actuación de enfermería en determinadas situaciones clínicas

- 12.1. Cuidados de enfermería al paciente con hipotermia
- 12.2. Cuidados de enfermería al paciente con fiebre
- 12.3. Cuidados de enfermería ante un paciente con convulsiones
- 12.4. Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor

En el conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente que presenta dolor, se expresa en el procedimiento la obligación de valorar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor. Añade la recomendación de corregir *“los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, sobre todo los opiáceos”*.

- 12.5. Cuidados de enfermería en la hipoglucemia.
- 12.6. Cuidados de enfermería en la hiperglucemia.
- 12.7. Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor torácico inespecífico.
- 12.8. Cuidados de enfermería ante un paciente con hemorragia aguda.
- 12.9. Actuación de enfermería ante un paciente con parada cardiorrespiratoria.
- 12.10 Cuidados de enfermería ante un paciente en estado de shock.
- 12.11. Cuidados de enfermería ante un paciente que presenta una reacción anafiláctica aguda.

Capítulo XIII: Procedimientos de recogida de muestras del paciente

Se abordan los procedimientos para la obtención de muestras sanguíneas, de orina, de heces, esputo y exudado de heridas. En ninguna de ellos se alude a factores culturales que puedan influir en el procedimiento. En la práctica, solo se han referenciado casos de reticencias en pacientes chinos a la hora de proceder a la extracción sanguínea.

Capítulo XIV: Inserción y cuidados de los catéteres intravasculares

Se describe la técnica de inserción y retirada de los catéteres periféricos, control de vías centrales y el control y punción de reservorios subcutáneos. En ninguno de ellos se recogen aspectos culturales que influyan en el procedimiento.

Capítulo XV: Guías de valoración

- 15.1 Valoración del nivel de conciencia del paciente a través de la escala de Glasgow.
- 15.2. Valoración del dolor.
- 15.3. Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden

15.4. Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Norton

En ninguna de las Guías de valoración de arriba aparecen alusiones a aspectos culturales, religiosos, hábitos, costumbres, etc.

Capítulo XVI: Otros procedimientos

16.1. Valoración de la presión venosa central (PVC)

16.2. Realización de un electrocardiograma (ECG)

16.3. Colaboración en la punción lumbar

16.4. Colaboración en la paracentesis

Salvo en lo referido a tranquilizar al paciente y preservar su intimidad, no hay otros aspectos relacionados con la cultura u origen étnico del paciente a la hora de efectuar los procedimientos.

Anexos

Contienen:

- Estructura de los procedimientos del Manual, un esquema general constante en todos ellos.
- Listado de abreviaturas.
- Bibliografía empleada, un total de 31 referencias bibliográficas ninguna de las cuales provenientes de la esfera de la enfermería transcultural ni de la competencia cultural.

5.- DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación se sitúan en el contexto del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), en el que el 7,75% de los pacientes ingresados en el 2004 fueron de origen extranjero. Partiendo del problema que justifica el estudio, sus objetivos e hipótesis, permite establecer comparaciones entre los resultados obtenidos y los de otros trabajos de investigación —relacionados o no con el marco teórico de referencia: “*Enfermería Transcultural*”— para analizar el posible impacto de la creciente presencia de extranjeros en nuestros centros sanitarios. La visión de los profesionales queda reflejada en el estudio, constituyendo una limitación el que, al igual que en la mayoría de los estudios revisados (ROODA, 1993; CORTIS, 2000; NARAYANASAMY, 2003; CONTE, 2004; COFFMAN, 2004), cabría profundizar más en las aportaciones de los propios pacientes extranjeros, pudiendo así obtener una perspectiva más holística de la fenomenología descrita. Se ha pretendido reflejar los límites conocidos del estudio, dificultades encontradas y los roles de cada uno de los participantes. Los hechos observados y los resultados obtenidos permiten relacionar ambos conceptos para así conducir a una aplicación práctica en el quehacer diario de un hospital.

5.1.- COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS

Puede afirmarse que la comparación que pueda establecerse entre los resultados del presente estudio y otros es limitada debido a que, actualmente, no son numerosas las investigaciones publicadas en nuestro país sobre universalidad y diversidad de los cuidados culturales en hospitales. La mayor parte analizan cuestiones específicas, como pensamiento mágico y religiosidad a través de manifestaciones simbólicas y rituales en un Hospital General (PASCUAL et al., 2001), siendo los estudios realizados sobre los cuidados del inmigrante-residente en un hospital privado (CASABONA, 2002) y la evaluación de los cuidados a extranjeros centroeuropeos hospitalizados (LILLO et al., 2003) —en el mismo centro— respectivamente, los que más datos aportan para establecer comparaciones. Este último trabajo se contempla desde una perspectiva Transcultural pero circunscrito a un colectivo de extranjeros muy concreto que no es representativo del conflicto cultural que rodea a la inmigración. La falta de identificación de diagnósticos enfermeros en pacientes extranjeros ingresados en Instituciones Españolas también es una realidad, habiendo interesantes iniciativas en otros niveles asistenciales como la de profesionales de Atención Primaria y Comunitaria destacando —por contemplar también la perspectiva Transcultural de Leininger— un trabajo sobre inmigrantes en Almería (BARAZA et al., 2005).

En cuanto a estudios internacionales, existen muchas investigaciones en el contexto norteamericano, cuna de la Enfermería Transcultural y se puede llegar a afirmar que la eclosión de la diversidad cultural actual en España en general, y en la Comunidad Valenciana en particular, se traducirá en una importante producción futura de investigaciones en este línea, tal y como sucedió en su día en EE.UU. Los datos demográficos obtenidos en el HGUA referidos al crecimiento de la inmigración, el porcentaje de extranjeros ingresados, país de procedencia y servicios de ingreso tienen similitudes con los hallados en contextos cercanos como en el Sur de la Provincia de Alicante donde los partos de inmigrantes suponen el 25% de los registrados en el Hospital de la Vega Baja (DE MIGUEL, 2003) y a nivel nacional con las nacionalidades de las mujeres con mayor número de partos: marroquíes, ecuatorianas, colombianas, rumanas y chinas (INE, 2004). En el HGUA el orden, de mayor a menor, queda así: colombianas, ecuatorianas, marroquíes, francesas, argelinas, rumanas y chinas.

5.2.- VALIDEZ DEL MODELO TEÓRICO DE LEININGER

Acerca del modelo teórico de Leininger, a pesar de contar con varias décadas de existencia -debido a que en EE.UU. el fenómeno de la diversidad cultural a escala importante antecede a los países europeos- sigue siendo un modelo útil en estudios de este tipo. La teoría de Leininger hace una síntesis entre la enfermería y la antropología, considerándolas mutuamente complementarias para el cuidado. Es válido su modelo en sociedades como la Española, cada vez más multicultural, donde el conocimiento de la diversidad y de la universalidad de los cuidados de Enfermería es fundamental para crear una base sustancial de conocimiento, convirtiendo a la profesión de Enfermería en una disciplina con vocación Transcultural y como mediadora entre culturas que entran en contacto con ocasión de necesitar sus cuidados. Los supuestos teóricos, las afirmaciones teóricas y predicciones de Leininger, fruto de su experiencia como enfermera y antropóloga, son de una vigencia e idoneidad totalmente válidas para los tiempos actuales. Predijo que (entre muchas otras cosas) para que la enfermera tenga importancia y significado frente a los pacientes y otros profesionales de la salud en todo el mundo, era imperativo disponer de conocimientos y competencias en Enfermería Transcultural, capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces (LEININGER, 1999). Además, Leininger defiende la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etnoenfermería, para estudiar los cuidados, tal y como se ha hecho en la presente investigación.

Frente a otros Marcos Teóricos, la teoría de Leininger tiene una perspectiva holística conformando la teoría integral de Enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva global de la vida humana así como su existencia a lo largo del tiempo. Incluye factores sociales, culturales, visión del mundo, la historia, los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares de cuidados (genéricos) y profesionales (LEININGER, 1978, 1991, 1995, 1999).

5.3.- IMPORTANCIA DE LA ETNICIDAD Y LA RELIGIÓN EN LOS CUIDADOS

Desde la perspectiva Transcultural, y analizados los resultados en relación con la bibliografía específica, se confirma que sí pretendemos proporcionar cuidados culturalmente competentes, debemos los profesionales de enfermería familiarizarnos con los grupos étnicos y religiosos existentes. La religión se revela como factor crucial en la identidad cultural y sus repercusiones sobre los cuidados, algo que esta Tesis confirma y ratifica lo publicado por una serie de autores. Algunos de estos concluyen que la religión a la que se pertenezca puede normatizar aspectos de la salud y la enfermedad (VASQUEZ, 2001), otros sostienen que la religión es una característica primaria de diversidad (PURNELL, 1999), los hay que consideran la religión como clave para lo que denominan *consistencia hereditaria* (ESTES y ZITZOW, 1980) y, finalmente, quienes afirman que la religión es indicativa de pertenencia a una etnicidad determinada, con toda su carga de herencia cultural (SPECTOR y MUÑOZ, 2003). Incluso, como se pone de evidencia en el estudio, la religión de pacientes “no extranjeros” puede llegar a suponer un choque cultural incluso entre ciudadanos de una misma nacionalidad (p.ej. Testigos de Jehová). Aunque es cierto que España tiene una tradición unireligiosa (los hospitales tienen un acuerdo mediante el Concordato para disponer de espacios religiosos y los profesionales están –supuestamente- imbuidos de esa tradición judeo-cristiano) sería conveniente el conocimiento de otras religiones para adaptar las intervenciones.

También son escasos los estudios publicados sobre investigaciones en el contexto español que aborden aspectos étnicos y religiosos de los pacientes desde la enfermería y la antropología. Sin embargo, sí se ha podido contrastar el estudio etnográfico de los pacientes musulmanes en el HGUA con uno realizado en Almería (LORENZO et al., 2003). En un contexto similar al de Alicante (inmigración y multiculturalidad) se abordó un aspecto muy específico como es el duelo a través de dos religiones –musulmana y cristiana– y precisamente desde el prisma de Leininger. La importancia que se otorga a los rituales que rodean al duelo en estos dos grupos es sólo una pequeña muestra de la herencia cultural que acompaña a nuestros pacientes, tanto en la salud como en la enfermedad. En el HGUA, los profesionales evidenciaron un claro desconocimiento de los rituales y el duelo musulmán aunque conocen la mayoría aspectos como el precepto de evitar cerdo y sus derivados en la alimentación así como el Ramadán.

5.4.- IMPACTO DE LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS EN LOS CUIDADOS

Los datos demográficos que se aportan en el estudio vienen a confirmar que la composición étnica de la provincia de Alicante está cambiando rápidamente y se hará todavía más diversa en los próximos años. Cómo se ha llegado a afirmar, “religión y fe, salud y enfermedad, vida y muerte están interrelacionados para la mayoría de las personas” (Mc KENNIS, 1999). Por ello, realizar una adecuada valoración y ejecutar unos cuidados competentes implica que el profesional incorpore las creencias religiosas del paciente y sus valores culturales a la hora de diseñar el plan de cuidados.

Frente a la realidad de la presencia cada día mayor de extranjeros, en el estudio realizado en el HGUA se ha puesto de evidencia un déficit en la valoración de enfermería al ingreso específica del paciente de origen diferente al español ya que, por causas de desconocimiento en unos casos (o falta de sensibilidad cultural) y celo en el respeto a la intimidad del paciente en otros, no se tienen en cuenta todos los aspectos que de la cultura y la religión derivan y que influyen en la planificación de los cuidados. Se confirman los mismos hallazgos que la de aquellos que descubren en sus investigaciones una falta de congruencia entre las expectativas de los pacientes y la experiencia a la hora de recibir cuidados de enfermería (CORTIS, 2000). Ambos coincidimos en los déficit identificados: conocimiento cultural y habilidades de valoración en las enfermeras/os. Como una propuesta de intervención (además de la existencia de traductores y mediadores interculturales en los centros), cabría señalar como base de conocimiento cultural mínimo el contenido en el estudio etnoenfermero realizado en el HGUA sobre las 4 poblaciones diana: árabes del norte de África y Oriente Medio, hispanos, norte y centro europeos y asiáticos.

