

RAMÓN MENDOZA • ESTRELLA GUALDA
MARKUS SPINATSCH
(Editores)

**LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL
EN LA ATENCIÓN SANITARIA
A INMIGRANTES Y MINORÍAS
ÉTNICAS**

**Modelos, estudios, programas y práctica
profesional**

Una visión internacional



Madrid • Buenos Aires • México • Bogotá

© Ramón Mendoza, Estrella Gualda, Markus Spinatsch, editores, 2019

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>

E-mail: ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9052-022-2

Depósito legal: M-33804-2018

Fotocomposición y diseño de cubierta: P55 Servicios Culturales

Printed in Spain - Impreso en España

Comité editorial

- Ramón Mendoza Berjano.** Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Huelva. Coordinador del grupo de investigación “Desarrollo de estilos de vida en el ciclo vital y promoción de la salud”.
- Estrella Gualda.** Profesora Titular de Sociología, Universidad de Huelva. Directora del Grupo de Investigación “Estudios Sociales e Intervención Social”.
- Markus Spinatsch.** Ph.D. Consultor independiente para Políticas Públicas y la Administración en Berna (Suiza).
- E. Begoña García-Navarro.** Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva (España).
- Violeta Luque-Ribelles.** Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Psicología. Universidad de Cádiz (España).
- Diego Gómez-Baya.** Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación. Universidad de Huelva.
- Teresa González Gómez.** Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva.
- Anna Jean Grasmeyer.** Graduada en Psicología por la Universidad de Málaga. Máster Universitario en Psicología General Sanitaria por la Universidad de Huelva. Colaboradora honoraria del Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación. Universidad de Huelva.

Los contenidos de cada uno de los capítulos de esta publicación son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores.

El comité editorial agradece el respaldo a la publicación de la obra prestado por las siguientes entidades:

- Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias, Consejería de Justicia e Interior, Junta de Andalucía.
- CEIMAR – Campus de Excelencia Internacional del Mar.
- CEICAMBIO – CEI de medio ambiente, biodiversidad y cambio global.
- Centro de Investigación en Migraciones de la Universidad de Huelva.
- Grupo de Investigación “Desarrollo de estilos de vida en el ciclo vital y promoción de la salud” (HUM-604, Universidad de Huelva).
- Grupo de Investigación “Estudios Sociales e Intervención Social” (SEJ-216, Universidad de Huelva).



Grupo de Investigación
ESTUDIOS
SOCIALES
E
INTERVENCIÓN
SOCIAL

Comité editorial.....	VII
Autores.....	XIII
Prefacio.....	XXIII

Sección I MODELOS

1. Desarrollo de una guía para la mediación intercultural en la atención sanitaria en Bélgica / <i>Hans Verrept, Isabelle Coune</i>	5
2. El Programa Nacional Suizo sobre Migración y Salud / <i>Markus Spinatsch, Agathe Blaser</i>	31
3. Accesibilidad real de los migrantes a los servicios de salud mental en la Unión Europea y Suiza: cuatro prácticas en la región europea / <i>Guglielmo Schininà, Sabrina Zuodar, Carolyn Blake</i>	45
4. Programa de inmigración en el ámbito de la salud en Cataluña: el papel de la mediación intercultural / <i>Tona Lizana, Àlex Miró, Lluís Granero, Pablo Pérez</i>	65
5. La desigualdad en salud que afecta a la comunidad gitana: estrategias de abordaje / <i>Javier Arza, José Antonio Jiménez</i>	81
6. Enfoques ecológicos de los pueblos nativos de Australia en la atención sanitaria: hacia la promoción del aprendizaje intercultural y el logro de la equidad en salud / <i>Kerry Arabena, Kevin Rowley, Sarah Howell-Meurs</i>	101

Sección II ESTUDIOS

7. **Aproximación a la intermediación lingüística con mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito sanitario /**
Laura Aguilera, Carmen Toledano-Buendía 131
8. **Asistencia bilingüe en actividades grupales de formación sobre diabetes en Dinamarca: la perspectiva de los asistentes bilingües /** *Nanna Ahlmark* 153
9. **La tarjeta sanitaria y su importancia en el acceso de los inmigrantes al Sistema Nacional de Salud en la ciudad de Barcelona /** *Ana María Vinasco, César Velasco* 175
10. **Relatos de exclusión social de jóvenes inmigrantes latinoamericanos con VIH /** *Juan Carlos González-Faraco, Manuel Leal, M. Inmaculada Iglesias-Villarán* 193
11. **La investigación cualitativa como instrumento de apoyo en el diseño de planes estratégicos de intervención en salud pública: estudio de caso /** *Carmen Rodríguez, Teresa Blasco-Hernández* 211

Sección III PROGRAMAS Y EXPERIENCIAS

12. **NOSOTROS SOMOS LOS PUENTES. El programa Community House Calls: veinte años de mediación cultural y orientación para refugiados e inmigrantes en un complejo sistema sanitario /**
Bria Chakofsky-Lewy, Elinor A. Graham, Jeniffer Huong, Yodit Wongelemengist, Kim Lundgreen, Leticia Magaña, José Mayorga, Anab Abdullahi, J. Carey Jackson 235
13. **Mejoras en la salud y en la inserción social con el programa “Con los Migrantes para los Migrantes” (MiMi) para el desarrollo de capacidades interculturales y la alfabetización sanitaria /** *Ramazan Salman* 257
14. **Programa piloto de mediación sanitaria para el acceso a la atención sanitaria de poblaciones en situación de precariedad en Francia /** *Joséphine Teoran y Joseph Rustico* 281

