

# MIGRACIÓN Y COMPETENCIA CULTURAL: UN DESAFÍO PARA LOS TRABAJADORES DE SALUD

## IMMIGRATION AND CULTURAL COMPETENCE: A CHALLENGE FOR HEALTHCARE WORKERS

EU. VÍCTOR PEDRERO (1), PS. MARGARITA BERNALES (2), EU. CLAUDIA PÉREZ (3)

(1) Magister en Medicina y Evaluación de programas Educativos, Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

(2) Phd Salud Comunitaria, Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

(3) Magister en Psicología de la Salud Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Email: vpedrero@udd.cl

Financiamiento: Este trabajo ha sido financiado por el proyecto FONIS SA16I0182 Desarrollo de un Instrumento para medir competencia cultural en trabajadores de salud primaria en Chile. CONICYT-Chile.

### RESUMEN

*Tanto la cultura como los grupos sociales a los que pertenecemos afectan la forma en que conceptualizamos nuestra salud y nos relacionamos con los trabajadores de salud. Comprender esto es especialmente relevante dado que la llegada de migrantes a nuestro país ha aumentado considerablemente en los últimos años. Este escenario plantea desafíos importantes para los trabajadores de salud en la entrega de cuidados centrados en el paciente. Entre ellos, la necesidad de desarrollar nuevas competencias que permitan entregar cuidados considerando las creencias y valores de los usuarios. A esto se le ha denominado competencia cultural. Este artículo pretende argumentar cómo las condiciones socioculturales modifican nuestra concepción de salud/enfermedad y hacen necesario que los trabajadores de salud deban incorporar competencias culturales.*

*Palabras clave: Migración, competencia cultural, cultura.*

### SUMMARY

*Both the culture and the social groups to which we belong, affect the way we conceptualize our health and we relate to*

*health care workers. The understanding of this influence is especially relevant since the increasing arrival of migrants communities in our country. This scenario poses significant challenges for health care workers in the delivery of patient-centred care. Among them, the need to develop new competences that allow delivering care which considered the users beliefs and values. This is called cultural competence. This paper pretends to argue how the sociocultural conditions modified our conception of health/disease and the importance of generating strategies to healthcare workers incorporate cultural competences in health.*

*Key words: Human migration, cultural competency, culture.*

### INTRODUCCIÓN

Tanto la cultura como los grupos sociales a los que pertenecemos interactúan constantemente y modifican la forma en que vemos el mundo y nos relacionamos en él, por lo que las interacciones en salud también están afectadas por estos fenómenos. Esto se puede apreciar en nuestras distintas concepciones de salud y enfermedad, así como en la forma en que nos relacionamos con nuestros prestadores de salud

