SCRIPTA SCIENTIA
ISSN: 3134-5824 | Vol. 1 (2026)

Publicado por
ChauxLab Institute

ARTÍCULO ORIGINAL

Competencias pedagógicas interculturales del personal de enfermería y su incidencia en el desarrollo humano de pacientes vulnerables en un hospital regional paraguayo

Nelson Santander[1]

[1]Universidad Autónoma de Encarnación, Encarnación, Paraguay

Recibido: 26 jun 2026
Aceptado: 13 ago 2026
Publicado: 16 ago 2026

DOI: 10.66201/ss.v1.38

Licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0 (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La enfermería ejerce, en el sistema sanitario público paraguayo, una función educativa permanente que rara vez se aborda desde una perspectiva pedagógica sistemática y menos aún desde una dimensión intercultural sensible al bilingüismo guaraní-español, particularmente entre pacientes en condición de vulnerabilidad socioeconómica. Esta investigación tiene como objetivo analizar las competencias pedagógicas interculturales del personal de enfermería del Hospital Regional de Encarnación, Paraguay, y su relación con el desarrollo humano de pacientes vulnerables durante el período 2022-2024.

Materiales y métodos: Se adopta un diseño metodológico mixto de tipo convergente paralelo, con temporalidad transversal, que integra evaluación cuantitativa de competencias pedagógicas mediante un instrumento construido *ad hoc*, análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas y observación estructurada de interacciones clínicas. Los resultados presentados corresponden a una fase preliminar de recolección aún en curso.

Resultados: Los hallazgos preliminares muestran un perfil de alto compromiso actitudinal del personal de enfermería, con equipamiento pedagógico y lingüístico específico notablemente más bajo; se identifican barreras institucionales y facilitadores concretos, y las entrevistas con pacientes revelan patrones de comprensión parcial, mediada o nula de la información sanitaria recibida.

Conclusiones: Se confirma una brecha entre las competencias pedagógicas interculturales que el personal posee y las necesarias para una función educativa orientada al desarrollo humano, explicada por limitaciones formativas e institucionales antes que por déficit motivacional. El análisis correlacional entre competencia pedagógica intercultural y desarrollo de capacidades del paciente queda pendiente para fases subsiguientes del estudio.

Palabras clave: Competencia cultural, Enfermería, Educación del paciente, Desarrollo humano, Paraguay.

Correspondencia: Nelson Santander. Universidad Autónoma de Encarnación, Encarnación, Paraguay.
✉ santandernelson_231@hotmail.com.

Financiación: Este estudio no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o sin fines de lucro.
Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés relacionados con este estudio.

INTRODUCCIÓN

La enfermería constituye una de las profesiones con mayor potencial transformador en los sistemas sanitarios latinoamericanos, no solo por su función en la prestación directa de cuidados, sino por su capacidad de mediar entre el conocimiento biomédico y las realidades vitales de las personas atendidas.

Cada interacción entre el personal de enfermería y el paciente contiene un acto pedagógico potencial, capaz de ampliar o restringir la autonomía del individuo para comprender su condición de salud, tomar decisiones informadas y sostener conductas de autocuidado; técnicas como la verificación activa de comprensión —el llamado *teach-back*— se consideran hoy un estándar deseable de esa función educativa [1].

En el contexto paraguayo, esta función educativa se complejiza por la realidad sociolingüística del país: Paraguay es una de las pocas naciones latinoamericanas con bilingüismo oficial guaraní-español, y esa coexistencia produce tensiones ideológicas y prácticas documentadas entre la política lingüística formal y su implementación cotidiana en instituciones públicas [2].

En el departamento de Itapúa, donde se ubica el Hospital Regional de Encarnación, el guaraní es lengua de uso cotidiano especialmente entre poblaciones rurales, adultos mayores y sectores socioeconómicamente vulnerables [3], de modo que recibir información médica exclusivamente en español, sin consideración de sus marcos culturales y lingüísticos de referencia, puede representar una forma de exclusión simbólica que limita el ejercicio de derechos en el sistema sanitario.