15. **Mediación intercultural en la atención en salud mental:
Programa de atención a población inmigrante en salud mental
en Andalucía** / *Nabil Sayed-Ahmad Beiruti, Evelyn Huizing*293
16. **Mediación intercultural e intervención con agentes de salud
en poblaciones subsaharianas y magrebíes en la ciudad de Alicante:
una experiencia de atención a la diversidad /**
*Ramón Castejón-Bolea, Mercedes Martínez-López,
Albertina Pérez-García y Yina García-López*.....313

Sección IV ORIENTACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

17. **La mediación intercultural en la prevención de enfermedades
transmisibles** / *Jennie A. McLaurin*.....335
18. **La asistencia al recién nacido prematuro o enfermo y a su familia
en un contexto social multicultural** / *Ana Isabel Jiménez,
Antonia María Suárez-Bárcena*351
19. **La mediación intercultural en la atención al embarazo
y el parto** / *M^a Casilda Velasco, M^a Isabel Oliver*.....373
20. **La mediación cultural en la psicoterapia** / *Maurizio Andolfi,
Lorena Cavaliere*387
21. **El rol del profesional en el ámbito de la salud: el valor
del pensar transcultural** / *Emilia E. Martínez-Brawley, Paz Zorita*.....405
22. **¿Puente o pasaje? Mediación intercultural e interpretación
en los servicios públicos como figuras complementarias
para la atención en salud en un contexto de diversidad /**
Sofía García-Beyaert, Marta Arumí.....417

Los sistemas sanitarios de casi todos los países del mundo se enfrentan al desafío de atender adecuadamente las necesidades sanitarias de poblaciones culturalmente heterogéneas, bien porque incluyen migrantes provenientes de otras culturas –con frecuencia con un escaso dominio de la lengua o lenguas vernáculas– o bien porque en el propio país existen minorías étnicas con características culturales y socioeconómicas diferenciadas de las del sector mayoritario de la población. La mediación intercultural en los servicios sanitarios, en tanto en cuanto hace de puente entre culturas y lenguas distintas y, al mismo tiempo, contribuye a crear un entorno de respeto mutuo y de cercanía humana, puede contribuir decisivamente a superar con éxito este desafío.

El libro pretende ofrecer una visión estructurada y sintética de diversos enfoques existentes en la mediación intercultural en la atención sanitaria, así como, más en general, en la provisión de servicios asistenciales y preventivos para poblaciones migrantes y minorías étnicas. Para ello, la obra aglutina aportaciones de cualificados autores de tres continentes, combinando la presentación de modelos organizativos para el desarrollo de la mediación intercultural, estudios empíricos con poblaciones migrantes, el análisis de programas modélicos en este campo y directrices para una práctica profesional sanitaria culturalmente competente. En conjunto el libro ofrece una variedad de perspectivas que brindan la oportunidad de reflexionar, teniendo en cuenta la experiencia internacional en este área, sobre cuáles pueden ser las fórmulas más adecuadas para el diseño, implementación y evaluación de programas de salud (asistenciales, preventivos o de promoción de la salud) para poblaciones con diversidad cultural y social.

Este libro, que es fruto de la colaboración entre expertos en la materia residentes en diversos países y miembros de la Universidad de Huelva (España), es en cierto modo continuación de la iniciativa pionera desarrollada con anterioridad en esta universidad. En el verano de 2013, el entonces recientemente creado Centro de Investigación en Migraciones de la Universidad de Huelva organizó un *Congreso Internacional sobre la Mediación Intercultural en la Atención Sanitaria*. El objetivo de este congreso fue reunir a los principales participantes en los procesos de mediación intercultural en sus respectivos sistemas nacionales de salud y potenciar el intercambio de conocimientos y de experiencias entre investigadores, gestores públicos y profesionales sanitarios. En conjunto, más de cien expertos de 14 países compartieron su saber, los hallazgos de estudios y las lecciones aprendidas en diversas experiencias a lo largo de las sesiones plenarias, las sesiones de comunicaciones y de pósteres y los grupos de trabajo del encuentro. La diversidad de participantes incluyó, entre otros, representantes de organizaciones internacionales (la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional para las Migraciones), docentes e investigadores de diferentes universidades y escuelas de salud pública y especialistas de programas nacionales y proyectos locales. La amplia variedad de

participantes, que abarcaba no solo representantes del sector sanitario (médicos, enfermeras, especialistas en prevención, trabajadores sociales, mediadores interculturales e intérpretes), sino también antropólogos, psicólogos y sociólogos, contribuyó a que confluyeran perspectivas profesionales complementarias en el encuentro.

Uno de los principales resultados del congreso fue que sus participantes constataron que esta era la primera conferencia internacional sobre la mediación intercultural en la atención sanitaria. Formularon un claro deseo de que se difundieran los contenidos y los resultados del encuentro más allá del propio círculo de sus participantes, con vistas a promover un debate internacional sobre el tema. Con este propósito, decidimos editar una selección de las contribuciones al congreso en una publicación internacional. Asimismo, con vistas a ampliar el rango de experiencias y de conocimientos, decidimos ampliar esta selección con contribuciones de otros especialistas en el mismo campo. De este modo, el libro abarca una colección de veintidós capítulos diversos que reflejan experiencias prácticas, desafíos políticos-administrativos y resultados de estudios en América, África, Australia y, en especial, en Europa.