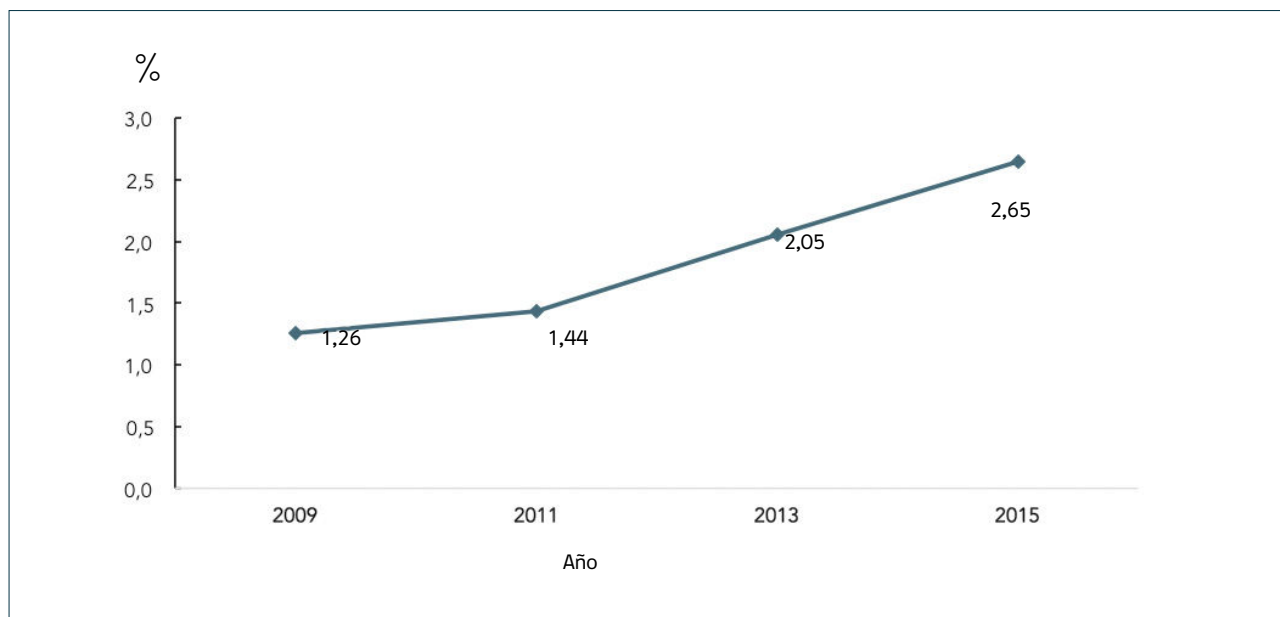
(1,2). De tal manera que cuando aludimos a la interculturalidad como el conjunto de acciones que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención en salud (3), nos estamos refiriendo algo complejo que plantea numerosos desafíos para la atención en salud, ya que implica reconocer que los grupos sociales a los que pertenecemos interactúan con nuestras creencias culturales (4). Esto es particularmente importante cuando las tasas de migración han aumentado en Chile.

En los últimos años la migración ha crecido de manera importante en nuestro país, llegando al 2,65% de la población en 2015 (ver figura 1). En general los migrantes internacionales que han llegado a nuestro país provienen de otros países de América Latina como Perú, Colombia, Argentina y más incipientemente Haití (ver figura 2). A este patrón migratorio se le ha denominado migración Sur-Sur (5). Los estudios realizados en Chile sobre migración y salud han mostrado que la población migrante, reporta menos problemas de salud que los chilenos (efecto del migrante sano) (6,7). Sin embargo, existen subgrupos de migrantes con una alta vulnerabilidad socioeconómica. Estos reportan peor salud que el resto de la población migrante internacional en nuestro país, pero muy similar a los chilenos con las mismas características, pese a que son más jóvenes que estos últimos (5). A esto se suma que no existen estadísticas oficiales sobre aquellos migrantes