Asimismo, a partir de los resultados de la búsqueda bibliográfica, se puede afirmar que escasean en la literatura de enfermería mundial trabajos que aborden específicamente la universalidad o diversidad en los cuidados referidos a aspectos tan importantes a la hora de su planificación –y que tanto interesa a la Enfermería– como son, entre otras variables analizadas, la higiene/intimidad y la alimentación/dieta de los pacientes de origen cultural diferente al proveedor de los cuidados. Este déficit de producción científica puede ser la consecuencia de una visión etnocéntrica de la Enfermería, que algunos autores califican de *ceguera cultural*, a lo que contribuye el modelo biomédico imperante en nuestro contexto. Ciertamente existen unas relaciones asimétricas entre el paciente y su cuidador, dejando la Institución en manos de éste autonomía para la competencia cultural. De esta manera, también la presente investigación es coincidente con Leininger al señalar que existe aún hoy un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influye negativamente en la calidad que prestan los profesionales (y no sólo de Enfermería) a sus pacientes de otras culturas.

Como datos positivos, destacar por una parte un indicador de sensibilidad cultural del HGUA como es la adopción por parte de la División de Enfermería de un Modelo de Cuidados y una Filosofía inspirados en la Enfermería Transcultural, y por otra la detección del deseo de adquirir competencia cultural según se desprende de los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas.

5.5.- NECESIDAD DE CONOCIMIENTOS ETNOGRÁFICOS SOBRE PACIENTES EXTRANJEROS

De las seis variables analizadas etnográficamente en las 4 poblaciones diana (religión, prácticas de salud, costumbres sociales, salud maternal e infantil, intimidad y dieta) y como ya se ha dicho, el estudio dio especial importancia a los aspectos relacionados con la religión, dieta e intimidad, porque se pretendió conocer qué capacidad de afrontar situaciones culturalmente comprometidas -como son el mero hecho de cuidar la salud de las personas con hábitos alimenticios y costumbres religiosas y

culturales distintas– tiene este personal en una institución hospitalaria como el HGUA. Conocer las costumbres y hábitos de los integrantes de las diferentes culturas que reciben cuidados de enfermería en un hospital, centro de salud o en su domicilio, no sólo mejorará la calidad percibida por el paciente sino que incrementará la competencia y el liderazgo de los profesionales de enfermería que así sobrepasan la competencia técnica integrando la competencia cultural.

La diversidad cultural es amplia en el HGUA (91 nacionalidades distintas en el período estudiado) y no será fácil familiarizarse con todas las culturas existentes. Pero la universalidad en muchos cuidados y distintas estrategias descritas para comprender, sacar a relucir y finalmente negociar las creencias multiculturales acerca de la salud de los pacientes, coincidiendo con otros estudios (JACKSON, 1993), pueden ayudar decisivamente a los profesionales. Las personas de los distintos grupos culturales explican y tratan la enfermedad, a veces, de manera diferente a las creencias y prácticas del modelo biomédico en el que se basa el Sistema de Salud hegemónico en Occidente, pudiendo entrar en conflicto con éste. Conocer las creencias de salud de nuestros pacientes y negociar con ellos los Planes de Cuidados puede ayudar a evitar problemas derivados de la discrepancia en las creencias.

Es difícil cambiar prácticas culturales, pues están profundamente insertadas en las personas y las tradiciones, y a menudo pesan más que las palabras de un profesional de la salud del modelo alopático occidental. Sin embargo, con absoluta claridad y respeto, los profesionales del HGUA explican su oposición a prácticas nocivas para la salud. En ocasiones, es el propio paciente o su familia el que ofrece alternativas, como en caso de rechazo a la transfusión sanguínea aceptando sustitutos del plasma por motivos de creencias religiosas.

5.6.- MITOS Y ESTEREOTIPOS SOBRE INMIGRACIÓN Y EL USO HOSPITALARIO

Llama la atención la percepción que existe, entre la población en general e incluso entre el personal sanitario, de suponer que los extranjeros inmigrantes no sólo hacen uso excesivo de los recursos sanitarios sino que además pueden traer masivamente problemas de salud asociados a su país y cultura de procedencia. Sin embargo, los resultados de este estudio demuestran que la mayor parte de las entidades diagnósticas encontradas están más relacionadas con su cambio de medio social y cultural, condiciones de habitabilidad y trabajo actual cuando no por situaciones que en absoluto pueden ser consideradas patológicas (como es el embarazo y puerperio). Estos resultados ratifican hallazgos en contextos cercanos (SALAZAR et al, 2003). Las patologías de los inmigrantes son de bajo impacto económico frente a los costosísimos tratamientos farmacológicos, diagnósticos y terapéuticos propios del residente con problemas crónicos y asociados a la edad avanzada. Ciertamente, el previsible agrupamiento familiar de los inmigrantes en los próximos años extenderá a sus allegados añosos la necesidad de atender sus patologías.

La dificultad idiomática sí que es reconocida por los profesionales como causa de problemas de comunicación, lo que influye en una deficiente claridad de la

información. En este sentido, y en el anteriormente comentado, se coincide con estudios realizados por otros autores (ROJO y GÓMEZ, 2004) (BARAZA et al., 2005).

5.7.- LIMITACIONES Y DIFICULTADES EN ESTE TIPO DE ESTUDIOS

Como limitaciones conocidas del estudio y dificultades encontradas se pueden citar algunas como los siguientes:

- Del programa de Gestión de Pacientes IRIS® utilizado por los Sistemas de Información del HGUA, destacar que:
 - El citado programa IRIS® no tiene un campo específico para la “nacionalidad”, sino que recoge “nacido en”, por lo que la Base de Datos categoriza como *extranjero* por el lugar de nacimiento y todo aquel que no haya nacido en España se incluye en el apartado de extranjero aunque en la práctica puede ser de nacionalidad Española.
 - En determinadas aplicaciones del IRIS® el país de nacimiento no aparece y es sustituido por la palabra extranjero, y ello a pesar de que al ingreso el personal administrativo de Admisión consigna el país donde ha nacido.
 - Se recomienda incluir un campo para lugar de nacimiento y otro para nacionalidad.
 - Se echa en falta un campo específico para la inclusión de los datos de la tarjeta sanitaria europea lanzada en junio 2004 (antiguo documento denominado E-111 para reconocimiento de la asistencia sanitaria en el ámbito de la Unión Europea) lo que facilitaría la “trazabilidad” de los datos del paciente cuando procede de un país de la U.E.
 - Si bien la Base de Datos identifica a los no nacidos en España, la Hoja Administrativa Clínica de Hospitalización que acompaña la Historia Clínica del paciente al ingreso sólo tiene un apartada “nacido en” y que el campo se rellena con *extranjero* por lo que al personal sanitario no se le facilita el lugar de origen de su paciente al ingreso en la documentación oficial.
 - Debería revisarse y anular descriptores de países como: *América del Norte* (está EE.UU.), *África*, *Sudamérica*, *América Central* y *Árabe*.
- El acceso al campo se hizo no como observador participante sino como participante observador, constituyendo una limitación el hecho de que cuanto más cercano se está a algo, más difícil es desarrollar la perspectiva crítica.
- Los informantes, algunos, asumían que las personas pueden ser categorizadas y no individualizadas debido a dimensiones como la raza, país de procedencia, cultura y/o etnicidad.
- Los datos obtenidos a partir de los cuestionarios distribuidos y recogidos, pueden tener un sesgo tanto en el tamaño como en la selección de los pro-

fesionales destinatarios habida cuenta de la amplitud del campo de estudio que es el HGUA.

- La rapidez con la que se producen los cambios en los datos cuantitativos (principalmente los demográficos) es una limitación a tener presente en este tipo de estudios.

5.8.-APORTACIÓN PERSONAL

En lo que respecta a la metodología empleada en el estudio, puede considerarse adecuada para la consecución del Objetivo General y Específicos propuestos. La integración de métodos cuantitativos y cualitativos resulta más apropiada para investigaciones sobre la antropología de los cuidados frente a los estudios básicamente cuantitativos, ya que la realidad se construye no sólo por lo hechos observables y externos, sino también por significados, símbolos e interpretaciones elaboradas por el propio sujeto a través de su interacción con su entorno y que el investigador intenta detectar y comprender. Es de este modo como se han evidenciado multitud de propuestas para líneas futuras de investigación que puedan ser contrastados con estudios ya existentes o con los que vean la luz tanto a nivel internacional, nacional o del contexto local.

Finalmente, como aportación personal a la Discusión, debo señalar que en los modernos centros hospitalarios Españoles, como el Hospital General Universitario de Alicante, el nivel tecnológico es excelente, la cualificación de los profesionales es alta o muy alta (desde luego nunca menor a la existente en los países de donde proceden mayoritariamente los extranjeros que ingresan) con lo que las expectativas de los pacientes en estos aspectos ha llegado –y así lo confirman las encuestas de satisfacción basadas en la percepción- a un extremo que los esfuerzos de mejora de las autoridades sanitarias no siempre son notados por los ingresados. Sin embargo, coincidiendo con Leininger, existe un potencial de mejora en una práctica asistencial que tenga en cuenta los conocimientos culturales y humanísticos, convirtiéndose en un valor añadido apreciado por la comunidad y en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermera. Un ejercicio profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales, diseñado específicamente para orientar los cuidados a los individuos, las familias, los grupos y las Instituciones será muy bien acogido por los pacientes. Los profesionales de este Hospital, al menos, están dispuestos a prepararse para esta nueva forma de entender el cuidar a aquellos que son de culturas diferentes a las suyas.

6.- CONCLUSIONES

6.1.- PRIMERA. CONFIRMACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La Hipótesis del estudio se confirma, pues existe en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) una diversidad cultural que es significativa y creciente. Se han detectado cuidados humanos diversos (diferentes) y universales (similares) de los que pueden derivarse nuevos conocimientos para guiar la práctica de los cuidados. Se han encontrado componentes de la estructura social o factores de los pacientes que influyen en las personas al ver e interpretar “su” mundo. Se justifica así la necesidad de que los profesionales de Enfermería desarrollen una competencia cultural y que establezcan planes de cuidados adaptados a las diferentes necesidades de cuidados culturales de los numerosos pacientes extranjeros que ingresan en este centro sanitario.

También las Hipótesis derivadas se confirman ya que:

- 1.- En el HGUA la tasa de ingresos de pacientes extranjeros es cada vez mayor, llegando al **7,75%** en el 2004.
- 2.- Existe en el HGUA una variabilidad cultural creciente entre sus pacientes extranjeros ingresados ya que se identificaron un total de 9.792 ingresos hospitalarios procedentes de **91** países diferentes entre los años 2001 y 2004.
- 3.- El personal de Enfermería del HGUA tiene una variabilidad en los conocimientos sobre la diversidad cultural de los pacientes cuyo cuidado tiene encomendado, según se desprende de las técnicas empleadas en el estudio y por las que se detecta un deseo de adquirir competencia cultural.
- 4.- A través de 6 variables identificadoras (religión, prácticas de salud, costumbres sociales, salud maternal e infantil, intimidad y dieta) y mediante estudio etnográfico, se han evidenciado manifestaciones de multiculturalidad entre los pacientes ingresados en distintas unidades de hospitalización.
- 5.- No se valoran al ingreso (salvo aspectos de la alimentación) las diferencias que derivan de la diversidad cultural de los pacientes extranjeros ya que, entre otras cosas, no lo solicita el documento oficial de ingreso de la Historia Clínica ni la Hoja de Valoración de Enfermería al ingreso. Se detecta un respetuoso celo en los profesionales de no indagar acerca de las cuestiones relativas a la herencia cultural de sus pacientes.

6.2.- SEGUNDA. ALICANTE Y SU PROVINCIA, UN CONTEXTO MULTICULTURAL

La diversidad, que el Objetivo General del estudio pretendía identificar precisamente entre los pacientes extranjeros ingresados en el HGUA, se pone de manifiesto con los siguientes datos hallados de carácter demográfico:

A fecha de 1 de enero de **2005**, el padrón de la provincia de Alicante registra un total de **1.732.389** personas de los cuales **321.640** corresponde a extranjeros, lo que supone un **18,56%** del total convirtiendo a Alicante en la provincia con mayor proporción de extranjeros de España. La distribución por sexos de los extranjeros es de 170.266 varones (**52,93%**) y 151.374 mujeres (**47,06%**). Además, el crecimiento de la población extranjera en Alicante en los últimos 8 años ha sido 134 veces superior al crecimiento experimentado por la población española autóctona.

