

TREBALL FI DE GRAU EN INFERMERIA

La competència cultural de les infermeres
d'atenció primària envers la comunitat gitana

PROJECTE DE RECERCA

Sara Vives Álvarez

Tutora: Dra. Carme Bertran Noguer

Estudis de Grau en Infermeria

Curs acadèmic 2018-2019

AGRAÏMENTS

M'agradaria començar agraint a totes aquelles persones que em varen recolzar i animar a endinsar-me en aquesta segona etapa universitària, avui ja finalitzada. Com també a tots i totes aquells i aquelles que han estat seguint a prop meu aquests darrers quatre anys.

Primerament, agrair tot el suport rebut a la meva tutora, la Carme Bertran Noguera, per ser-hi sempre que ho he necessitat i per encoratjar-me a seguir endavant en tot moment. Donar-li les gràcies per fer-me de guia, i per saber transmetre'm suggeriments i crítiques constructives amb la finalitat de poder seguir millorant.

En segon lloc, vull donar gràcies a la meva parella i al meu gran nucli familiar per tota l'estima i força que m'han estat donant durant tot aquest intens procés. En els moments més durs d'aquest últim esprint del grau, sempre han estat molt presents i han tret de mi aquell positivisme que en certes situacions s'esfuma.

En tercer lloc, agrair a tot el col·lectiu de professors docents de la Universitat de Girona i als professionals de la salut, que han contribuït a ser la infermera que soc. Espero poder seguir avançant amb més coneixement i experiències viscudes, tot millorant en cadascun dels àmbits i habilitats d'aquesta professió que tant m'omple.

Finalment, voldria agrair a totes les companyes de promoció pel suport mutu que ens hem anat donant durant aquests quatre anys del grau, i que tant ens ha ajudat a tirar endavant.

A tots/es ells/es,

Moltes gràcies!

ÍNDEX

RESUM.....	5
ABSTRACT	6
MARC TEÒRIC.....	7
1. INTRODUCCIÓ	7
2. APROXIMACIÓ AL POBLE GITANO.....	9
2.1. Breu història del poble gitano.....	9
2.2. Dades demogràfiques del poble gitano	10
2.3. Determinants de la salut.....	11
2.3.1. Educació.....	12
2.3.2. Ocupació/Situació laboral.....	13
2.3.3. Habitatge.....	14
2.3.4. Família i comunitat	15
2.3.5. Gènere: dona gitana	15
3. LA COMUNITAT GITANA I LA SALUT.....	17
3.1. Percepcions i visions de la salut.....	18
4. ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT I ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA	20
4.1. L'atenció centrada en la persona.....	20
4.2. Comunicació	22
4.3. Barreres en l'atenció sanitària cultural, actituds i prejudicis	23
4.4. Estratègies per millorar l'atenció sanitària	24
5. LA INFERMERIA TRANSCULTURAL.....	26
5.1. Origen de la infermeria transcultural	26
6. LA COMPETÈNCIA CULTURAL	28
6.1. Definint conceptes.....	28
6.2. Models de competència cultural	31
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	35
OBJECTIUS	41
MATERIALS I MÈTODES.....	42
1. DISSENY I PERÍODE DE L'ESTUDI	42
2. ÀMBIT D'ESTUDI.....	42

3. POBLACIÓ D'ESTUDI	42
4. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ	42
5. MOSTRA	43
6. ELEMENTS D'ESTUDI	44
7. TÈCNiques I INSTRUMENTS D'ESTUDI	44
8. PROCEDIMENT	47
9. ANÀLISIS DE DADES	49
10. CONSIDERACIONS ÈTIQUES	49
11. LIMITACIONS	50
12. APLICABILITAT DELS RESULTATS DE L'ESTUDI A LA PRÀCTICA INFERMERA	50
13. CRONOGRAMA	51
PRESSUPOST ECONÒMIC	53
ANNEXES	54
ANNEX 1 – Carta d'autorització responsables CAP Vila-Roja	54
ANNEX 2 – Carta d'autorització responsables CAP Ernest Lluch	55
ANNEX 3 – Estructura observació participant	56
ANNEX 4 – Guió entrevista semiestructurada	57
ANNEX 5 – Guió dels grups de discussió	58
ANNEX 6 – Sol·licitud Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC)	59
ANNEX 7 – Consentiment informat pels participants	60

RESUM

Antecedents: Un dels grups minoritaris més desfavorits mundialment el constitueix l'ètnia gitana. Aquest col·lectiu presenta pitjor estat de salut que la resta de població i pateix el que identifica l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com a "desigualtats de salut". La salut del poble gitano també es veu afectada negativament per certs factors culturals. Els prejudicis i l'exclusió social que experimenten poden influir en la seva atenció de la salut. Les infermeres tenen una posició ideal per contribuir activament a fer front a les iniquitat de salut. L'atenció infermera culturalment competent permetria brindar atenció d'alta qualitat en contextos de diversitat cultural.

Objectius: Analitzar la percepció i experiència de la competència cultural de la comunitat gitana, atesa en l'atenció primària de la Regió Sanitària de Girona, i la dels professionals d'infermeria que els hi presten servei.

Disseny: Estudi qualitatiu de caire fenomenològic.

Participants: Dos grups de participats: infermeres i infermers d'Atenció Primària de les ciutats de Girona i Figueres, i la població gitana resident a aquestes dues ciutats.

Mètodes: Recollida d'informació obtinguda a través d'observació participant, grups de discussió i entrevistes semiestructurades amb gravació i posterior anàlisi de contingut.

Aplicabilitat dels resultats: Els resultats obtinguts en aquest estudi contribuiran a conèixer les percepcions del col·lectiu gitano gironí respecte l'atenció rebuda, en termes de competència cultural per part del personal d'infermeria en l'Atenció Primària i podran contribuir a l'establiment d'accions adreçades a fomentar l'atenció a la salut des d'una perspectiva transcultural. Permetrà també el desenvolupament del pensament crític.

Paraules claus: competència cultural; infermeria transcultural; determinants socials de la salut; Roma; grup ètnic; atenció primària de la salut; investigació qualitativa

ABSTRACT

Background: One of the world's most disadvantaged minority groups is the Roma. This group presents a worse state of health than the rest of the population and suffers the one identified by the World Health Organization (WHO) as "health inequalities". The health of the Romany population is also negatively affected by certain cultural factors. The prejudices and social exclusion they experience can influence super health care. Nurses are ideally placed to actively contribute to addressing health inequities. Culturally competent nursing care would provide high quality care in culturally diverse settings.

Objectives: To analyze the perception and experience of the cultural competence of the gypsy community, served in the primary health care of the Girona Health Region, and that of the nursing professionals who serve them.

Design: Qualitative study of phenomenological type.

Participants: Two groups of participants: Primary Care nurses from the cities of Girona and Figueres, and the gypsy population living in these two cities.

Methods: Collection of information obtained through participant observation, discussion groups and semi-structured interviews with recording and subsequent analysis of content.

Applicability of the results: The results obtained in this study will contribute to know the perceptions of the gypsy collective of Girona with respect to the attention received, in terms of cultural competence on the part of the nursing staff in primary health attention and may contribute to the establishment of actions aimed at promoting health care from a cross-cultural perspective. It will also allow the development of critical thinking.

Key words: cultural competency; transcultural nursing; social determinants of health; Roma; ethnic group; primary health care; qualitative research

MARC TEÒRIC

1. INTRODUCCIÓ

Actualment, les societats occidentals estan conformades per la permanència de diferents cultures i subjectes a constants canvis culturals. El món i les persones que l'habiten són heterogènies, formades per diferents comunitats i grups, molts dels quals tenen els seus propis valors i pràctiques culturals (1).

Dins de la diversitat cultural, a Europa, un dels grups minoritaris més desfavorits el constitueix l'ètnia gitana. Pel que fa a la salut, al 2006, el Centre Europeu pels Drets dels Gitanos (*ERRC*, en les seves sigles en anglès), destacava l'exclusió del poble gitano dels serveis sanitaris a tot Europa (2).

A l'Estat Espanyol, aquest grup minoritari representa un dels casos més evidents de discriminació ètnica i d'exclusió social (3). L'any 2005 el Parlament Europeu va reconèixer el poble gitano com una minoria europea, i des de llavors, s'han elaborat nombroses polítiques i mesures per millorar la situació del poble gitano i lluitar contra l'antigitanisme. Des dels governs de diferents països, entre ells Espanya, es defineixen i implementen actuacions en diversos àmbits com la educació, treball, habitatge i salut (4).

Segons les dades més recents de l'Estat Espanyol publicades al *Pla integral del poble gitano a Catalunya 2017-2020*, impulsat per la Generalitat de Catalunya, reflecteixen una reducció significativa de l'exclusió en l'àmbit de la salut durant els últims anys essent del 52,7% el 2007 i del 42,5% el 2013. No obstant això, la desigualtat amb la resta de població continua sent significativa: l'exclusió en l'àmbit de salut del poble gitano és tres vegades superior a la resta de ciutadans i ciutadanes. Aquesta exclusió en salut fa referència a una taxa d'obesitat més elevada que la resta de la població, així com a la presència d'altres malalties relacionades amb la manca d'hàbits saludables o problemes en l'accés als serveis de salut pública. A més, és necessari assenyalar que en general el poble gitano, tant a l'Estat Espanyol com a Catalunya, té una taxa més alta de mortalitat infantil i una taxa més baixa d'esperança de vida (4).

La Parra et al., en un article recent del 2018 on realitzaren una comparació entre el poble gitano i la població general espanyola, van afirmar que els primers presenten un pitjor estat de salut autoavaluat i d'una major prevalença de malalties cròniques (5).

Pel que fa a Europa, la Comissió Europea (CE) en el *Roma Health Report* (2014), va recollir una sèrie de dades dels Estats membres de la UE on es va identificar que les relacionades amb

l'esperança de vida eren molt limitades a nivell nacional i regional, essent la majoria estimacions. En general a tots els Estats de la UE, l'esperança de vida del poble gitano és substancialment inferior a la resta de població no gitana, oscil·lant entre 5 a 20 anys menys, depenent del país. Aquest mateix informe relata que gairebé dos terços dels 31 països inclosos en l'estudi (60%) estimen o poden estimar evidenciar una pitjor salut del poble gitano en comparació amb la resta de població (6).

Per altra banda, la CE també afirma que les comunitats gitanes pateixen taxes més elevades de malalties cròniques (com l'asma, la diabetis, malalties cardiovasculars, hipertensió, etc.). Aquest fet es relaciona amb la major prevalença dels factors de risc (com per exemple, la dieta, l'exercici, l'estrès), l'escàs accés a l'atenció primària i als programes de salut preventius (6).

Aquestes diferències sistèmiques de l'estat de salut de diferents grups de població són identificades per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com a "desigualtats de salut" (7). Si bé aquestes desigualtats en matèria de salut poden atribuir-se als determinants socioeconòmics de la salut, com la falta d'habitatge, la falta d'educació, els problemes laborals i molts altres, la salut del poble gitano també pot veure's afectada negativament per certs factors culturals. Els prejudicis i l'exclusió social que experimenten de la societat "dominant" no són menys importants, i poden influir en la seva atenció de la salut (8).

La promulgació de polítiques en salut són importants per disminuir aquestes desigualtats i exclusió, però, també ho són els professionals de la salut que treballen diàriament amb els usuaris. Les infermeres tenen una posició ideal per contribuir activament a fer front a les iniquitat de salut, oferint una atenció d'alta qualitat. Les infermeres són el grup de professional més gran que tenen contacte diari amb la població a través de diversos contextos assistencials, com ara el domicili, l'escola, la comunitat i els hospitals (1).

Rebre una atenció igualitària i d'alta qualitat, tenint en compte les necessitats culturals de les persones usuàries del sistema de salut, es defineix com un dret en la legislació nacional i internacional, així com en els codis d'ètica professionals com per exemple el Consell Internacional d'Infermeres (9) o el Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya (10). Per tant, és una obligació legal i també moral que les infermeres siguin culturalment competents per poder brindar atenció d'alta qualitat en la diversitat cultural dels usuaris (11).

2. APROXIMACIÓ AL POBLE GITANO

Rom és el nom que designa a la població gitana en llengua gitana – el romanès– i significa “home”, el femení és *Romaní* (“dona”) i el plural *Roma*. El terme “gitano”, segons el context, pot tenir connotacions pejoratives i és ofensiu per a molts gitanos d'Europa, mentre que alguns gitanos romanesos poden estar orgullosos de la identificació. En anglès, la terminologia per referir-se al col·lectiu gitano és molt variada: *Gypsies*, *Travellers* (persones itinerants), *New Age Travellers*, *Sinti* o *Bargees/Boat dwellers* (2).

El poble gitano, en la protesta *Sobre la denominación del Pueblo Gitano en los documentos oficiales de la Conferencia Mundial Contra el Racismo* (2001) van reivindicar que se'ls denominin com un únic poble i amb un únic nom, “*Roma*”, en totes les parts del món. Les persones representants de les organitzacions gitanes van criticar als qui escriuen sobre elles i utilitzen múltiples denominacions per referir-se als seus membres. Consideren que això fa reforçar encara més la imatge estereotipada que la societat majoritària té sobre les persones d'ètnia gitana (12). El moviment associatiu gitano d'Espanya es va pronunciar a favor de la declaració mundial de les persones gitanes i des de llavors es pronuncien com a “poble gitano” (13). D'aquesta manera, el present article respecta aquesta declaració, i utilitza el terme “poble gitano” i “població gitana” per referir-se a tota la comunitat de persones que la formen.

2.1. Breu història del poble gitano

El poble gitano té com a origen geogràfic el nord-est de la Índia, concretament les zones del Punjab i Sinth. Fa més de 1.000 anys varen començar un període de migracions, en diverses etapes, des de la Índia cap a països occidentals. A Europa, aquesta població s'hi va assentar entre el segle XIV i XV, principalment a Espanya, Portugal, França, Alemanya, Rússia, Romania i Hongria (14).

Amb independència del seu origen, el que sempre ha estat una constant en la història del poble gitano a Europa, han estat les persecucions. Des del segle XV es van formular ordres i lleis amb un clar component discriminatori. La manera en la qual s'evidenciava aquesta discriminació era diferent depenent del moment històric, passant des de l'intent d'expulsió fins a la cerca d'eliminació física o a situacions d'esclavitud (14,15).

A Espanya, no va ser fins l'any 1878 que deixa d'existir una legislació repressiva específica dirigida contra la població gitana i passa a compartir teòricament els drets i els deures de la resta de la població espanyola. Teòricament, ja que afortunadament la dramàtica història no va aconseguir

ni l'expulsió ni l'eliminació física dels gitanos, però els seus efectes segueixen veient-se actualment. Arza i Carrón afirmen que la situació de desigualtat en al qual viu un sector important de la comunitat gitana no és aliè al tracte discriminatori que ha patit, i segons aquests autors, és l'herència d'aquesta persecució viscuda durant tants segles (15).

Amb l'arribada de la democràcia, a Espanya, la comunitat gitana ha experimentat millores en la seva situació social. La universalització de les polítiques de benestar social van influir clarament en aquesta realitat. No obstant, aquests avenços no han estat equiparables amb els aconseguits pel conjunt de la població general espanyola. En aquest sentit, Arza i Carrón manifesten que la bretxa entre la comunitat gitana i la resta de la societat espanyola ha augmentat (15).