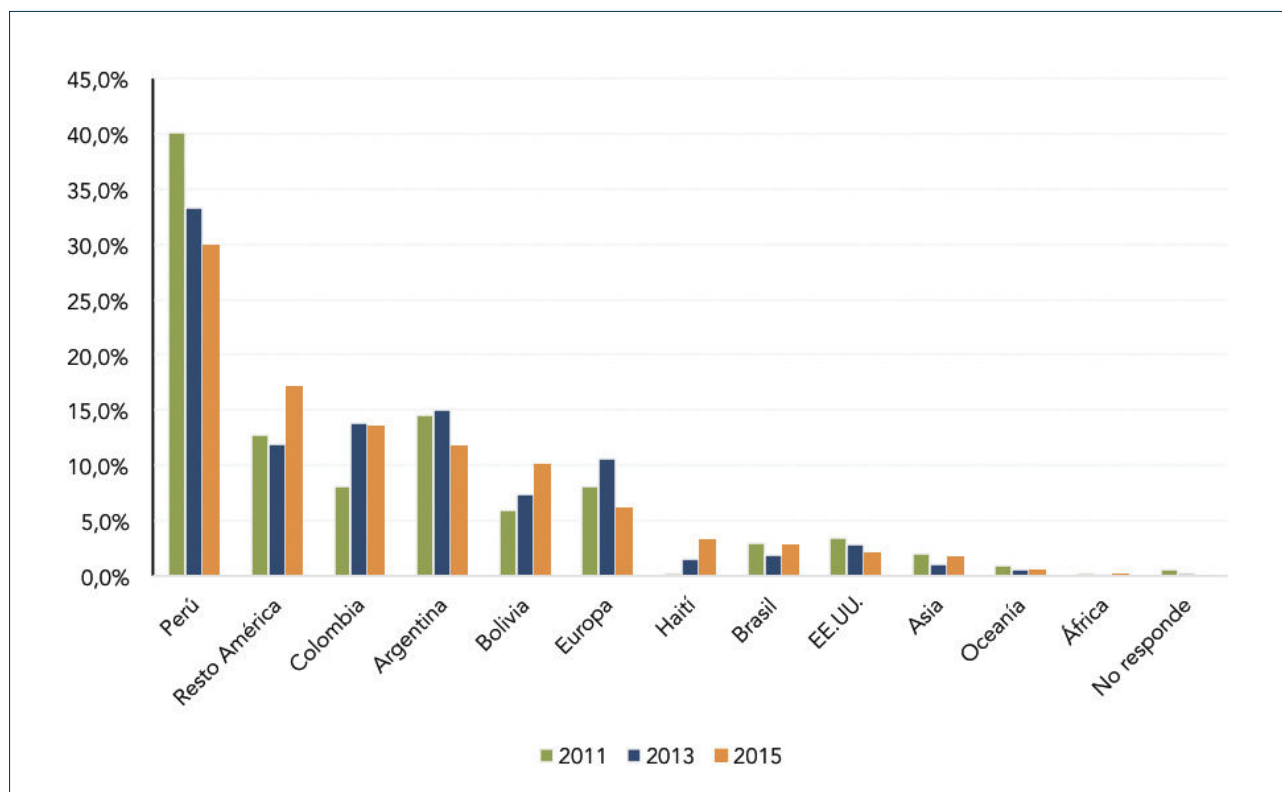
en situación irregular, lo que podría alterar este panorama. Especialmente cuando 1,3% del total de la población chilena no reportó su nacionalidad en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) en 2013, lo que hace pensar que la cifra de migrantes en Chile podría ser mayor a la señalada y sus condiciones de vida y salud son menos conocidas (5).

La población migrante en nuestro país proviene de otros países de la región y se podría pensar que culturalmente no difieren mucho de la población chilena. Sin embargo este grupo posee una historia de vida distinta, la cuál ha sido afectada por el hecho de migrar desde sus países de origen y aunque, los países latinoamericanos guardan ciertas similitudes, el entramado cultural y social al interior de ellos es diferente. Todo esto afecta la forma en que este grupo conceptualiza su salud, impone un desafío a las trabajadoras de salud, e implica que estos deben desarrollar nuevas competencias. A este conjunto de habilidades que permite dar un trato centrado en el paciente considerando, su valores y creencias se le ha denominado **competencia cultural** (8). Este artículo pretende argumentar como las condiciones socioculturales modifican nuestra concepción de salud/enfermedad y hacen necesario que los trabajadores de salud deban incorporar competencias culturales que les permitan atender a esta población centrándose en sus necesidades particulares.

**FIGURA 1. Porcentaje de población migrante internacional residente en Chile**



Datos encuesta CASEN 2009-2015 (elaboración propia).

**FIGURA 2. Distribución de la población migrante internacional y nacida en Chile según país de origen de la madre**

Datos encuesta CASEN 2013 – 2015 (elaboración propia).

### LA MIGRACIÓN EN CHILE

La población migrante en Chile es diversa y heterogénea, por lo que es difícil referirse a ella como un único grupo con valores y creencias comunes. Características como el país de origen, su identidad cultural y étnica, las razones y condiciones en las cuales se migró, situación legal y laboral al llegar al país, entre otras, producen grandes diferencias en las condiciones de vida de la población migrante en Chile. Es posible describir al menos dos aspectos claros que dan cuenta de la heterogeneidad de esta población. Por un lado, el amplio abanico de países de origen de quienes han llegado a Chile en los últimos años y, por otro, las diferencias socioeconómicas al interior de la comunidad migrante. Según datos de la encuesta de CASEN, los migrantes internacionales que llegan a nuestro país provienen desde Argentina y Perú, pero ha habido un aumento significativo de inmigrantes de Colombia y de otros países no latinos en años recientes (ver figuras 1 y 2). En relación al nivel socioeconómico, existen grandes diferencias al comparar al grupo de migrantes con los chilenos. Utilizando datos CASEN, es posible observar que más de la mitad de la población migrante posee altos ingresos, mientras que la proporción