La labor de coordinación de esta obra ha requerido un considerable esfuerzo de trabajo y energía que no hubiéramos sido capaces de asumir en solitario. Por ello, deseamos dejar constancia de nuestro agradecimiento a las personas que apoyaron nuestra labor como editores y la del conjunto del comité editorial mediante contribuciones muy variadas entre sí: Itziar Benítez Montagut, Marcella Cavallo, Rosalía María Da Riola, Rocío Medero Canela, Silvia Pino Gutiérrez, Carolina Rebollo Díaz, Rita Tanas y Virginia Torres Salmerón.

Por último, algo no menos importante. Estamos también muy agradecidos a las organizaciones e instituciones que han prestado apoyo financiero a la iniciativa, lo que nos ha permitido asumir los inevitables costes externos ligados a la preparación de la obra.

RAMÓN MENDOZA

Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación. Coordinador del grupo de investigación “Desarrollo de estilos de vida en el ciclo vital y promoción de la salud” (Universidad de Huelva, España).

ESTRELLA GUALDA

Profesora Titular de Sociología. Directora del Grupo de Investigación Estudios Sociales e Intervención Social (ESEIS), Universidad de Huelva (España)

MARKUS SPINATSCH

Ph.D. Consultor independiente para Políticas Públicas y la Administración en Berna (Suiza).

Sección I

MODELOS

.....

I. Desarrollo de una guía para la mediación intercultural en la atención sanitaria en Bélgica. *Hans Verrept e Isabelle Coune*

En este capítulo se describe la elaboración de una guía para la mediación intercultural en la atención sanitaria dentro del contexto del ‘Programa de Mediación Intercultural en la Atención Sanitaria’¹. Se destaca además que, a pesar del aparente amplio consenso en torno a la definición de mediación intercultural, apenas existen pautas o directrices para la ejecución de las tareas de los mediadores interculturales. Se empezó a desarrollar esta guía con el objetivo de describir y clarificar las funciones del mediador y para dar pautas a las prácticas de mediación intercultural, proporcionando un conjunto de principios, protocolos y orientación respecto a las funciones de los mediadores.

En el presente capítulo se muestran los distintos pasos del proceso del desarrollo de dicha guía. En primer lugar, se ofrece un resumen de la literatura existente sobre los obstáculos que aumentan la desigualdad en la atención sanitaria según la procedencia étnica. Seguidamente, presentamos y analizamos diferentes tipos de ‘intermediarios’ empleados en los servicios de atención sanitaria para reducir los efectos producidos por esos obstáculos. Se debaten las ventajas y desventajas de los distintos enfoques (distintos tipos de interpretación médica y de mediación intercultural). Posteriormente se exponen los resultados de los debates con los mediadores interculturales y sus superiores jerárquicos que dieron lugar a la descripción de un conjunto de principios guía que constituyen la base de la nueva definición de la función de los mediadores en nuestro programa y de las pautas presentadas en la guía. En nuestras observaciones finales, discutimos brevemente las limitaciones de nuestro enfoque, así como alguna de las implicaciones para la formación, la educación y la investigación.

1. Desde 1999, este programa está financiado dentro del presupuesto de los hospitales. Aproximadamente 100 mediadores interculturales están empleados en 52 hospitales belgas. Realizan intervenciones en los hospitales y a distancia mediante video-conexiones en 62 hospitales, 20 centros de atención primaria y 10 servicios de salud destinados a demandantes de asilo. El programa en su conjunto está gestionado por los autores de la “Unidad de Mediación Intercultural y Políticas de Apoyo”, que forma parte de los Servicios Públicos Federales de Salud, Seguridad en la Cadena Alimentaria y Medio Ambiente con sede en Bruselas.

2. El Programa Nacional Suizo sobre Migración y Salud. *Markus Spinatsch y Agathe Blaser*

El Programa Nacional sobre Migración y Salud tiene como fin promover la salud de la población migrante en Suiza y, de este modo, ayudar a garantizar la equidad en el ámbito de la atención sanitaria. La Oficina Federal de Salud Pública (OFSP), por orden del Gobierno suizo, ha estado involucrada en el área de migración y salud desde principios de los años 90. La primera fase del Programa comenzó en 2002. Basándose en las recomendaciones de la evaluación, se desarrolló e implementó el programa de seguimiento 2008-2013. El presente documento resume el progreso de esta implementación y describe en líneas generales los objetivos y las medidas planificadas para la fase de ampliación 2014-2017. Estas medidas también tienen la finalidad de favorecer la integración de los migrantes, pues salud y capacidad de integración van de la mano. Una salud deficiente puede dificultar la integración a nivel educativo, laboral y en el entorno donde se reside, y a la inversa, la falta de integración a menudo tiene efectos negativos sobre la salud.