En la Provincia de Alicante, el **63,5%** de los extranjeros empadronados pertenece a países europeos (204.269) y de ellos 157.041 (48,82%) a países de la U.E. Los extranjeros más numerosos (padrón a enero de 2005) proceden de Reino Unido, Alemania, Ecuador, Marruecos, Colombia, Argentina, Rumania, Holanda, etc.

Los residentes extranjeros superan a los residentes españoles en **12** municipios de la provincia de Alicante, siendo las comarcas de la Marina Alta y la Vega Baja lugares de mayor concentración de extranjeros. Con respecto al Padrón 2003, hay nacionalidades –principalmente europeas- cuya presencia ha **disminuido** no sólo porcentualmente sino en cifras absolutas (Alemania, Bélgica, Francia, Suecia, Finlandia, Austria) mientras que otras suben de forma notoria (Reino Unido, Marruecos, Rumania, Ecuador, Colombia, Argentina, Ucrania, China). Las causas de la disminución en algunas nacionalidades europeas pueden atribuirse a factores como ventajas fiscales, pérdidas de pensiones, falta de integración, envejecimiento de residentes que quedan solos, carestía, presión urbanística y, últimamente, inseguridad ciudadana.

65.910 extranjeros acuden al Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) como Hospital General de Área (Actualmente Departamento 19) y son un total de **319.208** los extranjeros censados (a los que se suman los no censados, inmigrantes y turistas) para los que constituye centro de referencia provincial.

El análisis de los datos demográficos permite afirmar que:

- En la ciudad de Alicante existe una elevada concentración de inmigrantes que llegan y residen, pero concentrados en pocas nacionalidades, ya que de 135 países representados, **10** países acaparan al **70%** de los extranjeros de la ciudad.
- Aumenta la presencia de latinoamericanos en Alicante, con una importante atracción para Colombianos y Ecuatorianos, y un significativo aumento de Argentinos (100% anual) que coloca a Alicante como principal destino de España para éstos.

- Aumenta progresivamente la presencia de población procedente del Magreb (Argelia y Marruecos).
- Se mantiene una población europea en la ciudad de Alicante importante en número, liderada por Francia, Italia, Reino Unido y Alemania. En el conjunto de la provincia, destaca la presencia mayoritaria de Británicos, seguido de Alemanes, Ecuatorianos, Marroquíes, Colombianos y Rumanos, en ese orden.
- Se detecta una presencia creciente de población procedente de Países del Este en Alicante ciudad y provincia. Países como Rumania, Rusia, Ucrania y Bulgaria va ganando población con una tendencia de aumento significativa (en torno al 70% anual).
- La comunidad China mantiene una presencia apreciable (con 496 personas censadas es la 11ª comunidad extranjera de la ciudad de Alicante) pero poca conocida, aunque importante desde el punto de vista de las diferencias culturales respecto a otras nacionalidades. En la provincia ocupa el lugar 17º con 4.532 ciudadanos.
- Si bien en la ciudad de Alicante la distribución global de sexos en la población extranjera es bastante equilibrada (**51%** de mujeres frente a **49%** de hombres), sobresalen algunas diferencias en algunas nacionalidades. Hay nacionalidades en las que sólo hay hombres (Ghana **27** varones **100 %**), otros con casi ausencia de mujeres (Guinea Bissau **96.2%** varones, Pakistán **93.6%** varones, Senegal **86.7%** varones) y países con mayoría de hombres (Argelia **69.7%** varones y Marruecos **59.3%** varones). Por el contrario, hay determinadas nacionalidades en las que las mujeres forman mayoría, constituyendo un componente de feminización en la inmigración de esos países: Brasil **73.1%** mujeres, República Dominicana **68.5%**, Guinea Ecuatorial **64.5%**, Rusia **59.8%**, Colombia **57%** y Venezuela con un **56.9%** de mujeres.
- En el conjunto de la provincia de Alicante los datos publicados referidos a 1 de enero de 2005 señalan que los **321.640** extranjeros tienen una distribución ligeramente diferente al de la ciudad con un **52,93%** de hombres frente a **47,06%** de mujeres.

La evolución en porcentaje de extranjeros en **España** (empadronados o no) varía del año 2000 con un 2,3% hasta los 8,5% del año 2005 (a 1 de enero). Esta evolución significa que, como se **cuadruplica** cada 4 años el porcentaje de la población extranjera en España (en 2004 la variación fue de 696.284 nuevas inscripciones de extranjeros), y estando la provincia de Alicante (**1.732.389** habitantes y **18.56%** tasa de extranjeros) por encima de los datos nacionales, se prevé que los **321.640** extranjeros en Alicante a 1 de enero 2005 podrían llegar a **un millón** antes de **2008**, de seguir la tendencia actual. De hecho, el INE había previsto cuál sería la población española hasta el 2020 a partir del último Censo de Población y viviendas, que data de 2001. Según dicho censo, se debía alcanzar la cifra de 44 millones a comienzos del año 2006, pero la previsión se ha visto supe-

rada ya que un año antes ya se ha logrado esa población, siendo los extranjeros los responsables del crecimiento. Aunque es prematuro afirmar que estas tendencias vayan a consolidarse, es evidente que aún se mantendrán en niveles apreciables debido a causas como los aumentos en los procesos de reagrupación familiar —a los que cada vez más extranjeros tienen derecho— y los procesos de arraigo laboral y social a los que se van a poder acoger muchos inmigrantes que llevan años residiendo en nuestras ciudades.

Además, el análisis de estos datos demográficos triangulados con los de carácter asistencial hallados durante el período estudiado en el HGUA, llevan a conclusiones muy interesantes que se verán más adelante.

6.3.- TERCERA: EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE INGRESA UN 7,75% DE EXTRANJEROS

Entre enero 2001 y diciembre 2004 se produjeron en el HGUA un total de **147.522** ingresos de pacientes, de los cuales **9.792 (6,63%)** correspondieron a pacientes extranjeros. En el año **2004** el porcentaje alcanzó el **7,75%**. En un período acotado entre enero 2001 y junio 2004 los pacientes extranjeros sumaron un total de **8.172** ingresos en **57** Servicios del Hospital de un total de **127.488** pacientes ingresados (**6,41%**), que corresponden a **5.794** pacientes de **91** nacionalidades distintas (un mismo paciente puede tener uno o múltiples ingresos) y una media de edad de **42.69** años y desviación típica de **21.84**. Constituyen dos colectivos principales:

- Extranjeros No Comunitarios: inmigrantes procedentes del Magreb, Latinoamérica y Países del Este Europeo (en torno al **49%**). Se tratan de jóvenes de países menos desarrollados en busca de trabajo
- Extranjeros Comunitarios: residentes y turistas de la Unión Europea (en torno al **25%**). Se corresponden principalmente con un colectivo integrado por jubilados del Norte y Centro de Europa

Las patologías asociadas a cada grupo arriba señalado son diferentes y congruentes con la edad. En los extranjeros Comunitarios destacan las enfermedades degenerativas y cardiovasculares, mientras que en los No Comunitarios su perfil de inmigrante joven hace que los ingresos por embarazo, puerperio y alteraciones ginecológicas sean las entidades diagnósticas más frecuentes entre estos.

Aún siendo en la provincia de Alicante los colectivos de Británicos y Alemanes los más numerosos según el INE a 1 de enero de 2005, son superados en número de ingresos hospitalarios por pacientes procedentes de Marruecos (**10,4%**), Colombia (**8,5%**), Francia (**8,0 %**) y Ecuador (**7,9%**). A continuación se sitúan Reino Unido (**6,9%**) seguido de Argelia (**5,3%**) y demás países.

La distribución por sexos de los extranjeros ingresados es de **41,4%** de varones frente al **58,5%** de mujeres. Este mayor porcentaje de mujeres está claramente

influenciado por el inevitable ingreso con motivo de embarazo y determinadas alteraciones ginecológicas por lo que, descartadas estas entidades diagnósticas (la primera no patológica), se puede afirmar que existe –proporcionalmente- una mayor morbilidad entre los varones que entre las mujeres extranjeras.

Las asistencias a pacientes mujeres de Colombia, Ecuador y Rumania casi triplica a sus conciudadanos masculinos. La República Dominicana cuadruplica en número a los varones. Países como Reino Unido, principalmente, seguido de Alemania donde la distribución demográfica por sexos en la provincia es casi al 50%, muestra una mayor morbilidad masculina al ingresar más hombres que mujeres.

El Servicio Médico con mayor número de ingresos en el período estudiado fue **Obstetricia** (1430 casos y **17.49 %** de los extranjeros), más del doble que el siguiente en número que es **Ginecología** (663 casos y **8.11%**), sumando entre los dos el **25.6%** de todos los ingresos de pacientes extranjeros. Les siguen los Servicios de **Cirugía General** 504 (**6.16%**), **Unidad de Corta Estancia** 474 (**5.80%**), **Cirugía Ortopédica y Traumatología** 318 (**3.89%**), **Neumología** 283 (**3.46%**), **Cardiología** 272 (**3.32%**), **Hemodinámica** 251 (**3.07%**), **Medicina Interna** 249 (**3.04%**) y la **Unidad de Enfermedades Infecciosas** 243 (**2.97%**).

Las entidades diagnósticas más frecuentes codificados al alta en el paciente extranjero son el Parto (incluye parto normal, prematuro, distócico, edad avanzada, gemelar, cesárea y post-término), Aborto más Amenaza de Parto Prematuro, Fracturas, Hernias, Infecciones, Apendicitis, Cataratas, Administración de Quimioterapia, Infarto Agudo de Miocardio, Cáncer, etc.

Los resultados demográficos asistenciales obtenidos en el HGUA guardan paralelismo con datos nacionales y del contexto cercano (Vega Baja de Alicante) referidos a un mayor número de nacimientos de hijos de madres marroquíes, seguido de colombianas, ecuatorianas, argelinas, rumanas y chinas en ambos Hospitales.

Con respecto a la edad de los pacientes extranjeros, se ha producido un notable cambio en los últimos años, ya que frente a los clásicos tramos de edad comprendidos entre los 21-40 años (inmigrantes jóvenes) y los 66-75 años (jubilados de la U-15) la edad media de los pacientes extranjeros actualmente es de **42.69** años con una desviación típica de 21.84.

6.4.- CUARTA. FALSOS TEMORES

Como reflexión personal, añadir que este nuevo contexto demográfico relacionado con presencia de mujeres jóvenes inmigrantes se traduce en un aumento de la natalidad que viene a coincidir en el tiempo y en el espacio con la llegada a edad fértil del “baby boom” español de las niñas nacidas entre 1965 y 1975, sin que ello signifique necesariamente que la tasa siga aumentando indefinidamente. Hay que tener en cuenta que los inmigrantes vienen con su propia herencia cultural siendo más prolíficas que las españolas, aunque tarde o temprano se produce un fenómeno de

aculturación (como ocurre en otras naciones de Europa) adaptándose a las pautas del lugar en el que viven y, aunque tienen más hijos, tienen menos de los que tendrían en su país de origen.

Además, al comparar los datos demográficos (**18,5%** de la población de la provincia son extranjeros) y compararlos con los datos asistenciales, se concluye que los resultados son rotundos a la hora de desmitificar la creencia popular de una desenfrenada utilización por parte de los extranjeros de los recursos asistenciales hospitalarios (durante el período estudiado sólo el **6.63%** fueron extranjeros, aunque con tendencia a aumentar) así como de que son portadores de enfermedades infectocontagiosas graves, raras e incluso erradicadas, ya que los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD's) encontrados no se orientan en ese sentido. También se cuestiona la supuesta carga económica que conlleva la asistencia sanitaria especializada al inmigrante, ya que sus GRD's no son los más caros, frente al residente europeo –generalmente más mayor– cuya complejidad y cronicidad sí supone una elevada carga financiera.

Convendría abrir líneas de investigación que evalúen el impacto de la atención sin ingreso de inmigrantes y extranjeros en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Los principales problemas psicológicos de los inmigrantes (no incluye a residentes europeos) son la depresión y ansiedad causadas por la soledad y el sentimiento de culpa por dejar a la familia acrecentado por un temor al fracaso y hacia la supervivencia. Entre los residentes de la UE, se describe un estrés por el choque cultural lo que está provocando la tendencia de determinados extranjeros a reproducir sus esquemas de convivencia en habitats reservados.