restante se concentra en los grupos de menores ingresos de la población. Esta brecha refleja la gran desigualdad social que existe dentro de la población migrante, la cuál es aún mayor que lo que ocurre dentro de la población chilena y como todo fenómeno de este tipo, tiene efectos en salud (9).

Las características mencionadas anteriormente dan cuenta de que una persona que llega a nuestro país no solo se podría identificar como migrante internacional, sino también con un país de origen, un estatus social, una pertenencia étnica, entre otros. Así, como todas las personas, los migrantes pertenecen a varios grupos sociales simultáneamente. Esto influye en el comportamiento, pensamientos, emociones y por supuesto en la forma en que se conceptualiza la salud y enfermedad. En otras palabras, los grupos sociales a los que pertenecemos o con los cuales nos identificamos afectan nuestro sistema de creencias, es decir, nuestra cultura, de la misma manera que dichas creencias, influyen sobre nuestro sentido de pertenencia a ciertos grupos. Por lo tanto, nuestra cultura y entorno social están en constante dinamismo (4).

Lo anterior sugiere que las inequidades y los resultados en salud de la población migrante, no puedan ser atribuidos solo al hecho de ser migrantes. Bauer (10) ha señalado, que el estudio de los mecanismos de desigualdad social no solo debe considerar una sola categoría social (i.e migración, sexo, posición social) o un conjunto de ellas (i.e migración y posición social) sino que varias categorías sociales interactúan de forma dinámica y poseen un efecto multiplicativo sobre los fenómenos de desigualdad (10). Por ejemplo, la salud de una mujer migrante podría ser conceptualizada uniendo de manera independiente el impacto en salud que tiende ser migrante y ser mujer. En cambio, desde el enfoque propuesto, la salud de esta persona no es equivalente a esta suma, ya que la concepción de salud y género podría ser diferente para una mujer migrante y una no migrante. Si bien esta forma de comprender el impacto de la cultura y los roles sociales en la salud añade una gran complejidad al fenómeno, permite comprender de mejor manera las inequidades existentes en salud en la población migrante.

### ¿QUÉ ES LA CULTURA?

Probablemente existen pocos fenómenos en salud tan escasamente definidos como la cultura (11). Una revisión reciente mostró que raramente se abordan las vías a través de las cuales la cultura influye en la salud (12). Una de las definiciones clásicas de cultura es la de Sir Edward Taylor (1871): *“tomada en su amplio sentido etnográfico, es [refiriéndose a la cultura] el todo complejo que incluye el conocimiento, la creencia, el arte, la moral, la ley, la costumbre y cualquier otra capacidad o hábito adquirido por el hombre en tanto que miembro de una sociedad”* (13). Esta definición es muy amplia y tal como señala Kuper (2008), incluye demasiados elementos y no distingue entre cultura y sistema social. Casi un siglo más tarde, Kroeber y Kluckhohn (14) plantearían una idea central para la definición de cultura y es que las ideas culturales se expresan y comunican mediante símbolos.

La cultura puede ser entendida como un **sistema ordenado de significados** en cuyos términos los individuos definen su mundo, expresan sentimientos y emiten juicios (15). Este **patrón de significados** es transmitido históricamente y se materializa en formas simbólicas, mediante las cuales las personas se comunican y desarrollan sus vidas (15). Desde este punto de vista, considerar la cultura de alguien implica entender el significado que tiene para esa persona su comportamiento, para lo cual es necesario aproximarse a sus valores y concepción del mundo. Ambas cosas, tal como señalamos anteriormente están condicionados por los grupos sociales con los cuales nos identificamos.

