



Afrontar las barreras para mejorar la alfabetización sanitaria y la competencia cultural en distintas poblaciones

DEBRA S. POLSTER, DNP, MS, APRN, CCRN, CCNS

Resumen. Los buenos resultados del paciente dependen de una comunicación clara. Ser consciente de la alfabetización sanitaria, la competencia cultural y las disparidades/desigualdades sanitarias es fundamental para ofrecer cuidados con empatía a los pacientes y sus familiares. Las pautas para ofrecer cuidados culturalmente competentes pueden mejorar la experiencia del paciente y la comunicación con el personal sanitario.

Palabras clave: competencia cultural, poblaciones distintas, práctica basada en la evidencia, alfabetización sanitaria, pautas de enfermería.

LOS BUENOS RESULTADOS del paciente dependen de una comunicación y una comprensión claras. Es conocida la correlación entre alfabetización sanitaria limitada y mala salud. En 2004, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y la National Academy of Medicine (NAM; anteriormente, el Institute of Medicine) publicaron informes con revisiones completas de la bibliografía sobre alfabetización sanitaria y resultados de salud. Ambos informes establecían que la alfabetización sanitaria limitada se relaciona negativamente con el uso de servicios de prevención (como las vacunas antigripales estacionales), el tratamiento de los trastornos de salud crónicos (como la diabetes) y la información sobre bienestar facilitada por los pacientes. Los investigadores también descubrieron un vínculo entre la alfabetización sanitaria limitada y un aumento de las visitas e ingresos hospitalarios evitables. Otros estudios han vinculado alfabetización sanitaria limitada con errores de comprensión de las instrucciones de los medicamentos recetados, errores de medicación, escasa comprensión de la etiqueta nutricional y aumento de la mortalidad¹.

En Estados Unidos, el 88% de los adultos tienen limitaciones de alfabetización sanitaria y 77 millones de estadounidenses (más de una tercera parte de los adultos del país) están expuestos al reto de realizar tareas de cuidado personal y familiar programadas, como

seguir instrucciones después del alta, tomar medicamentos recetados y cumplir el calendario de vacunación infantil². Las personas con bajo nivel de alfabetización sanitaria son más propensas a tener mala salud².

Las enfermeras tienen numerosos retos al cuidar a distintas poblaciones cuando existen barreras culturales y de alfabetización. Los pacientes tienen derecho a la información sanitaria para poder tomar decisiones informadas. Entre los objetivos de una asistencia sanitaria de calidad se encuentran los cuidados centrados en el paciente y equitativos para poblaciones distintas³⁻⁵. De acuerdo con la NAM, el objetivo para mejorar la asistencia sanitaria es lograr que la atención sea equitativa, independientemente de las características personales, como el origen étnico, la ubicación geográfica, el sexo o el nivel socioeconómico³.

En el sistema sanitario se está produciendo una transformación rápida y espectacular, y las diferencias raciales y étnicas en la asistencia sanitaria persisten a pesar de que se posee una mayor conciencia de ellas⁵. Las desigualdades en la asistencia sanitaria tienen un coste y son poco éticas, pero estas barreras pueden reducirse con estrategias integrales para transformar las instituciones⁵.

La campaña Healthy People 2020 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos tiene cuatro objetivos principales:

- Lograr la equidad en salud, eliminar las diferencias y mejorar la salud de todos los grupos de población.
- Conseguir una vida más larga sin enfermedades evitables, lesiones, discapacidades y muerte prematura.
- Establecer entornos físicos y sociales que favorezcan una buena salud.
- Fomentar la calidad de vida y los comportamientos saludables a lo largo de la vida⁶.

Los objetivos integrales y englobantes para la promoción de la salud, la asistencia sanitaria y la educación mejorarán la calidad de vida de la población.