Hay un dato tremendamente positivo que bien podría atenuar el recelo que en ciertos sectores despierta la inmigración: en el 2005 el 37,9% de los donantes de órganos en el HGUA fueron extranjeros, con una tasa de negativas familiares del 0%.

6.5. QUINTA. LOS PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS CONSERVAN SU HERENCIA CULTURAL

Se han podido describir las diferencias en las costumbres, tradiciones y valores que existen en las culturas extranjeras más numerosas en el HGUA, presentando un trabajo de análisis etnográfico gracias a técnicas como la Observación Directa, Entrevistas, Historias de Vida y Revisión Bibliográfica. El estudio recoge -a través de **6 variables**- una descripción de:

- Población procedente de Países Árabes del Oriente Medio y Norte de África.
- Población procedente de Países de habla Hispánica (no españoles)
- Población procedente de Países Nórdicos y Centroeuropeos.
- Población procedente de Países Asiáticos.

Este estudio pretende ser una herramienta para los profesionales sanitarios,

ya que describe a los grupos de extranjeros más frecuentes en el HGUA para que puedan comprenderlos desde el punto de vista de quienes están implicados en proporcionarles cuidados y teniendo en cuenta que no están en su ámbito natural. Sólo así se puede llegar a entender las estructuras sociales, las conductas, las interpretaciones, significados, creencias y tradiciones de los extranjeros ingresados.

En opinión de los profesionales que cuidan a estos pacientes, el colectivo más alejado culturalmente en el contexto hospitalario es el árabe, seguido del paciente asiático, el norte y centroeuropeo y, finalmente, el hispano. En todos estos grupos de pacientes se ponen de manifiesto –en mayor o menor grado– prácticas similares y diferentes que son reconocidos por el personal de enfermería.

6.6. SEXTA. EL EPISODIO ASISTENCIAL SE VIVE DE MANERA DISTINTA SEGÚN LA CULTURA

La descripción de los distintos modos de percibir la enfermedad en las culturas identificadas también queda plasmada en el trabajo etnográfico citado y en los resultados recogidos de la Observación (tanto directa como de participante observador), Entrevistas y Cuestionarios empleados (como el A.S.K.E.D.). El mencionado estudio, que podría denominarse “*etnoenfermero*” según Leininger, se propone como fuente de consulta para los profesionales a la hora de adquirir competencia cultural ante gran número de pacientes extranjeros. Se han identificado, en la cultura de las diferentes nacionalidades, las prácticas autóctonas que se pueden preservar, acomodar o remodelar. Al mismo tiempo, se ha podido explorar la competencia cultural de los profesionales evidenciándose, por una parte, deseo de adquirir conocimientos que permitan una valoración cultural de los pacientes y, por la otra, indicios leves de prejuicios entre parte del personal asistencial.

6.7. SÉPTIMA. EL HGUA CUENTA CON RECURSOS ESPECÍFICOS PARA EXTRANJEROS QUE PUEDEN SER AMPLIADOS

También se puede concluir que se han podido estudiar los medios que se utilizan en el HGUA para proporcionar cuidados culturales (Objetivo Específico 3), confirmando a través del Grupo de Discusión que este centro Hospital tiene recursos para la atención a extranjeros, pero que deben ser incrementados:

- La valoración de Enfermería al ingreso de los pacientes no incluye la variable religión (ni de extranjeros ni españoles) a pesar de que determinadas creencias influyen en los cuidados como se ha demostrado.
- El HGUA dispone de recursos para satisfacer las necesidades de alimentación de los pacientes que se deriven de sus creencias o tradiciones. Se dispone de menús redactados en inglés y francés para que puedan elegir los pacientes extranjeros. En general, el personal de Enfermería es sensible a este aspecto.
- El auxilio espiritual durante la hospitalización es un aspecto susceptible

de mejora ya que sólo se cuenta con recursos de la Iglesia Católica pero muchos pacientes practican otras confesiones y se empiezan a conocer casos de reclamación de espacios de culto alternativo. Los profesionales aceptan de buen grado la presencia de ministros de otras religiones.

- En general, en el HGUA se proporcionan cuidados culturales y hay un respeto a las costumbres sin más límite que el que no entren en conflicto los deseos de los pacientes con criterios médicos o de enfermería de carácter estrictamente profesional.
- El Hospital dispone de medios para preservar la intimidad siendo los propios trabajadores de todas las categorías profesionales los responsables de su correcta utilización.
- En el HGUA han sido escasos los incidentes derivados de conflictos culturales con extranjeros, siendo precisamente los conflictos de esta naturaleza más graves las protagonizadas por no extranjeros, como la negación a la transfusión de sangre por motivos de creencias religiosas en Testigos de Jehová y los más frecuentes los ocasionados por la distinta percepción de lo que se entiende por acompañamiento familiar en la etnia gitana.
- El HGUA otorga autonomía e independencia en la actuación profesional en lo que respecta a las creencias y herencia cultural de los pacientes.
- Los profesionales demandan la presencia en la Institución de la figura del “mediador intercultural” como apoyo a su labor asistencial, ya que se quejan del exceso de tiempo que deben dedicar a pacientes extranjeros para comunicarse. Este mediador no sólo debe ser un intérprete de un idioma, sino realmente un “traductor cultural” que sea aceptado por el “otro”. Citan como ejemplo la utilidad del denominado “*patriarca gitano*” para entenderse con familias de etnia gitana.
- La traducción durante la asistencia sanitaria, ejercida espontáneamente por algunos profesionales voluntarios o alumnos en prácticas de la licenciatura de traducción e interpretación, no garantiza el hacerse entender ya que hay que “comprender al otro”.
- Se echa en falta más información escrita en los idiomas de los pacientes, con traducciones de documentos⁴⁸ esenciales para la atención (consentimiento informado, recomendaciones, prescripciones, normas, etc.)
- Sería de gran ayuda disponer de apoyo de Trabajo Social, Consulados e incluso ONG's para la labor de mediación intercultural.
- Se constata expresamente el deseo mayoritario de los profesionales de demandar formación específica en problemas culturales de pacientes

⁴⁸ Se ha iniciado un proceso de recopilación de documentos asistenciales traducidos por los alumnos en prácticas de la Licenciatura de Traducción e Interpretación de la Universidad de Alicante. Además se ha incluido recientemente en la web de la Conselleria de Sanitat una amplia recopilación de documentos de consentimiento informado disponibles en castellano, valenciano e inglés.

extranjeros (higiene, alimentación, vestimenta, costumbres, etc.)

6.8.- OCTAVA. LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HGUA SON CONSCIENTES DE LAS DIFERENCIAS CULTURALES

La identificación de las diferentes manifestaciones de la herencia cultural en pacientes y profesionales durante la hospitalización en el HGUA, logrado como Objetivo Específico N° 4 a través de las técnicas de Historia de Vida y Cuestionarios principalmente, permiten afirmar que:

- Es el respeto a la intimidad principalmente, y el hecho de que no sea obligatorio consignarlo, el motivo por el que no se suele reflejar la religión de los pacientes en los documentos asistenciales.
- El 90% de las enfermeras/os de hospitalización afirman preguntar a sus pacientes si desean alguna dieta compatible con sus creencias religiosas.
- En el HGUA la única confesión religiosa que cuenta con recursos que conocen los profesionales es la católica.
- Salvo en el caso de los alimentos prohibidos para los musulmanes, se ha identificado entre los profesionales de enfermería un déficit de conocimientos en relación con otros muchos aspectos de este grupo y que influyen en la salud y la enfermedad.
- La autoevaluación de las enfermeras/os con respecto a los cuidados culturales muestra una actitud favorable a la comprensión de las tradiciones de salud, atención a la comunicación y una implicación de la familia en el proceso de cuidar.
- En general, los profesionales del HGUA muestran una sensibilidad cultural en la relación terapéutica.
- Hay quejas del personal sobre la falta de higiene de algunos miembros de determinados grupos de población, a pesar de los recursos facilitados durante la hospitalización, sin que ello signifique una generalización. Las fuentes citan a gitanas, árabes y chinas en ese orden.
- En lo referido a la intimidad, se identifican como más pudorosas que las españolas las chinas, árabes y gitanas por ese orden.
- La costumbre del acompañamiento familiar masivo en los gitanos es causa frecuente de conflicto con los profesionales.
- Por el contrario, llama la atención a los asistenciales la costumbre de los británicos de que los pacientes permanezcan solos en sus habitaciones porque los familiares no acostumbran a cuidar a sus enfermos en los hospitales.
- Se identifica entre las madres puérperas extranjeras una diversidad a la hora de afrontar el post-parto inmediato, detectándose costumbres higiénicas diferentes y periodos de reposo dispares entre grupos étnicos. Llama la atención el rechazo de las madres Chinas a la lactancia materna y un reposo exagerado durante la primera semana de puerperio inme-

diato. También la costumbre Rumana de “envolver” como momias a sus recién nacidos. Otro hecho destacado fue la solicitud de una puérpera natural de Hong-Kong de que se le hiciera entrega de su placenta en formol para guardarlo ella y su familia durante un año (posteriormente lo utilizaría para hacer preparados naturistas).

- Se han detectado casos de prácticas sobre pacientes que derivan de la herencia cultural de los propios profesionales y sus creencias, como es el caso del bautismo “in extremis” del recién nacido.
- Los mismos integrantes de grupos étnicos o nacionalidades suelen aclarar a los profesionales que no todos son iguales para evitar así prejuicios y asignar etiquetas.
- Los integrantes de las diferentes culturas, la mayoría de las veces, se ven obligados a adoptar las normas, horarios, hábitos o costumbres alimenticias del hospital sin que ello suponga un conflicto importante. Existe la salvedad en el caso de acompañamiento familiar en etnias gitanas que sí genera quejas.
- Se percibe posicionamientos etnocéntricos en algunos profesionales que se quejan de determinadas actitudes de consistencia hereditaria en pacientes que no se “amoldan” a las normas, como puede ser la costumbre árabe de hablar alto los varones entre sí.
- Con absoluta unanimidad, se considera al paciente Magrebí y a su familia como el más alejado de las costumbres occidentales y se percibe un cierto grado de desconfianza hacia los profesionales. Por el contrario, el paciente Latinoamericano es considerado como menos conflictivo culturalmente.

6.9.- NOVENA. SE VAN INCORPORANDO ASPECTOS CULTURALES EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL HGUA

El último Objetivo Específico (Nº 5) ha permitido evidenciar que en el HGUA hay indicios de una creciente sensibilidad hacia la diversidad cultural como es el hecho de que la revisión del Nuevo Manual de Procedimientos (mediante análisis de contenido tanto cuantitativo como cualitativo) ha supuesto la detección de aspectos culturales no recogidos en el Manual anterior que, aunque no muy numerosos, supone el interés por incluir en un futuro aspectos relacionados con el origen étnico y las creencias de sus pacientes así como consolidar la reciente adopción de un Modelo de Enfermería, la confección de Planes de cuidados, y una Misión inspirada en las Teorías de la Enfermería Transcultural.

6.10.- DÉCIMA. NECESIDAD DE PRESERVAR, ACOMODAR O REMODELAR LOS CUIDADOS EN EL HGUA

A la vista de los datos aportados en la presente investigación, se puede con-

cluir que se han alcanzado los objetivos señalados y se hace necesario tener muy presente que el Hospital General Universitario de Alicante es receptor de un porcentaje cada vez mayor de pacientes de nacionalidad extranjera y la diversidad cultural detectada hace necesario contemplar la herencia cultural a la hora de planificar los cuidados de los pacientes. A pesar de ello, se puede afirmar que no se han evidenciado –por el momento- grandes problemas como fruto de conflictos culturales durante la hospitalización. La preservación, acomodación o remodelación de los cuidados culturales constituirían un factor diferenciador dentro de un sistema sanitario homogéneo que garantiza por una parte el principio de equidad y, por otra, la individualización del cuidado. Se propone:

- Involucrar a los pacientes en su propio cuidado (dejar que usen sus vestimentas, amuletos, rituales y respetar sus horarios y preferencias alimenticias cuando ello sea posible).
- Aprender más acerca de las diferentes culturas, sobre todo de las más frecuentes en el Hospital. El trabajo etnográfico de la presente tesis podría constituir un compendio básico para adquirir competencia cultural adecuada al contexto actual.
- Hablar el idioma, usar un intérprete o disponer de un mediador intercultural, evitando así la distorsión de las traducciones literales o presencias inoportunas de familiares.
- Hacer las preguntas adecuadas y buscar las respuestas. Utilizar la Comunicación No Verbal (CNV) como apoyo, respetando costumbres como el evitar contacto físico innecesario, miradas directas o cualquier otro gesto que pueda ofender a determinadas personas.
- Buscar recursos y promover el intercambio (interculturalismo y transculturalismo frente a multiculturalismo).