### LA SALUD Y ENFERMEDAD DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

La salud y enfermedad pueden ser definidas tanto en términos biológicos como socio-culturales. Desde un punto de vista biológico o biomédico la salud sería aquella condición en la que el cuerpo funciona eficientemente, por lo tanto cualquier situación que altere dicha condición debiese ser estudiada, analizada y eventualmente conceptualizada como enfermedad (16). Esto asume que las enfermedades son universales y escasamente afectadas por el contexto (17). Por ejemplo, la definición y los criterios para diagnosticar hipertensión son los mismos en Sudamérica y en Estados Unidos. Pero también la salud/enfermedad puede ser entendida como una construcción sociocultural (17). Desde este punto de vista la definición de salud/enfermedad sería producto de las interacciones sociales y las creencias culturales de los individuos. Así, personas que se identifican con diferentes grupos podrían tener diferentes conceptualizaciones de salud/enfermedad, dado que la pertenencia a ciertos grupos influyen en nuestra forma de ver la vida y entender ciertos fenómenos. A diferencia de la perspectiva biomédica, en este escenario la definición de enfermedad no es única e invariante sino todo lo contrario (17). Dos conceptos útiles para diferenciar estos dos enfoques son el de *disease* e *illness* (17,18). *Disease* corresponde al diagnóstico objetivo de una enfermedad realizado por un trabajador de salud, por lo tanto, está asociado a signos, síntomas y requiere un tratamiento específico. En cambio *illness* se refiere a la experiencia subjetiva de cómo cada individuo percibe su malestar o enfermedad (18).

Algunos estudios han mostrado que existe una gran variabilidad en la definición de salud/enfermedad, entre personas con diferentes creencias culturales. Por ejemplo, la población latinoamericana conceptualiza la salud y enfermedad de manera diferente de cómo lo hacen los europeos (19). De la misma manera existen variaciones entre grupos en la forma de interpretar algunos signos clínicos como la fiebre (20), la importancia de la lactancia materna (21) u otras prácticas sobre el cuidado de los niños (22). Carpenter-Song (1) mostró que pacientes norteamericanos, latinos y afroamericanos poseían diferentes definiciones de enfermedad en el contexto psiquiátrico. En este estudio el grupo de pacientes norteamericanos se sentía cómodo con la definición biomédica de su cuadro y se identificaban fácilmente con la etiqueta diagnóstica (i.e soy una persona con un trastorno maniaco depresivo y alcohólica). En cambio, los pacientes latinos frecuentemente daban una explicación no biomédica a su problema (i.e enfermedad de los nervios) y evitaban identificarse con cualquier etiqueta. Por su parte los afroamericanos, daban una explicación sobrenatural a su cuadro (i.e fuerzas demoníacas). Gilgen et al (23), hacen

referencia al significado de la salud/enfermedad en población migrante en suiza. En este estudio los participantes atribuyeron la causa de una serie de cuadros como dolor abdominal, lumbar o hipertensión a la experiencia migratoria y a su estatus legal.

Así como la definición de salud/enfermedad tiene un importante ingrediente socio cultural, las decisiones sobre cómo lidiar con algunos signos y síntomas también depende del ambiente y creencias de las personas (17). Tal como señala Kleinman (18) la forma de comunicar nuestros problemas en salud, describir nuestros signos y síntomas, solicitar atención de salud, así como la decisión de con quién y cuándo consultar e incluso cómo evaluamos el cuidado recibido, estarían influenciado por nuestras creencias culturales. Esto también ha sido apoyado por la literatura empírica, que muestra la importancia de la familia, las redes sociales, el valor de la terapia farmacológica, las medicinas no tradicionales, entre otros aspectos que también varían entre grupos (1,23).

Desde un punto de vista antropológico se han identificado tres dominios estructurales que intervienen en la forma en que las personas afrontan una situación en salud. El primer dominio, es el **popular** y está constituido por la familia, las redes sociales y la comunidad, es aquí donde usualmente ocurren las decisiones acerca de cuándo y dónde pedir ayuda, por cuánto tiempo y cómo evaluar el tratamiento recibido. El siguiente es el dominio **profesional**, el cual corresponde a los trabajadores de salud. Finalmente está el dominio de la **medicina no tradicional**, el cual incluye la atención en salud no profesional. Cada uno de estos dominios estructurales tiene características particulares respecto de cómo conceptualizan la salud/enfermedad, los roles sociales, contextos de interacción e instituciones (18). Cada grupo social transita de forma diferente por estos niveles, por ejemplo los europeos y norteamericanos acuden más frecuentemente al dominio profesional en cambio los latinos al popular (1).