El poble gitano té dues característiques en comú: l'autoinscripció com a gitano juntament amb una tradició cultural del nomadisme (fins i tot si no són viatgers), i les experiències d'estigma, discriminació i exclusió social (1,2). No obstant això, també és cert que existeixen diferències i creences culturals molt diverses dins d'un mateix grup que influiran en el seu comportament i les seves pràctiques culturals. Malgrat moltes comunitats tenen etiquetes genèriques que impliquen un component homogeni, existeix la diversitat dins dels seus respectius grups (1).

Pel que fa la discriminació, aquesta suposa un tracte no igualitari ni equitatiu, i té conseqüències perjudicials i desfavorables cap a determinades persones o col·lectius. Pot haver discriminació de diferents criteris, per ètnia, sexe, religió, creences o opinions, discapacitat, malaltia, edat, etc. Es pot parlar també de discriminació múltiple quan interactuen diverses causes de discriminació en la mateixa persona (15).

La Fundación Secretariado Gitano (FSG) –associació a nivell nacional espanyol sense ànim de lucre per a la promoció de la comunitat gitana–, anualment i des de fa 14 anys, elabora un informe sobre discriminació i comunitat gitana amb l'objectiu de visibilitat i denunciar la discriminació que lamentablement segueix patint aquesta comunitat. En la última edició (2018), es descriu la discriminació com un rebuig que perdura en el temps i que es tradueix en negar l'accés al sector laboral, l'habitatge, l'accés a béns i serveis, el discurs antigitanista en els mitjans de comunicació i internet, etc. Tots aquests fets, junt amb lesionar la dignitat humana, impedeixen l'exercici d'altres drets humans que són imprescindibles pel desenvolupament d'una vida digna (16).

2.2. Dades demogràfiques del poble gitano

El poble gitano és el grup ètnic minoritari més nombrós d'Europa. S'estima que hi habiten unes 12 milions de persones a països d'Europa, Amèrica i algunes àrees d'Àsia i Oceania. Les dades que

aporten Sordé et al., l'any 2013, en l'article *El pueblo gitano: una identidad global sin territorio* mostren que Europa és el continent on habiten la majoria de persones del poble gitano. Concretament al conjunt de països d'Europa Central i de l'Est: Romania (entre 1.800.000 i 2.500.000 persones), Bulgària (entre 700.000 i 800.000 persones) i Hongria (entre 400.000 i 1.000.000 de persones). Espanya és el següent país amb més població gitana, seguida de França i Itàlia. La presència del poble gitano, però, no acaba al territori del continent europeu. Segons Sordé et al. al continent americà s'estima que hi ha entre 800.000 i 1.000.000 de persones d'ètnia gitana al Brasil, més de 300.000 a Argentina i entre 15.000 i 20.000 a Xile. A Oceania, concretament a Austràlia, s'estima que hi habiten més de 22.000 persones. També hi ha presència de població gitana als Estats Units, però el cens no conté dades al respecte (13).

La quantificació de la mida real de la població gitana al món és controvertida, ja que es presenten variacions segons la font i també pel fet que no sempre existeix un cens (15). Respecte a Espanya, el nombre de població gitana espanyola també és difícil de concretar, però s'ha estimat entre 700.000 i 970.000, és a dir, entre l'1,5% i el 2,1% de la població total (17). La regió espanyola amb major nombre de gitanos i gitanes és Andalusia (amb una població estimada entre 270.000-350.000), seguida de Catalunya (amb uns 65.000-80.000 habitants) i Madrid (60.000 habitants) (18).

2.3. Determinants de la salut

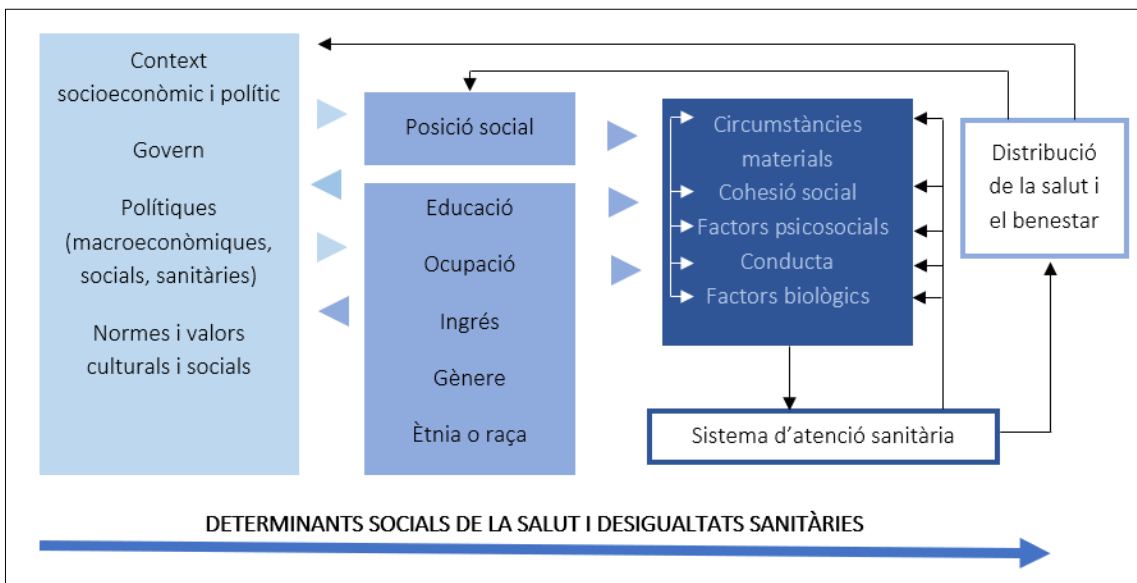
La salut està determinada per factors socials que constitueixen les circumstàncies en les quals les persones viuen. Merino i Campos (2016), en el capítol de *Equidad y Salud*, dins del llibre *Desigualdad en salud y comunidad gitana. Análisis y propuestas desde el ámbito sociosanitario*, defineixen els determinants socials de la salut com les circumstàncies en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclús el sistema de salut que influeix positivament o negativament en la salut (19).

Existeixen diversos models dels determinants de la salut, com el *Model Socioeconòmic de Salut*, publicat per Dahlgren i Whitehead al 1991. Aquest model es basa en una sèrie de capes d'un arc iris que influeixen en la salut. En les capes més internes hi ha els factors que no es poden modificar, com l'edat, el sexe i altres factors constitucionals. Hi ha uns factors relacionats amb estils de vida individuals, com per exemple l'activitat física, que a la vegada es veuen influïts pel context social i comunitari, i per les condicions de vida i laborals. Finalment, la capa més externa es compon l'entorn macropolític, que compren les condicions generals a nivell socioeconòmic,

cultural i ambiental de la societat en la qual es viu. En aquesta capa és on se situen les polítiques que condormen l'estat del benestar (19).

En relació a aquesta capa més externa dels determinants socials de la salut, una recent revisió del 2014 de Napier et al., sobre cultura i salut ha identificat un oblit sistemàtic de l'impacte de la cultura en la salut i aquests autors sostenen que actualment aquesta és la major barrera individual pel progrés de la salut a tot el món (20).

En resposta a la creixent preocupació que els determinants socials de la salut expliquin la major part de les iniquitat sanitària, neix al 2005 per part de la OMS, la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut. L'Informe final de la Comissió Mundial de la Comissió és publicat al 2008, titulat *Closing the gap in a generation*. La Comissió centra l'atenció en les "causes de les causes", és a dir, en l'essència de la jerarquia social del món i de cada país, i en les condicions socials que són producte d'aquesta jerarquia, que determinen la situació en la qual les persones creixen, viuen, treballen i envelleixen (21). Aquest marc conceptual dels determinants socials de la salut va ser il·lustrat al 2010 per Solar i Irwin (22), tal com es pot visualitzar a la *Imatge 1*.



Imatge 1. Marc conceptual dels determinants socials de la salut. Font: Adaptació de Solar i Irwin (22)

A continuació s'exposen alguns dels determinants socials de la salut relacionats amb el poble gitano, com són l'educació, l'ocupació, l'habitatge, la família i el gènere.

2.3.1. Educació

Segons la FSG (2006), el nivell educatiu de la població gitana és més baix que el de cap altre grup social que s'assembli en mida i composició (14). Poques persones d'ètnia gitana de les generacions de més edat han assistit regularment a l'escola, fet que es reflexa en un percentatge

alt de població gitana majors de 18 anys amb un nivell d'analfabetisme total i/o funcional molt alt, sent aquest molt més elevat entre les dones (8). Tot i així, molts adults gitanos, s'estan esforçant per millorar els seus nivells de lectura i escriptura i ampliar els coneixements bàsics (23).

El baix nivell d'instrucció repercuteix principalment en: les dificultats d'accés a la formació professional i ocupacional, i posteriorment a un lloc de treball; no es poden beneficiar d'oportunitats i programes socials perquè no poden informar-se adequadament (14). Segons l'últim informe del 2017 en matèria d'educació de la FSG (23), mostra com la incorporació dels nens gitanos a l'escola és del 94% (s'escolaritzen als 6 anys o mes). No obstant, el 64'4% dels nois i noies gitanos d'entre 16 i 24 anys no finalitzen els seus estudis, mentre que pel conjunt de la població aquest indicador se situa al 13%, el que suposa una pèrdua ponderal de 51 punts (23).

Les causes d'aquest fet són, per una banda, poden ser culturals, tot i que un percentatge cada vegada més alt de famílies gitanes consideren important que els seus fills s'incorporin aviat a l'escola. També repercuteix en l'absentisme i el fracàs escolar de la majoria dels nens gitanos la necessitat d'ajudar a les ocupacions i treballs dels seus pares (venda ambulants, sobretot), que s'accentua en els desplaçaments de tota la família per motius laborals.

No obstant, paral·lelament a aquestes actituds, coexisteix una tendència en augment que valora cada vegada més positivament a l'escola i a l'educació com un mitjà bàsic de promoció social, de desenvolupament personal i d'obertura de possibilitats pel futur. El nivell educatiu és un clar condicionant dels mecanismes d'autocura de la salut. Es constata, per exemple, que la idea de prevenció, bastant inusual en la població gitana, comença a tenir més importància en aquells sectors amb un nivell educatiu més elevat (14).

2.3.2. Ocupació/Situació laboral

L'ocupació de qualitat en el mercat de treball normalitzat és un dels principals agents d'integració i condicionants de la salut. Progressivament s'ha anat produint la incorporació de les persones d'ètnia gitana al mercat de treball normalitzat i l'abandonament d'alguns oficis tradicionals. No obstant, el tipus de treball al qual accedeix la població gitana es caracteritza, fonamentalment, per la precarietat, la qual cosa es tradueix en temporalitat de contractacions (14).

La FSG (2012), en l'informe *Población gitana, empleo e inclusión social 2011. Un estudio comparado: población gitana española y del este de Europa*, evidencià que un altíssim percentatge de dones i homes gitanos professionals pateixen uns índex d'atur molt superiors a la resta de la població, i consegüentment queden relegats a la subocupació o a activitats

econòmiques de caràcter informal i a llargs períodes d'atur (24). Dades del 2011 (4), xifren la taxa d'atur del poble gitano a l'Estat Espanyol del 56'7%, gairebé 23 punts percentuals per sobre de la resta de la població. Segons Sordé et al. (13), aquesta desigualtat pot explicar-se per la falta de formació acadèmica, així com la persistència dels prejudicis i estereotips envers el poble gitano en la cerca de feina.

Per altra banda, gran part del col·lectiu gitano ha treballat durant molt temps, i continua fent-ho en l'actualitat, amb activitats econòmiques com són per exemple la venda ambulants, la recollida de ferralla i cartrons o el temporalisme. Les estrictes normatives que regulen aquestes activitats suposen un gran obstacle en els ingressos econòmics d'aquesta població (24).

Tot i la persistència de desigualtats entre la població gitana i el conjunt de la població, el repte de les administracions públiques i entitats socials és continuar desenvolupant programes eficients que contribueixin a la millora de la situació desigual. Es desenvolupen plans integrals i programes que vetllen per la millora dels nivells educatius i de formació que permetin a la població gitana accedir al mercat de treball en millors condicions que les que tenen actualment (4).

2.3.3. *Habitatge*

La Parra et al. (2016) van realitzar una investigació relacionada amb el gradient social en salut, on evidenciaven que la població gitana a Espanya experimenta més problemes en l'accés a l'habitatge que la resta de la població (17).

La situació de la minoria gitana respecte l'habitatge està relacionada amb altres problemes: planificació urbanística (la concertació gitana en determinats barris i nuclis) i les condicions per accedir a la compra que exigeixen una sèrie de requisits que no corresponen amb la realitat de moltes famílies gitanes i no gitanes (treball estable, capacitat prèvia d'estalvi, endeutament per accedir a un crèdit hipotecari) (14).

Segons *l'Estudio-Mapa sobre Vivienda y Población Gitana* (25), realitzat per la FSG al 2015, l'àmbit de l'habitatge ha registrar una millora significativa de les condicions de la població gitana en les últimes dècades: moltes famílies han tingut accés a habitatges normalitzats i als equipaments bàsics dels habitatges també han millorat considerablement. Aquest estudi, però, també informa que persisteixen algunes problemàtiques, com per exemple, la necessitat d'erradicar per complet el "chabolisme" (habitatges en barraques) i l'alt grau d'ocupació d'alguns habitatges i problemes de precarietat d'equipaments i deteriorament, tant dels habitatges com dels entorns urbans.

2.3.4. *Família i comunitat*

El recolzament comunitari està molt vinculat al sentiment d'identitat cultural de la comunitat gitana, i té efectes protectors respecte a l'individu. Especialment, el recolzament de la "família extensa" que abasta més enllà del nucli familiar bàsic, incloent a germans, avis així com cosins (1,14,26). Aquesta, afavoreix solidaritat entre els components familiars, recursos materials, cures físiques i emocionals compensadores dels factors de risc als quals s'enfronten amplis sectors de la minoria gitana. Un indicador al respecte és l'escàs nombre de casos d'institucionalització de persones gitanes majors i/o de persones amb discapacitat física o malalties mentals (14).

El respecte a les persones grans és un dels principals valors familiars: els tiets o tiets (o gitanos de respecte) tenen autoritat per decidir el que està bé i el que està malament, i reben un tracte especial de tots els altres membres de la comunitat (26).

Els gitanos no es reconeixen entre sí per si mateixos, sinó per la família a la qual pertanyen, definint així la seva identitat, la qual cosa demostra que sempre prima el sentit col·lectiu del grup sobre l'individual (26). Degut a aquest fet, davant la malaltia d'un familiar s'uneixen tots els membres, i no només els més propers, per acompanyar als malalts i als afectats. D'aquesta manera, d'entre els trets culturals més característics dels gitanos i necessaris per comprendre la seva relació amb la salut i la malaltia s'ha de destacar la prevalença del grup davant la individualitat de cada persona (14).

Aquesta importància que mostren per la família contrasta amb els serveis de salut que atenen les necessitats dels individus i freqüentment és una forta tensió entre ambdós enfocaments. Una orientació col·lectiva, significa que els membres individuals tenen responsabilitats i obligacions cap a altres membres de la família i cap al col·lectiu en conjunt (1).

Els hospitals no solen apreciar la cultura familiar dels gitanos, especialment en temes d'horaris de visita i número de visitants (és normal que els grups familiars es reunixin quan un familiar s'està morint o ingressat a l'hospital). Wilson et al. (2018) afirmen que la reunió familiar és vital dins de la comunitat, ja que les famílies ofereixen una xarxa de recolzament a la persona malalta, especialment perquè la por a la persona de fora la comunitat pot ser important (1).