Alfabetización sanitaria

La alfabetización sanitaria es la capacidad de adquirir, procesar y comprender la información y los servicios sanitarios básicos para tomar decisiones de salud adecuadas⁷⁻⁹. De acuerdo con el Departamento de Educación de Estados Unidos, solo el 12% de los adultos angloparlantes de Estados Unidos tienen conocimientos suficientes de alfabetización sanitaria⁷. Aproximadamente, el 45% de los graduados de secundaria de Estados Unidos tienen conocimientos limitados de salud⁷⁻¹⁰. Las decisiones sobre asistencia sanitaria pueden verse obstaculizadas por la falta de conocimientos sobre salud en la comunicación entre pacientes, familiares y miembros del equipo sanitario interdisciplinario.

Con una población cada vez más diversa y envejecida, aumentan los retos de la alfabetización sanitaria⁵. Las enfermeras, los médicos y los miembros del equipo sanitario interdisciplinario deben abordar estos desafíos para reducir el riesgo de daños causados por errores de medicación, formación inadecuada del paciente, falta de seguimiento de los planes de alta hospitalaria, reingresos hospitalarios costosos y resultados de salud deficientes en general. Las habilidades basadas en la evidencia y culturalmente competentes pueden ofrecer enfoques positivos centrados en el paciente y la familia para reducir las diferencias en salud⁶.

Competencia cultural

El conocimiento y las habilidades de las enfermeras deben continuar evolucionando para abordar las necesidades de los nuevos grupos de población. Las creencias y prácticas sanitarias de pacientes y familiares pueden variar de las propias. Los valores y tradiciones personales de las enfermeras

deben examinarse para identificar las diferencias culturales en la prestación de cuidados al paciente. Las pautas de asistencia sanitaria que ofrecen una estructura para los médicos de cabecera y los directores administrativos pueden repercutir positivamente en los resultados de los pacientes de distintas poblaciones⁷.

Las diferencias raciales y étnicas y el bajo nivel socioeconómico pueden contribuir a las diferencias en salud⁷⁻⁹. Deben reconocerse los grupos de población vulnerables y se les debe apoyar para reducir las desigualdades en salud observadas en todas las áreas de cuidado de pacientes.

Las estrategias de comunicación eficaces son una prioridad en Healthy People 2020 para mejorar la salud de la población y lograr la equidad en salud. La Joint Commission solicita más formación y la utilización de recursos que aborden la competencia cultural y las desigualdades en salud que perjudican el cuidado de los pacientes y la práctica de la asistencia sanitaria⁸.

Causas subyacentes

Las diferencias en salud son variaciones en la prevalencia, la incidencia, la mortalidad y la carga de enfermedad y otros problemas de salud que representan un reto entre grupos específicos. Estas diferencias pueden basarse en la raza o el origen étnico, el sexo, la educación u otros criterios. Por ejemplo, las personas con problemas cognitivos o de salud mental pueden tener acceso limitado a una asistencia sanitaria adecuada.

Aunque la alfabetización sanitaria limitada afecta a la mayoría de los adultos en algún momento de sus vidas, algunos grupos tienen más probabilidades que otros de tener algún grado de analfabetismo sanitario. Entre los grupos de población específicos que tienen un nivel más bajo de alfabetización sanitario se encuentran:

- Mayores de 64 años.
- Grupos étnicos y raciales no blancos.
- Nuevos refugiados e inmigrantes.
- Aquellos que no tienen el bachillerato o educación secundaria.
- Aquellos con salarios al nivel de pobreza por debajo de este.
- Personas no angloparlantes.

A pesar de la mejora de la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad, subsisten considerables desigualdades para las minorías. Por ejemplo, a los hawaianos nativos/isleños del Pacífico y a los adultos hispanos se les diagnostica diabetes tres veces

más y 1,7 veces más que a los adultos blancos no hispanos, respectivamente⁸. A los adultos norteamericanos nativos/nativos de Alaska se les diagnostica cardiopatía dos veces más que a los adultos blancos no hispanos¹⁰. En asociación con enfermedades crónicas, el 14,4% de los adultos negros no hispanos están desproporcionadamente discapacitados en relación con los adultos blancos no hispanos (12,4%), los adultos hispanos (8,7%) y los adultos asiáticos (7,6%)⁹.