3. Accesibilidad real de los migrantes a los servicios de salud mental en la Unión Europea y Suiza: Cuatro prácticas en la Región Europea. *Guglielmo Schininà, Sabrina Zuodar y Carolyn Blake*

En este capítulo se contempla la vulnerabilidad de los migrantes ante la enfermedad mental y el acceso de los mismos a los servicios especializados de salud mental en la región europea, tanto en términos de disposiciones legales como de accesibilidad real. Para ello, se consideran los ejemplos de Francia, Alemania, Suiza y Reino Unido. El debate hace referencia al contexto más amplio de los sistemas sanitarios para nacionales y migrantes en los cuatro países e identifica las mejores prácticas en los servicios de salud/salud mental y en los recursos que promueven una accesibilidad real para los migrantes. Cada una de estas prácticas está ligada a la organización legal de los sistemas sanitarios y de inmigración del respectivo país, pero presentan elementos en su planteamiento que podrían ser más ampliamente aplicables.

4. Programa de inmigración en el ámbito de la salud en Cataluña: el papel de la mediación intercultural. *Tona Lizana Alcazo, Àlex Miró Altimira, Lluís Granero Giner y Pablo Pérez Montesinos*

La inmigración ha sido un fenómeno creciente en Cataluña durante la primera década del siglo XXI, cuando la población extranjera se incrementó en más de

un millón de personas, pasando de representar el 2,9% de la población total en el año 2000 a superar el 16% en 2011, según datos del Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT). Esta situación supuso un reto para los servicios públicos de atención sanitaria, que tuvieron que adaptarse con el fin de responder a las nuevas demandas y necesidades, tanto de la población migrante como de los profesionales sanitarios. Para superar este reto el Departamento de Salud (DS) catalán desarrolló el Plan Director de Inmigración (PDI) en el ámbito sanitario en el año 2005. El Plan permitió definir las necesidades y establecer tres ámbitos principales de actuación: acogida a personas recién llegadas, formación de profesionales sanitarios en atención a la diversidad cultural y mediación intercultural sanitaria. Para el desarrollo e implementación del Plan de Mediación del DS de la Generalitat de Catalunya (GC) se firmó un acuerdo de colaboración con la Fundación Bancaria “La Caixa” (FBLC) en el año 2008, mediante el cual la entidad financiera ofrecía los recursos necesarios para formar e incorporar al sistema de salud catalán 50 nuevos mediadores interculturales y certificar, a través del Instituto de Estudios de la Salud (IES) del DS, a otros 50 profesionales que ya desarrollaban funciones de mediador intercultural para diversas entidades de salud. El proyecto ha sido evaluado tanto cualitativa como cuantitativamente. Estas evaluaciones han sido muy útiles para reorientar las acciones previstas con el fin de mejorar la calidad de los servicios de mediación prestados, así como para garantizar la continuidad y sostenibilidad del proyecto a través de su orientación complementaria hacia la intervención comunitaria, con el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables.

5. La desigualdad en salud que afecta a la comunidad gitana: estrategias de abordaje. *Javier Arza y José Antonio Jiménez*

En este capítulo se parte de un análisis sobre la situación de la comunidad gitana española en su relación con la salud, y de los factores que influyen en la desigualdad en este aspecto que sufre un sector muy importante de esta población. Posteriormente se focaliza el análisis en las políticas y las estrategias dirigidas a incidir sobre esa situación de desigualdad. Se presentan en primer lugar los objetivos y líneas de actuación en salud de la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana, aprobada por el Gobierno de España en el año 2012 y cuyo periodo de vigencia concluye en el año 2020. Posteriormente se exponen las características de varias estrategias metodológicas que pueden facilitar el encuentro entre la comunidad gitana y el sistema de salud: apoyo entre iguales, mediación social intercultural y competencia

intercultural. En todas esas estrategias, el asociacionismo gitano surge como un agente fundamental. Por ello, concluye el capítulo con una referencia a la red *Equi-Sastipen-Rroma* y con la exposición de las características generales del modelo de intervención propuesto desde esta red de asociaciones gitanas.

6. Enfoques ecológicos de los pueblos nativos de Australia en la atención sanitaria: hacia la promoción del aprendizaje intercultural y el logro de la equidad en salud. *Kerry Arabena, Kevin Rowley y Sarah Howell-Meurs*

La capacidad para mediar entre las culturas se ha establecido de manera creciente como uno de los componentes fundamentales de la competencia intercultural, una característica fundamental de la acreditación de los servicios, así como de los procesos de mejora de la calidad en los sistemas sanitarios. Esto es particularmente cierto en Australia, donde, desde el 2006, se han implementado Planes de Acción para la Reconciliación (RAP, en sus siglas inglesas) en el gobierno, en la universidad, en el mundo corporativo y en las agencias de prestación de servicios, así como en las organizaciones que son gestionadas por o son propiedad de australianos indígenas. Mientras que la mayoría de los australianos disfrutan de una esperanza de vida cercana a las más altas del mundo, la salud y el bienestar de la población indígena de Australia, los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres, siguen siendo una preocupación global. Si bien es cierto que los resultados de salud desfavorables forman parte de la experiencia vital de los pueblos indígenas, no por ello deja de ser resaltable, como elemento positivo, la conceptualización de la salud y el bienestar construida sobre valores culturales. El capítulo aborda las implicaciones de trabajar a través de organizaciones para abordar los conceptos holísticos de salud y bienestar basados en la cosmovisión de los pueblos indígenas. Se revisa la campaña nacional “Cerrar la brecha”, una iniciativa conjunta de relevantes organismos sanitarios indígenas y no indígenas de Australia, asociaciones profesionales y organizaciones de derechos humanos. Se defienden las aproximaciones socioecológicas a la salud y el bienestar como una manera de “corregir los errores” del pasado. A su vez, el capítulo revisa los beneficios de invertir en métodos interdisciplinarios para abordar complejos problemas de salud y lograr la equidad en salud. Estos modelos sanitarios holísticos, que en el panorama sanitario australiano suelen ser denominados “acciones conjuntas”, se han materializado principalmente a través de servicios de atención primaria dirigidos y gestionados por la población indígena.