2.3.5. *Gènere: dona gitana*

Per Fernández et al. (2004), les dones gitanes pateixen una triple discriminació: pel fet de ser dones, pel fet de pertànyer a una minoria ètnica com és el poble gitano, i perquè freqüentment no tenen formació acadèmica (27). Tots aquests elements afavoreixen la discriminació social,

laboral i cultural de les dones gitanes i fan que se situïn en una posició d'inferioritat dins d'una societat patriarcal i també respecte als altres grups socials. Si la comunitat gitana ha estat tradicionalment exclosa de la societat, les dones gitanes es troben en una situació d'especial vulnerabilitat (27).

Aquesta situació ha estat i continua sent denunciada per feministes gitanes i no gitanes (4), i ha permès que adquireixin un protagonisme progressiu ja no només dins la comunitat, sinó també en àmbits com l'educació o el treball.

Segons la Asociación Secretariado General Gitano (2001), la dona gitana es desenvolupa normalment en l'espai privat, domèstic, en el qual té assignat un rol molt específic: el control de la vida domèstica quotidiana que inclou les responsabilitats de cura, criança i educació de fills i filles i persones grans, el control de les conductes socials i morals i la transmissió dels valors i costums de la comunitat. Té, doncs, un paper clau en el procés de socialització de la comunitat i la seva identitat de gènere està definida per aquesta funció social (28).

Segons la FSG, 2006 (14), la dona gitana, cada cop més, ha passat de realitzar única i exclusivament tasques de la llar i la cura dels fills, a treballar al mercat laboral normalitzat o a realitzar cursos de formació. No obstant, la dona gitana continua sent considerada un dels principals motos de canvi i inclusió social del poble gitano. Pels poble gitano, existeix una forta presència matriarcal, on preval l'assessorament i el recolzament de les dones grans de la família (1).

3. LA COMUNITAT GITANA I LA SALUT

Tant la cultura com els grups socials als quals una persona pertany afecten la forma en la qual es conceptualitza la salut i s'estableixen les relacions amb els professionals de salut, tal com afirmen Pedrero et al. (2018) a l'article *Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud* desenvolupat a Xile, sobre com les condicions socioculturals modifiquen la concepció de salut/malaltia (29).

Algunes investigacions recents, com la revisió sistemàtica de McFadden et al. (2018) sobre l'accés i la participació del poble gitano en els serveis de salut, han identificat que els gitanos d'Europa experimenten una salut significativament pitjor en comparació amb les poblacions majoritàries. Això inclou una disminució de la salut i un major risc de mortalitat i menor esperança de vida. Tanmateix, aquesta revisió també identifica una escassa evidència de qualitat sobre l'estat de salut gitano i la necessitat de noves investigacions, especialment sobre intervencions per reduir les desigualtats en salut. En la mateixa línia, assenyalen la manca de dades sobre la mida de les poblacions gitanes, i consegüentment, sobre els seus resultats en salut, necessitats o ús de serveis sanitaris, cosa que dificulta que els governs i els proveïdors puguin actuar per satisfer les necessitats assistencials d'aquest grup de població desfavorida (2).

El Ministeri de Salut espanyol ha realitzat enquestes nacionals de salut des de 1987. Les enquestes successives no han inclòs preguntes sobre l'origen ètnic dels/les enquestats/des, cosa que impossibilita la identificació dels gitanos amb la resta de la població de la mostra. No obstant això, el 2006 el Ministeri de Salut i la FSG van recolzar la primera enquesta de salut entre els gitanos espanyols. Aquesta enquesta va permetre als investigadors, per primera vegada, comparar l'estat de salut de la comunitat gitana amb el de la resta de la població (17). A posteriori, al 2014, es va realitzar un segon informe corresponent a una segona enquesta. L'existència de desigualtat en salut ja s'havien evidenciat en el primer estudi comparatiu del 2006, i en aquest es va comprovar que no havien reduït de forma rellevant (30).

Seguint amb l'informe de l'enquesta del 2014, pel que fa a l'estat de salut percebut, al comparar les dades sobre la població gitana i la població general s'observa que l'estat de salut autopercebut en les dones i homes gitanos és pitjor que en la població general. A més, La Parra et al. (2016), manifesten que la comunitat gitana a Espanya presenta un estat de salut percebut similar als grups pitjor situats a l'escala ocupacional (17).

Un dels altres aspectes plasmats en aquest informe comparatiu està relacionat amb els principals problemes de salut que pateix aquets col·lectiu. La població masculina gitana declara patir majors

problemes d'artrosi, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), diabetis, depressió, problemes de salut mental i migranya que la resta de població. Per la seva part, les dones gitanes declaren major prevalença que les dones de la resta de població en indicadors com la tensió arterial, l'asma, la diabetis, el colesterol, la depressió, problemes de salt mental, la migranya i els problemes relacionats amb la menopausa (30).

El Ministerio de Sanidad espanyol, en el *Manual para la promoción de la salud en la comunidad Gitana* (2015), indica que la relació entre els gitans i gitanes amb el sistema sanitari no va començar a estendre's i normalitzar-se fins als anys 80, moment en el qual es va produir la universalització de l'atenció sanitària (18).

La població gitana tendeix a no accedir a l'atenció primària preventiva, sinó que entren als serveis de salut més endavant, quan la malaltia ha progressat. Quan accedeixen a la cura de la salut, sovint s'enfronten a barreres culturals (31). Barreres que per Smith i Ruston (2013), perpetuen la fracturació del fràgil vincle de confiança entre el professional i la comunitat, així com la discriminació, contribuint a la desigualtat assistencial que experimenten (32).

3.1. Percepcions i visions de la salut

D'acord amb Pedrero et al., la salut i la malaltia poden ser definides tant en termes biològics com socioculturals. Des d'un punt de vista biològic, la salut és aquella condició que funciona eficientment en el cos, i qualsevol situació que alteri aquesta condició ha de ser estudiada, analitzada i generalment conceptualitzada com a malaltia. Pel que fa a la construcció sociocultural, la definició de salut/malaltia seria producte de les interaccions socials i les creences culturals dels individus. Dos conceptes útils per diferenciar aquests enfocaments, són el de *disease* i *illness*. El primer correspon al diagnòstic objectiu d'una malaltia per un professional de la salut, associat a signes i símptomes; en canvi, *illness* es refereix a l'experiència subjectiva de percebre la malaltia (29).

Alguns estudis descrits per Pedrero et al., relaten una gran variabilitat en la definició de salut/malaltia, entre persones amb diferents creences culturals. Molts dels aspectes que envolten la salut tenen components socioculturals, la manera amb la qual es tracten i es descriuen els signes i símptomes, la forma de comunicar els problemes de salut, com es sol·licita atenció sanitària, la decisió de amb qui i quan consultar i inclús com s'avalua l'atenció rebuda, estan influenciats per les creences culturals de cadascú. Aquest fet ha estat recolzat per altres estudis analitzats per Pedrero et al., que mostren la importància de la família, les xarxes socials, el valor

de la teràpia farmacològica, les medicines no tradicionals, entre altres aspectes que també varien entre grups (29).

Pel que fa a la població gitana, Dumitras et al., van identificar que la malaltia es pot considerar com un càstig per part de Déu o una maledicció que fa que les persones que estan malament puguin quedar excloses de la comunitat a través de la por de captar la malaltia (33). Al Regne Unit, contrastant amb l'anterior, l'estudi de Dion (2008) va identificar que la malaltia no era necessàriament un càstig, però hi va trobar un cert grau de fatalitat (8). D'alguna manera, doncs, es vincula la malaltia a una forta creença religiosa/espiritual que influeix en el comportament de salut.

Les comunitats gitana tendeixen a no accedir a l'assessorament de la medicina, preferint demanar-lo a altres persones dins de la seva comunitat (8,33) o utilitzar tractaments herbolaris o tradicionals transmesos a través de generacions. Per a Wilson et al., les raons d'això poden ser dobles; primer a causa de les creences culturals relacionades amb la medicina i l'assistència sanitària i, en segon lloc, per les experiències discriminatòries i els anys de persecució per part de la societat en general (1).

Pel que fa a les creences cultural relacionades amb la medicina i l'assistència sanitària, existeixen diferents dominis estructurals, definits des d'un punt de vista antropològic per Pedrero et al. (29), que intervenen en la forma en la qual les persones afronten una situació de salut. Existeix, segons aquests autors, el domini professional (correspon als professionals de la salut), el de la medicina no tradicional (inclou l'atenció no professional) i el popular. Aquest últim, el domini popular, és el constituït per la família, les xarxes socials i la comunitat, i és en aquest on usualment es prenen les decisions de quan i on poder demanar ajuda, per quant temps i com avaluar el tractament rebut.

Wilson et al. (1), manifesten que quan la població gitana es troben malament, prefereixen romandre a casa sempre que sigui possible, perquè els hospitals es consideren concentracions de malaltia gorgia/gaujo (no gitana). Pel mateixos autors, els usuaris gitanos sol·licitaran l'ingrés a l'hospital quan creuen que estan morint; per ells el paper dels hospitals és afrontar els problemes del cos contaminat; l'hospital no és per a la cura sinó per a la mort. També assenyalen que poden trobar inconvenients amb el menjar dels hospitals, per la forma de preparació i la neteja del medi ambient, és per això que sovint porten menjar preparat al domicili.

4. ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT I ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

L'Atenció Primària de Salut (APS) és el primer punt d'accés al sistema sanitari públic, a través del Centre d'Atenció Primària (CAP) lloc pel qual s'hi accedeix presencialment. L'APS ja va ser definida per la *Declaración de Alma-Ata* al 1978, la qual va afavorir un moviment en pro d'aquesta, impulsat per professionals i institucions, governs i organitzacions comunitàries, que varen decidir afrontar la situació política, social i econòmica inacceptable de desigualtat sanitària en tots els països (34).

Tot i havent passat més de 40 anys des d'aquesta declaració, els valors centrals definits que varen donar forma a l'APS segueixen vàlids: justícia social i dret a una millor salut per a tots, participació i solidaritat. Segons el *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud* (34) publicat per la OMS al 2008, aquests valors s'han plasmat a la societat de manera desigual. No obstant això, l'equitat sanitària ocupa un lloc cada cop més destacat en el discurs polític.

4.1. L'atenció centrada en la persona

Els valors de l'APS en pro de la salut per a tots requereix que els sistemes de salut posin a les persones en el centre de l'atenció sanitària. Aquesta perspectiva és una de les reformes que va promoure la OMS al 2008, concretament, la reforma de la prestació de serveis per aconseguir uns sistemes de salut centrats en les persones, reorganitzant els serveis de salut entorn a les necessitats i expectatives de les persones, per tal que siguin més pertinents socialment i s'ajustin millor a una societat en evolució, al mateix temps d'obtenir millors resultats (34).

La OMS ha definit l'ACP com "aquella atenció que s'aconsegueix quan es posa a la persona en l'eix sobre el qual giren la resta de les dimensions relacionades amb: la intervenció basada en l'evidència científica, organització del servei, equip, interdisciplinarietat i ambient" (35). En una revisió de les diferents definicions de l'ACP, el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS) considera que "la incorporació de la persona com a centre del procés d'atenció comporta una visió més enllà del fet de curar o cuidar. El que es pretén és que la persona tingui sempre un projecte vital de futur, construït des de la màxima autonomia possible, en el seu propi entorn i independentment de la seva esperança de vida i el problema de salut o el benestar que tingui o se li pressuposi" (36).

L'ACP relacionada amb les comunitats minoritaris o marginades no està molt escrita ni documentada. Tot i que hi hagi l'expectativa i la intenció, per part de grans organismes i institucions, que les infermeres proporcionen atenció centrada en la persona, segons Ross et al.

i Feo et al., l'orientació per tal de poder-la fer operativa en la pràctica diària és absent (37,38). A més, Entwistle i Watt es qüestionen si, tot i ésser coneguda, l'atenció centrada en la persona a la pràctica és irreal (39).

Un dels grans reptes de les infermeres és conciliar les diferents visions sobre salut, benestar i malaltia –ja introduïdes al subapartat 3.1.–, per una banda dels serveis sanitaris, i per l'altre les particulars de les comunitats minoritàries. Segons l'enfocament de Wilson, Heaslip i Jackson (1) les “visions del món” es defineixen com a formes d'experimentar i pensar el món en el qual vivim, evidents en les creences i les pràctiques comunament acordades per les persones que pertanyen a un determinat grup. Segons aquests autors, la visió del món, ja sigui personal o professional, influeix i guia el coneixement, la reflexió i la realització de la pràctica d'infermeria. Els professionals d'infermeria dels països desenvolupats, sovint, estan submergits en les construccions biomèdiques dels serveis sanitaris, construccions que impulsen el seu funcionament.

La visió biomèdica es poderosa i generalitzada en els sistemes sanitaris globals del món desenvolupat, es recolza en la dualitat ment-cos i en les suposicions científiques relacionades amb l'objectivitat i la mesura. És a dir, l'imperatiu moral des de la perspectiva biomèdica és la malaltia, enlloc de la salut (1). La definició de la OMS del 1946 proporcionava una definició més àmplia de salut, com “el benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia”. No obstant això, aquesta definició no contempla la importància de l'espiritualitat ni de les dimensions familiars, esferes de gran importància en la comunitat gitana i d'altres comunitats indígenes i minoritàries.

Segons Martínez i Cayuela, les infermeres poden tenir una tendència cap a les visions més biomèdiques de la salut, seguint l'enfocament etnocèntric de les cures (40), la qual cosa pot afavorir a una interacció esbiaixada amb els usuaris pertanyents a comunitats minoritàries i amb una visió del món diferent, i conseqüentment comportaria una deficitària conciliació de les diferents perspectives.

La majoria de les infermeres treballen i practiquen l'atenció sanitària dins dels serveis de salut biomèdics, la qual cosa porta a la infermera a centrar-se més en la malaltia i deixar a un costat tot allò que té a veure amb l'entorn de l'usuari (1). Idealment, els professionals de la salut haurien de tractar d'entendre el que pels usuaris significa la salut, el benestar o la malaltia, les pràctiques assistencials i les seves interpretacions dels tractaments que es prescriuen. A la pràctica però, no sempre succeeix aquest ideari ja que la no comprensió per part del personal d'infermeria de tot aquest conjunt de significats de la salut de “l'altre”, fa que es responsabilitzi a la persona del mal

compliment o al no seguiment de les recomanacions sanitàries dels proveïdors de salut. Aquest fet sol passar quan en els plans d'atenció de salut no es contempen les creences, pràctiques i realitat quotidianes de la salut dels usuaris, i d'alguna manera el no compliment de les indicacions sanitàries per part dels usuaris rau en aquesta falta d'adequació dels plans de salut amb la seva pròpia visió de la salut. Els plans de cura, protocols i guies, no haurien de realitzar-se deixant de banda la dimensió cultural, ja que ens dona la clau per entendre l'altre.

L'ACP permet donar un tracte diferenciat entre usuaris amb el mateix diagnòstic o el mateix grup ètnic. L'atenció es centra en el realment és important per la persona. Aquesta atenció situa a la persona i a la seva família o comunitat com a socis del professional d'infermeria en la negociació de les decisions relacionades amb la salut o bé amb el tractament, així com amb l'avaluació dels resultats del tractament (41).

4.2. Comunicació

Doherty i Thompson subratllen que l'ACP que té en compte les creences holístiques de les persones, és fonamental per establir la confiança dels que pertanyen a comunitats marginades i la prestació d'atenció de qualitat i equitativa (42). Aquests autors afirmen que aquesta atenció només es pot aconseguir quan els usuaris i els familiars estan compromesos i disposats a participar-hi, és per això que se'ls hi ha de donar la confiança adequada mitjançant les actituds i una bona comunicació entre els professionals i els usuaris.