El factor no biológico más poderoso que influye en el desarrollo de las desigualdades en salud es la pobreza, que crea algunos de los factores socioculturales y conductuales que ejercen una notable influencia a lo largo de toda la vida. Los comportamientos poco saludables y las viviendas deficientes pueden afectar directamente a la salud y pueden provocar el desarrollo de enfermedades crónicas, así como cáncer y reducción de la esperanza de vida. Por ejemplo, los comportamientos poco saludables, como fumar, afectan directamente a las desigualdades en salud en general y específicamente a aquellas relacionadas con el cáncer. El consumo de tabaco es mayor entre las personas de grupos socioeconómicos bajos y aumenta el riesgo de muerte y discapacidad^{9,10}.

Con estos antecedentes, un debate sobre desigualdades en salud en el contexto de la prevención del cáncer plantea un amplio espectro de problemas, incluida la forma en que las desigualdades en salud del cáncer influyen en el éxito de los esfuerzos de prevención del cáncer y en la efectividad de las estrategias para superar las barreras a la alfabetización sanitaria⁹⁻¹³.

Consideraciones de enfermería

El papel fundamental de la enfermera es ser la defensora del paciente. La atención a las necesidades, intereses y valores del paciente debe ser la prioridad de los cuidados en el tratamiento de las enfermedades.

Las enfermeras tienen la obligación moral de respetar y proteger los derechos de los pacientes¹⁰. Con la mejora de las habilidades de alfabetización sanitaria, los pacientes y sus familiares pueden encontrar recursos y servicios comunitarios, y tomar decisiones informadas sobre su propia asistencia médica¹¹⁻¹⁴.

Las estrategias efectivas de enfermeras y profesionales sanitarios para mejorar la información, la comunicación y la toma de decisiones informadas del paciente incluyen:

- El uso de diversos tipos e instrumentos de comunicación con los pacientes; por ejemplo, incorporar imágenes, simulaciones y tarjetas de puntuación sobre el rendimiento para medir los logros y analizar la comunicación escrita y verbal.
- El uso de programas disponibles, como *Questions Are the Answer* de AHRQ (www.ahrq.gov/topics/questions-areanswer.html), para intentar planificar la comunicación con los pacientes.
- El uso de métodos basados en la evidencia para comprobar la comprensión del paciente, como el método demostrativo, para garantizar que los pacientes comprendan la información sobre sus medicamentos, tratamientos, procedimientos, pruebas y dispositivos médicos.
- La comprobación de que los farmacéuticos ofrecen la asesoría necesaria en un lenguaje que los pacientes puedan comprender sobre los medicamentos dispensados según lo exige la ley.
- La utilización de tecnologías centradas en el paciente, como las redes sociales, para mejorar el acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria.
- La participación en formación continua y capacitación en habilidades de alfabetización sanitaria, lenguaje sencillo y servicios cultural y lingüísticamente adecuados^{6,15-20}.

Entre otras estrategias innovadoras basadas en la evidencia para mejorar el conocimiento de la asistencia sanitaria se encuentran la participación de pacientes en pruebas piloto de nuevos programas y materiales educativos impresos. Realizar una prueba con una pequeña muestra de pacientes para establecer las preferencias en cuanto al estilo, el diseño y el contenido puede mejorar la eficacia del material educativo. La evaluación piloto debe incluir una evaluación en tiempo real de la información aprendida tras utilizar el método de enseñanza. La validación de los conocimientos y las habilidades aprendidas mediante la demostración proporcionará una evaluación más precisa de la formación impresa y verbal^{1-6,17}.