### LA RELACIÓN ENTRE TRABAJADORES DE SALUD Y USUARIOS EN AMBIENTES INTERCULTURALES

De manera general, cualquier encuentro entre un paciente y un prestador de salud podría ser concebido como un encuentro intercultural (24), especialmente si ambos se identifican con grupos muy disímiles entre sí, como ocurre cuando el usuario y el prestador difieren en su nacionalidad (4). Tal como se señaló anteriormente la forma en que los usuarios conceptualizan la salud/enfermedad difiere de cómo lo hacen los trabajadores de salud. Los trabajadores de salud usualmente se refieren a la salud/enfermedad

desde un punto de vista biológico sin considerar que la definición de salud/enfermedad también es una construcción social (25,26). Esta construcción social está afectada por los grupos de pertenencia como podrían ser la nacionalidad o estatus migratorio. Además, la pertenencia a diferentes grupos en forma simultánea podría no generar solo un efecto aditivo sino multiplicativo. Por ejemplo, el ser paciente y migrante internacional podría tener más implicancias en la relación en salud que la suma del efecto de ambos por separado (10).

La comunicación efectiva depende de cómo las personas interpretamos las intenciones y pensamientos de otros con quienes nos relacionamos (27). Si el trabajador de salud ve al paciente como un conjunto de síntomas que requieren de diagnóstico médico, sin considerar sus creencias y contexto (i.e situación de migrante) incluyendo la forma en que él o ella explican e interpretan su enfermedad, la relación entre ambos difícilmente será efectiva. En este caso el paciente podría percibir que existe un escaso interés de parte del trabajador de salud en él e incluso sentir que está siendo juzgado o estereotipado (2). Estos factores producen disminución de la confianza en la relación, menor satisfacción del paciente y menor participación en la toma de decisiones, todo lo cual repercute directamente en su salud (2). Incluso, algunos estudios han mostrado que cuando las diferencias culturales son muy marcadas, los encuentros en salud son menos centrados en el paciente, más breves, y menos positivos que cuando no se perciben diferencias culturales (2).

Por otro lado, si el paciente no logra expresar sus preguntas e intereses y no es honesto acerca de sus creencias y comportamientos, los trabajadores de salud no podrán ser capaces de abordar sus problemas de salud. Esta falta de entendimiento y problemas de comunicación entre trabajadores de salud y pacientes puede ocurrir incluso si ambos provienen de una misma cultura (16). Por lo tanto, para que la atención en salud sea efectiva, la negociación es un elemento central (28). En este contexto, la comunicación efectiva podría ser maximizada cuando tanto el paciente como el prestador de salud, comparten creencias sobre la enfermedad o alcanzan un acuerdo en relación a la condición y el tratamiento.

### LA COMPETENCIA CULTURAL COMO UNA ALTERNATIVA

La competencia cultural es entendida en el ámbito salud como la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud de reflexionar sobre su propia cultura e incorporar una visión del contexto social y cultural en cada interacción con un usuario. Si bien existen varias definiciones de competencia cultural (29,30), existe acuerdo en los elementos que la componen son (31): **sensibilidad, conocimiento y habilidades**.

- **Conciencia-sensibilidad:** Un profesional culturalmente competente es activo en el proceso de **ser consciente de sus propios valores**, sesgos, nociones preconcebidas, limitaciones personales, entre otros.
- **Conocimiento:** Un profesional culturalmente competente se esfuerza activamente por **comprender la visión personal de los usuarios** a quienes atiende, considerando sus creencias y valores. El profesional adquirirá conocimientos prácticos sobre aspectos culturales, experiencias de la vida diaria, esperanzas, miedos, aspiraciones, considerando además el contexto sociopolítico de los diferentes grupos.
- **Habilidades:** Un profesional culturalmente competente es activo en el **desarrollo e implementación de estrategias apropiadas** a los diferentes usuarios considerando su identidad personal. Esto se contrapone con las prácticas habituales de abordajes estandarizados para todos los grupos. Aquí es posible que un trato igual para todos, pueda ser comprendido como discriminación y deba ser reemplazado por uno más personalizado al contexto individual.