Existeix un problema de base en la comunicació amb la persona atesa en el sistema de salut. La intervenció en el maneig d'aquesta realitat, aniria enfocada a augmentar la sensibilitat ètnica o cultural entesa com l'actitud constructiva cap a les diferències culturals (40).

De manera general, qualsevol trobada entre un usuari i el seu professional de la salut podria ser considerat com un encontre intercultural, especialment si ambdós s'identifiquen amb grups molt diferents entre si. Generalment, com ja s'anunciava en apartats anteriors, els professionals de la salut tenen tendència a referir-se a la salut/malaltia des d'un punt de vista biològic sense considerar que la definició de salut/malaltia també és una construcció social. Aquesta construcció social està afectada pels grups de pertinença com podrien ser la nacionalitat, l'estatus migratori o la minoria ètnica (29).

D'acord amb Pedrero, et al., la comunicació efectiva depèn de com les persones interpreten les intencions i pensaments dels altres amb els que ens estem relacionant. Si el professional de la salut veu a la persona com un conjunt de símptomes que requereixen d'un diagnòstic mèdic,

sense considerar les seves creences i context, incloent la forma en la qual ell o ella explica i interpreta la seva malaltia, la relació entre ells difícilment serà efectiva. La persona podria percebre, doncs, que existeix un escàs interès cap a ell i inclús sentir que està sent prejudicat i estereotipat. Això produeix una disminució de la confiança i menor satisfacció i participació en la presa de decisions. La falta d'entesa i problemes de comunicació entre professionals de la salut i persones ateses poden ocórrer inclús si ambdós provenen d'una mateixa cultura. Per tant, la negociació és un element central per l'atenció en salut (29).

4.3. Barreres en l'atenció sanitària cultural, actituds i prejudicis

Pel que fa a les barreres culturals, Castrillón indica que s'ha d'actuar amb coneixement de la llei d'autonomia de l'usuari i de drets i obligacions en matèria d'informació, i dels codis ètics de la infermeria. També s'ha de garantir que totes les persones tinguin accessibilitat al sistema sanitari i eliminar les barreres que impedeixin una atenció de les seves necessitats (43).

Segons les dades extretes de la investigació de Martínez i Cayuela (40), realitzada l'any 2018 a Múrcia (Espanya) i en la que tracten de les cures infermeres i la diversitat cultural, l'idioma, la cultura i la religió són els principals elements diferenciadors en la comunicació entre professionals sanitaris i usuaris. La principal barrera identificada pels professionals sanitaris en la cura infermera a grups amb diversitat cultural, és la lingüística.

Alguns dels temes investigats i tractats en la literatura revisada són les barreres que enfronta la població gitana quan accedeix i utilitza serveis de salut, com són: processos burocràtics dels sistemes sanitaris, la discriminació i les actituds negatives d'alguns empleats de serveis de salut, malentesos culturals i barreres lingüístiques, baixos nivells d'alfabetització en salut i assequibilitat (2).

D'acord amb la revisió de McFadden et al., una barrera important per l'accés i la utilització dels serveis de salut pel poble gitano és saber com accedir als sistemes de salut i poder accedir a la informació sanitària de manera còmoda i comprendre-la correctament. Seguint amb aquests autors, exposen que les troballes de la seva investigació també destaquen que la falta de comprensió de l'argot mèdic són una altra barrera comunament assenyalada i la falta d'alfabetització funcional agreujava la dificultat per accedir a la informació. Dificultat que es tradueix en la impossibilitat de llegir les instruccions escrites dels medicaments o la informació de promoció de la salut (2).

Les barreres per accedir a l'atenció sanitària no són específiques de les comunitats gitanes. S'han reportat experiències de discriminació i falta de consciència cultural del personal dels serveis sanitaris per a altres grups ètnics minoritaris com els aborígens d' Austràlia o els indis americans als Estats Units (44).

Les dades sobre la població gitana espanyola contrasten amb les obtingudes en altres països europeus que descriuen l'accés desigual als serveis de salut degut a les barreres de l'idioma, la falta de ciutadania, la falta de reconeixement del dret a la salut, d'inaccessibilitat dels serveis, els factors d'acceptabilitat i la discriminació. Moltes d'aquestes barreres no existeixen en el cas espanyol, ja que les persones del col·lectiu gitano espanyol són ciutadans espanyols, parlen l'idioma de la majoria i tenen accés a un sistema de salut públic universal. No obstant, altres factors, principalment relacionats amb la qualitat de l'atenció, com les experiències de discriminació en el seu contacte amb els professionals de la salut, segueixen essent presents i requereixen major atenció, segons indiquen els estudis realitzats per La Parra et al. (5).

López-Díaz et al., afirmen que algunes infermeres, especialment de salut pública, veuen la trobada amb persones de diverses cultures com un procés d'aprenentatge constant que permet la comprensió de les diferències, però veuen limitat l'exercici professional ple. Aquestes barreres es relacionen amb la falta de claredat en la implementació de polítiques d'atenció i la disminució d'iniquitats en salut. Una altra de les barreres institucionals identificades és la sobrecarrega laboral, pel poc recurs humà, l'augment de responsabilitats d'infermeres amb major quantitat de persones per atendre i la disminució de la seva capacitat de gestió. Una altra de les grans barreres que desafien les infermeres en salut pública està relacionada amb les dificultats en la comunicació i el domini del llenguatge quan es cuida a persones de diversos contextos culturals (45).

Seguint amb les aportacions de López-Díaz, en aquest sentit, indiquen que les infermeres s'esforcen per comprendre i donar sentit a la cultura, analitzen el context dels seus usuaris, són sensibles i intenten conèixer-los, trenquen idees preconcebudes, i aprenen a reconèixer i anticipar-se a les seves necessitats. No obstant, manifesten estereotips que poden portar-les a discriminar, s'enfoquen en allò similar a les seves pròpies normes i valors culturals, associant allò "diferent" als pobres resultats en salut (45).

4.4. Estratègies per millorar l'atenció sanitària

Castrillón suggereix que per millorar l'atenció sanitària es pot recórrer a estratègies relacionades amb el marc sanitari, que inclourien (43):

- Incorporació de mediadors culturals per facilitar l'accessibilitat i l'equitat

- Elaboració de guies de salut en diversos idiomes, si existissin barreres idiomàtiques
- Creació d'espais de diàleg amb associacions d'immigrants o minories ètniques
- Formació d'infermeres en interculturalitat

Els mediadors culturals són persones que actuen com a pont de comunicació entre el professional sanitari i l'usuari i juguen un paper actiu al facilitar la relació terapèutica i neutralitzar les diferències culturals (no només per parlar en diferents idiomes, sinó perquè tenen diferents percepcions de veure el món) (43). Marrero, però, afirma que no caldria un mediador cultural, sinó una formació constant i una implicació del personal d'infermeria (46).

Per tal de prendre consciència dels reptes i les barreres, Wilson et al. afirmen que la reflexivitat crítica és una estratègia clau que les infermeres es poden comprometre a fer per explorar els seus valors, creences i actituds personals i com afecten en les seves actuacions en la pràctica infermera. La reflexivitat crítica és una pràctica contínua que consisteix en analitzar i qüestionar accions i decisions, juntament amb les creences i suposicions inherents a la cultura d'infermeria, institucions, usuaris i les seves famílies, i veure de quina manera influeixen en la pràctica (1).

5. LA INFERMERIA TRANSCULTURAL

5.1. Origen de la infermeria transcultural

El Bouchaibi Daali manifesta en el seu article, *La infermera transcultural: una nova competència infermera* (2012), que el paper de la infermeria transcultural es fa primordial per oferir una assistència integral i culturalment sensible i que cal potenciar aquest nou rol on la infermera lideri la gestió de la diversitat cultural en els serveis sanitaris (47).

AL 1946, la OMS va assenyalar que gaudir del grau màxim de salut que es pot aconseguir és un dels drets fonamentals de tot ésser humà sense distinció de raça, religió, ideologia política o condició econòmica o social. A la dècada dels 80, aquesta institució reconeix la cultura i la diversitat cultural com a aspecte a tenir en compte en les cures per la salut (40).

El concepte de cures com a base per la infermera i el de cultura provinent de l'antropologia, s'entrellacen i prenen gran importància per la tasca assistencial de la professió (43). Aquesta unió abasta un concepte més nou i ampli, el de la Infermeria Transcultural, introduït als anys 70 per l'aportació de la infermera i antropòloga americana, Madeleine Leininger, que va assentar les bases per a l'estudi i l'aplicació de cures transculturals. Aquesta és l'àrea formal de l'estudi i la pràctica de la infermeria enfocada en la cura holística comparativa de la salut, dels models de malaltia, dels individus i grups, el respecte a les diferències i similituds en els valors culturals, creences i pràctiques. La teoria d'universalitat i diversitat de Leininger permet arribar a les comprensions següents (47):

- Teoria centrada al voltant de la cultura, cuidar, benestar, salut, malaltia i mort
- L'única teoria centrada en la comparació de cultures
- La més holística i multidimensional
- Assigna a la infermeria la competència de descobrir les cultures del cuidar
- Té un mètode específic de recerca d'etnoinfermeria
- Té característiques abstractes per oferir cures culturalment lògiques
- La primera teoria que es centra en la cultura, en el cuidar genèric i el cuidar professional, i que té en compte la visió del món, els factors de l'estructura social i la història ètnica en diversos contextos

Leininger i McFarland van definir la infermeria transcultural com “una disciplina d'estudi i pràctica centrada en les diferències i similituds entre les cultures per ajudar als éssers humans a assolir i mantenir pràctiques de salut significatives i terapèutiques basades en la cultura” (48).

Les infermeres s'han de preguntar de quina manera la cultura pot influir en les cures que es donen. Una de les fases del procés d'atenció d'infermeria es basa en valorar a l'individu com un ésser únic i integral, amb necessitats biològiques, psicològiques i socials. Les intervencions de les infermeres han de contemplar l'entorn i la societat com a determinants en el procés de salut d'una persona (43). Per a Castrillón, seria més pràctic entendre que proporcionar cures culturals s'ha d'ajustar a la cultura en la manera en la qual cada persona concreta l'entén, la viu i la manifesta, sense considerar a priori cap patró preestablert que pugui conduir a errors. No atenem únicament a cultures, sinó a persones (43).

Segons Castrillón, adquirir competències en infermeria transcultural, implica "mediar" (intervenir) en situacions culturals, implica coneixement, sensibilitat i desig d'aprenentatge. Però no s'ha d'oblidar que l'essència de la infermeria és oferir cures de qualitat i no es pot atorgar un caràcter heroic a l'assistència, perquè és difícil que sense tenir una dedicació exclusiva al camp de la infermeria transcultural, s'obtingui un coneixement profund de cada cultura. Per això el mediador cultural és un recurs extern d'utilitat, igual que tots els altres recursos i estratègies (aspecte desenvolupat a l'apartat 4.4. d'aquest document), quan ha fallat el primer contacte de relació entre infermera i usuari (43).

El nou rol d'infermera transcultural permet la creació d'una nova figura en els centres hospitalaris i d'APS que pot ser la coordinadora de cures transculturals en tots els serveis i processos assistencials, segons la percepció de El Bouchaibi Daali (47). La infermera transcultural pot donar la seva visió als comitès d'ètica donat que treballa amb i per la comunitat. No és una infermera amb un paper passiu sinó que surt a trobar-se amb les associacions i entitats de persones immigrades per crear un pont de cordialitat i col·laboració contínua. Cal potenciar aquesta figura en els plans docents a través d'assignatures específiques, per tal que els futurs professionals puguin iniciar el seu camí cap a la cura transcultural (47).

Actualment existeixen models, tot i que escassos, que permeten el desenvolupament de la infermeria en una societat multicultural amb enfocaments antropològics que consideren el factor cultural i ideològic com a objecte d'estudi. Els models existents són: *Sol Naciente* (model desenvolupat per Leininger), *Herencia cultural y tradiciones de salud* (Rachel Spector) i el de *Competencia Cultural* (en l'apartat següent s'ampliarà aquest model). Tot i l'existència d'aquests models, a Espanya segons Marrero no hi ha suficient formació en infermeria transcultural i les bases de dades ofereixen escassos articles que procedeixin d'Espanya (46).

6. LA COMPETÈNCIA CULTURAL

6.1. Definint conceptes

El significat de la Competència Cultural és ambigu en la literatura. Els termes “cultura” i “competència”, que deriven del concepte, són idees complexes sense consens en cap dels dos casos.

Pel que fa a la “cultura”, una de les definicions clàssiques és la de Geertz (49), en la qual la cultura es presenta pels humans com a necessària per sobreviure. Segons Geertz, la cultura consisteix en “estructures de significacions socialment establertes en virtut de les quals la gent fa coses...”. Els éssers humans formen part d'una cultura en el sentit que creixen i viuen en un món culturalment estructural: organitzen les vides i les relacions socials en termes d'un sistema de sentit i significat. La cultura no se'ls hi és imposada però sí que és un marc des d'on entendre el món (19).

La “competència en infermeria” és definida pel Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) com un conjunt d'habilitats, actituds i coneixements i els processos complexes per a la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui al nivell exigible en cada moment. Definició que contempla tres dimensions: de pensament crític, interpersonal i de tècnica (50).

La competència cultural té origen en el sector de la salut perquè la prestació de serveis de salut sense competència cultural s'ha vist que pot influir directament en els resultats de salut, la qual cosa podria tenir conseqüències negatives. És per això que, tal i com indica Cai en la seva investigació sobre l'anàlisi d'aquest concepte, la majoria de les definicions de competència cultural estan més o menys relacionades i vinculades amb la infermeria o la medicina (48).

A més, Vasiliou et al. indiquen que la competència cultural no només pot ser útil en la cura de les persones immigrades o dels grups ètnics minoritaris, sinó també amb tota la resta de població atesa (51). El concepte de competència cultural, doncs, s'ha de considerar des d'una perspectiva més àmplia. Tot i que la immigració o els grups minoritaris posen de relleu la necessitat de la competència cultural, aquesta radica en valors ètics i la visió personal dels professionals de la salut. Repo et al. manifesten que seria interessant posar l'èmfasi en l'ètica professional i les obligacions morals del tracte igualitari i respectuós, així com promoure els drets humans i reduir les desigualtats en salut des d'una perspectiva global (11).

El Bouchaibi Daali (47), considera que les cures d'infermeria culturalment competents s'han de veure des de tres perspectives: des del context enfocat cap a la cultura del sistema de salut i la

del sistema social ampli; el component objectiu referent a característiques culturals i socioeconòmiques de l'usuari i la comunitat; i el component subjectiu focalitzat sobre les infermeres.

Com ja s'avançava a l'inici d'aquest apartat, el significat de la competència cultural és ambigu i existeixen incoherències i debats sobre la comprensió conceptual del mateix. Altres terminologies en l'àrea de la salut, com seguretat cultural, competència intercultural o infermeria transcultural, s'utilitzen depenent de les preferències personals degut a la falta de definicions clares (48):

- Seguretat cultural: entorn sanitari segur i l'absència de discriminació. És un concepte inscrit en el concepte de la competència cultural, com el de sensibilitat cultural i consciència cultural.
- Competència intercultural: habilitat individual per funcionar eficaçment amb una altra cultura. La competència intercultural facilita el desenvolupament de la competència cultural.
- Infermeria transcultural: és un camp més ampli. La competència cultural és un concepte que es podria incloure dins de la infermeria transcultural, que abasta un conjunt de conceptes per l'atenció cultural. Per tant, per evitar confusions, els dos termes no han d'utilitzar-se indistintament.