Esta investigación articula tres pilares conceptuales en un modelo analítico único: el enfoque de capacidades, la competencia cultural y la pedagogía de la salud. El enfoque de capacidades, desarrollado por Sen y profundizado por Nussbaum, sostiene que el desarrollo humano no se mide exclusivamente por ingresos o satisfacción de preferencias, sino por la ampliación real de las posibilidades de las personas para hacer y ser lo que tienen razones para valorar [4,5]; entre las capacidades centrales que Nussbaum identifica, la razón práctica y el control sobre el propio entorno son directamente pertinentes para evaluar si una interacción educativa en salud amplía o restringe la agencia del paciente [6,7].

En este modelo, la competencia cultural —definida por Campinha-Bacote como la integración dinámica de conciencia, conocimiento, habilidad, encuentros y deseo cultural [8]— funciona como la mediación necesaria para que ese enfoque de capacidades sea operativamente alcanzable en un contexto lingüística y culturalmente diverso.

La producción sobre esta articulación específica sigue siendo escasa en países de habla hispana: revisiones recientes documentan que la formación en competencia cultural para personal de enfermería está mucho menos desarrollada en Latinoamérica que en contextos anglosajones [9,10], y prácticamente no existe cuando se incorpora la dimensión intercultural guaraní-española como variable central.

El tercer pilar, la pedagogía de la salud, aporta el marco operativo para que capacidades y competencia cultural se traduzcan en práctica clínica concreta. Freire propuso que la educación genuina no puede limitarse a depositar información en sujetos pasivos, sino partir de la problematización de la experiencia vivida y orientarse hacia la acción transformadora [11], principio traducido en el ámbito hospitalario en modelos dialógicos —como la verificación activa de comprensión y la toma de decisiones compartida— que reconocen la agencia del paciente como condición de todo aprendizaje significativo.

La evidencia disponible sobre programas formativos de competencia cultural en personal de salud muestra efectos positivos y medibles sobre el conocimiento, y en menor medida sobre habilidades y actitudes [12], lo que sostiene la pertinencia de proponer un programa de fortalecimiento específico para el contexto paraguayo.

Desde la perspectiva de la alfabetización en salud, la función educativa de enfermería puede entenderse como el mecanismo concreto mediante el cual el sistema sanitario amplía o restringe la capacidad de las personas de acceder, comprender, evaluar y aplicar información relevante para su salud [13,14]; cuando esa alfabetización se ejerce sin sensibilidad intercultural, sus beneficios potenciales tienden a distribuirse de manera desigual, afectando de forma desproporcionada a quienes ya enfrentan mayor vulnerabilidad socioeconómica y lingüística [15].

El problema de investigación se articula en torno a una tensión fundamental que atraviesa la práctica enfermera en hospitales públicos paraguayos: la coexistencia de una voluntad profesional orientada hacia el cuidado integral y la educación del paciente con condiciones institucionales, formativas y socioculturales que limitan el ejercicio efectivo de esa función.

La pregunta central que orienta la investigación es de qué manera las competencias pedagógicas interculturales del personal de enfermería del Hospital Regional

de Encarnación inciden en el desarrollo humano de los pacientes en condición de vulnerabilidad socioeconómica durante el período 2022-2024.

Esta pregunta se desagrega en cuatro interrogantes específicas: cuáles son las brechas en competencias pedagógicas interculturales del personal de enfermería —entendidas como el conjunto de saberes conceptuales, procedimentales y actitudinales necesarios para ejercer una función educativa culturalmente pertinente—; cómo perciben los pacientes vulnerables la función educativa del personal de enfermería y en qué medida contribuye esta a su autonomía y empoderamiento en salud; qué condiciones institucionales facilitan u obstaculizan las prácticas pedagógicas interculturales; y qué relación existe entre la calidad de la educación sanitaria y dimensiones específicas del desarrollo humano de los pacientes, relación que este estudio, en su fase actual, describe pero todavía no cuantifica.

El objetivo general de esta investigación consiste en analizar las competencias pedagógicas interculturales del personal de enfermería del Hospital Regional de Encarnación y su incidencia en el desarrollo humano de pacientes en condición de vulnerabilidad socioeconómica durante el período 2022-2024.