Uso de intérpretes

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, *Patient Protection and Affordable Care Act*) de 2013 indica que es obligatorio que toda la información se dé en un lenguaje sencillo que sea cultural y lingüísticamente comprensible para los pacientes con un dominio limitado del inglés. Con la nueva ley PPACA de 2016, un

intérprete cualificado es aquel que “a través de un servicio de interpretación a distancia o presencial: a) hace suyos los principios de ética del intérprete generalmente aceptados, incluida la confidencialidad del paciente; b) ha demostrado su competencia para hablar y comprender tanto el inglés hablado como, al menos, otro idioma hablado, y c) es capaz de interpretar de manera eficaz, precisa e imparcial, tanto receptiva como expresamente, desde y hacia ese(esos) idioma(s) y el inglés, utilizando el vocabulario y la fraseología especializados necesarios”²¹⁻²³.

Las habilidades basadas en la evidencia y culturalmente competentes pueden ofrecer enfoques positivos centrados en el paciente y la familia para reducir las diferencias en salud.

El objetivo del intérprete es traducir la conversación al paciente, no reemplazarlo. Si utiliza una cámara para la interpretación a distancia, coloque una cámara de cara al paciente y a los participantes en la llamada para garantizar la interacción cara a cara. Dé más tiempo al traductor y proporcione cualquier información útil para que se la prepare para la sesión. Tenga en cuenta que necesitará un poco más de tiempo para establecer la conexión, para la configuración de la tecnología y para cualquier imprevisto. La formación debe incluir el proceso de notificación y colaboración con los servicios de interpretación²⁴.

Pautas para el cuidado de enfermería culturalmente competente

Las enfermeras y los miembros del equipo sanitario interdisciplinario pueden ofrecer enfoques individualizados para reducir la incompetencia cultural. Las siguientes pautas, elaboradas por miembros del grupo de trabajo del grupo de expertos de la American Academy of Nursing Expert Panel on Global Nursing and Health, la American Nurses Association Expert Panel for Cultural Competence y la Transcultural Nursing Society, ofrecen estructura organizativa y procesos para enfermeras y miembros del equipo sanitario interdisciplinario¹²⁻¹⁸. Definen objetivos para alcanzar el más

alto nivel de práctica y son aplicables a la enfermería en todo el mundo.

Conocimiento de las culturas. Las enfermeras obtendrán conocimientos y se concienciarán de las perspectivas, valores, tradiciones, prácticas y sistemas familiares de personas, familias, comunidades y poblaciones culturalmente diversas a las que atienden. Las enfermeras deben conocer las complejas variables que afectan a la salud y el bienestar de sus pacientes.

Formación y prácticas en cuidados culturalmente competentes. Las enfermeras obtendrán los conocimientos y las habilidades para garantizar que los cuidados de enfermería sean culturalmente compatibles y se incluirán en los programas de asistencia sanitaria globales que exigen una educación formal y enseñanza clínica. La formación continua debería ser la norma para todas las enfermeras.

Reflexión crítica. Las enfermeras reflexionarán críticamente sobre sus propias creencias, valores y tradiciones culturales para ser conscientes de cómo estos valores y asuntos pueden interferir en unos cuidados del paciente culturalmente compatibles.

Comunicación transcultural. Las enfermeras utilizarán técnicas de comunicación verbal y no verbal culturalmente competentes para establecer los valores, creencias, prácticas, percepciones y necesidades de asistencia sanitaria propios del paciente.

Práctica culturalmente competente. Las enfermeras utilizarán conocimientos interculturales y habilidades que sean sensibles cuando presten cuidados al paciente culturalmente competentes.

Competencia cultural en sistemas y centros sanitarios. Los centros sanitarios ofrecerán la estructura y los recursos necesarios para analizar y satisfacer las necesidades culturales y lingüísticas de pacientes diferentes.