DESARROLLO DE UNA GUÍA PARA LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA EN BÉLGICA¹

Hans Verrept e Isabelle Coune

■ INTRODUCCIÓN

En este artículo describimos el desarrollo de la Guía sobre la mediación intercultural en la atención sanitaria. Se iniciaron los trabajos para esta guía porque pensábamos que no teníamos una descripción de la función suficientemente clara ni pautas adecuadas para las prácticas de los mediadores interculturales. Esto dificultaba su mayor profesionalización y creaba sentimientos de inseguridad entre los propios mediadores y los profesionales sanitarios que trabajaban con ellos. Además, las funciones de los mediadores interculturales estaban a veces más definidas por los marcos institucionales y las expectativas de los profesionales sanitarios que por la descripción oficial de sus tareas.

La finalidad última de nuestra guía es describir y clarificar las funciones del mediador y dar pautas para las prácticas de mediación intercultural proporcionando un conjunto de principios, protocolos para la mediación intercultural y orientación respecto a las funciones de los mediadores. La guía puede descargarse desde nuestro sitio web (www.intercult.be) en francés y neerlandés. En este artículo nos centramos en los diferentes procedimientos que seguimos durante el desarrollo de la guía y el planteamiento que respalda la definición de lo que, según los autores y otras personas involucradas en su preparación, constituye una buena práctica en este ámbito.

Es sorprendente descubrir que en diferentes países muchos mediadores interculturales que trabajan en la atención sanitaria por largos periodos lo hacen sin contar con un código deontológico y/o profesional de conducta. Más aún si se piensa en el alto grado de consenso que parece existir sobre la definición del mediador intercultural y la mediación intercultural.² Se describe al mediador intercultural como “un profesional

1 Traducción efectuada por Ainhoa Casado de Otaola.

2 Aun así, parecen existir varias diferencias importantes entre los distintos proyectos: no todos

capaz de acompañar en las relaciones entre los migrantes y el contexto social específico, favoreciendo la eliminación de barreras lingüísticas y culturales, la comprensión y fortalecimiento de la cultura propia de la persona y el acceso a los servicios” y que “ayuda a las organizaciones en el proceso de hacer que los servicios ofrecidos a los migrantes sean adecuados” (Chiarenza, citado por Pöchhacker 2008, p. 21). Qureshi (2011) define la mediación intercultural como “el puente sobre la separación lingüística y cultural en la comunicación y la facilitación de la relación terapéutica entre los profesionales sanitarios y los usuarios del servicio”. En nuestro programa usamos la definición desarrollada por el Grupo de Trabajo sobre Atención Sanitaria Culturalmente Competente y Acogedora para los Migrantes (2014, p. 82), según la cual la mediación intercultural “hace referencia a todas las actividades cuyo objetivo es reducir las consecuencias negativas de las barreras lingüísticas, diferencias socioculturales y tensiones entre los grupos étnicos en los entornos de atención sanitaria”.

Estas definiciones, sin embargo, nos dicen poco de las tareas precisas que han de realizar los mediadores interculturales y sobre cómo han de realizarlas. Rudvin y Tomassini (2008) han argumentado que uno de los principales problemas de la mediación intercultural en la atención sanitaria es la dificultad de identificar una descripción precisa de las funciones. Tanto los académicos como los mediadores lamentan esta falta de definición.

Estos mismos autores también han señalado que las tareas atribuidas a los mediadores interculturales son “numerosas, de muchos tipos y a veces muy delicadas”. La falta de un código deontológico y profesional claro supone que en muchos casos sea necesario que los mediadores interculturales sigan su propio criterio en la ejecución de sus tareas. La situación no deja de presentar riesgos para el paciente, el profesional sanitario y el propio mediador intercultural.

Esta situación está sin duda relacionada con la ausencia (y esto contrasta mucho con lo que sucede en el ámbito muy próximo de la interpretación médica) de un movimiento internacional sobre la mediación intercultural en la atención sanitaria en el que participen mediadores en activo, investigadores, organizaciones profesionales, instituciones formativas, etc.³ Esto es aún más sorprendente teniendo en cuenta lo extendida que

los mediadores interculturales participan en la interpretación lingüística; algunos –además de otras tareas– asumen la función de mediador de conflictos o ejecutan tareas que están tradicionalmente más asociadas con el trabajo social que con la mediación intercultural. El objetivo de la mediación intercultural consiste en algunos casos principalmente en allanar las barreras durante los encuentros pertenecientes a la propia atención sanitaria, en otros casos en hacer posible el acceso de los pacientes al sistema (aumentando su conocimiento del sistema, ayudándoles en la obtención de los documentos necesarios para el acceso, etc.). El segundo enfoque se usa frecuentemente con personas que viven una fuerte marginación, grupos vulnerables o discriminados como la población romaní europea.