Los objetivos específicos son: identificar y evaluar las competencias pedagógicas interculturales del personal de enfermería, distinguiendo entre competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales; explorar las percepciones de pacientes vulnerables sobre la función educativa del personal de enfermería y su relación con la ampliación de capacidades; identificar condiciones institucionales que condicionan el ejercicio de prácticas pedagógicas interculturales efectivas; y proponer lineamientos para un programa de fortalecimiento de competencias pedagógicas interculturales del personal de enfermería.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación adopta un diseño metodológico mixto de tipo convergente paralelo, en el que los componentes cuantitativo y cualitativo se implementan simultáneamente y sus hallazgos se integran en una fase interpretativa final mediante meta-inferencia. El diseño es de tipo descriptivo con temporalidad transversal: analiza el estado actual de las competencias pedagógicas interculturales del personal de enfermería y su relación con indicadores de desarrollo humano de los pacientes durante el período 2022-2024.

El análisis correlacional entre dimensiones de competencia pedagógica intercultural y variables de resultado en los pacientes forma parte del plan de análisis, pero no se ha ejecutado sobre los datos disponibles a la fecha de este manuscrito; en consecuencia, los resultados que se presentan son estrictamente descriptivos y no deben leerse como evidencia de asociación.

La investigación comprende dos grupos. El primero está constituido por el personal de enfermería del Hospital Regional de Encarnación en contacto directo con pacientes internados, estimado en aproximadamente 85 profesionales; el componente cuantitativo se aplica de manera censal sobre la totalidad de esta población.

Los resultados cuantitativos reportados corresponden a un análisis intermedio sobre la primera cohorte efectivamente recolectada a la fecha de corte (n = 38); la recolección del censo completo continúa en curso, y el 38 no debe interpretarse todavía como muestra definitiva ni como tasa de respuesta sobre los 85 profesionales estimados. Para el componente cualitativo se selecciona intencionalmente una submuestra de 15 enfermeras mediante muestreo de máxima variación, buscando diversidad en experiencia, formación, servicio y competencia lingüística en guaraní.

El segundo grupo está conformado por pacientes en condición de vulnerabilidad socioeconómica internados en medicina interna, cirugía y obstetricia; la vulnerabilidad se operacionaliza mediante residencia rural, nivel educativo básico o inferior, condición de pobreza medida con instrumento simplificado, y/o guaraní como lengua de uso predominante.

Se trabaja con una muestra intencional y no probabilística de 30 pacientes, seleccionados con el servicio de trabajo social; por ese muestreo, los resultados describen las experiencias del grupo estudiado y no son generalizables por diseño al conjunto de pacientes vulnerables del hospital.

La evaluación cuantitativa de competencias pedagógicas interculturales utiliza un instrumento construido *ad hoc* mediante revisión sistemática de literatura y consulta con expertos en pedagogía en salud e interculturalidad, sometido a un proceso de validación de contenido por juicio de expertos y a una prueba piloto.

El instrumento explora cuatro dimensiones: conciencia de la diversidad cultural y lingüística en la práctica clínica, conocimientos sobre pedagogía de adultos y técnicas de educación del paciente, habilidades comunicativas en contextos interculturales, y actitudes hacia la educación del paciente como componente esencial del cuidado enfermero.

La validación de contenido y la prueba piloto no incluyeron hasta la fecha un análisis psicométrico de confiabilidad (por ejemplo, consistencia interna); esta

ausencia se reconoce como limitación metodológica y no se presenta ningún puntaje global de competencia que dependa de esa propiedad no evaluada.

La observación estructurada de interacciones pedagógicas utiliza una rúbrica que evalúa indicadores específicos: identificación del idioma preferido del paciente —criterio alineado con los estándares de comunicación efectiva y atención centrada en el paciente recomendados para hospitales [16]—, verificación de conocimientos previos, claridad y adecuación cultural de las explicaciones, uso de recursos visuales o demostrativos, verificación de comprensión mediante técnicas activas, e involucramiento de familiares cuidadores.

Se planifican entre 3 y 5 observaciones por enfermera participante en condiciones naturalistas de práctica clínica. El componente cualitativo utiliza entrevistas semiestructuradas en profundidad con personal de enfermería y con pacientes, explorando experiencias, percepciones, significados atribuidos y propuestas de mejora.

El análisis cuantitativo utiliza estadística descriptiva para caracterizar los niveles de competencia pedagógica intercultural del personal; el análisis correlacional entre dimensiones de competencia y variables de resultado en los pacientes está planificado pero queda pendiente, como se señaló, para una fase posterior con el censo completo. El análisis cualitativo sigue los principios del análisis temático reflexivo propuesto por Braun y Clarke [17], transitando desde la familiarización con los datos hasta la elaboración de narrativas interpretativas que capturan los temas centrales emergentes.