Defensa y pleno ejercicio de los derechos del paciente. Las enfermeras identificarán el efecto de las políticas, los recursos y las prestaciones sanitarias en sus poblaciones de pacientes. Podrán fomentar la autonomía y apoyar a sus pacientes si es necesario. Las enfermeras defenderán la inclusión de prácticas y creencias culturales en todas las áreas de la asistencia sanitaria.

Personal multicultural. Las enfermeras se esforzarán en apoyar a un personal multicultural en la asistencia sanitaria con medidas de reclutamiento y retención en hospitales y en todos los entornos sanitarios.

Dirección intercultural. Las enfermeras influirán en las personas y los sistemas

para abordar los resultados de los cuidados culturalmente especializados para poblaciones diversas. Las enfermeras estarán informadas y capacitadas para trabajar en centros públicos y privados. Se establecerán políticas y pautas para la implementación y evaluación generalizadas de los cuidados al paciente culturalmente competentes.

Práctica e investigación basadas en la evidencia. Las enfermeras aplicarán intervenciones que se han probado científicamente y se han establecido como las más efectivas para poblaciones culturalmente diversas. Las enfermeras investigadoras examinarán y probarán nuevas intervenciones eficaces para reducir las desigualdades en los resultados de salud¹¹⁻¹⁷.

Además, el *Health Literacy Universal Precautions Toolkit* de la AHRQ (www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/qualityresources/tools/literacy-toolkit/index.html) puede ayudar a las enfermeras y a los miembros del equipo interdisciplinario a desarrollar habilidades fundamentales similares para la superación de las barreras en la comunicación^{6,10-14}.

Las comunidades son cada vez más diversas en todo el país y los equipos de asistencia sanitaria ya reconocen la importancia de los servicios cultural y lingüísticamente adecuados en la disciplina y el contexto específicos. Es importante que los cuidadores sigan una formación en competencia cultural y actividades relacionadas con el desarrollo de la función de las enfermeras. Los ejercicios educativos y de desarrollo de habilidades que mejoran la comprensión de las diferentes culturas pueden incluirse en los programas de orientación de los centros. Las evaluaciones anuales de competencia también pueden ofrecer formación centrada en las culturas y la población hospitalaria predominantes en la comunidad.

Los ejercicios de desarrollo de habilidades que utilizan la simulación pueden aumentar la comodidad y la capacidad para comunicarse y establecer relaciones con los pacientes y sus familias en muchas formas de diversidad. Los cuidadores de pacientes pueden beneficiarse de la inclusión en actividades formativas que reducen los retos de la diversidad¹⁵.

Estrategias para mejorar la comunicación

La asistencia centrada en el paciente y la familia exige estrategias de comunicación claras y efectivas. Dar explicaciones en un

lenguaje sencillo mejora la comprensión del paciente y la familia. Debe hacerse hincapié en los mensajes clave repitiéndolos y reformulándolos.

La demostración de retorno puede validar las habilidades aprendidas de la enfermera. El método demostrativo sencillamente confirma lo que el paciente y su familia escucharon decir a la enfermera; no es una prueba de la capacidad del paciente para realizar las habilidades enseñadas por la enfermera. Cuando el paciente y los miembros de su familia verbalizan correctamente lo que escucharon, esto confirma que la enfermera formó bien al paciente.

Otras estrategias incluyen las siguientes recomendaciones basadas en la evidencia:

- Las instrucciones deben darse lentamente y en un lenguaje sencillo que pueda entenderse con facilidad.
- Las preguntas deben ser sencillas y estar enfocadas para confirmar los puntos esenciales de cuidado personal.
- Los materiales educativos impresos deben ofrecer herramientas visualmente atractivas que hagan hincapié en las necesidades fundamentales de cuidado en el hogar.
- Las sesiones formativas no deben tener interrupciones y deben llevarse a cabo en un entorno tranquilo sin distracciones.
- Cuando proceda, los cuidadores de los pacientes y los miembros de su familia deben incluirse para recibir mayor apoyo.