6.11.- DÉCIMO PRIMERA. LOS PROFESIONALES DESEAN ADQUIRIR “COMPETENCIA CULTURAL”

Se concluye que los profesionales han manifestado su interés por la “competencia cultural” por las siguientes razones:

- La salud y la enfermedad varían según culturas.
- Existen creencias distintas sobre bienestar, salud y sistemas de curación.
- Las actitudes culturales afectan a las relaciones con los profesionales.
- A menudo, los pacientes no acostumbrados a los modernos centros hospitalarios y la tecnificada medicina occidental, sólo conocen servicios de salud complementarios y alternativos. Nuestros profesionales pueden resultar fríos y distantes para algunas culturas.
- A día de hoy hay escasez de profesionales de enfermería que procedan de

minorías étnicas a los que acudir.

- Aunque no de forma tan exagerada como se pretende hacer ver, se dan casos de abandonos y faltas de adherencias a los tratamientos y planes de seguimiento en el ámbito extrahospitalario. El conocimiento de otras culturas es el mejor antídoto para evitar esta práctica que, en algunos casos, pueden llegar a constituir un problema de salud pública (p.ej en enfermedades infectocontagiosas de declaración obligatoria).
- Aumenta la satisfacción y facilita la continuidad asistencial.

Además, la “**competencia cultural**” se necesita para:

- Responder a la tendencia en los cambios demográficos en nuestro contexto.
- Eliminar las desigualdades en salud de grupos étnicos diversos.
- Mejorar la calidad de servicios y resultados de salud.
- Adaptarse a la legislación, planes de calidad y acreditación.
- Reforzar el rol de liderazgo del profesional de enfermería en relación con el paciente hospitalizado.

A todo ello añadir que los propios profesionales son conscientes de la necesidad de la competencia cultural, ya que pueden surgir prejuicios ante el aumento de la presencia de inmigrantes. La constatación de que la mayoría reconoce no ser capaces de hacer una valoración cultural, describir y por tanto reconocer las diferencias para conseguir que los encuentros sean positivos con ellos es señal inequívoca de que se deben adoptar medidas encaminadas a evitar el conflicto.

6.12.- DÉCIMO SEGUNDA. CONCLUSIONES FINALES

Como Conclusiones Finales, señalar que:

- Se hace necesaria una intervención enfermera efectiva, que sea capaz de responder adecuadamente a las nuevas demandas que plantea la población. En este caso, la Enfermería Transcultural proporciona herramientas para amortiguar las desigualdades en salud que, potencialmente, pueden llegar a sufrir aquellas personas debidas a sus características culturales.
- Convendría implementar políticas de formación multicultural para los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos especialistas y personal administrativo).
- Se deben crear y difundir normativas para orientar la actuación de los profesionales con criterios comunes y claros de reconocimiento cultural, con el fin de prevenir formas de discriminación en el trato, bien sea porque se ignoran las diferencias culturales (etnocentrismo) o bien porque se

reduce a los extranjeros a su diferencia cultural (culturalismo).

- Es muy importante mostrar una actitud de respeto y comprensión en todo momento, pero principalmente en los primeros contactos con los pacientes y familiares (recepción, valoración inicial al ingreso, acogida en planta de hospitalización, alta hospitalaria, etc.)
- Ser muy meticulosos en la elaboración de la Historia Clínica de los pacientes extranjeros así como en su valoración inicial de Enfermería, primera etapa del proceso de enfermería y que condiciona el éxito del resto de las etapas durante la hospitalización.
- La información a estos pacientes, siempre que sea posible, ha de ser continua. No olvidar que la información es un proceso continuado.
- Ser claro y coherente en la información. Respeto mutuo a los valores “del otro”.
- La oferta por parte de la Institución de programación asistencial, alimentación y espacios de duelo y de culto interculturalmente adaptados.
- Esclarecer la capacidad, consciencia y autenticidad del paciente para tomar sus decisiones.
- Aunque haya unas directrices anticipadas es importante dar opción, si las circunstancias lo permiten, a que el/la paciente manifieste su decisión reiteradamente, así se intenta evitar “decisiones” tomadas a la ligera y constatar que la opinión derivada de razones culturales o religiosas no ha variado.
- Cuando el caso requiera urgencia y si no es posible la comunicación con el paciente, se actuará en base a la buena práctica clínica, recurriendo al procedimiento si es preciso y debiendo dar parte a posteriori a la familia, Juez de Guardia y Ministerio Fiscal. Siempre es recomendable, mientras la ley española no cambie, notificar al Juez de Guardia la decisión tomada respecto a técnicas o procedimientos no aceptados por razones religiosas o culturales (p.ej. alimentación, medicamentos, transfusiones de sangre, etc.).

Por último, constatar que la aceptación y respeto por las diferencias culturales, la sensibilidad para entender cómo estas diferencias influyen en las relaciones con las personas y la habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales son requisitos indispensables para que el cuidado Transcultural en Enfermería se pueda consolidar. La Diversidad Cultural requiere un cambio que va mucho más allá de las intenciones individuales o los objetivos institucionales. Conocer las creencias de salud de los pacientes y negociar los tratamientos y los planes de cuidados suponen un esfuerzo para el profesional, una dedicación de tiempo y es a veces un proceso difícil. Requiere, por su parte una mente abierta, flexible, creativa y persistente. Sin embargo, los resultados pueden justificar el tiempo y energías consumidas, pues pocos pacientes se mostrarán insatisfechos y rechazarán los cuidados si sus creencias son tenidas en cuenta.

6.13.- DÉCIMO TERCERA. ONCE RECOMENDACIONES PARA LA COMPETENCIA CULTURAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

1. MINUTO DE ORO.

Al iniciar nuestras relaciones profesionales con los pacientes extranjeros y sus familias debemos de ser conscientes de la importancia del “primer contacto” ya que puede condicionar el resto del episodio asistencial

2. INICIAR EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON UNA CORRECTA VALORACIÓN.

Para poder planificar adecuadamente cuidados congruentes con la cultura del paciente, se hace necesario que la primera etapa del proceso enfermero contemple la valoración de los aspectos básicos inherentes a la cultura del mismo.

3. GUARDAR RESPETO A LOS VALORES DEL OTRO.

El paciente tiene derecho reconocido a que sus creencias, valores y costumbres sean respetados.

4. UNA PRÁCTICA ASISTENCIAL “TRANSCULTURAL” AMORTIGUA LAS DESIGUALDADES DE SALUD.

La mejor garantía de una equidad en la asistencia es el respeto individualizado que propugna la Enfermería Transcultural.

5. EVITAR ESTEREOTIPOS Y ETIQUETAS CULTURALES

Muchas veces somos los propios profesionales e investigadores los responsables de crear etiquetas para fundamentar nuestras teorías.

6. LIDERAZGO DE ENFERMERÍA EN LAS POLÍTICAS DE FORMACIÓN MULTICULTURAL PARA PROFESIONALES.

Por su cercanía al paciente y su entorno, unidos a la creciente vocación transcultural, es la/el enfermera/o el profesional mejor posicionado actualmente para formar a otros miembros del equipo multidisciplinar en competencia cultural.

7. ADAPTAR CULTURALMENTE EN LOS CENTROS SANITARIOS LA ASISTENCIA, ALIMENTACIÓN Y LOS ESPACIOS DE DUELO Y CULTO.

Dentro de la Misión de los Centros Asistenciales, debería figurar esta sensibilidad cultural y manifestarlo por escrito.

8. NO AL ETNOCENTRISMO Y AL CULTURALISMO.

Los profesionales formamos grupos con nuestros propios valores que imponemos al resto de pacientes. El etnocentrismo característico de nuestro sistema sanitario nos hace sentirnos cómodos y caemos en el culturalismo (la comparación con los “otros”: el “nosotros” frente a “ellos”).

9. GUÍAS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DE COMO PRESERVAR, ACOMODAR Y REMODELAR LOS CUIDADOS.

Facilitar a los profesionales herramientas que les permitan trasladar al enfermo la percepción de que somos competentes culturalmente, y capaces de ser “pro-activos” en lugar de “reactivos” en el respeto cultural.

10. EXTRANJEROS INFORMADOS CONTÍNUAMENTE.

Aunque a veces la prudencia del paciente o familia pueda interpretarse como falta de interés por conocer su evolución, se ha constatado un déficit evidente en la información que reciben.

11.- LA COMPETENCIA CULTURAL CONFIERE AL PROFESIONAL UN VALOR AÑADIDO A SU AUTONOMÍA Y PRESTIGIO.

Recuerde, la “competencia cultural” (es decir, la habilidad de actuar y obtener resultados clínicos positivos en los encuentros entre culturas distintas) supone para el profesional un paso cualitativo en su desarrollo profesional y una ocasión para las autoridades sanitarias de ofrecer un servicio de salud en verdad “equitativo y universal”.

Miguel Ángel Fernández Molina
Alicante, Enero 2006

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULLAH, S.N.

(1995) *Towards an individualized client's care: implication for education. The transcultural approach.* Journal of advanced nursing. 22 (4): 715-720

ABDUSSALAM, M. y KÄFERSTEIN, F.

(1996) *Food beliefs and taboos*, World Health, 49th Year, N° 2, March-April 1996, pp.10-12

AKRÉ, J.

(1996) *Our common nutritional heritage*, World Health, 49th Year, N° 2, March-April 1996, p. 12

ALBERT SANCHOS, R.M^a.

(2005) *El choque cultural en las sociedades europeas. Anomia e integración social*, Tesis Doctoral, Universidad de Alicante, 2005, Alicante

ALFARO, R.

(1996) *Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica.* 3^a ed. Madrid: Mosby/Doyma

AI-MOUSAWI, M., HAMED, T. y AL-MATOUK, H.

(1997) *Views of Muslim scholars on organ donation and brain death.* Transplantation Proceedings. 29 (8), 3217

ALVIRA, F.

(1982) *La perspectiva cualitativa y cuantitativa en las investigaciones sociales.* Estudios de Psicología, 11, 34-36.

AMEZCUA, M.

(2000) *El trabajo de campo etnográfico en salud*, Revista Index de Enfermería, año XI, N° 3, Otoño.

ANGUERA, M.T.

(1989) *Metodología de la observación en las Ciencias Humanas.* Madrid: Cátedra, en "Métodos de Investigación en educación social" De Lara Guijarro, Enriqueta y Ballesteros Velásquez, Belen, UNED, Madrid, 2001

APARICIO MENA, A. J.

(2003) *Salud y multiculturalidad*, Natural, N° 48, pp. 126-127, Madrid

APARICIO MENA, A. J.

(2004) *Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas*, Gazeta de Antropología, N° 20, 2004, Texto 20-05, Universidad de Granada, Disponible en www.ugr.es

ARTERO SIVERA, A.

(2004) *Atención Sanitaria a extranjeros y minorías étnicas*, Apuntes del Curso, Castellón, 2004

BARAZA CANO, M^a. P., LAFUENTE ROBLES, N. y GRANADOS ALBA, A.

(2005) *Identificación de Diagnósticos Enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería*. Revista Enfermería Comunitaria 2005, 1, (1): 18-23

BARBERO, M^a. I.

(1999) *Psicometría II. Métodos de elaboración de escalas*. en “Métodos de Investigación en educación social” De Lara Guijarro, Enriqueta y Ballesteros Velásquez, Belen, UNED, Madrid, 2001

BOWLER, I.

(1993) *They're not the same as us: midwives' stereotypes of South Asian descent maternity patients*. Sociology of Health and Illness. 15 (2): 157-178

CAMPINHA-BACOTE, J.

(1999) *A model and instrument for addressing cultural competence in health care*. Journal of Nursing Education 38 (5), pp. 203-207

CARVAJAL GÓMEZ, M^a. I.