Segons Purnell (3), la competència cultural és definida com la capacitat del professional de la salut per aportar cures basades en les característiques culturals dels individus o comunitat a la qual atén, promovent la comprensió cultural de les situacions humanes en el procés de salut-malaltia, des dels aspectes èmic (visió subjectiva dels individus) i ètic (visió dels professionals). López-Díaz et al. (45) defineixen aquesta capacitat com els coneixements, habilitats, actituds i comportaments de les infermeres per oferir intervencions de salut pública a persones, grups o famílies de cultures o ètnies diferents a la pròpia.

La competència cultural no és un procés lineal, la gran majoria dels autors revisats la descriuen com un procés continu o dinàmic dels professionals de la salut, ja que es concep com un viatge d'aprenentatge al llarg de tota la vida a través de trobades amb diversos usuaris a la pràctica (11,47,48). El professional de les cures pot avançar en competència cultural, millorar o retrocedir (46) ja que és un procés en constant avaluació per part del professional (52).

Tot i les discrepàncies en la definició de la competència cultural, existeix consens en quan a la naturalesa continua d'aquest concepte i respecte als quatre components de la competència cultural, atributs que poden ser útils per caracteritzar el concepte i que el fan diferenciar d'altres de relacionats (29,46,48,53):

- Consciència cultural: desenvolupament de la consciència de les infermeres sobre els diferents valors, creences, normes i formes de vida dels usuaris. S'ha d'explorar la cultural i els estereotips personals, biaixos de les infermeres cap a altres cultures que es perceben com a diferents. Per alguns autors es relaciona amb les actituds dels professionals (41).
- Sensibilitat cultural: valorització i respecte de les infermeres a la diversitat cultural dels usuaris. El respecte a les diferents cultures és essencial per proporcionar una atenció satisfactòria als usuaris. Tant la valorització com el respecte es basen en sentir-se còmodes dins de la diversitat cultural. També es relaciona amb les actituds dels professionals.
- Coneixement cultural: assoliment per part de les infermeres d'una base educativa sòlida sobre diversos grups culturals per comprendre millor les diferents creences, valors i comportaments dels usuaris. El coneixement que pot tenir el professional abans de les trobades amb els usuaris és de la cultura en general. La informació més específica, que ajudarà a evitar conflictes culturals i proporcionar cures sensibles, s'obtindrà en trobades reals, a la pràctica. Els conceptes, teories i models ajudaran als professionals de la salut a identificar les necessitats sanitàries.
- Habilitat cultural: capacitat de realitzar una avaluació cultural per aconseguir dades culturals rellevants del problema de salut de l'usuari, així com per incorporar amb precisió les dades relacionades amb la planificació i provisió de l'atenció d'una manera culturalment sensible. Aquesta habilitat es garanteix a través d'una comunicació efectiva, que inclou llenguatge verbal i no verbal.

La competència cultural ha estat proposada com una de les estratègies claus per reduir les iniquitats d'accés i ús dels serveis de salut en poblacions culturalment diverses. D'acord amb Pedrero et al., una millor trobada entre professionals i usuaris, des d'un enfocament de competència cultural, incrementa la satisfacció de l'usuari, l'adherència al tractament, l'assoliment de reptes de salut individuals, la incorporació d'actors claus en el procés de decisió de l'usuari respecte la seva pròpia salut i a més, una estratègia que ha mostrat ser cost-efectiva (29).

Pel que fa l'atenció primària, s'han documentat resultats en salut d'intervencions culturalment competents en el control de malalties cròniques, com la diabetis mellitus tipus 2 (DMS2), i destaquen les dificultats dels professionals per reconèixer les disparitats racials i ètniques i el seu efecte en salut. López-Díaz et al., mostren com hi ha estudis que assenyalen la falta de competència cultural en l'atenció com a causa d'experiències i resultats negatius en salut amb persones immigrants i de minories ètniques. En aquest sentit, també indiquen que tenir

coneixements i habilitats culturals no és suficients per una atenció culturalment competent, ja que moltes vegades és difícil traduir a l'acció tals coneixements (45).

6.2. Models de competència cultural

A banda de les aportacions de Leininger, diferents autors han elaborat models específics en competència cultural, amb la finalitat de donar a conèixer un marc teòric i assessorar als professionals d'infermeria de les maneres d'entendre i relacionar-se amb persones de diverses cultures i orígens que poden acudir a les seves consultes. En aquesta línia, cal destacar el model de Purnell, el de Campinha-Bacote i el de Papadopoulos, Talki i Taylor.

Model de Purnell

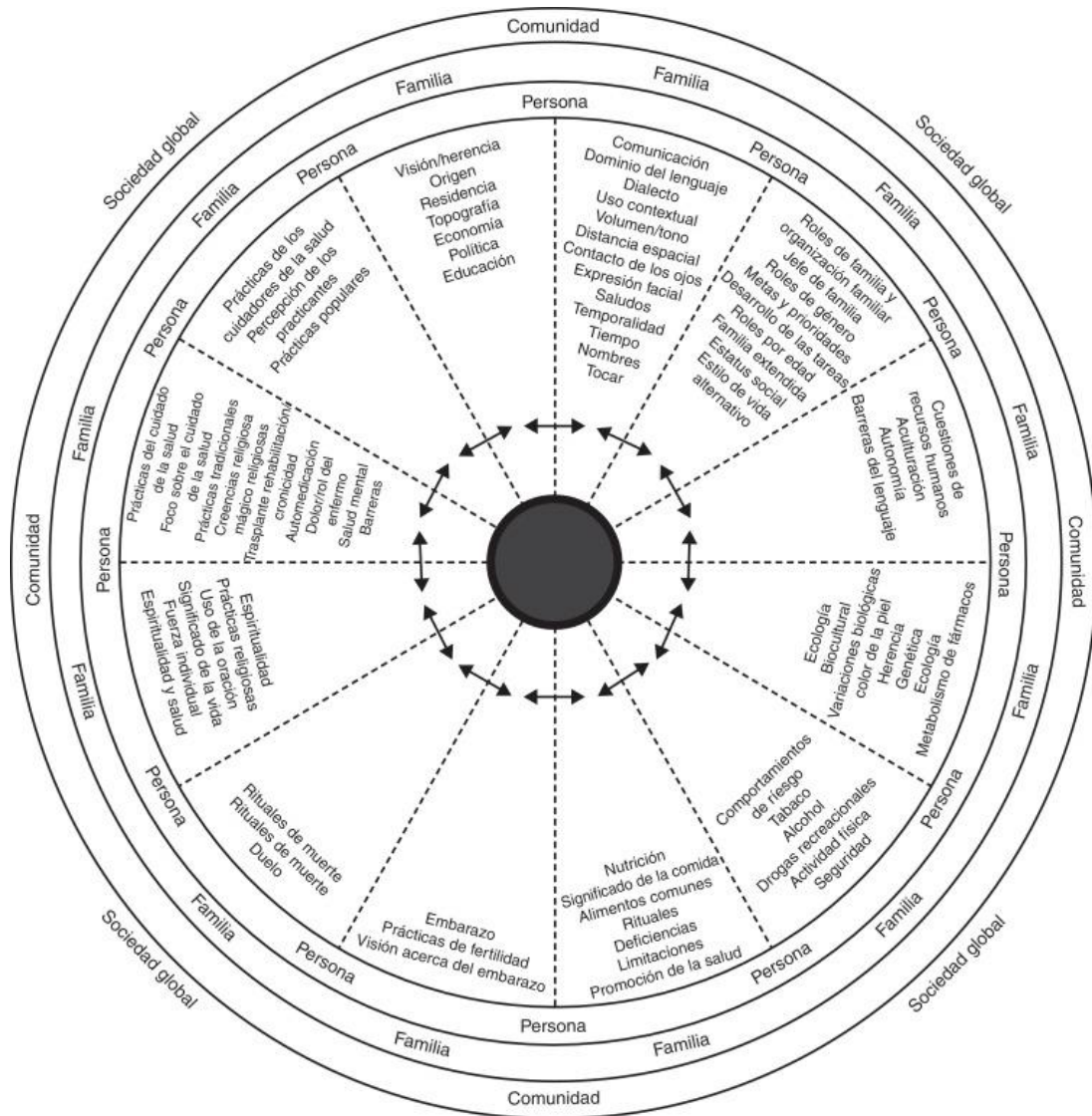
Purnell, a partir de l'any 1995, va desenvolupar un model amb una argumentació, un metaparadigma, uns principis, dominis i aplicació pràctica en diferents àrees. Posà èmfasi en les cures multidisciplinàries i en la impregnació d'altres branques de coneixement com són les ciències socials com l'antropologia, la sociologia o el treball social. D'aquesta manera, el model s'ha utilitzat i pot ser utilitzat en la pràctica assistencial, en l'educació, la investigació o l'administració.

El metaparadigma del model es basa en els conceptes de: persona, família, comunitat i societat global (el món, com a comunitat gran de persones en continua multiculturalitat) (46). Aquests conceptes se situen al marge del diagrama del model de Purnell (*imatge 2*). Dins del diagrama, conté els 12 dominis o àmbits per desenvolupar la competència cultural: observació general, herència, comunicació, papers de la família i la seva organització, fets de l'àmbit laboral, ecologia biocultural, comportaments de risc, nutrició, adolescència, embaràs, rituals per a la mort, espiritualitat, pràctiques de salut i practicants de salut (47).

Purnell considera que hi ha 4 nivells o fases de competència per les quals pot anar avançant el professional de salut: inconscientment incompetent, conscientment incompetent, conscientment competent, inconscientment competent. Una persona pot assolir aquesta competència cultural per exercir la seva tasca en un context cultural determinat, sense adonar-se (de manera inconscient) que és competent a força d'entrenament (46).

Alguns dels supòsits del model de Purnell, són els següents (46): tots els professionals de la cura de la salut requereixen informació sobre diversitat cultural i conceptes relacionats amb el metaparadigma: societat global, comunitat, família, persona i salut; una cultura no és millor que

una altra: són diferents; hi ha diferències dins de cada cultura i entre elles; les cultures canvien amb el temps; la cultura té una influència poderosa en la interpretació d'un mateix i en les respostes a les cures de la salut; individus i familiars pertanyen a diversos grups culturals; cada individu té el dret de ser respectat per la seva singularitat i herència cultural; la cultura de l'aprenentatge és un procés continuat i desenvolupat, principalment, per trobades de cultures; es poden minimitzar els prejudicis i biaixos amb la comprensió cultural.



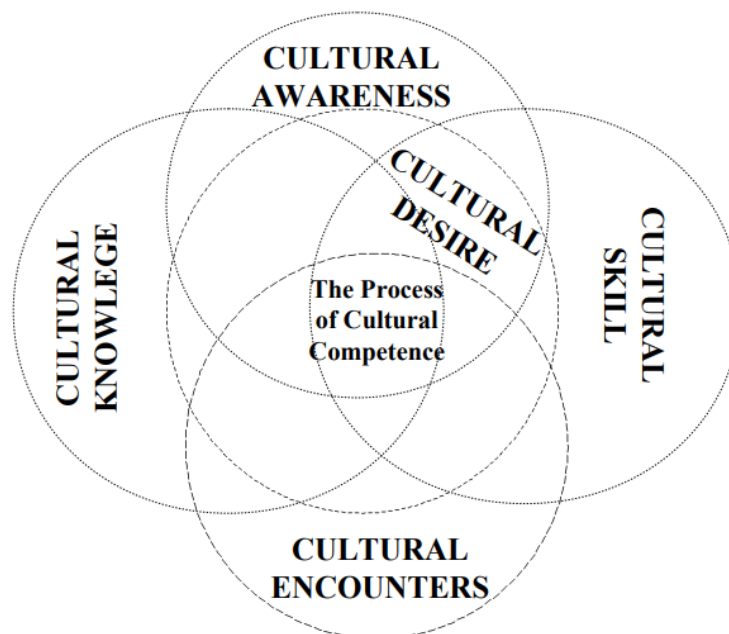
Imatge 2. Model de competència cultural de Purnell. Font: Gil et al. (3)

Model de Campinha-Bacote: "The Process of Cultural Competence in Delivery of Healthcare Services"

Campinha-Bacote, referent internacional en infermeria transcultural, defineix la competència cultural com "el procés en el qual els professionals de la cura de salut s'esforcen per aconseguir l'habilitat per treballar adequadament dins del context cultural de la família, l'individu o la comunitat" (46). Aquest procés involucra la integració de quatre dimensions definides per aquesta autora: consciència cultural, coneixements culturals, habilitats culturals i trobades culturals (*Imatge 3*) (54).

L'autora d'aquest model va destacar una cinquena dimensió més, el desig cultural que és la motivació d'un professional per aconseguir habilitats per afrontar els nous reptes interculturals (obert a noves idees) (46,47). Si un professional no té les suficients inquietuds o motivacions per aprendre, no podrà assolir un nivell de maduresa major en quant a competència cultural. Si no es fomenta la motivació entre els professionals és complicat que es desenvolupi una infermeria transcultural (46).

Del model de Campinha-Bacote va sorgir l'instrument d'avaluació de la competència cultural *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence (IAPCC)*, del qual se'n han fet dues versions, una revisada i l'altre dirigida a estudiants (53). Aquest instrument permet mesurar el nivell de competència cultural en la prestació de serveis de salut. Consisteix en un qüestionari de 25 ítems que mesuren les 5 construccions culturals del model.



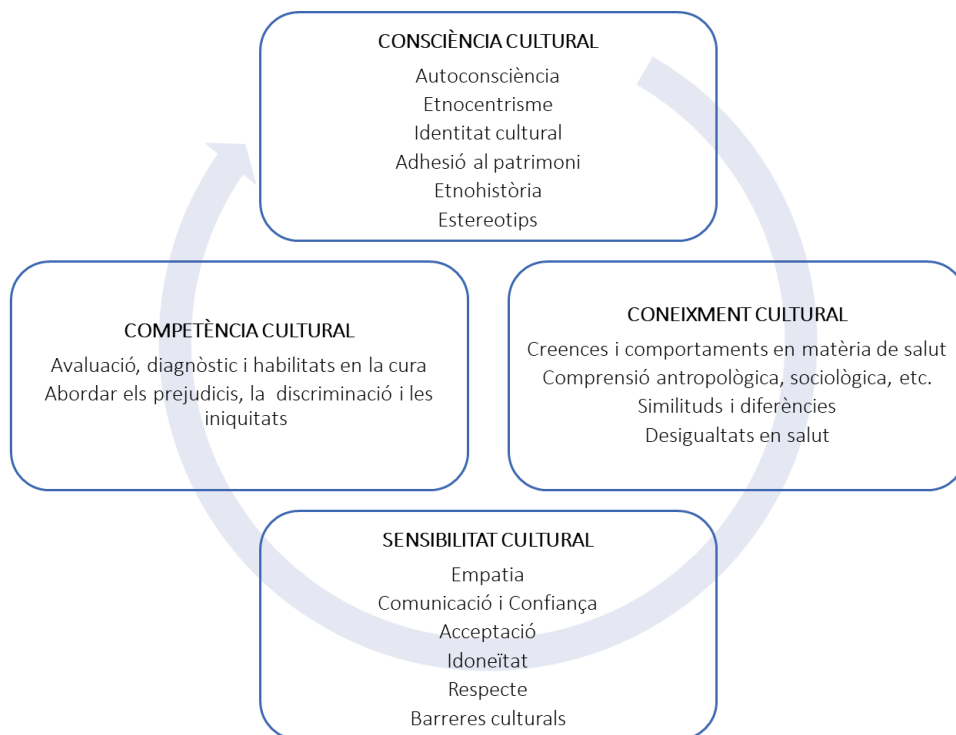
Imatge 3. Model de competència cultural de Campinha-Bacote. Font: Campinha-Bacote (54)

Model de Papadopoulos, Tilki i Taylor: "Model for Developing Cultural Competence"

Papadopoulos, Tilki i Taylor (PTT) van desenvolupar el seu model al Regne Unit, l'any 1998. La competència cultural és definida en aquest model com "la capacitat de proporcionar una atenció sanitària eficaç que tingui en compte les creences, conductes i necessitats culturals de les persones" i es considera tant un procés de desenvolupament al llarg de tota la vida com un resultat (11).