La comunicación es fundamental

Ser consciente de la alfabetización sanitaria, la competencia cultural y las disparidades/desigualdades sanitarias es fundamental para ofrecer cuidados con empatía a los pacientes y sus familiares. Las pautas para ofrecer cuidados culturalmente competentes pueden mejorar la experiencia del paciente y la comunicación con el personal sanitario. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
2. Loan LA, Parnell TA, Stichler JF, et al. Call for action: nurses must play a critical role to enhance health literacy. *Nurs Outlook*. 2018;66(1):97-100.
3. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
4. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2015: With Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2016.
5. Betancourt JR, Corbett J, Bondaryk MR. Addressing disparities and achieving equity: cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest*. 2014;145(1):143-148.

6. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010.

7. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. 2010. www.hhs.gov.

8. Logan RA, Wong WF, Villaire M, et al. Health literacy: a necessary element for achieving health equity. *National Academy of Medicine*. 2015. <https://nam.edu/perspectives-2015-health-literacy-a-necessary-element-for-achieving-health-equity>.

9. Feinberg I, Greenberg D, Talwar A. Cultural competence and health literacy. In: Kopera-Frye K, ed. *Health Literacy Among Older Adults*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2017:201.

10. Lie D, Carter-Pokras O, Braun B, Coleman C. What do health literacy and cultural competence have in common? Calling for a collaborative health professional pedagogy. *J Health Commun*. 2012;17(suppl 3):13-22.

11. Douglas MK, Rosenkoetter M, Pacquiao DF, et al. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *J Transcult Nurs*. 2014;25(2):109-121.

12. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016;132:3-12.

13. Baron SL, Beard S, Davis LK, et al. Promoting integrated approaches to reducing health inequities among low-income workers: applying a social ecological framework. *Am J Ind Med*. 2014;57(5):539-556.

14. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. *Am J Prev Med*. 2014;46(3 suppl 1):S87-S97.

15. Negarandeh R, Mahmoodi H, Noktehdan H, Heshmat R, Shakibzadeh E. Teach back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/dietary adherence among low health literate patients with type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2013;7(2):111-118.

16. Agency for Healthcare Research and Quality. *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, 2nd ed. 2010. www.ahrq.gov/professionals/qualitypatient-safety/quality-resources/tools/literacytoolkit/index.html.

17. Brega AG, Freedman MA, LeBlanc WG, et al. Using the Health Literacy Universal Precautions Toolkit to improve the quality of patient materials. *J Health Commun*. 2015;20(suppl 2):69-76.

18. Polster D. Patient discharge information: tools for success. *Nursing*. 2015;45(5):42-49; quiz 49-50.

19. Polster D. Preventing readmissions with discharge education. *Nurs Manage*. 2015;46(10):30-37; quiz 37-38.

20. Koh HK, Gracia JN, Alvarez ME. Culturally and Linguistically Appropriate Services—advancing health with CLAS. *N Engl J Med*. 2014;371(3):198-201.

21. Hunt D. New 2016 ACA rules significantly affect the law of language access. 2016. www.cmelearning.com/new-2016-aca-rules-significantly-affect-the-law-of-language-access.

22. Smith E, Dent CL. Improving language interpretation practices. *Nursing*. 2018. 48(7):2018:1-4.

23. Douglas M. Building an organizational environment of cultural competence. In: Douglas M, Pacquiao D, Purnell L (eds). *Global Applications of Culturally Competent Health Care: Guidelines for Practice*. Cham, Switzerland; Springer; 2018; 203-213.

24. Ali PA, Watson R. Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: nurses' perspectives. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):e1152-e1160.

Debra S. Polster es directora de desarrollo profesional y formación clínica en el Porter Health Care System en Valparaiso, Ind.

La autora y los editores han declarado no tener ningún conflicto de intereses potencial, económico o de otro tipo relacionado con este artículo.