La integración de hallazgos cuantitativos y cualitativos se realiza mediante meta-inferencia, contrastando los patrones descriptivos del componente cuantitativo con los temas identificados en el componente cualitativo para generar una comprensión más completa del fenómeno que la que cada componente aportaría por separado.

La investigación cuenta con aprobación del Comité de Ética Institucional del Hospital Regional de Encarnación y del Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Encarnación. Todos los participantes proporcionan consentimiento informado en el idioma de su preferencia. Se adoptan medidas específicas de protección para la participación de pacientes en situación de vulnerabilidad, reconociendo posibles desequilibrios de poder en el contexto hospitalario: las entrevistas con pacientes son conducidas por personal externo al equipo de atención clínica y fuera del entorno físico de la sala de internación.

Los datos utilizados en este análisis preliminar están disponibles a solicitud razonada a los autores correspondientes, una vez concluida la fase de recolección en curso.

RESULTADOS

Los resultados presentados tienen carácter preliminar y corresponden a las fases iniciales de recolección y análisis de datos; los análisis subsiguientes, incluido el correlacional, podrán matizar estas observaciones.

El análisis del instrumento de competencias pedagógicas, aplicado hasta la fecha a la primera cohorte de 38 enfermeras, describe un perfil que podría caracterizarse como de alto compromiso actitudinal con bajo equipamiento pedagógico específico: el personal muestra puntuaciones más elevadas en las dimensiones actitudinales —reconocimiento de la importancia de la educación del paciente, valoración de la diversidad cultural, disposición hacia la mejora— y puntuaciones notablemente más bajas en las dimensiones cognitivas y procedimentales relacionadas con conocimientos pedagógicos específicos y habilidades de verificación de comprensión.

En la dimensión de competencia lingüística intercultural, el 67 % del personal reporta tener algún nivel de comprensión del guaraní, pero solo el 28 % considera su competencia suficiente para conducir educación sanitaria en ese idioma sin dificultades; este dato resulta particularmente relevante porque, según los registros disponibles, aproximadamente el 45 % de los pacientes mayores de 60 años provenientes de zonas rurales utiliza el guaraní como lengua de comunicación preferente.

Las observaciones estructuradas documentan que, en el 82 % de los casos, la identificación del idioma preferido del paciente no forma parte del protocolo de inicio de la sesión educativa, y que la técnica de verificación activa de comprensión está prácticamente ausente en las interacciones observadas.

Las entrevistas con pacientes describen experiencias marcadas por una combinación de gratitud hacia el personal de enfermería y dificultades para comprender cabalmente las instrucciones recibidas. A título ilustrativo, y sin que represente un patrón mayoritario del conjunto de entrevistas, una paciente rural de 72 años, hablante predominante de guaraní, relató que asentía cuando las enfermeras le explicaban cómo tomar sus medicamentos, pero que en realidad no entendía bien, y que solo comprendió cabalmente cuando su hija le explicó todo en guaraní.

En el conjunto de entrevistas se identifican tres patro-

nes descriptivos en la relación entre la educación sanitaria recibida y la experiencia de comprensión del paciente: comprensión parcial, cuando el paciente entiende aspectos básicos pero no dimensiones complejas del autocuidado; comprensión mediada, cuando la comprensión se produce a través de un familiar como intermediario lingüístico; y no comprensión, cuando el paciente no logra integrar las instrucciones a su marco de referencia cultural y lingüístico.

Junto a estos patrones, varios pacientes describen experiencias positivas con enfermeras que se esfuerzan por comunicarse en guaraní, preguntan si entendieron con sus propias palabras o utilizan demostraciones prácticas; estas experiencias se describen como generadoras de confianza, seguridad y sentido de ser tratados con respeto y dignidad.

Respecto de las condiciones institucionales, se identifican como obstaculizadores principales las ratios paciente-enfermera que impiden dedicar tiempo adecuado a educación individualizada, la ausencia de materiales educativos en guaraní, la inexistencia de protocolos institucionales que establezcan estándares para la función educativa de enfermería, y la ausencia de programas de formación continua en pedagogía intercultural.

