



REVISIONES

Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia

Intercultural mediation in the sanitary field at Murcia Region

***Valverde Jiménez, M^a Rosario**

*Enfermera Gestora de Casos. Servicio Murciano de Salud, Área IX. E-mail: maria.valverde@carm.es

Palabras clave: salud; migración; negociación

Keywords: health; migration; negotiating

RESUMEN

La llegada de inmigrantes de países con distintas culturas plantea retos en la sociedad receptora. La mediación intercultural surge por la llegada de inmigrantes en la última década y la necesidad de entendimiento entre las diferentes culturas y la sociedad autóctona para favorecer una sociedad multicultural. El objetivo de este trabajo es hacer una reflexión sobre la mediación intercultural en salud, mediante análisis bibliográfico, ya que el hecho de ser un enlace entre personas culturalmente diferentes no capacita para ser considerados mediadores interculturales. Entre las barreras que se encuentran en el contexto de la mediación intercultural están la dificultad en la interpretación, que no haya formación conjunta de mediadores y agentes de salud, la carga psicológica, una formación no estandarizada. El escaso reconocimiento por parte de los profesionales sanitarios y el gasto económico que supone la introducción de una nueva figura profesional hacen que no se vean los efectos positivos que provocan los mediadores interculturales en los sistemas sanitarios de salud.

ABSTRACT

The arrival of immigrants from countries with different cultures set challenges in the receiver society. The intercultural mediation emerges because of the arrival of immigrants during the last decade and the understanding necessity between the different cultures and the autochthonous society in order to promote a multicultural society. The objective of this study is to think about the intercultural mediation in health, by means of a bibliographical analysis, as the factor of being a link between people from different cultures does not enable for being considered as intercultural mediators. Between the barriers that exist in the context of the intercultural mediation are the difficulty in the interpretation, the fact that there is no common formation of mediators and health agents, the psychological load and a non-standardized formation. The lack of recognition on the half of the health professionals and the economic expense that the introduction of a new professional figure supposes make that the positive effects that provoke the intercultural mediators in the health-care systems are not seen.

INTRODUCCIÓN

La llegada de inmigrantes de países con distintas lenguas y culturas plantea retos en la sociedad receptora. Según Verrept ⁽¹⁾, en una primera medida, las personas recién llegadas recurren a personas de su entorno, familiares para intentar salvar la primera barrera con la que se presentan que es la barrera lingüística. Ser bilingüe no es sinónimo de ser traductor o intérprete así como el hecho de ser un enlace entre personas culturalmente diferentes no les capacita para ser considerados mediadores interculturales.

Antes de adentrarnos en el propio concepto de mediación intercultural haremos una distinción entre: traductor ⁽²⁾, *“persona que suele pertenecer a la comunidad inmigrante, bilingüe, integrada-adaptada socioculturalmente que interviene en el ámbito asociativo y de servicios socio-sanitarios, cuyo objetivo principal es reducir las barreras lingüísticas e idiomáticas entre el personal sanitario y el usuario”*, el agente promotor de salud que es *“persona de la comunidad de inmigrantes con formación específica en salud, conocedora del sistema sanitario, e incorporada al equipo de profesionales de la salud. Su objetivo es mejorar la atención en salud y los cuidados en salud de la población migrante. Intervendrá tanto en el ámbito asociativo como en el de los servicios”* y mediador intercultural *“persona inmigrante o no, reconocida y aceptada en la comunidad de intervención, y que además conoce los recursos socio-sanitarios, el tejido y estructura asociativa de los inmigrantes”*.

Se define mediación intercultural como ⁽³⁾: *“(…) una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento entre las partes, la comunicación y la comprensión mutua, el aprendizaje y el desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados”*

La mediación intercultural surge principalmente por la llegada de inmigrantes en la última década y la necesidad de entendimiento entre las diferentes culturas y la sociedad autóctona para favorecer una sociedad multicultural. Según Fernández-Rufete ⁽⁴⁾ *“uno de los aspectos prioritarios sobre el que han fijado su atención los teóricos e investigadores sociales en este contexto, ha sido el de la vulnerabilidad socio-económica de los principales colectivos de inmigrantes y la transcendencia de la mediación intercultural como mecanismo de intervención que compense, en la práctica, las desigualdades de acceso a los principales servicios públicos (...)”*

Giménez ⁽⁵⁾ plantea unos modelos de mediación, propuestos por Soares, pero aplicados a la mediación intercultural. El modelo Harvard aporta soluciones directas en el día a día, donde hay una mejora de la relación al separar personas de problemas evitando la estigmatización de las personas. El modelo transformativo que revaloriza las habilidades de cada parte, los recursos, las tomas de decisiones, permitiendo a las partes evaluar los puntos fuertes y los débiles. Por último el circular narrativo donde da especial acento en la comunicación como un todo y donde resalta la imposibilidad de no comunicarse. Considera como categorías centrales de los tres modelos el beneficio mutuo, la revalorización, el reconocimiento y la legitimación. En definitiva la mejora de las relaciones interétnicas y el lograr una eficaz comunicación intercultural. Así Giménez dice que los tres tipos de factores que intervienen de una forma determinante en el proceso de mediación intercultural son los factores personales, los situacionales y los culturales.

La definición que la Federación Andalucía Acoge propuesta por García Castaño⁶ dice es que *“la mediación intercultural es un recurso al alcance de personas de culturas diversas, que actúa como puente con el fin de facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración entre las personas o grupos, pertenecientes a una o varias culturas (...)”* aportando que no solo se trata de un modelo sino de un recurso.