La competencia cultural ha sido propuesta entonces como una de las estrategias clave para reducir las inequidades de acceso y uso de servicios de salud en poblaciones culturalmente diversas, ya que contribuiría a cambiar los comportamientos tanto de los clínicos como de los usuarios del sistema de salud (32-34). Este cambio de comportamiento, hacia una mayor inclusión y respeto a la diversidad cultural en un sentido amplio, se ha reconocido como un aspecto central para la entrega de servicios de salud. Un mejor

encuentro entre trabajadores de salud y usuarios, desde un enfoque de competencia cultural, incrementa la satisfacción usuaria, la adherencia a tratamientos, el logro de metas de salud individuales, la incorporación de actores clave en el proceso de decisión del usuario respecto de su propia salud y es además, una estrategia que ha mostrado ser costo-efectiva (32,33,35,36). Como consecuencia, un enfoque de competencia cultural en salud repercute en mejores niveles de salud poblacional global y de grupos culturalmente diversos, contribuyendo a la meta sanitaria y social de alcanzar mayor equidad en salud en Chile (ver figura 2) (34).

Dada la importancia de este aspecto en la atención de salud es que países como Estados Unidos o Nueva Zelanda han implementado estrategias concretas para lograr sistemas culturalmente competentes y está presente en las declaraciones del *Institute of Medicine* (37) y la *Joint Commission International* (38). Por ejemplo Estados Unidos lanzó hace algunos años *The National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care (the National CLAS Standards)* (39) con el fin de hacer un sistema más equitativo y en 2011 los *Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care* (40).

En nuestro país hoy tenemos el desafío de concretar una atención en salud que sea sensible y culturalmente pertinente con los usuarios, diseñando intervenciones enfocadas en sus necesidades específicas, y relevando la importancia del respeto y la integración intercultural, considerando a la cultura biomédica como una más dentro del entramado social complejo que se hace presente en cada interacción en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carpenter-Song E, Chu E, Drake RE, Ritsema M, Smith B, Alverson H. *Ethno-Cultural Variations in the Experience and Meaning of Mental Illness and Treatment: Implications for Access and Utilization*. *Transcult Psychiatry*. 2010 Apr;47(2):224-51.
2. Major B, Mendes WB, Dovidio JF. *Intergroup relations and health disparities: A social psychological perspective*. *Health Psychol*. 2013;32(5):514-24.
3. Alarcón M, Vidal HA, Neira Rozas J. *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. *Rev Médica Chile*. 2003 Sep;131(9):1061-5.
4. Markus HR, Kitayama S. *Cultures and Selves: A Cycle of Mutual Constitution*. *Perspect Psychol Sci*. 2010 Jul;5(4):420-30.
5. Pedrero V, Oyarte M, Cabieses B, Arriagada V, Silva C. *Perfil socio-demográfico de migrantes internacionales en Chile*. In: Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre AM, editors. *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile*. 2017. p. 115-47.
6. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. *Comparing Sociodemographic Factors Associated with Disability between Immigrants and the Chilean-Born: Are There Different Stories to Tell?* *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Dec;9(12):4403-32.
7. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. *Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile*. *Int J Equity Health*. 2012 Nov 16;11(1):68.