(2004) *Extranjeros en España*, Índice Revista de Estadística y sociedad, N° 3, Marzo 2004, Edita Universidad Autónoma de Madrid, pp.14-15

CASABONA MARTÍNEZ, I.

(2002) *Cuidados del inmigrante-residente. Repercusión en una UCI*, Alicante, VIII Jornadas de Enfermería sobre Trabajos Científicos, pp. 203-209, Edita Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, N° 33 (Comunicación escrita).

COFFMAN, M. J.

(2004) *Cultural caring in nursing practice: a meta-synthesis of qualitative research*. Journal of Cultural Diversity. 2004 Fall; 11 (3): 100-9

CONTE, H.

(2004) *Identifying diversities and similarities in profesional cultural caring and care values in Swedish and Iranian nurses in Stokholm using the Critical Incident Technique*, Alicante, III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud, 14-16 junio 2004, Libro de Abstracts, (Póster).

CORDASCO F. y BUCCHIONI, E.

(1973) *The Puerto Rican experience: a sociological sourcebook*, New Jersey, Ed. Littlefield.

CORTIS, J.D.

(2000) *Caring as experienced by minority ethnic patients*. International Nursing Review, N° 47, pp.53-62, Ed. International Council of Nurses.

DE LA CUESTA, C.

(1997) *Investigación cualitativa en el campo de la salud*. Revista Rol de Enfermería, N° 232.

DELGADO, J.M. y GUTIÉRREZ, J.

(1994) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* .pp. 141-173 Madrid, Síntesis.

DE MIGUEL IBÁÑEZ, M^a. P.

(2003) *Impacto de la inmigración en el paritorio durante el año 2003. Datos cuantitativos y cualitativos. Hospital de la Vega Baja, Orihuela*. I Encuentro Nacional de Interrelación entre investigadores noveles y grupos consolidados de investigación en Enfermería. Alicante. Edita CECOVA. Nº 36.

DE PABLOS, J.

(1988) *Explicación – comprensión* en Román Reyes (comp.), *Terminología científico-social. Aproximación crítica*, pp. 402-403. Barcelona, Anthropos.

EDWARDS, D.M. y WATT, R.G.

(1997) *Diet and hygiene in the lives of Gypsy travellers in Hertfordshire*, Community Dent Health 1997 Mar; 14 (1): 41-6

ESTES, G. y ZITZOW, D.

(1980) *Heritage Consistency as a consideration in Counselling Native Americans*, National Indian Education Association Convention, Dallas, Texas, November.

FEJOS, P.

(1959) “*Man, Magic and Medicine*”, en *Medicine and Anthropology*. Ed. Goldston, L. New York, International University Press.

GALANTI, G.A.

(1991) *Caring for patients from different cultures*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia

GASCÓN, J.

(2003) *Enfermedades infecciosas e inmigración*, *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica* 2003; 21 (10): 535-9

GENTIL GARCÍA, I.

(2002) *Estudio socio-sanitario en población inmigrante Marroquí*, Alicante, Cultura de los Cuidados 2º Semestre 2002, Año VI – Nº 12. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

GERRISH, G.

(1999) *Inequalities in service provision: an examination of institutional influences on the provision of district nursing care to minority ethnic communities*. Journal of advanced Nursing. 30: 1263-1271

GIGER, J. y DAVIDHIZAR, R.

(1995) *Transcultural nursing intervention*, St. Louis, Ed. Mosby.

GIMENEZ ROMERO, C.

(1997) “*La naturaleza de la mediación intercultural*”, *Revista de Migraciones*, 2, pp. 125-159

GLASER B. y STRAUSS A.

(1967) *The discovery of Grounded Theory*, Chicago, Ed. Aldine

GÓMEZ GIL, C.

(2004) *Perfil de los extranjeros en la ciudad de Alicante, 2003*. Informe sobre la evolución de la inmigración en la ciudad de Alicante. Ed. Seminario permanente de inmigración de la sede ciudad de Alicante. Universidad de Alicante. Disponible en web www.ua.es

GONZÁLEZ RIOS, M.J.

(1997) *Metodología de la investigación social. Técnicas de recogida de datos*. Alicante, Ed. Aguaclara

GORDON, A.K. y HARPER, B.C.

(1995) *Hospice care and cultural diversity*. The Hospice Journal, 10 (2), 1.

HANSEBO G., KIHLGREN, M. y LJUNGGREN, G.

(1999) *Review of nursing documentation in nursing home wards-changes after intervention for individualized care*". Journal of Advanced Nursing. Vol. 29 (6): 1462-1473

HARRIS, M.

(2000) *Introducción a la antropología general*. (op.cit., pág. 134) hace referencia a los trabajos de Fried, 1968; Littlefield, Lieberman y Reynolds, 1982; Montagu, 1974; Alianza Editorial, Madrid

HERNÁNDEZ CONESA, J. y ESTEBAN ALBERT, M.

(1999) *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método*. Ed. McGraw-Hill Interamericana.

HERZOG, R., PRIETO, S., PANADERO, Y., DE LEON, J.M., TERCERO, M.J. y FERNÁNDEZ-PEINADO, A.

(2005) *Vacunación del niño inmigrante y adoptado en España*. Revista Pediátrica 2005; 25 (4): 189-198.

IM, E.O., PAGE, R., LIN, L.C., TSAI, H.M. y CHENG, C.Y.

(2004) *Rigor in cross-cultural nursing research*. International Journal of Nursing Studies, 41 (2004) 891-899 (disponible online www.sciencedirect.com)

INSA RICO, M. L.

(2005) *La sanidad en la Comunidad Valenciana dirigida a la población inmigrante*. Libro de ponencias y comunicaciones de las XVI Jornadas de Interrelación de Enfermería. Edita CECO-VA. N° 45, p 85. Alicante

JACSON, L. E.

(1993) Understanding, eliciting and negotiating clients' multicultural health beliefs, Nurse Practitioner, Vol. 18, N° 4, April 1993

JURADO, A.

(2004) *Diferencias entre Censo de Población y Padrón Municipal*, Índice Revista de Estadística y sociedad, N° 3, Marzo 2004, Edita Universidad Autónoma de Madrid, pp.12-13

KAPTCHUCK, T.J.

(1995) *Medicina china, una trama sin tejedor*, Barcelona, La liebre de Marzo.

KEMP, C. y RASBRIDGE, L.A.

(2004) *Refugee and Immigrant Health. A Handbook for Health Professionals*. Ed. Cambridge University Press, Cambridge, England.

KUHN, T.S.

(1971) *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid. Tecnos.

LAGHRICH, S.

(2004) *Reflexiones sobre la mediación intercultural y experiencias desde la Comunidad Valenciana*. Tonos, Revista Electrónica de Estudios Filológicos, Nº 8, Diciembre 2004. (disponible en: www.um.es/tonosdigital)

LEININGER, M.

(1970) *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. Ed. John Wiley & Sons, New York, EE.UU.

LEININGER, M.

(1978) *Transcultural Nursing: concepts, theories and practices*, Ed. John Wiley & Sons, New York, EE.UU.

LEININGER, M.

(1991) *Culture Care Diversity and Universality: A theory of healing*, New York, National League for Nursing, EE.UU.

LEININGER, M.

(1995) *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*. 2nd Ed. McGraw Hill, New York, EE.UU.

LEININGER, M.

(1999) *Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería Transcultural*, Alicante, Cultura de los Cuidados 2º Semestre 1999, Año III – Nº 6, pp. 5-12 Universidad de Alicante

LILLO CRESPO, M. y VIZCAYA MORENO, M^a.F.

(2002) Origen y desarrollo de los hábitos y costumbres alimentarias como recurso sociocultural del ser humano: una aproximación a la historia y antropología de los cuidados en la alimentación, Alicante, Cultura de los Cuidados 1º Semestre 2002, Año VI – Nº 11, pp. 61-65 Universidad de Alicante

LILLO CRESPO, M., CASABONA MARTÍNEZ, I., GALAO MALO, R. y MORA ANTÓN, M^a.D.

(2003) Enfermería transcultural en el contexto de la práctica clínica: evaluación de la calidad y la satisfacción en los cuidados a extranjeros centroeuropeos hospitalizados en la Clínica Vistahermosa de Alicante. Alicante, Investigación & Cuidados 2º Cuatrimestre 2003, Vol.1, Nº 1, pp. 7-11 Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

LIMIA, S., SALVADORES, P. y AGUADO, M.G.

(2004) *Cuidados culturales en los pacientes inmigrantes hospitalizados*. Alicante, III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud, 14-16 junio 2004, Libro de Abstracts, (Póster).

LIPSON, J.G., REIZAN, A.E. y MELEIS, A.I.

(1987) *Arab-American patients: a medical record review*. Social Science and Medicine 24(2); 101-07

LÓPEZ ALONSO, S.R.

(2003) *Afrontamiento enfermero ante la desigualdad y el racismo*. Alicante, Cultura de los Cuidados 1er. Semestre 2003 Año VII – Nº 13, Edita Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

LÓPEZ LLORÉNS, P.L. y LORENZO GARCÍA, A.

(2004) *Acogida y atención hospitalaria a extranjeros. Un nuevo reto para enfermería*. Alicante, XV Jornadas de Interrelación de Enfermería, pp- 57-66, Edita Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, Nº38 (Comunicación escrita).

LORENZO GARCÍA, N., RODRÍGUEZ IBÁÑEZ, M. y BELMONTE MARTÍN, J.F.

(2003) *El duelo a través de dos religiones: una visión desde el prisma de M.Leininger*. I Encuentro Nacional de Interrelación entre investigadores noveles y grupos consolidados de Investigación en Enfermería. Alicante. Edita CECOVA. Nº 36.

MARRINER-TOMEY, A.

(1999) *Modelos y Teorías de Enfermería*. 3ª Edición. Mosby/Doyma, Madrid.

MARTÍNEZ, C.

(2003) *El sistema japonés constituye uno de los mejores ejemplos de medicina integral*, El Mundo, 6 de septiembre: S8.

MARTSOLF, D. S.

(1999) *Cultural Aspects of Orthopaedic Nursing*, Orthopaedic Nursing, March/April 1999, pp. 65-71

MATUD CALVO, M.C., COS OCTAVIO, M.I., DÍAZ-PRieto HUIDOBRO, A. y MAYORAL BLAY, J.M.

(1995) *La medida del nivel de cuidados de los pacientes de UCI. Comparación de los métodos PRN, TISS y APACHE*". Enfermería Clínica, Vol. 2, Nº 2: 43-50

MÉNDEZ MÉNDEZ, E.

(2004) *Políticas públicas de acomodación de los inmigrantes en el ámbito sanitario*, Quadern CAPS, 2004, Nº 32, pp. 18-23.

McKENNIS, A. T.

(1999) *Caring for the Islamic patient*, AORN Journal, June 1999, Vol. 69, Nº 6

MULHALL, A.

(1994) *Anthropology: a model for nursing*, Nursing Standard, April 27, Vol. 8, Nº 31

NARAYANASAMY, A.

(2003) *Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?* British Journal of Nursing. Feb 13-26; 12 (3): 185-94

PACQUIAO, D.F.

(2003) *"Cultura de los cuidados y género" y posterior debate*, Alicante, Cultura de los Cuidados 1er. Semestre 2003, Año VII – Nº 13, pp.9-11. Edita Consejo de Enfermería de la Comunidad Valencia (CECOVA)

PAPADOPOULOS, I., TILKY, M. y TAYLOR, G.

(1998) *Transcultural care: A guide for health care professionals*. Mark Allen Publishing, Trowbridge Wiltshire, UK

PASCUAL MARTÍNEZ, R., BELTRÁN, T. y FERNÁNDEZ, F.

(2001) *Pensamiento mágico y religiosidad entorno a la enfermedad: manifestaciones simbólicas y rituales; función y significado*, Alicante, Cultura de los Cuidados 1 Semestre 2001, Año V – Nº 9, pp. 49-62. Universidad de Alicante

PURNELL, L. D.

(1999) *El modelo de competencia cultural de Purnell: Descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación*, Alicante, Cultura de los Cuidados 2º Semestre 1999, Año III – Nº 6. Universidad de Alicante

QAISI, V. G.