3 Tal vez dos proyectos relativamente nuevos apuntan a que nos aproximamos a mayor colaboración internacional en el ámbito de la mediación intercultural: el grupo de trabajo sobre la mediación intercultural para la población romaní organizado por la Organización Interna-

está la mediación intercultural en la atención sanitaria en los países occidentales. Dice mucho el hecho de que el Primer Encuentro Internacional sobre Mediación Intercultural en la Atención en Salud, organizado conjuntamente por la Universidad de Huelva y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), fuera el primer encuentro de este tipo. Muchos proyectos de mediación intercultural parecen desarrollarse de forma muy local y relativamente aislada. Muchos, si no la mayor parte, se financian como proyectos temporales. Finalmente, son escasas las investigaciones sobre los procesos y efectos de la presencia y la labor de los mediadores interculturales en atención sanitaria que podrían proporcionar mejores prácticas basadas en la evidencia en los diferentes contextos de intervención.

■ FUNCIONES DE LOS MEDIADORES INTERCULTURALES EN EL PROGRAMA BELGA DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA

En los comienzos del programa de mediación intercultural a primeros de los 90, se definieron cinco tareas: interpretar, deliberar (con los profesionales sanitarios y/o pacientes sobre cuestiones relacionadas con el proceso de atención sanitaria), proporcionar información al profesional sanitario para aumentar su competencia cultural, educación para la salud (para el paciente, proporcionándole información en cuestiones relacionadas con la atención sanitaria) y la abogacía.

Tras la evaluación del programa, que consistió en una encuesta cuantitativa sobre las tareas realizadas en la práctica y una extensa observación de los participantes (véase Verrept 2008; Verrept, Perissino y Herscovici 2000), se actualizó y reformuló la descripción de las tareas. En aquel momento las tareas incluidas fueron: la interpretación, la decodificación cultural, la prestación de ayuda práctica y apoyo emocional a los pacientes, la mediación en los conflictos, la abogacía, la identificación y el diálogo sobre los problemas de los pacientes (individuales o grupos) con los profesionales sanitarios, así como las labores de educación para la salud.

Para evaluar si las distintas tareas se realizaban adecuadamente, desde 1999 en adelante, usamos las pautas o normas de la Asociación Internacional de Intérpretes Médicos (IMIA, por sus siglas en inglés).⁴ Si bien su uso fue muy útil como guía para muchas de

cional para las Migraciones (OIM) y el proyecto Formación de mediadores interculturales para una Europa multicultural (TIME, por sus siglas en inglés); un proyecto ERASMUS+ en el ámbito de la mediación intercultural en Europa sobre la formación y las prácticas de empleo.

4 La IMIA se creó a partir de la Asociación de Intérpretes Médicos de Massachusetts (MMIA, por sus siglas en inglés). Esta es la organización que desarrolló y publicó en 1995 las pautas conocidas hoy como pautas IMIA (disponibles en el sitio web de la asociación, www.imiaweb.org). Durante la preparación de este artículo, los autores comprobaron que las pautas y códigos deontológicos para la interpretación (médica o comunitaria) son empleados también por otros programas de mediación intercultural y orientación al paciente, por ejemplo en EE UU y Suiza.

las tareas desarrolladas, los mediadores interculturales a menudo se veían en situaciones en las que esas pautas no les daban respuesta. Por tanto, decidimos desarrollar en nuestro programa una guía que proporcionara un conjunto de pautas o normas para el trabajo real en la práctica, la formación y la evaluación de los mediadores interculturales.

En este artículo describimos los diferentes pasos dados para crear esta Guía para la mediación intercultural en la atención sanitaria (Verrept y Coune, 2015). Esperamos de esta manera estimular y contribuir al amplio debate sobre la función de los mediadores interculturales en la atención sanitaria.

■ CÓMO SE DESARROLLÓ LA GUÍA

Nuestro punto de partida fue el estudio de la literatura sobre desigualdades en la atención sanitaria relacionadas con la etnicidad, en las que se detectan distintas barreras que dificultan el acceso y la calidad del servicio para los migrantes y las minorías étnicas (en lo que sigue: MME). En la siguiente sección se resumen los hallazgos según la revisión de la literatura efectuada. Además, se estudió la literatura científica sobre las funciones de los intermediarios⁵ en la atención sanitaria⁶. Se hizo un inventario de las ventajas y desventajas asociadas a los diferentes modelos. Finalmente se analizaron las normas o pautas desarrolladas en el seno de relevantes organizaciones profesionales de intérpretes médicos de Estados Unidos e internacionales.⁷

El siguiente paso fue la evaluación sistemática junto a los mediadores de la relevancia y utilidad de las descripciones existentes relativas a sus funciones y de las pautas en tanto que marco normativo para su trabajo. Este estudio reveló, entre otras cosas, que era necesario describir las tareas y funciones de los mediadores con mayor precisión y que la descripción fuera más explícita respecto a cuándo y cómo se deben asumir ciertas funcio-

5 Usamos el término “intermediario” para referirnos a un grupo de (para)profesionales empleados formal o informalmente para reducir los efectos de algunas barreras que consideraremos más adelante. Muchos términos diferentes se usan —a menudo de forma no sistemática y sin una definición clara— en la literatura y dentro del ámbito que nos ocupa. Por ejemplo, se habla de intérprete, mediador (inter)cultural, mediador lingüístico, intérprete (inter)cultural, intérprete social, asesor en la lengua materna, trabajador de enlace, defensor sanitario, guía del paciente, mediador sanitario, intérprete-mediador.