Entre los facilitadores emergen una cultura organizacional que valora el cuidado integral, la presencia de personal bilingüe guaraní-español que actúa informalmente como recurso para la comunicación intercultural, la experiencia acumulada del personal con poblaciones vulnerables —que ha generado estrategias adaptativas espontáneas— y la apertura de las jefaturas de servicio a iniciativas de mejora de las prácticas educativas.

DISCUSIÓN

Los hallazgos preliminares de este estudio sitúan al Hospital Regional de Encarnación dentro de un patrón ya documentado en la literatura sobre competencia cultural en enfermería: un personal con actitudes favorables hacia el cuidado culturalmente sensible, pero con brechas persistentes en el conocimiento y las habilidades específicas necesarias para traducir esa disposición en práctica efectiva [9,10]. Esta disociación entre actitud y equipamiento no es una peculiaridad paraguaya, pero adquiere aquí una dimensión propia por la centralidad del bilingüismo guaraní-español en la vida cotidiana de buena parte de la población atendida.

El perfil sociodemográfico de la primera cohorte de enfermeras evaluadas —con niveles heterogéneos de comprensión del guaraní y una proporción menor que se percibe competente para educar en ese idioma sin dificultades— es consistente con la descripción sociolingüística de Paraguay como un país bilingüe donde, pese a la oficialización de ambas lenguas, persisten brechas entre la política lingüística formal y su implementación en instituciones públicas [2].

Que menos de un tercio del personal se perciba competente para educar en guaraní, frente a una proporción sustancial de pacientes mayores rurales que prefieren esa lengua, describe una asimetría concreta entre la demanda lingüística real del hospital y la oferta formativa disponible para el personal.

El hallazgo de que la identificación del idioma preferido del paciente esté ausente del protocolo de inicio en la gran mayoría de las interacciones observadas, y que la verificación activa de comprensión esté prácticamente ausente de la práctica cotidiana, contrasta con la evidencia que sitúa ambas prácticas como componentes centrales de una educación sanitaria efectiva [1] y como estándares recomendados de comunicación centrada en el paciente [16].

La ausencia no parece deberse a falta de voluntad —el propio personal valora la diversidad cultural y la importancia de la educación del paciente en las dimensiones actitudinales del instrumento—, sino a la falta de protocolos institucionales y de formación específica que trasladen esa disposición a una práctica sistemática.

Las percepciones de los pacientes, con sus tres patrones descriptivos de comprensión parcial, mediada y nula, y con testimonios de experiencias tanto positivas como insuficientes, sugieren que la calidad pedagógica intercultural podría relacionarse con una mejor experiencia de comprensión, confianza y autonomía percibida por el paciente.

Esta observación, sin embargo, se apoya en la convergencia de impresiones cualitativas y datos descriptivos, no en el análisis correlacional —todavía pendiente— entre dimensiones de competencia pedagógica y desenlaces medidos en los pacientes; se plantea, por tanto, como hipótesis a confirmar en las fases subsiguientes del estudio, y no como un hallazgo establecido.

En el mismo sentido, el testimonio de la paciente rural de 72 años es ilustrativo de uno de los patrones descriptivos identificados, pero no debe leerse como representativo del conjunto de entrevistas realizadas.

Estas brechas afectan de manera desproporcionada a quienes ya enfrentan mayor vulnerabilidad socioeconómica y lingüística, en línea con la literatura sobre

alfabetización en salud y equidad [13,14,15]. Fortalecer la función pedagógica intercultural de enfermería no es, en este sentido, una mejora periférica de la calidad asistencial, sino una intervención vinculada con la equidad en el acceso efectivo a la información sanitaria y con el imperativo de calidad de la cobertura universal [18].

Los hallazgos sugieren que un programa de fortalecimiento debería combinar formación en pedagogía de adultos y técnicas de verificación de comprensión con materiales educativos en guaraní y protocolos que hagan obligatoria la identificación del idioma preferido del paciente al inicio de cada interacción; la evidencia disponible sobre intervenciones formativas en competencia cultural, incluidos ensayos controlados, respalda la viabilidad de estos programas para producir mejoras medibles, al menos en el dominio del conocimiento [12].

Estos desafíos no son exclusivos de Paraguay, sino que atraviesan a los sistemas de salud de la región en contextos de recursos limitados [19].