(2001) *Increasing awareness of health care concerns during Ramadan*, Journal of the American Pharmaceutical Association, July/August 2001, Vol. 41, Nº 4

RAMOS, J.M., PASTOR, C., MASÍA, Mª.M., CASCALES, E., ROYO, G., GUTIÉRREZ-RODERO, F.

(2003) *Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por VIH y sífilis*, Enfermedades Infecciosas. Microbiología Clínica 2003;21(10):540-2

RIVERA-ANDINO, J. y LÓPEZ, L.

(2000) *When culture complicates*, RN, Volume 63 (7) July 2000, pp 47-49

ROCA, C., BALANZÓ, X., FERNÁNDEZ-ROURE, J.L., SAUCA, G., SAVALL, R., GASCÓN, J. y CORACHAN, M.

(2002) *Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes*, Medicina Clínica 2002;119(16):616-9

RODRIGUEZ PERALES, R., GANTES SOTO, J.C. y ARRIBAS MARÍN, J.M.

(2004) *Cuatro siglos de cuidados transculturales*, Alicante, III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud, 14-16 junio 2004, Libro de Abstracts, (Comunicación).

ROHRBACH-VIADAS, C.

(1998) *Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger*, Alicante, Cultura de los Cuidados 1 Semestre 1998, Año II – Nº 3. Universidad de Alicante

ROHRBACH-VIADAS, C.

(1998) *Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger II (Gráfico explicativo del modelo del sol naciente de Leininger)*, Alicante, Cultura de los Cuidados 2º Semestre 1998, Año II – Nº 4. Universidad de Alicante

ROJO PASCUAL, Mª.C. y GÓMEZ GALLEGO, A.Mª.

(2004) *Enfermería Materno-Infantil e inmigración: rompiendo barreras idiomáticas*, Metas de Enferm jun 2004; 7(5): 22-26

ROODA, L.A.

(1993) *Knowledge and attitudes of nurses towards culturally different patients: implications for nursing education*. Journal of nursing education. 32 (5): 209-213

SALAZAR, A., NAVARRO-CALDERÓN, E., ALMELA, F., ABAD, I., BORRÁS, R., GONZÁLEZ, A., GOSÁLBEZ, E., PALAU, P., ROMERO, R. SOTO, L., TABERNER, F.

(2003) *Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia*, Boletín Epidemiológico, Instituto de Salud Carlos III, 2003, vol. 11 nº 5/49-60.

SALES SALVADOR, D.

(2005) *Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España*. Translation Journal. Volume 9, Nº 1 January 2005. URL: <http://accurapid.com/journal/31mediacion.htm>

SAMOLSKY, S., DUNKER, K. y HYNAK-HANKINSON, M.T.

(1990) *Feeding the Hispanic hospital patient: cultural considerations*. Journal of the American Dietetic Association. December 1990, Vol. 90, Nº 12.

SHEIKH, A.

(1998) *Death and dying – a Muslim perspective*. Journal of the Royal Society of Medicine. 91 (3) 138-140

SILES GONZÁLEZ, J., GARCÍA HERNÁNDEZ, E., CIBANAL JUAN, L. y GALAO MALO, R.

(1999) *La enfermería antropológica y transcultural en el marco de la educación para el desarrollo. Una perspectiva histórica y epistemológica en el umbral del Siglo XXI*, Alicante, Cultura de los Cuidados 2º Semestre 1999, Año III – Nº 6. Universidad de Alicante

SILES GONZALEZ, J.

(2000) *Antropología Narrativa de los cuidados*, Alicante, Ed. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

SILES GONZALEZ, J., CIBANAL, L., VIZCAYA, F., GABALDÓN, E., DOMÍNGUEZ, J.M., SOLANO, C. y GARCÍA, E.

(2001) *Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural*, Alicante, Cultura de los Cuidados 2º Semestre 2001, Año V – Nº 10. Universidad de Alicante

SPECTOR, R. E.

(1999) *Cultura, cuidados de salud y enfermería*, Alicante, Cultura de los Cuidados 2º Semestre 1999, Año III – Nº 6. Universidad de Alicante

SPECTOR, R. E.

(2000) *La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro*, Alicante, Cultura de los Cuidados 1 y 2 Semestres 2000, Año IV – Nº 7 y 8, pp. 116-127. Universidad de Alicante

SPECTOR, R. E.

(2001) *Valoración de la herencia cultural*, Alicante, Cultura de los Cuidados 1 Semestre 2001, Año V – Nº 9, pp. 71-81. Universidad de Alicante

SPECTOR, R. E. y MUÑOZ, M.J.

(2003) *Las culturas de la salud*, Madrid, Pearson Educación

TARRES CHAMORRO, S.

(2001) *El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural*, Granada, Gazeta de Antropología Nº 17, 2001, Texto 17-15. (Artículo Revista en Internet)

TEUFEL, N. I.

(1997) *Development of culturally competent food-frequency questionnaires*, American Journal of Clinical Nutrition 1997 April , 65 (4), 1173S-8S. USA

TORRÚS TENDERO, D.

(2006) *Problemas de salud en la población inmigrante*, Apuntes del Curso de Formación Continua EVES, Hospital General Universitario de Alicante, enero 2006

TORRALBA ROSELLÓ, F.

(1998) *Antropología del cuidar*, España, Ed. Institut Borja de Bioética, Fundación MAPFRE Medicina

VALL, O y ALGAR, O.

(2004) *Inmigración y salud*, Anales Pediatría, Barcelona, 2004;60 (1): 1-2

VALLE RACERO, J.I.

(2000) *Cuidar desde una perspectiva cultural*, Alicante, Cultura de los Cuidados 1º y 2º Semestres 2000, Año IV, Nº 7 y 8, pp. 96-101 Universidad de Alicante

VARGAS JIMÉNEZ, J.A., MOLINA CONTRERAS, J.L., SHELLMAN, J. y BERNAL, H.

(2004) *The confidence of Spanish nurses in caring for culturally diverse groups*, Alicante, III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud, 14-16 junio 2004, Libro de Abstracts, (Comunicación).

VASQUEZ TRUISSI, M. L.

(2001) *El cuidado de Enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante*, RIEENF: Cuidado Transcultural, Marzo 2001. (Artículo Revista en Internet)

VELASCO, H. y DÍAZ RADA, A.

(1997) *La lógica de la investigación etnográfica*, Madrid: Trotta.

VERREPT, H. y LOUCKX, F.

(1997) *Mediadores de salud en el sistema sanitario belga*, en Solas,O., Ugalde. (ed.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 209-230.

VV.AA.

(2002) *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid: Editorial Popular.

WATSON, J.

(1979) *Nursing: The philosophy and science of caring*, Boston, pp. 8-9.

ZOUCHÁ, R.

(1999) *La utilización de métodos cualitativos en enfermería*, Cultura de los Cuidados 2º Semestre 1999, año 3, Nº 6, pp. 80-90.

OTRAS FUENTES

BOLETÍN INFORMATIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Cifras INE*, 3/2004 (Junio 2004).

CENSO 2001: www.ine.es/censo2001/index.htm

CÓDIGO CIVIL ESPAÑOL (Aprobado por R.D. del 24 de julio de 1889)

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA. Resolución N° 32/89 del Consejo General de Enfermería. Edita CECOVA.

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA de 27 de diciembre de 1978 (B.O.E. 29-12-1978)

DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DEL HGUA. Internet: www.hospitalalicante.org/enfermeria

GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA. Manual de Procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia 2003

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA). Internet: <http://www.dep19.san.gva.es>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) Explotación Estadística del Padrón Municipal a 1 de enero de 2005. Publicado el 17 de enero de 2006. Disponible en <http://www.ine.es>

INFORMACIÓN SOBRE EL ISLAM PARA DOCENTES
<http://www.submission.org/teachers.html>

IRIS®. Base de Datos del Programa de Gestión de Pacientes homologado por la Conselleria de Sanitat. Versión 2003 7.11.

LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA. Principios y líneas estratégicas. Consejo Asesor de Enfermería. Servicio Catalán de la Salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya. 2003.

LEY 14/1986, de 25 de abril, GENERAL DE SANIDAD (B.O.E. N° 102 de 29 de abril de 1986)

LEY 12/1989, de 9 de mayo, FUNCIÓN ESTADÍSTICA PÚBLICA (B.O.E. de 11 de mayo de 1989)

LEY ORGÁNICA 8/2000 de 22 de Diciembre. De reforma de la ley orgánica 4/2000 de Enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Título 1, capítulo 1, artículo 12: Derecho a asistencia sanitaria.

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL 15/99, de 13 de Diciembre.

LEY 12/1997 de TASAS de la GENERALITAT VALENCIANA (EJERCICIO 2005)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA. Generalitat Valenciana, Servei Valencí de Salut. Direcció para la Gestió de Assistència Especialitzada. 1ª Edició (Agosto 1991).

MEMORIA 2001 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. Impresión: Gráficas Estilo, S.C. Alicante, 2002.

MEMORIA 2002 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.
Desarrollado por: Servicios Informáticos de Software y Telecomunicaciones (SISTEL), HCD 2002/ SIS-001, Alicante, 2003.

MEMORIA 2003 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.
Desarrollado por: Servicios Informáticos de Software y Telecomunicaciones (SISTEL), HCD 2003/ SIS-003, Alicante, 2004.

MEMORIA 2004 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.
Desarrollado por: Servicios Informáticos de Software y Telecomunicaciones (SISTEL), HCD 2004/ SIS-005, Alicante, 2005.

NURSING TRANSCULTURAL SOCIETY: <http://www.culturediversity.org>

ORDEN de 8 de octubre de 1992, de la Conselleria de Sanitat i Consum, por la que se regula el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) a utilizar en la información hospitalaria. DOGV Núm. 1.891 28-10-1992.

PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (2001-2004). Edita Conselleria de Sanidad, Impresión Gráficas Cervelló S.L. Valencia, 2001.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PACIENTES TESTIGOS DE JEHOVÁ. Comité de Ética Asistencial. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. 2002.

REVISIÓN PADRÓN MUNICIPAL 2003. Instituto Nacional de Estadística (INE). Últimos datos a 1 de Enero de 2003 y fecha de publicación 30 de Marzo de 2004.

REVISIÓN PADRÓN MUNICIPAL 2004. INE. Datos a 1 de Enero de 2005, publicados en Abril de 2005.

SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL (SIP). Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. Servicios Centrales. 2002, 2003.

TESTIGOS DE JEHOVÁ. Su postura religiosa y ética sobre tratamientos médicos, el cuidado de los niños y asuntos relacionados. (Protocolo) Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania. USA. 2003.

ANEXOS

A.1.- Relación de Tablas, Figuras y Gráficos

A.2.- Cuestionarios empleados

RELACIÓN DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.