6 Ya que las funciones de los intermediarios ya han sido ampliamente debatidas en el ámbito de la interpretación comunitaria, y, a su vez, autores de referencia en ese campo resaltan que la distinción entre modelos más imparciales y más orientados a lo lingüístico y otros modelos con enfoques de “defensor-cultural” no se deben a una compartimentación sino más bien a un continuo, nos hemos basado firmemente en el trabajo realizado por investigadores de este ámbito (Angelelli 2004 y 2008; Bischoff y Dahinden 2008; Greenhalgh, Robb y Scambler 2006; Kaufert y Putsch 1997; Rudvin y Tomassini 2008).

7 En particular se estudiaron las normas o pautas de las siguientes organizaciones profesionales: IMIA (www.imia.org), California Healthcare Interpreting Association (CHIA: www.chiaonline.be) y el National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC: www.ncihc.org).

nes. Especialmente, para las tareas que iban más allá de las tareas tradicionales y menos controvertidas ligadas a la interpretación (por ejemplo, la decodificación cultural).

Después pedimos a los mediadores interculturales que trabajaban dentro del programa que presentasen tres intervenciones que para ellos hubieran sido problemáticas por no saber cómo manejarlas desde el punto de vista profesional. Durante las sesiones de supervisión se debatieron ampliamente las 240 situaciones seleccionadas en relación con las pautas existentes. También se habló de las diferentes formas en las que se hubieran podido abordar esas dificultades y de las ventajas y desventajas, riesgos y problemas deontológicos que hubieran podido conllevar. Tratamos de identificar los principios y valores que podrían guiar de manera útil al mediador cuando se encuentre con esos problemas u otros similares.

Posteriormente desarrollamos un primer texto en el que se definían las funciones y tareas de los mediadores interculturales y las pautas para la ejecución de las distintas tareas. También se incluyó una sección sobre los principios guía surgidos gradualmente a lo largo de las discusiones de casos. Además incorporamos un capítulo sobre la integración de los mediadores interculturales y las formas de darles apoyo en los hospitales. De hecho, en las sesiones de supervisión los mediadores frecuentemente señalaron que la posibilidad de realizar algunas tareas profesionalmente dependía en gran medida de las condiciones de trabajo y del grado de apoyo y colaboración proporcionados por el empleador.⁸ Este texto fue entregado y ampliamente debatido con los mediadores interculturales. Se presentó y fue debatido en un encuentro nacional sobre el tema organizado en diciembre de 2013. Tras la revisión, se entregó el texto a los responsables que tenían a su cargo a los mediadores interculturales, se readaptó y se debatió junto a los especialistas en interpretación comunitaria. El paso final fue la remisión de un número de cuestiones de tipo legal y deontológico –como la confidencialidad y el secreto profesional– a especialistas en legislación en el ámbito de la medicina y a un abogado especializado en este campo.⁹

■ BARRERAS QUE AUMENTAN LAS DESIGUALDADES POR ETNICIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Se ha comprobado que los obstáculos lingüísticos no resueltos afectan extremadamente a la calidad de la atención recibida por los MME (Bowen 2001; Jacobs *et al.* 2003). También hay evidencias clarísimas de que afectan de manera adversa al acceso inicial a los servicios de atención sanitaria.

Es un hecho bien fundamentado que la comunicación profesional sanitario-paciente está vinculada a la satisfacción del paciente, al cumplimiento del tratamiento prescrito y a los resultados sanitarios (Betancourt y Miana 2007). La calidad de la comunicación

8 En el presente texto no se recoge esta dimensión.

9 Por falta de espacio, no se incluye en este texto la discusión referente al secreto profesional.

paciente-profesional sanitario es por tanto un buen indicador de la calidad de la atención sanitaria prestada (Bischoff & Dahinden 2008). Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin (2001) vieron que la barrera lingüística no solo impide transmitir la información sobre los diagnósticos y la medicación, sino que también impide el uso efectivo de la información para fomentar el cumplimiento de las prescripciones.

Los pacientes declararon que las barreras lingüísticas hacían que fuera más difícil explicar sus síntomas, realizar preguntas, seguir tomando la medicación recetada y también les hacían dudar de que el médico comprendiera sus necesidades médicas (Wirthlin Worldwide 2001). Los profesionales sanitarios indicaron que las barreras lingüísticas pueden aumentar el riesgo de complicaciones, como cuando, por ejemplo, el sanitario desconoce si el paciente está siguiendo otros tratamientos. También se vio que la práctica común de trabajar con intérpretes informales, no preparados –en muchos casos familiares o amigos del paciente o empleados del centro sanitario– hacía que los pacientes se sintieran avergonzados y que no hablaran de cuestiones personales cuando esos intérpretes estaban presentes.