El model proposat per aquests autors, conté tant competències genèriques de la cultura (aplicables a tots els grups ètnics) com competències específiques de la cultura (relacionades amb un grup ètnic en particular i que permeten comprendre els valors i les prescripcions culturals que operen dins d'una cultura en particular) (11). Aquest model (*Imatge 4*) inclou quatre components: consciència cultural, coneixement cultural, sensibilitat cultural i competència cultural (pràctica cultural) (11,51). Es pot apreciar com dos d'aquests components es relaciona amb el model de Campinha-Bacote, el de consciència cultural i el de coneixement cultural.

Aquest model va permetre el desenvolupament d'una eina d'avaluació de la competència cultural, el *Cultural Competence Assessment Tool (CCATool)*. Aquest instrument consisteix en un qüestionari amb 10 enunciats o ítems en cadascun dels quatre àmbits d'avaluació (51).



Imatge 4. Model de Papadopoulos, Tilki i Taylor. Font: Adaptació de Vasiliou et al. (51)

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Wilson D, Heaslip V, Jackson D. Improving equity and cultural responsiveness with marginalised communities: Understanding competing worldviews. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [citat 29 gener 2019];27(19-20):3810-9. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29869819>
2. McFadden A, Siebelt L, Gavine A, Atkin K, Bell K, Innes N, et al. Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. *Eur J Public Health* [Internet]. 1 febrer 2018 [citat 25 gener 2019];28(1):74-81. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29346666>
3. Gil MD, Solano M del C. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2017 [citat 14 març 2019];49(9):549-56. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302475>
4. Generalitat de Catalunya, Departament de Treball i Afers Socials i Famílies. Pla Integral del poble gitano a Catalunya 2017-2020 [Internet]. 1a ed. Barcelona; 2018 [citat 18 març 2019]. Disponible a: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/publicacions/
5. La Parra-Casado D, Mosquera PA, Vives-Cases C, San Sebastian M. Socioeconomic inequalities in the use of healthcare services: comparison between the Roma and general populations in Spain. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [citat 16 febrer 2019];15(1):121. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29329246>
6. European Commission. Roma health report. Health status of the Roma population: data collection in the Member States of the European Union [Internet]. 2014 [citat 25 gener 2018]. Disponible a: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf
7. World Health Organization. 10 facts on health inequities and their causes [Internet]. World Health Organization; 2017 [citat 18 març 2019]. Disponible a: https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
8. Dion X. Gypsies and Travellers: cultural influences on health. *Community Pract* [Internet]. 2008 [citat 25 gener 2019];81(6):31-4. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18672858>
9. International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses [Internet]. Ginebra; 2012 [citat 26 març 2019]. Disponible a: <http://www.old.icn.ch/who-we-are/code-of->

ethics-for-nurses/

10. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya [Internet]. Barcelona; 2013. Disponible a:
<http://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/12/2013-Codi-dÈtica-de-les-infermeres-i-infermers-de-Catalunya..pdf>
11. Repo H, Vahlberg T, Salminen L, Papadopoulos I, Leino-Kilpi H. The cultural competence of graduating nursing students. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2017 [citat 14 març 2019];28(1):98-107. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26873438>
12. Unión Romani. Sobre la denominación del Pueblo Gitano en los documentos oficiales de la Conferencia Mundial Contra el Racismo [Internet]. 2001 [citat 26 novembre 2018]. Disponible a: <https://www.unionromani.org/notis/2001/noti2001-09-03.htm>
13. Sordé T, Flecha R, Alexiu TM. El pueblo gitano: una identidad global sin territorio. *Scr Nova Rev Electrónica Geogr y Ciencias Soc* [Internet]. 2013 [citat 26 novembre 2018];17(427):1-14. Disponible a: <http://hdl.handle.net/2445/113027>
14. Fundación Secretariado Gitano. Área Salud. Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios [Internet]. Madrid; 2006 [citat 13 març 2019]. Disponible a:
https://www.gitanos.org/centro_documentacion/publicaciones/fichas/27020.html.es
15. Arza J, Carrón J. Comunidad gitana: la persistencia de una discriminación histórica. *OBETS Rev Ciencias Soc* [Internet]. 2015 [citat 28 març 2019];10(2):275-99. Disponible a:
<http://hdl.handle.net/10045/52870>
16. Fundación Secretariado Gitano. Informe Anual FSG. Discriminación y Comunidad Gitana 2018. [Internet]. Madrid; 2018. Disponible a:
https://www.gitanos.org/centro_documentacion/publicaciones/fichas/125743.html.es
17. La Parra D, Gil D, de la Torre Esteve M. The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethn Heal* [Internet]. 2016 [citat 29 gener 2019];21(5):468-79. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26458079>
18. Red Equisastipen. Manual para la promoción de la salud en la comunidad gitana [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible a:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Equi_sastipen_rroma.pdf
19. La Parra D, Jiménez N. Desigualdad en salud y comunidad gitana. Análisis y propuestas desde el ámbito sociosanitario. Alacant: Universitat d'Alacant; 2016.
20. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and

- health. Lancet [Internet]. 2014 [citad 16 desembre 2018];384(9954):1607-39. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25443490>
21. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. Ginebra; 2008 [citad 18 març 2019]. Disponible a: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
 22. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) [Internet]. Ginebra; 2010 [citad 9 febrer 2019]. Disponible a: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
 23. Fundación Secretariado Gitano. Informe anual: Educación [Internet]. 2017 [citad 13 març 2019]. Disponible a: <http://gitanos.org/informeannual/educacion/index.html>
 24. Fundación Secretariado Gitano. Población gitana, empleo e inclusión social 2011. Un estudio comparado: población gitana española y del este de Europa [Internet]. Serie Cuadernos Técnicos. N°103. Madrid; 2012 [citad 13 març 2019]. Disponible a: https://www.gitanos.org/centro_documentacion/publicaciones/fichas/85424.html.es
 25. Fundación Secretariado Gitano. Estudio-Mapa sobre vivienda y población gitana, 2015 [Internet]. Madrid; 2016 [citad 13 març 2019]. Disponible a: https://www.gitanos.org/centro_documentacion/publicaciones/fichas/117552.html.es
 26. Fundación Secretariado Gitano. La familia: corazón de la comunidad [Internet]. [citad 13 març 2019]. Disponible a: https://gitanos.org/la_comunidad_gitana/la_familia_corazon_de_la_comunidad.html.es
 27. Domínguez C, Flecha A, Fernández M. Mujeres gitanas y mercado laboral: mecanismos para superar su triple exclusión. Lan harremanak Rev Relac laborales [Internet]. 2004 [citad 26 febrer 2018];11:81-93. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1067706>
 28. Asociación Secretariado General Gitano, Instituto de la Mujer. Guía de motivación para el desarrollo personal y profesional de las mujeres gitanas [Internet]. Madrid; 2001. Disponible a: https://www.gitanos.org/centro_documentacion/publicaciones/fichas/27013.html.es
 29. Pedrero V, Bernales M, Pérez C. Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018 [citad 14 març 2019];29(3):353-9. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300658>

30. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Segunda encuesta nacional de salud a población gitana 2014 [Internet]. Madrid; 2018 [citad 20 gener 2019]. Disponible a: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/ENS2014PG.pdf>
31. Heaslip V, Hean S, Parker J. Lived experience of vulnerability from a Gypsy Roma Traveller perspective. J Clin Nurs [Internet]. 2016 [citad 26 març 2019];25(13-14):1987-98. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27002227>
32. Smith D, Ruston A. «If you feel that nobody wants you you'll withdraw into your own»: Gypsies/Travellers, networks and healthcare utilisation. Sociol Heal Illn [Internet]. 2013 [citad 5 abril 2019];35(8):1196-210. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23574153>
33. Dumitras S, Gramma R, Roman G, Parvu A, Enache M, Moisa SM, et al. Considerations on the particularities of the illness and death perception for Roma people. Rom J Pediatr [Internet]. 2013 [citad 5 abril 2018];62(1):69-73. Disponible a: <https://rjp.com.ro/considerations-on-the-particularities-of-the-illness-and-death-perception-for-rroma-people/>
34. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca [Internet]. Ginebra; 2008 [citad 27 febrer 2019]. Disponible a: https://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf
35. Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona [Internet]. 1a ed. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal; 2013 [citad 9 abril 2019]. 122 p. Disponible a: <http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>
36. González A, Piqué JL, Vila A. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya [Internet]. Barcelona; 2016 [citad 9 abril 2019]. Disponible a: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_atencio_centrada_en_la_persona_201601.pdf
37. Ross H, Tod AM, Clarke A. Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. J Clin Nurs [Internet]. 2015 [citad 9 abril 2019];24(9-10):1223-33. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25047737>
38. Feo R, Conroy T, Marshall RJ, Rasmussen P, Wiechula R, Kitson AL. Using holistic interpretive synthesis to create practice-relevant guidance for person-centred fundamental care delivered by nurses. Nurs Inq [Internet]. 2017 [citad 12 abril 2019];24(2):1-11. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27549018>

39. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *Am J Bioeth* [Internet]. 2013 [citat 9 abril 2019];13(8):29-39. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23862598>
40. Martínez C, Cayuela S. Cuidados y diversidad cultural: un estudio de caso en un centro de Atención Primaria en Murcia. *Cult los Cuid* [Internet]. 2018 [citat 28 març 2019];22(50):127-40. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10045/75354>
41. Engebretson J, Mahoney J, Carlson ED. Cultural competence in the era of evidence-based practice. *J Prof Nurs* [Internet]. 2008 [citat 28 març 2019];24(3):172-8. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722307002463>
42. Doherty M, Thompson H. Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. *Br J Community Nurs* [Internet]. 2014 [citat 9 abril 2019];19(10):502-7. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25284187>
43. Castrillón E. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cult los Cuid* [Internet]. 2015 [citat 28 març 2019];19(42):128-36. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10045/49335>
44. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract* [Internet]. 2006 [citat 5 abril 2019];23(3):325-48. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16476700>
45. López-Díaz L, Arias SE, Rodríguez V, Reina-Leal LM, Benavides EC, Hernández DC, et al. Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: una metasíntesis. *Gerenc y Polit salud* [Internet]. 2018 [citat 13 març 2019];17(34):1-15. Disponible a: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23077>
46. Marrero CM. Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *Rev ENE Enfermería* [Internet]. 2013 [citat 28 març 2019];7(3):1-9. Disponible a: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/278>
47. El Bouchaibi I. La enfermera transcultural. Una nova competència infermera. *An Med* [Internet]. 2012 [citat 28 març 2019];95:160-1. Disponible a: <https://www.raco.cat/index.php/AnnalsMedicina/article/download/283302/371199>
48. Cai DY. A concept analysis of cultural competence. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2016 [citat 26 març 2019];3(3):268-73. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013216300795>
49. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. 12a ed. Barcelona: Editorial Gedisa; 2003.
50. Col·legi Oficial Infermeres i Infermers Barcelona. Marc conceptual. Competències de la professió [Internet]. [citat 15 març 2019]. Disponible a: <https://www.coib.cat/ca->

- es/actualitat-professional/competencies-de-la-professio/marc-conceptual.html
51. Vasiliou M, Kouta C, Raftopoulos V. The use of the cultural competence assessment tool (Ccatool) in community nurses: the pilot study and test-retest reliability. *Int J Caring Sci* [Internet]. 2013 [citat 28 març 2019];6(1):44-52. Disponible a: www.inernationaljournalofcaringsciences.org
 52. Smith LS. Cultural competence: a guide for nursing students. *Nursing (Lond)* [Internet]. 2017 [citat 16 abril 2019];47(10):18-20. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28953693>
 53. Alizadeh S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2016 [citat 30 març 2019];24(6):117-30. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26499469>
 54. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2002 [citat 10 maig 2019];13(3):181-4. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12113146>
 55. Kawulich BB. Participant observation as a data collection method. *Forum Qual Soc Res* [Internet]. 2005 [citat 10 maig 2019];6(2). Disponible a: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/466>
 56. Trigueros C, Rivera E, Rivera I. Técnicas conversacionales y narrativas. *Investigación cualitativa con Software NVivo* [Internet]. Universidad de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018 [citat 8 maig 2019]. Disponible a: <https://www.easp.es/project/investigacion-cualitativa-con-software-nvivo-tecnicas-conversacionales-y-narrativas/>
 57. Boletín Oficial del Estado. Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals [Internet]. 16673 Espanya; 2018 p. 119788-857. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/dof/cat/pdf>

OBJECTIUS

L'objectiu general d'aquest projecte d'estudi consisteix en analitzar i interpretar la percepció i experiència de la competència cultural que tenen els professionals d'infermeria envers la comunitat gitana. Aquest objectiu principal està relaciona amb quatre objectius específics:

- › Analitzar el coneixement específic en competència cultural de les infermeres d'Atenció Primària de la Regió de Girona respecte la minoria ètnica gitana.
- › Conèixer i descriure les actituds i estratègies que utilitzen les infermeres d'Atenció Primària en l'assistència a la població minoritària gitana.
- › Identificar les barreres culturals en l'atenció sanitària experimentades pel col·lectiu gitano.
- › Explorar la percepció del col·lectiu gitano respecte l'atenció assistencial rebuda al Centre d'Atenció Primària.

MATERIALS I MÈTODES

1. DISSENY I PERÍODE DE L'ESTUDI

Estudi qualitatiu de caire fenomenològic que pretén analitzar de forma holística la percepció i experiència de la competència cultural que tenen les/els infermers/es de la Regió Sanitària de Girona envers la comunitat gitana d'aquesta regió. Es durà a terme durant dos anys i mig, d'octubre de 2018 a abril de 2021.

2. ÀMBIT D'ESTUDI

L'àmbit d'estudi són dues de les ciutats de la Regió Sanitària de Girona que concentren més població de la comunitat gitana, la ciutat de Girona i la de Figueres. Concretament els barris de Font de la Pólvora (Girona) i el barri de Sant Joan (Figueres).

3. POBLACIÓ D'ESTUDI

La població d'estudi està composta per 2 grups de participants:

- › Infermeres i infermers d'Atenció Primària de la Regió Sanitària de Girona que treballen en el CAP de Vilar-Roja (Girona) i CAP Ernest Lluch (Figueres) N= 20
- › Població gitana resident a la ciutat de Girona i Figueres N= 4.500

4. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

Professionals infermers/es:

Taula 1. Criteris d'inclusió i exclusió dels participants (professionals d'infermeria)

CRITERIS INCLUSIÓ	CRITERIS EXCLUSIÓ
› Infermers/eres amb contacte directe amb el col·lectiu gitano i treballant actualment	› Infermers/eres sense activitat directa en la pràctica assistencial amb el col·lectiu gitano
› Consentiment informat	› Infermers/eres que no hagin signat el consentiment informat

Font: Elaboració pròpia

*Població gitana:**Taula 2. Criteris d'inclusió i exclusió dels participants (població gitana)*

CRITERIS INCLUSIÓ	CRITERIS EXCLUSIÓ
<ul style="list-style-type: none"> > Persones d'ètnia gitana residents als barris de Font de la Pólvora (Girona) i Sant Joan (Figueres) > Consentiment informat > Edat: majors d'edat (≥ 18 anys) > Parlar català/castellà 	<ul style="list-style-type: none"> > Persones que no siguin d'ètnia gitana > Persones del col·lectiu gitano que no hagin signat el consentiment informat > Persones amb dificultats cognitives

*Font: Elaboració pròpia***5. MOSTRA**

La mostra d'estudi es trobarà a partir del mostreig no probabilístic de "bola de neu" tant per la població d'infermers/es com per la població gitana. Els participants es seleccionaran amb previ consentiment i tenint en compte els criteris d'inclusió i exclusió descrits anteriorment. El procés de selecció dels elements de la mostra en el mostratge no probabilístic és subjectiu ja que depèn del criteri de la investigadora.