Introducción al problema de investigación

Gráfico 1: Población extranjera en España. Enero 2005	36
Gráfico 2: Evolución del número de extranjeros empadronados en España . . .	36
Gráfico 3: Porcentaje de extranjeros sobre la población total	37
Gráfico 4: Población extranjera en la Comunidad Valenciana. Enero 2005	40
Tabla 1: Evolución Demográfica Comunidad Valenciana 2002-2005	41
Gráfico 5: Población extranjera en la provincia de Alicante. Enero 2005	42

Metodología

Figura 1: Modelo “Sunrise” o figura del sol naciente	69
Figura 2: Foto Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)	75
Tabla 2: Cartera de Servicios HGUA	78
Tabla 3: Recursos Asistenciales HGUA	79
Tabla 4: Casuística más frecuente HGUA año 2003	80

Presentación de los Resultados

Tabla 5: Evolución de la población en la provincia de Alicante	98
Gráfico 6: Evolución de la población en la provincia de Alicante	98
Tabla 6: Extranjeros por país de procedencia provincia de Alicante. A 1 de enero 2005	100

Tabla 7: Población extranjera municipios Departamento 19 y segregados. Padrón 2003	103
Tabla 8: Principales nacionalidades por sexos Alicante ciudad. 2003	104
Tabla 9: Quince primeras nacionalidades de extranjeros empadronados en la ciudad de Alicante. 2003	105
Tabla 10: Distribución por sexos de nacionalidades con grandes diferencias entre hombres y mujeres 2003	107
Tabla 11: Ingresos en el HGUA años 2001 a 2004	109
Gráfico 7: Ingresos totales de españoles y extranjeros 2001-2004	109
Tabla 12: Países y número de casos de extranjeros ingresados desde 1 de enero 2001 a 31 de diciembre de 2004	110
Gráfico 8: Países con mayor número de ingresos de entre los 91 analizados por años	112
Gráfico 9: Países con mayor número de ingresos período 2001-2004	112
Tabla 13: Servicios de ingreso de extranjeros desde 1 de enero 2001 a 31 de diciembre de 2004	113
Gráfico 10: Servicios con mayor número de ingresos desde 1 de enero 2001 a 31 de diciembre de 2004	114
Tabla 14: Ingresos en el HGUA durante el periodo de estudio: 1-enero-2001 a 30 de junio 2004	115
Tabla 15: Diagnósticos principales extranjeros ingresados	117
Gráfico 11: Diagnósticos Obstétrico-ginecológicos frente al resto	118
Gráfico 12: Ingresos de extranjeras en Obstetricia 2003 y 2004	119
Gráfico 13: Casuística y su coste	119
Tabla 16: Nacionalidades de pacientes extranjeros ingresados durante el período enero 2001- junio 2004 en el HGUA	120
Tabla 17: Servicios que más extranjeros ingresaron en el período enero 2001-junio 2004 por sexo	122

Gráfico 14: Distribución normal de la edad de los pacientes extranjeros ingresados	123
Gráfico 15: Grupos de población extranjera ingresados en el HGUA enero 2001-diciembre 2004	126
Gráfico 16: Conocen la religión de los pacientes	160
Gráfico 17: Preguntan preferencias alimentación por motivos religiosos	161
Gráfico 18: Consecución de auxilio espiritual específico	161
Gráfico 19: ¿Estoy abierta/o a la comprensión de la forma en que las tradiciones de salud del paciente son diferentes a las mías?	164



**“ESTUDIO DE LOS CUIDADOS A PACIENTES
EXTRANJEROS INGRESADOS EN EL HOSPITAL
GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE
DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA
TRANSCULTURAL”**

CUESTIONARIO



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Equipo Investigación

Miguel Ángel Fernández Molina
Dr. José Siles Gonzalez

Proyecto de Investigación Programa de Doctorado
Antropología Biológica y de la Salud

Universidad de Alicante
Departamento de Biotecnología
Campus de Sant Vicent del Raspeig
Ap. Correos 99 – E-03080 Alicante



INSTRUCCIONES GENERALES

1. Las preguntas incluidas en este cuestionario pretenden determinar el grado de conocimiento y actitud que tiene el personal de enfermería sobre valores, creencias, normas y prácticas de salud de los extranjeros ingresados en este hospital y que influyen sobre la percepción de la enfermedad. Por favor responda a todas las preguntas tan honesta y precisamente como le sea posible.

2. Hay tres tipos de preguntas en este cuestionario:

a) Preguntas en las que se presenta una escala. En estos casos, por favor responda redondeando la alternativa correspondiente a su elección. Ejemplo

Pregunta: Cuanto?
1 2 3 4 5 0

Si por cualquier razón quiere corregir, por favor proceda como el siguiente ejemplo:

1 2 3 4 5 0

b) Preguntas en las que se le pide específicamente algún tipo de información. En estos casos, por favor responda escribiendo en el espacio proporcionado.

c) Preguntas en las que dos o más opciones son dadas. En estos casos, por favor responda marcando su elección.

3. Apreciaremos cualquier comentario que desee hacernos. Puede usar el espacio reservado para este propósito al final del cuestionario o incluirlo en una hoja aparte.

Por favor vaya ahora a la próxima página y empiece a leer y a contestar el cuestionario.

AUTOEVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS CULTURALES¹

Por favor piense en un caso concreto presente, o del pasado reciente, de un paciente extranjero y que está, o estuvo, bajo sus cuidados. Responda a las siguientes preguntas:

39. ¿Estoy abierta/o a la comprensión de la forma en que las tradiciones de SALUD del paciente son diferentes de las mías?

SI _____ NO _____

40. ¿He prestado suficiente atención a la comunicación con los pacientes con habilidades limitadas en el lenguaje?

SI _____ NO _____

41. ¿He implicado de forma beneficiosa a la familia del paciente en el proceso de enfermería de Cuidados Culturales?

SI _____ NO _____

42. ¿Estoy incorporando las creencias y prácticas tradicionales de SALUD en las terapias de enfermería?

SI _____ NO _____

43. ¿Considera los factores culturales relevantes para la salud, enfermedad y a la hora de administrar los cuidados?

SI _____ NO _____

¹ SPECTOR, R. Teoría y Método. Cultura, cuidados de salud y enfermería. Revista Cultura de los Cuidados 2º Semestre 1999, Año III, N° 6.

El presente estudio forma parte de una investigación que se está llevando a cabo en el HGUA sobre los cuidados de Enfermería a pacientes extranjeros. El HGUA, como hospital de referencia provincial da cobertura asistencial a 245.883 extranjeros según los últimos datos del INE referidos a 2003. La composición étnica y cultural en la Provincia de Alicante está cambiando y se hará aun más diversa en los próximos años. Sólo en nuestro hospital fueron hospitalizados más de 3.500 pacientes extranjeros en el bienio 2001-2002.

Para llevar a cabo una valoración correcta de enfermería y proporcionar cuidados con sensibilidad cultural en el futuro, debemos conocer las dimensiones culturales de nuestros pacientes como paso previo a incorporar en sus Planes de Cuidados la individualización que precisan.

El equipo investigador.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Las siguientes preguntas versan sobre las características demográficas de la persona que cumplimenta este cuestionario.

1. ¿Cuántos años tiene? _____ Años
2. ¿Cuál es su sexo? Hombre _____ Mujer _____
3. ¿Cuál es su titulación académica? (ATS, D.E., Titulado Superior en Enfermería) _____
4. ¿Cuál es el área donde trabaja habitualmente? _____
5. ¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión? _____ años.
6. Practica alguna Religión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(especificar.....)
7. ¿Cómo calificaría su grado de religiosidad? <input type="checkbox"/> Muy Religioso <input type="checkbox"/> Bastante Religioso <input type="checkbox"/> Poco Religioso <input type="checkbox"/> Indiferente

33. ¿Valores, creencias, normas o costumbres sociales en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

PACIENTES PROCEDENTES DE PAISES ASIÁTICOS

34. ¿La medicina popular en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

35. ¿La religión en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

36. ¿La intimidad en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

37. ¿Valores, creencias, normas o costumbres sociales en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

38. ¿Conoce Vd. el significado de los términos yin – yang?

SI _____ NO _____

**EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES EXTRANJEROS, HA
OBSERVADO Vd. ALGUNA PRÁCTICA RELACIONADA CON**

PACIENTES PROCEDENTES DE LATINOAMÉRICA:

26. ¿La medicina popular en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

27. ¿La religión en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

28. ¿La intimidad en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

29. ¿Valores, creencias, normas o costumbres sociales en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

PACIENTES DE PAISES NÓRDICOS Y CENTRO EUROPEOS:

30. ¿La medicina popular en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

31. ¿La religión en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

32. ¿La intimidad en estos pacientes o sus familias?

SI _____ NO _____

ASPECTOS CULTURALES DE SUS PACIENTES EXTRANJEROS

Por favor conteste a las siguientes preguntas usando estas claves:

- 1: Nunca
- 2: Casi nunca
- 3: Algunas veces
- 4: Frecuentemente
- 5: Siempre
- 0: No sabe/No contesta

8. A la hora de proceder a la valoración del paciente al ingreso, ¿pregunta Vd. la religión que profesan sus pacientes?

1 2 3 4 5 0

9. ¿Tiene Vd. en cuenta las preferencias en la alimentación que puedan derivarse de creencias religiosas o culturales a la hora de solicitar la dieta a sus pacientes?

1 2 3 4 5 0

10. ¿Ofrece Vd. la posibilidad de conseguir auxilio espiritual específico congruente con las creencias de sus pacientes?

1 2 3 4 5 0

11. Cuando aplica los cuidados básicos a pacientes de origen étnico, cultural o religioso distinto al suyo, ¿les pregunta la forma en la que les gustaría recibir dichos cuidados?

1 2 3 4 5 0

12. A la hora de preservar la intimidad, ¿valora Vd. si sus pacientes extranjeros perciben el pudor de manera distinta a como lo suelen hacer sus pacientes españoles?

1 2 3 4 5 0

13. ¿Ha tenido Vd. o ha presenciado algún incidente provocado, a su juicio, por diferencias culturales a la hora de cuidar a un paciente extranjero?

1 2 3 4 5 0

POR FAVOR CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE PACIENTES PROCEDENTES DE PAISES ISLÁMICOS:

14. ¿Sabría señalar qué día de la semana es sagrado para los musulmanes?

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

15. ¿Sabe Vd. Cuantas veces al día reza un creyente musulmán?

SI ____ (Cuantas) NO ____

16. ¿Piensa Vd. que un creyente musulmán puede rezar fuera de una mezquita, por ejemplo en su habitación del hospital?

SI ____ NO ____

17. ¿Sabe Vd. en qué consiste el ritual de las abluciones?

SI ____ NO ____

Describalo con su palabras:.....

18. ¿Cual de los siguientes alimentos no pueden ser ingeridos por creyentes musulmanes:

carne de cordero carne vacuno carne de aves cerdo y derivados

19. Seleccione Vd. lo que considera que está prohibido durante el Ramadán o ayuno musulmán (seleccione una sola respuesta):

comida agua tabaco relaciones sexuales todas las anteriores

20. ¿Cree Vd. que el contacto visual directo así como el contacto físico innecesario durante la relación profesional/paciente entre personas del sexo opuesto puede ser motivo de conflicto?

SI ____ NO ____

21. A la hora de administrar alimentos, medicamentos, tratamientos y procedimientos, de acuerdo con las creencias musulmanas, qué mano utilizaría.

Derecha Izquierda

22. ¿Ha tenido Vd. algún problema para administrar medicamentos y/o alimentos a un paciente musulmán con motivo de la observancia del Ramadán o ayuno?

SI ____ NO ____

23. ¿Conoce Vd. el ritual musulmán de amortajar a sus difuntos?

SI ____ NO ____

24. ¿Conoce Vd. el valor simbólico de la barba para el varón musulmán?

SI ____ NO ____

25. ¿En el cuidado a pacientes musulmanes, ha observado en los pacientes o sus familias alguna práctica relacionada con la medicina popular, religión, intimidad, valores, creencias, normas o costumbres sociales?

SI ____ (especificar)
NO ____



**“ESTUDIO DE LOS CUIDADOS A PACIENTES
EXTRANJEROS INGRESADOS EN EL HOSPITAL
GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE
DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA
TRANSCULTURAL”**

CUESTIONARIO A.S.K.E.D.

 Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Equipo Investigación

Miguel Ángel Fernández Molina
Dr. José Siles Gonzalez

Proyecto de Investigación Programa de Doctorado
Antropología Biológica y de la Salud

Universidad de Alicante
Departamento de Biotecnología
Campus de Sant Vicent del Raspeig
Ap. Correos 99 – E-03080 Alicante



COMPETENCIA CULTURAL

“La competencia cultural consiste en la capacidad de afrontar los retos de la diversidad cultural, favorecer el acceso a los servicios sanitarios y disminuir la discriminación en Salud/Asistencia Sanitaria”

Knowledge (conocimiento) ¿Puede describir las diferencias de grupos culturales diferentes?

Encounter (encuentro) ¿Procura que sus entrevistas con individuos de otros grupos culturales sean clínicamente eficientes?

Desire (deseo) ¿Quiere realmente ser competente culturalmente?

 (Espacio abierto para consignar cuestiones consideradas relevantes)

1. ¿Cuántos años tiene? _____ Años
2. ¿Cuál es su sexo? Hombre _____ Mujer _____
3. ¿Cuál es su titulación académica? (ATS, D.E., Titulado Superior en Enfermería) _____
4. ¿Cuál es el área donde trabaja habitualmente? _____
5. ¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión? _____ años.

AUTOEXAMEN INFORMAL DE EVALUACIÓN ASKED¹

Awareness (conciencia) ¿Es consciente de sus prejuicios y prejuicios hacia otros grupos culturales, así como del racismo en los servicios sanitarios?

Skill (habilidad) ¿Sabe realizar una valoración cultural?

¹ (Josepha Campinha-Bacote 1991)