Otras investigaciones indican que, como consecuencia de la barrera lingüística, los profesionales sanitarios pueden incumplir ciertas normas éticas en su asistencia, como la protección de la confidencialidad del paciente, o la obtención de un consentimiento informado significativo. Estudios canadienses han dejado claro que frecuentemente el consentimiento informado de pacientes con un dominio del inglés limitado se obtenía con los métodos normalmente empleados con pacientes afectados por una enfermedad mental, demencia o en estado de coma (Kaufert y Putsch 1997).

Por último, se ha detectado que algunas barreras hacen difícil o imposible que los profesionales sanitarios cumplan los estándares referentes a la atención sanitaria y tienen además un efecto negativo sobre su satisfacción (Bowen 2001).

Los estudios sistemáticos de los efectos de las barreras (socio)culturales son muy escasos. Esto puede estar relacionado con la dificultad de precisar el concepto de cultura. Aun así, hay acuerdo en considerar que el manejo inadecuado de las diferencias culturales puede afectar la calidad de la atención y en que el desarrollo de la competencia cultural o sensibilidad cultural podría mejorar la eficiencia y la efectividad en la prestación de la atención sanitaria a minorías étnicas (Betancourt & Miana 2007; Bischoff 2003). Elderkin-Thompson, Silver y Waitzkin (2001, p. 1344) han argumentado que “es posible que los profesionales sanitarios no entiendan las implicaciones que ciertos síntomas particulares pueden tener para los pacientes, pues la percepción e interpretación de las sensaciones somáticas a menudo se definen a través de expresiones idiomáticas culturales”.

El hecho de que las diferencias y las necesidades culturales no sean suficientemente tenidas en cuenta (por ejemplo, la falta de respeto por los valores y convicciones de pacientes de minorías étnicas), puede hacer que los servicios de atención sanitaria sean culturalmente inaceptables y de este modo afectar a la accesibilidad del sistema sanitario.

Las creencias, conceptos, comportamientos, tradiciones y convicciones religiosas, determinados en parte por la propia cultura, pueden tener profundos efectos sobre las ex-

pectativas e interacciones de las minorías étnicas con el sistema sanitario. En la literatura podemos encontrar muchas referencias a ejemplos de “diversidad cultural” que pueden repercutir en el encuentro transcultural en un contexto de atención sanitaria: por ejemplo, opiniones sobre la nutrición/dieta, modelos explicativos, distintos tipos de formas tradicionales de curación, opiniones sobre la cirugía o los trasplantes, la autopsia, la comunicación con el enfermo (por ejemplo, al comunicar malas noticias), la visita a los enfermos, el proceso de morir y la muerte, los ritos religiosos al nacer y al morir, las relaciones de género (si es aceptable para el paciente que le atienda un sanitario del sexo opuesto), la circuncisión, la ablación (véase por ejemplo, Henley y Schott 1999; Pavlish, Noor y Brandt 2010), etc.

Más relevante puede ser aún el bajo nivel de conocimientos sobre salud observado en muchos pacientes de minorías étnicas. Greenhalgh, Robb y Scambler (2006) observaron, en un estudio en el ámbito de la atención primaria, que los intérpretes tenían que “traducir dos veces”, primero del inglés a la lengua minoritaria y luego del lenguaje médico al lenguaje cotidiano, y a menudo se perdía parte del significado. Se sabe que los determinantes clave del nivel de conocimientos sobre salud son factores sociodemográficos, como la educación, la capacidad de hablar sobre el problema en algún idioma, la capacidad de actuar siguiendo el consejo y las instrucciones dadas por los profesionales sanitarios, y el conocimiento del sistema local sanitario y social. Un número no despreciable de pacientes son incapaces de explicar o comprender lo que podemos llamar “cuestiones biomédicas”. Puede suceder que estos pacientes sean totalmente incapaces de asumir el “rol de paciente” que se espera de ellos en nuestros sistemas sanitarios. Los autores argumentan que en estos casos puede ser necesario que los intermediarios desempeñen una labor clave de abogacía en pro del paciente. Por ejemplo, cuando los pacientes no saben qué pueden preguntar y de qué deberían informar al médico. Tanto los profesionales sanitarios como los usuarios de servicios creían que los fallos a la hora de comunicarse de manera efectiva planteaban un riesgo clínico importante.

Una dimensión que, especialmente en la literatura europea al respecto, apenas se menciona es la influencia de las características y la calidad de las relaciones interétnicas dentro de la sociedad más amplia sobre las relaciones de los MME con el sistema sanitario y con sus profesionales. Si los MME viven de manera habitual en la sociedad general el racismo y la discriminación, esto podrá por supuesto llevarles a desconfiar de los profesionales sanitarios. A la inversa, las experiencias negativas que los profesionales sanitarios hayan podido tener con los MME pueden afectar su relación con estos pacientes y llevarles a desarrollar o reforzar sus estereotipos o prejuicios. Todo lo anterior puede tener un efecto negativo en el proceso y en el resultado de la atención sanitaria (Betancourt y Maina 2007).¹⁰

10 Es evidente que otras barreras pueden limitar considerablemente para los MME el acceso a la atención sanitaria y la calidad de la misma. Pueden ser barreras de tipo legal (derecho a la atención), económicas (acceso a los sistemas de aseguramiento sanitario) y geográficas. No incluimos estas barreras en el presente texto, pues por lo general son ajenas a la labor de los distintos tipos de intermediarios que aquí consideramos.