El primer contacte amb els participants es portarà a terme per la investigadora principal en els dos CAPS on es realitzarà la investigació. Serà necessari que la persona responsable a la qual se li sol·liciti els permisos per la investigació, es posi en contacte amb algun/a dels o les professionals d'infermeria del centre i voluntàriament decideixi participar en el projecte. Una vegada aquest/a professional hagi acceptat, serà convenient que miri de convèncer a algun/a altre/a company/a.

Amb el grup de la població gitana, es realitzarà de manera similar. Un cop s'hagi aconseguit algun participant infermer/a del CAP, aquest/a intentarà reclutar a membres de la població gitana que acudeixen al mateix CAP. Entre els membres de la població gitana també s'anirà sumant la resta de participants, ja que una persona aconseguirà que una altra participi i així consecutivament. Amb aquesta tècnica es podrà anar reunint, de manera no aleatòria, el total de la mostra. S'acceptaran nous participants fins al novembre de 2019, moment en el qual es procedirà a la recollida de dades. S'estima que el nombre de la mostra pel grup de professionals de la salut sigui de 16 infermers/eres; i pel grup de població gitana sigui de 20 persones.

6. ELEMENTS D'ESTUDI

La investigació qualitativa pot portar a nous elements d'estudi o fer modificar els escollits, durant el transcurs de la investigació i de les aportacions i relats dels participants. Tot i així, els principals elements d'estudi establerts són els següents:

- › **Coneixement en competència cultural.** Coneixements generals i específics que tenen els/les infermers/es d'AP respecte la diversitat cultural i, concretament, de la minoria ètnica gitana.
- › **Actituds dels professionals d'infermeria.** Manera d'actuar o d'estar dels/les infermers/es davant els usuaris d'ètnia gitana. Forma determinada en la qual es comporten.
- › **Estratègies utilitzades pels professionals d'infermeria en l'atenció sanitària:** Manera o sistema de dirigir l'atenció sanitària a les consultes d'AP amb la finalitat de millorar aquesta atenció i propiciar un millor servei a la població gitana. Elements externs al/la infermer/a utilitzats per millorar l'atenció.
- › **Barreres culturals relacionades tant pels professionals d'infermeria com per la població gitana.** Factors culturals que tendeixen a restringir les interrelacions culturals d'individus o grups.
- › **Percepció del col·lectiu gitano respecte l'atenció assistencial rebuda:** procés pel qual una persona té coneixement del que rep a partir de les impressions que li comuniquen els sentits i emocions.

7. TÈCNiques I INSTRUMENTS D'ESTUDI

L'obtenció de dades, essent un estudi fenomenològic i d'acord amb el disseny i la metodologia exposada, es realitzarà a través de l'observació participant, complementada amb entrevistes semiestructurades en profunditat. A més, també es portaran a terme grups de discussió. A continuació es detallen cadascun d'aquest conjunt de mètodes emprats per la investigació:

Observació participant

L'observació participant té origen en l'antropologia i es defineix com la descripció sistemàtica d'esdeveniments, comportaments i entorn de l'escenari social escollit per estudiar. Aquest instrument faculta l'observador a descriure les activitats de les persones en l'escenari natural en el qual es desenvolupen a través de l'observació i la participació (55).

Aquesta tècnica proporciona als investigadors mètodes per revisar expressions no verbals de sentiments, determinar qui interactua amb qui, permet comprendre com els participants es

comuniquen entre ells, i verificar la dedicació de determinades activitats. Al mateix temps, permet observar situacions que els informants no volen compartir perquè potser seria impropri (55). D'alguna manera, s'observa més enllà del que es diu i el que s'explica que es fa; poden aparèixer discrepàncies entre el que es diu que es fa i el que es fa, no per enganyar a la investigadora, sinó perquè es produeix de manera inconscient (com en tots els processos socials).

L'observació participant es portarà a terme a les consultes d'Atenció Primària del CAP de Vila-Roja i el CAP Ernest Lluch, amb prèvia autorització dels centres ([ANNEX 1](#) i [ANNEX 2](#)). Es preveu que l'observació es compregui entre 3 i 4 mesos (novembre 2019 – febrer 2020), o bé fins que la investigadora consideri que s'ha arribat a la saturació d'informació. Una de les premisses a tenir en compte és que a les consultes d'AP s'hi atengui a persones del col·lectiu gitano. La investigadora observarà el dia a dia de les consultes, les explicacions que fan en cada context i en cada situació concreta, les seves reaccions, les condicions en les quals es porta a terme l'activitat assistencial, etc.

L'observació participant permetrà una recollida de dades a través del quadern del diari de camp de la investigadora. Per tal de portar-ho a terme es contarà amb una fitxa de l'estructura de l'observació participant, per tal d'anar configurant el quadern de camp ([ANNEX 3](#)).

Per a la observació participant serà necessària una càmera per tal de poder fotografiar tot allò que es consideri pertinent per la investigació.

Entrevistes semiestructurades en profunditat

L'entrevista semiestructurada en profunditat s'entén com a una conversa on la investigadora té una interacció professional amb l'entrevistat amb la finalitat d'obtenir una informació que li permeti conèixer, explicar i interpretar un fet, situació o fenomen. El participant expressa amb les seves pròpies paraules i amb la seva perspectiva persona, la visió de la realitat sobre la que està sent interpel·lat (56).

Aquest instrument s'emprarà a la població gitana, de forma individual amb cadascun dels subjectes inclosos en la mostra i de forma presencial per part de la investigadora. El lloc on es desenvoluparan es determinarà un cop s'hagi contactat amb el/la participant, i conjuntament es decidirà; bé sigui al domicili de l'entrevistat, al mateix CAP, etc. L'entrevista no tindrà una durada delimitada atès que aquesta depèn de la informació que vulgui proporcionar l'entrevistat/da en base a les preguntes obertes, tenint en compte que pot encetar nous temes o no respondre a la totalitat de les preguntes que se li faci. El bloc d'entrevistes estan programades entre febrer i abril 2020.

El principal contingut que conté l'entrevista té a veure amb la percepció que tenen els usuaris d'ètnia gitana respecte l'atenció rebuda a les consultes del CAP. També es preguntarà sobre com valoren les actituds dels/les professionals d'infermeria que els atenen i les barreres que es troben en l'AP. Finalment també se'ls preguntarà sobre els prejudicis i la discriminació que poden o no rebre durant les consultes.

S'ha elaborat un guió que consta de 10 preguntes obertes ([ANNEX 4](#)) per tal de no delimitar el contingut en base al coneixement de la investigadora. També s'han redactat 2 sub-preguntes per reconduir l'entrevista en els casos en els quals el subjecte es desviï molt del tema a investigar o no es parli sobre aquells aspectes que la investigadora cregui necessaris per la investigació; es tracta de reconduir a la persona sense oblidar la seva llibertat d'expressar tot allò que desitgi. Per la realització de les entrevistes s'han tingut en compte la recerca bibliogràfica estudiada i els objectius de l'estudi.

Els participants de les entrevistes podran ser els mateixos que s'hauran estudiat durant l'observació participant (una altre de les tècniques d'investigació emprades en aquest estudi), ja que la investigadora hi haurà interactuat anteriorment.

La recollida de dades de les entrevistes es realitzarà a través de gravació mitjançant una enregistradora, previ consentiment dels informants. Posteriorment, es realitzarà la transcripció a l'ordinador amb l'ajuda del programa informàtic NVivo.

Grups de discussió

Els grups de discussió són definits com a tècniques conversacionals grupals que es caracteritzen per la interacció de més d'una persona que faciliten informació (56). Aquesta eina parteix d'una pregunta àmplia, tot i que és preferible tenir un guió orientatiu de temes que podrien ser rellevants. El moderador, en aquest cas, la investigadora principal ha de procurar que el discurs sigui construït pels participants, evitant sempre que sigui possible intervenir.

Aquesta tècnica es desenvoluparà amb diversos perfils professionals del personal d'infermeria (infermeres d'adults, pediàtriques, llevadores...) que exerceixen en els centres d'Atenció Primària seleccionats, abordant la seva pròpia percepció de la competència cultural envers la comunitat gitana. Les sessions es portaran a terme a una sala cedida per cadascun dels dos CAPS seleccionats per l'estudi. Seran sessions compostes per 8 participants infermers/es i amb una durada d'entre 60 i 90 minuts. La sala es prepararà prèviament amb refrigeris i es propiciarà un ambient còmode.

En l'apartat d'annexes del present informe s'hi troba el guió orientatiu pel desenvolupament del grup discussió ([ANNEX 5](#)). En aquest, hi apareixen preguntes relacionades amb el coneixement

sobre la competència cultural que tenen els/les professionals d'infermeria envers la comunitat gitana. També hi ha preguntes dirigides a conèixer quines estratègies utilitzen davant aquesta comunitat, en el cas de trobar-se amb barreres culturals. Finalment, algunes altres preguntes estan orientades a la valoració que fan de les seves actuacions en l'atenció prestada, i si consideren que haurien de tenir una formació específica en competència cultural.

En el mateix annex referenciat anteriorment, hi ha un quadre per completar amb les dades dels participants, referents als seus atributs com l'edat, el perfil infermer, l'experiència laboral i el sexe, ja que s'ha considerat que podrien prendre interès durant la fase d'anàlisi de dades.

La investigadora farà una funció de moderadora, és a dir, conduirà el grup i gairebé no intervindrà en la discussió. Permet que els professionals d'infermeria parlin de la seva pròpia percepció i experiència, la qual cosa permet un endinsament de les concepcions inicials del projecte. Al tancament de cada sessió, es donarà pas a tots els participants per tal que puguin reforçar algunes de les seves opinions o en puguin afegir de noves.

La recollida de dades dels grups de discussió es realitzà a través del quadern de la investigadora i amb l'enregistradora. El període per realitzar aquests grups està establert entre els mesos de febrer i abril 2020. El nombre de sessions dependrà de l'obtenció de la saturació de la informació.

8. PROCEDIMENT

FASE 1: Conceptual

Fase prèvia a la investigació i recollida de dades. Etapa ja acabada on s'ha realitzat la recerca i revisió bibliogràfica, s'ha redactat el marc teòric i s'han delimitat els objectius del projecte. Tanmateix s'ha configurat el disseny de la metodologia amb tots els seus continguts.

FASE 2: Presentació projecte i consentiment informat

La dinàmica per iniciar la investigació serà, primerament, rebre l'autorització del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) ([ANNEX 6](#)), període contemplat entre els mesos de maig – juliol 2019. Un cop rebuda l'autorització del CEIC, durant el mes de agost 2019, es portarà a terme la presentació de la investigació als responsables dels dos centres, tot sol·licitant la seva autorització ([ANNEX 1](#) i [ANNEX 2](#)) i aportant tota la documentació pertinent o que poguessin demanar en relació al projecte i a la metodologia emprada als seus centres.

Després d'obtenir el permís dels responsables, durant el mes de setembre 2019, es procedirà a l'apropament amb els participants, tot establint el primer contacte i demanant el seu

consentiment informat ([ANNEX 7](#)) per tal de formar part del projecte, si és que hi estan interessats.

Finalment, es sotmetran els guions (ja preparats en la primera fase), tant el dels grups de discussió com el de les entrevistes, a una prova pilot amb 8 participants per cada un dels instruments. Es realitzarà amb l'objectiu d'identificar els punts febles, si s'entenen les qüestions plantejades i per estimar el temps aproximat de les sessions. Si és convenient, en aquest moment, es procedirà a modificar aquells punts febles que es detecti.

FASE 3: Recollida de dades

Durant els període de novembre 2019 – abril 2020 es realitzarà la recollida de dades. Primerament, durant quatre mesos (novembre 2019 – febrer 2020), aproximadament, es realitzarà l'observació participant a les consultes d'AP. La investigadora podrà copsar de primera mà la interacció entre les dues poblacions estudiades (professionals de la salut i col·lectiu gitano).

Entre els mesos de febrer i abril 2020, es portaran a terme els altres dos instruments d'estudi. Per una banda, les entrevistes semiestructurades en profunditat al col·lectiu gitano; i per l'altre, els grup de discussió amb els professionals d'infermeria com a participants.

La transcripció de les dades, enregistrades amb la gravadora de veu, es realitzarà amb l'ajuda del programa informàtic NVivo.

FASE 4: Anàlisi de dades i memòria final

Aquesta fase comprèn des de desembre 2019 fins a finals d'octubre 2020, coincidint amb la fase de recollida de dades. S'ha considerat que mentre es vagi recollint la informació, simultàniament s'aniran analitzant les dades per si s'hagués de realitzar alguna modificació en les tècniques d'estudi. Es farà un anàlisi qualitatiu de caire interpretatiu de les dades enregistrades, la qual cosa suposa la comprensió de la percepció de la competència cultural en l'atenció primària en persones de la minoria ètnica gitana. Aquestes dades extretes dels participants, de manera empírica, s'hauran de triangular entre les tres tècniques utilitzades d'estudi i també amb les dades obtingudes de la revisió bibliogràfica.

Entre l'agost i l'octubre de 2020 s'espera tenir l'informe final redactat i finalitzat. Durant el mes d'octubre 2020 es revisarà la part conceptual del treball, el marc teòric, i també l'apartat metodològic. També s'actualitzarà la bibliografia, per si durant el transcurs dels dos anys de la investigació hi ha hagut novetats en la temàtica tractada en el projecte. Finalment, un cop revisat tot aquest contingut, es redactarà la memòria final.

FASE 5: Difusió dels resultats

En el període de novembre 2020 i abril 2021 es portarà a terme la difusió dels resultats obtinguts mitjançant la publicació de dos articles científics traduïts a l'anglès en dues revistes *open access*. A més, la investigadora principal assistirà a dos congressos internacionals, entre els mesos de novembre 2020 i gener 2021 on tindrà l'oportunitat de difondre i donar a conèixer la investigació realitzada.

9. ANÀLISIS DE DADES

Per analitzar el contingut de les dades s'utilitzarà el programa informàtic *NVivo*, útil per a les investigacions amb metodologies qualitatives. És una eina que facilita la codificació de les dades, és a dir, descomposta la informació obtinguda fins al punt de poder classificar-la en categories generals i simples.

Les entrevistes seran gravades amb l'enregistradora i transcrites literalment. Posteriorment seran analitzades seguint la metodologia qualitativa.

10. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

Aquest estudi serà sotmès al comitè d'ètica d'investigació clínica (CEIC), per tal d'obtenir la seva aprovació mitjançant la carta de sol·licitud per l'avaluació del projecte ([ANNEX 6](#)).