8. Bernales M, Pedrero V, Obach A, Pérez C. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Rev Médica Chile*. 2015 Mar;143(3):401-2.
9. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012 Sep 1;126, Supplement 1:S4-10.
10. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*. 2014 Jun 1;110(Supplement C):10-7.
11. Kagawa Singer M, Dressler W, George S. Culture: The missing link in health research. *Soc Sci Med*. 2016 Dec 1;170(Supplement C):237-46.
12. Hruschka DJ. Culture as an explanation in population health. *Ann Hum Biol*. 2009 Jan 1;36(3):235-47.
13. Kuper A. *Cultura: la versión de los antropólogos*. Barcelona [etc.]: Paidós; 2008.
14. Kroeber AL, Kluckhohn C. *Culture; a critical review of concepts and definitions*, Cambridge, Mass.: The Museum; 1952.
15. Geertz C. *The Interpretation Of Cultures*. F First Edition edition. New York: Basic Books; 1977. 480 p.
16. Helman CG. *Culture, Health and Illness, Fifth edition*. 5 edition. London : New York, NY: CRC Press; 2007. 512 p.
17. Conrad P, Barker KK. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *J Health Soc Behav*. 2010 Mar;51(1\_suppl):S67-79.
18. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 1978 Feb;88(2):251-8.
19. Hjelm K, Bard K. Beliefs About Health and Illness in Latin-American Migrants with Diabetes Living in Sweden. *Open Nurs J*. 2013 Apr 5;7:57-65.
20. Langer T, Pfeifer M, Soenmez A, Kalitzkus V, Wilm S, Schnepf W. Activation of the maternal caregiving system by childhood fever - a qualitative study of the experiences made by mothers with a German or a Turkish background in the care of their children. *BMC Fam Pract*. 2013 Mar 18;14:35.
21. Burns E, Schmied V, Sheehan A, Fenwick J. A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2009 Oct [cited 2017 Dec 11]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1740-8709.2009.00209.x>
22. Doak CM, van der Starre RE, van Beusekom I, Campos Ponce M, Vossenaar M, Solomons NW. Earlier introduction of aguitas is associated with higher risk of stunting in infants and toddlers in the Western Highlands of Guatemala. *Am J Clin Nutr*. 2013 Mar;97(3):631-6.
23. Gilgen D, Maeusezahl D, Salis Gross C, Battegay E, Flubacher P, Tanner M, et al. Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health Place*. 2005 Sep;11(3):261-73.
24. Pachter LM. Culture and Clinical Care: Folk Illness Beliefs and Behaviors and Their Implications for Health Care Delivery. *JAMA*. 1994 Mar 2;271(9):690-4.
25. Carpenter-Song EA, Nordquest Schwallie M, Longhofer J. Cultural competence reexamined: critique and directions for the future. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2007 Oct;58(10):1362-5.
26. Carpenter-Song E. Putting meaning into medicine: why context matters in psychiatry. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015 Aug;24(4):292-5.
27. Waytz A, Gray K, Epley N, Wegner DM. Causes and consequences of mind perception. *Trends Cogn Sci*. 2010 Aug;14(8):383-8.
28. Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Soc Sci Med* 1982. 2009 Feb;68(3):533-43.
29. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;5:CD009405.
30. Shen Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing A Literature Review. *J Transcult Nurs*. 2014 May 9;1043659614524790.
31. Alizadeh S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health Soc Care Community*. 2015 Oct 26;
32. Betancourt JR, Corbett J, Bondaryk MR. Addressing disparities and achieving equity: cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest*. 2014 Jan;145(1):143-8.
33. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003;118(4):293-302.
34. Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev MCRR*. 2000;57 Suppl 1:181-217.
35. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Park ER. Cultural Competence And Health Care Disparities: Key Perspectives And Trends. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Mar 1;24(2):499-505.
36. Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J. Culturally competent health care systems: A systematic review. *Am J Prev Med*. 2003 Apr;24(3, Supplement):68-79.
37. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, Institute of Medicine (U.S.), editors. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, D.C: National Academy Press; 2003. 764 p.
38. Health Equity | Joint Commission [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: [http://www.jointcommission.org/topics/health\\_equity.aspx](http://www.jointcommission.org/topics/health_equity.aspx)
39. U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care [Internet]. 2001 [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>
40. Douglas MK, Pierce JU, Rosenkoetter M, Pacquiao D, Callister LC, Hattar-Pollara M, et al. Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. *J Transcult Nurs*. 2011 Oct 1;22(4):317-33.