Este estudio tiene limitaciones que deben señalarse explícitamente. Primero, los resultados cuantitativos corresponden a una primera cohorte (n = 38) de un censo planificado de aproximadamente 85 profesionales, cuya recolección continúa en curso; los hallazgos podrían modificarse al incorporar el resto del personal. Segundo, el diseño se declara descriptivo-correlacional, pero el análisis correlacional aún no se ha ejecutado, por lo que ninguna afirmación de este manuscrito debe interpretarse como evidencia de asociación o causalidad.

Tercero, tanto la muestra cualitativa de enfermeras como la de pacientes son intencionales y no probabilísticas, lo que limita la generalización estadística al conjunto del hospital. Cuarto, el instrumento de competencias pedagógicas fue sometido a validación de contenido y prueba piloto, pero no a un análisis psicométrico de confiabilidad, limitación pendiente antes de usarlo con fines comparativos o de puntuación global. Estas limitaciones no invalidan los hallazgos descriptivos, pero acotan el alcance de las conclusiones en esta etapa del estudio.

En conclusión, los hallazgos preliminares de este estudio describen, en el personal de enfermería del Hospital Regional de Encarnación, un perfil de alto compromiso actitudinal con la educación del paciente que convive con brechas concretas en conocimientos, habilidades y protocolos para ejercer esa función de manera interculturalmente pertinente en un contexto bilingüe guaraní-español; estas brechas parecen explicarse por limitaciones formativas e institucionales antes que por falta de motivación del personal.

Las fases subsiguientes del estudio completarán la recolección sobre el censo total de profesionales, ejecutarán el análisis correlacional pendiente entre competencia pedagógica intercultural y desarrollo de capacidades del paciente, y desarrollarán, con diseño participativo que incorpore al propio personal como cocreador, los lineamientos de un programa de fortalecimiento en pedagogía de adultos, comunicación intercultural, técnicas de verificación de comprensión y materiales educativos en guaraní, orientado a que la función pedagógica de la enfermería paraguaya contribuya de manera más efectiva y equitativa al desarrollo humano de los pacientes más vulnerables.

REFERENCIAS

1. Centrella-Nigro AM, Alexander C. Using the teach-back method in patient education to improve patient satisfaction. J Contin Educ Nurs. 2017;48(1):47-52. https://doi.org/10.3928/00220124-20170110-10
2. Ito H. With Spanish, Guaraní lives: a sociolinguistic analysis of bilingual education in Paraguay. Multiling Educ. 2012;2(1):6. https://doi.org/10.1186/2191-5059-2-6
3. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Censo nacional de población y viviendas 2022: características lingüísticas y sociodemográficas. Asunción: DGEEC; 2023. DOI no disponible.
4. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999. DOI no disponible.
5. Nussbaum MC. Creating capabilities: the human development approach. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2011. DOI no disponible.
6. Nussbaum MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. Fem Econ. 2003;9(2-3):33-59. https://doi.org/10.1080/1354570022000077926
7. Colmenarejo R. Enfoque de capacidades y sostenibilidad: aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum. Ideas Valores. 2016;65(160):121-149. https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v65n160.43084
8. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. J Transcult Nurs. 2002;13(3):181-184. https://doi.org/10.1177/10459602013003003
9. McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):232. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5
10. El-Messoudi Y, Lillo-Crespo M, Leyva-Moral JM. Exploring the education in cultural competence and transcultural care in Spanish for nurses and future nurses: a scoping review and gap analysis. BMC Nurs. 2023;22(1):1.

https://doi.org/10.1186/s12912-023-01483-7
11. Freire P. Pedagogía del oprimido. Ciudad de México: Siglo XXI; 1970. DOI no disponible.
12. Kula Y, Cohen O, Clempert N. Educating nursing students for cultural competence in emergencies: a randomized controlled trial. BMC Nurs. 2021;20(1):185. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00704-1
13. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80
15. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. DOI no disponible.
16. The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: a roadmap for hospitals. Oakbrook Terrace: The Joint Commission; 2010. DOI no disponible.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
18. World Health Organization. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: WHO; 2018. DOI no disponible.
19. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud en contextos de recursos limitados: desafíos y oportunidades en América Latina. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. DOI no disponible.