Per altra banda, en base a la vigent *Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals* (57), es garantirà la total confidencialitat de dades i es preservarà l'anonimat. En la present investigació no s'identificarà ni apareixerà cap participant, les dades personals seran codificades, i tindran un interès exclusivament científic. L'única persona que podrà veure i analitzar les dades personals és la investigadora principal d'aquest projecte, sense altres intermediaris. Amb la finalitat d'acompliment de la confidencialitat de dades, serà imprescindible que tots els participants signin el consentiment informat ([ANNEX 7](#)), en el qual se'ls informarà dels objectius i de la voluntarietat de la seva participació.

Finalment, aquest estudi tindrà en compte els principis bàsics d'ètica: autonomia, beneficència, no-maleficència i justícia.

11. LIMITACIONS

La principal limitació que presenta aquesta investigació és la problemàtica per quantificar la població gitana a la província de Girona, degut al fet que no es realitzin censos per origen ètnic. Aquest fet dificulta la delimitació de la població d'estudi i de la mostra.

Per altra banda, l'àmbit d'estudi i la mostra estan delimitats a la Regió Sanitària de Girona, concretament a les ciutats de Girona i Figueres, cosa que dificulta el fet que els resultats es puguin extrapol·lar a altres Regions Sanitàries de Catalunya o a la resta de l'Estat. A més, al ser un estudi qualitatiu de tipus fenomenològic, els resultats extrets no permeten generalitzacions, ja que s'han d'entendre en el seu context.

12. APLICABILITAT DELS RESULTATS DE L'ESTUDI A LA PRÀCTICA INFERMERA

Aquest projecte pretén ser un punt de partida i un impuls per l'estudi i anàlisi de la competència cultural a Girona i a Catalunya. Contribuirà a conèixer les percepcions del col·lectiu gitano gironí respecte l'atenció rebuda, en termes de competència cultural per part del personal d'infermeria en l'Atenció Primària. Això podrà contribuir a l'establiment d'accions adreçades a fomentar l'atenció a la salut des d'una perspectiva transcultural.

S'espera que aquest projecte, un cop finalitzat, generi una millora en l'atenció sanitària dels i les professionals d'infermeria en entorns de minories ètniques, com és el cas del poble gitano. Aquest avenç relacionat amb la competència cultural, sorgiria també gràcies a la col·laboració del col·lectiu gitano en la investigació, ja que les seves pròpies percepcions i experiències viscudes donarien llum del que s'ha de canviar o millorar per tal que aquesta població se senti ben atesa i acompanyada en el procés de salut. A més, s'espera que es puguin reduir les iniquitats en salut del grup ètnic minoritari gitano.

Aquest estudi, de ben segur que ajudarà a millorar un dels ítems més valorats de la competència cultural, la consciència cultural. El fet que infermers/es participin en la present investigació, mitjançant les entrevistes i els grups de discussió, farà que reflexionin sobre tot allò que envolta el concepte de la competència cultural i la infermeria transcultural, tot permetent que es treballi amb pensament crític.

13. CRONOGRAMA

Taula 3. Cronograma

ACTIVITAT		oct-18	nov-18	des-18	gen-19	febr-19	març-19	abr-19	maig-19	juny-19	jul-19	ag-19	set-19	oct-19	nov-19	des-19	gen-20	febr-20	març-20	abr-20	maig-20	juny-20	jul-20	ag-20	set-20	oct-20	nov-20	des-20	gen-21	febr-21	març-21	abr-21		
FASE 1	Recerca i revisió bibliogràfica																																	
	Redacció del marc teòric																																	
	Plantejament dels objectius																																	
	Plantejament i redacció de la metodologia																																	
FASE 2	Presentació projecte al CEIC																																	
	Presentació projecte al responsables																																	
	Contacte i amb els participants (col·lectiu gitano i infermers/es)																																	
	Consentiment informat de tots els participants																																	
	Prova pilot per testar els guions de les entrevistes																																	

ACTIVITAT		oct-18	nov-18	des-18	gen-19	febr-19	març-19	abr-19	maig-19	juny-19	jul-19	ag-19	set-19	oct-19	nov-19	des-19	gen-20	febr-20	març-20	abr-20	maig-20	juny-20	jul-20	ag-20	set-20	oct-20	nov-20	des-20	gen-21	febr-21	març-21	abr-21				
FASE 3	Recollida de dades qualitatives																																			
	Transcripció de les entrevistes i codificació de dades																																			
FASE 4	Anàlisi de dades																																			
	Informe final																																			
	Revisió marc teòric, antecedents i metodologia																																			
	Actualització bibliografia																																			
	Revisió i finalització memòria i text																																			
FASE 5	Assistència a dos congressos																																			
	Publicació articles																																			

Font: Elaboració pròpia

PRESSUPOST ECONÒMIC

Taula 4. Pressupost econòmic aproximat del projecte

RECURSOS HUMANS	QUANTITAT	PREU/HORA	IMPORT
Processament dades qualitatives	100 hores	20€/hora	2.000,00 €

MATERIAL INVENTERIALBLE	QUANTITAT	PREU/UNITAT	IMPORT
Programa NVivo	1	500€/unitat	500,00 €
Ordinador	1	300€/unitat	300,00 €
Càmera	1	60€/unitat	60,00 €
Enregistradora	1	30€/unitat	30,00 €
USB memòria	2	7€/unitat	14,00 €
Grapadora	1	3,40€/unitat	3,40 €
			907,40 €

MATERIAL NO INVENTERIALBLE	QUANTITAT	PREU/UNITAT	IMPORT
Agenda	1	5€/unitat	5,00 €
Quadern diari de camp	2	10€/unitat	20,00 €
Paper d'oficina	2500	0,01€/unitat	25,00 €
Bolígrafs	10	0,30€/unitat	3,00 €
Fotocòpia documents	1000	0,03€/còpia	30,00 €
Refrigeris sessions grupals	15	8€/refrigeri	120,00 €
			203,00 €

DIFUSIÓ DELS RESULTATS	QUANTITAT	PREU/UNITAT	IMPORT
Inscripció Congrés Internacional	2 fòrums científics	350€/inscripció	700,00 €
Allotjament	2	60€/nit	120,00 €
Desplaçament	2	80€/vol	160,00 €
Dietes	25	5€/dieta	125,00 €
			1.105,00 €

ELABORACIÓ DE DOS ARTICLES	QUANTITAT	PREU/UNITAT	IMPORT
Traducció a l'anglès	2 articles	600€/article	1.200,00 €
Publicació revista <i>open access</i>	2 revistes	1.200€/revista	2.400,00 €
			3.600,00 €

TOTAL			7.815,40 €
--------------	--	--	-------------------

Font: Elaboració pròpia

ANNEXES

ANNEX 1 – Carta d'autorització responsables CAP Vila-Roja

Carta de presentació projecte: “La competència cultural de les infermeres envers la comunitat gitana”

CAP Vila-Roja

A l'atenció del/a responsable del CAP de Vila-Roja.

Benvolgut/da Senyor/a,

Soc Sara Vives Álvarez, estudiant de quart d'infermeria a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona, i em poso en contacte amb vostè per demanar-li autorització per tenir accés al Centre d'Atenció Primària de Vila-Roja per portar a terme un estudi qualitatiu titulat *La competència cultural de les infermeres envers la comunitat gitana* relacionat amb el treball de fi de Grau en Infermeria. Aquest té com objectiu conèixer i descriure la percepció de la competència cultural envers la comunitat gitana en l'àmbit del barri Font de la Pólvora (Girona) i per portar-lo a terme és necessària la col·laboració dels professionals infermers/es que atenen a la comunitat gitana així com també amb el mateix col·lectiu.

La investigació que es portarà a terme consistirà en un treball de camp realitzat per la investigadora principal a través de l'observació participant durant les consultes ambulatories del centre. També es realitzaran grups de discussió amb el personal d'infermeria. Abans de qualsevol contacte amb els participants se'ls informarà dels objectius i hauran de signar la seva voluntat de participar-hi, mitjançant el consentiment informat. Finalment, informar que aquest projecte ha estat avaluat i acceptat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC).

Així mateix, adjunto el projecte per la seva valoració i resto a la seva disposició per qualsevol aclariment o informació afegida que consideri oportuna.

Moltes gràcies.

Rebi una cordial salutació,

Sara Vives Álvarez. Investigadora principal
Universitat de Girona

Signatura

Girona,

de 2019

ANNEX 2 – Carta d'autorització responsables CAP Ernest Lluch

Carta de presentació projecte: “La competència cultural de les infermeres envers la comunitat gitana”

CAP Ernest Lluch

A l'atenció del/a responsable del CAP d'Ernest Lluch.

Benvolgut/da Senyor/a,

Soc Sara Vives Álvarez, estudiant de quart d'infermeria a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona, i em poso en contacte amb vostè per demanar-li autorització per tenir accés al Centre d'Atenció Primària de Vila-Roja per portar a terme un estudi qualitatiu titulat *La competència cultural de les infermeres envers la comunitat gitana* relacionat amb el treball de fi de Grau en Infermeria. Aquest té com objectiu conèixer i descriure la percepció de la competència cultural envers la comunitat gitana en l'àmbit del barri Sant Joan (Figueres) i per portar-lo a terme és necessària la col·laboració dels professionals infermers/es que atenen a la comunitat gitana així com també amb el mateix col·lectiu.

La investigació que es portarà a terme consistirà en un treball de camp realitzat per la investigadora principal a través de l'observació participant durant les consultes ambulatories del centre. També es realitzaran grups de discussió amb el personal d'infermeria. Abans de qualsevol contacte amb els participants se'ls informarà dels objectius i hauran de signar la seva voluntat de participar-hi, mitjançant el consentiment informat. Finalment, informar que aquest projecte ha estat avaluat i acceptat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC).

Així mateix, adjunto el projecte per la seva valoració i resto a la seva disposició per qualsevol aclariment o informació afegida que consideri oportuna.

Moltes gràcies.

Rebi una cordial salutació,

Sara Vives Álvarez. Investigadora principal
Universitat de Girona

Signatura

Figueres,

de 2019

ANNEX 3 – Estructura observació participant

Dia:	Hora inici observació:
Lloc/consulta:	Hora finalització observació:

Observacions:

- La persona que assisteix a la consulta va sola? Acompanyada? De qui?

Comunicació no verbal:

ANNEX 4 – Guió entrevista semiestructurada

Preguntes bàsiques introductòries:

- 1) Edat?
- 2) Ocupació (estudis / feina)?
- 3) Amb qui viu?

Preguntes específiques:

- 4) Com valoraria el seu estat de salut?
- 5) Com considera les actituds dels professionals d'infermeria cap a vostè?
- 6) Els professionals d'infermeria tenen en compte la seva opinió a l'hora de planificar els programes de promoció de la salut/educatius?
- 7) Quines barreres es troba en l'atenció rebuda al CAP?
 - › Barreres culturals, dificultat per entendre la seva percepció de salut/malaltia
- 8) Quina és la seva percepció respecte l'atenció assistencial rebuda en la consulta del CAP?
- 9) S'ha sentit algun cop perjudicat pel personal d'infermeria en les consultes?
- 10) Ha rebut alguna vegada algun tipus de discriminació durant les consultes d'infermeria?
 - › Creu que el fet de pertànyer a una minoria ètnica pot repercutir d'alguna manera sobre la seva salut?

ANNEX 5 – Guió dels grups de discussió

Guió orientatiu de temes per desenvolupar:

- Com definiríeu la competència cultural?
- Quina és la vostra percepció sobre la competència cultural com a infermeres?
- Com descriuríeu les vostres estratègies a la consulta davant una situació de diversitat cultural? I concretament, davant la minoria ètnica gitana? Quins altres en coneixeu (d'estratègies)?
- Què en coneixeu de la salut del poble gitano?
- Com definiríeu la vostra actitud davant la població gitana?
- Creieu convenient una formació específica en competència cultural destinada a millorar l'atenció sanitària a la població gitana, dins dels estudis de grau en infermeria? I durant la pràctica assistencial un cop inserits/des al mercat laboral, com a formació contínua?
- Quines creieu que són les barreres amb les quals la població gitana es troba en l'atenció primària?

Taula 5. Atributs dels participants del grup de discussió

PARTICIPANT	ATRIBUTS DELS PARTICIPANTS			
	Edat	Perfil infermer (especialitat)	Experiència laboral	Sexe
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Font: Elaboració pròpia

ANNEX 6 – Sol·licitud Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC)

Sol·licitud d'avaluació pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC)

Benvolguts,

Adjuntem documentació corresponent a l'estudi:

Títol projecte: *La competència cultural de les infermeres envers la comunitat gitana*

Codi de protocol:

CEIC de referència:

Documents presentats:

- Còpia projecte investigació
-
-

En cas de necessitar més informació o documentació addicional, el CEIC es dirigirà a:

Nom: Sara Vives Álvarez

Telèfon: 618.05.77.40

Correu electrònic: svives28@gmail.com

Cordialment,

Sara Vives Álvarez

Investigadora principal

Universitat de Girona

Girona, a 10 de maig de 2019

ANNEX 7 – Consentiment informat pels participants

Consentiment informat de participació en el projecte d'investigació “La competència cultural de les infermeres envers la comunitat gitana”

Investigadora: Sara Vives Álvarez. Estudiant de quart curs d'Infermeria
Universitat de Girona (correu electrònic: svives28@gmail.com)

Descripció de l'estudi

Vostè ha estat convidat/da a participar en un estudi sobre la competència cultural de les infermeres d'Atenció Primària de la Regió de Girona envers la comunitat gitana. La investigadora portarà a terme un estudi qualitatiu fenomenològic sobre la competència cultural percebuda tant pel personal d'infermeria com pels propis agents del col·lectiu gitano.

La investigadora examinarà:

1. el coneixement específic en competència cultural de les infermeres d'Atenció Primària de la Regió de Girona respecte la minoria ètnica gitana.
2. les actituds i estratègies que utilitzen les infermeres d'Atenció Primària en l'assistència a la població minoritària gitana.
3. les barreres culturals en l'atenció sanitària experimentades pel col·lectiu gitano.
4. la percepció del col·lectiu gitano respecte l'atenció assistencial rebuda al Centre d'Atenció Primària.

Confidencialitat

La informació que vostè reveli serà confidencial. Només la investigadora tindrà accés a qualsevol registre que l'identifiqui. S'utilitzaran pseudònims en tots els documents d'investigació, a no ser que vostè decideixi renunciar a l'anonimat, i els documents estaran convenientment arxivats en un lloc segur. El seu nom no figurarà en cap document de la investigació, excepte en el formulari de consentiment informat de participació que vostè haurà de firmar. Si vostè accedeix a que l'entrevista sigui gravada, la gravació serà destruïda immediatament després que l'entrevista sigui transcrita en un ordinador. L'anonimat està, per tant, garantit.

Informació de contacte

La investigadora d'aquest estudi és la Sara Vives Álvarez. Vostè pot fer qualsevol pregunta o resoldre qualsevol dubte ara. Si l'hi sorgeixen dubtes o preguntes més endavant no dubti en contactar amb la Sara en qualsevol moment al telèfon 0034.618057740, o per correu electrònic a: svives28@gmail.com

Autorització

He llegit o m'han llegit aquest formulari sobre l'estudi d'investigació.

He tingut la possibilitat de preguntar els dubtes sorgits de la lectura i/o explicació del projecte d'estudi.

Entenc que la meva participació és voluntària i que puc decidir donar per finalitzada la meva participació en qualsevol moment.

Entenc que puc consentir verbalment a participar en l'estudi.

Sé com contactar amb la investigadora principal.

Puc quedar-me amb una còpia d'aquest formulari de consentiment.

Signatura del/a participant

Signatura de la investigadora

Data / /

Data / /

Formulari de consentiment informat. Versió: 12/04/2019