Verrept⁽¹⁾ refiere que la figura del mediador intercultural ha tomado diferentes denominaciones en función del país donde desarrolle su trabajo. Por ejemplo en Inglaterra se les conoce como “linkworker” o trabajador de enlace, en Bélgica “mediador intercultural”. Todo esto provoca que existan diversos matices a la hora de interpretar su rol profesional.

García Castaño, Granados, Martínez Chicón⁽⁷⁾ hacen una recopilación de la bibliografía, para presentar en su estudio, sobre cuáles serían las funciones del mediador intercultural *“destacando en especial su delimitación profesional, las proximidades y relaciones con otras profesiones y, en especial, el tipo de formación necesario para capacitarle como profesional”*. Las funciones del mediador intercultural serían las de acompañamiento, acogida, información, ayuda, escucha. Favorecer y facilitar la comunicación (interpretación y traducción) pero *“estableciendo vías de comunicación más allá del simple diálogo con la comprensión de mensajes no verbales”*. Acciones de sensibilización o de animación a la convivencia, negociación y la conciliación.

A modo de conclusión dicen que *“la práctica de la mediación intercultural no puede hacerse desde un voluntarismo activista (...) no cabe pensar en un sujeto “naturalmente” preparado para el ejercicio de la mediación; un sujeto en posesión de especiales características personales, o de una supuesta predisposición innata para tenerlas (...) el mediador profesional sólo puede hacerse”*.

En nuestro país la mediación intercultural se imparte en las Universidades en forma de máster y cursos de experto. Concretamente en la Región de Murcia es el Máster Universitario en Mediación, Doctorado en Intervención Social y Mediación. Según Fernández-Rufete⁽⁴⁾ *“la formación se ha ido estableciendo más en función de intereses particulares en el seno de la universidades y sus propios departamentos que de la demanda social y profesional producida en diferentes ámbitos (y no sólo en el sanitario)”*

En ámbitos como el de la salud, sugieren principios y códigos éticos tanto para los profesionales como los mediadores culturales. En nuestro país autores como Fernández-Ríos, Aranda y Gilbert⁽⁸⁾, desde el ámbito de la psicología, elaboran un borrador de Código Deontológico del mediador que contempla normas de secreto profesional, responsabilidades, áreas de actuación. También otros autores como Adil Qureshi, Hilda-Wara et cols⁽⁹⁾ introducen términos como *“la precisión, la imparcialidad y la neutralidad”*, dentro de éste código deontológico, para *“tomar en consideración explorar la relación entre ética y cultura, y la elaboración de pautas para detectar cuándo hay conflictos entre sistemas éticos de diferentes culturas.”*

Existen asociaciones de mediadores interculturales como la de Valencia, Zaragoza, Canarias, o la asociación de mediadores interculturales Asmin, que tiene sede en Granada y es de ámbito nacional. Estas asociaciones pueden aportar un lugar de

encuentro donde promueven ideas y que pueden ejercer presión para la consecución de metas comunes y objetivos.

Mediación Intercultural en salud

Verrept ⁽¹⁾ dice que *“Las barreras lingüísticas y culturales pueden afectar seriamente la accesibilidad y la calidad de los servicios de atención sanitaria ofrecidos a estos pacientes”*. Así De Muynck ⁽¹⁰⁾ apostilla que *“A pesar de que la mayoría de agentes de salud desean ofrecerles la misma dedicación, interés y atención de igual calidad que a las y los pacientes autóctonos, aquellos con un dominio limitado de la lengua dominante se encuentran con constantes obstáculos”*.

Este autor, De Muynck, nos dice que en diversas ocasiones, la mediación informal se ha introducido de manera paulatina para responder a unas necesidades no atendidas. Esto ha ocurrido de forma en que la mediación no se ejerce de forma profesional sino que son los colectivos de inmigrantes, voluntarios, o los propios familiares quienes se encargaban de atender estas necesidades. Esta mediación ha sido muy útil en contextos puntuales pero en situaciones delicadas como en contextos sanitarios son necesarias otras medidas. Las limitaciones que presentan estos mediadores informales son sus propios intereses particulares, falta de dominio de la lengua autóctona, entre otros.

Según Schirripa ⁽¹¹⁾, la mediación cultural se presenta como un desafío para el sistema sanitario en cuanto a dotar de los instrumentos necesarios para interactuar con la diversidad cultural a todo el personal y repartir las responsabilidades en la actuación con el paciente inmigrante.

El Grupo CRIT ⁽¹²⁾ presenta una parte de un estudio relacionado con la mediación intercultural y los sistemas sanitarios. Están inmersos en una labor de implementación y análisis de entrevistas al personal sanitario, usuarios inmigrantes y mediadores interculturales donde presenta a modo de resultados que existen problemas de comunicación aunque el más destacado es un problema lingüístico. La mediación intercultural se presenta como una alternativa a paliar estos problemas.

Experiencias de mediación intercultural en salud

De Muynck ⁽¹⁰⁾ presenta unos ámbitos problemáticos entre la interacción de los profesionales sanitarios y los inmigrantes. *“expresión de la dolencia, la organización de la oferta de la atención sanitaria, el reconocimiento de la influencia del contexto cultural y psicológico y la posición socioeconómica de la población migrante”* siendo una comunicación deficiente el aspecto central de la baja calidad de la atención sanitaria. Un programa de mediación intercultural utilizará un enfoque de trabajo en equipo y para ello debe formar parte integrante del equipo de salud y participar en sus reuniones.

Entre las barreras que se encuentran en el contexto de la mediación intercultural están la dificultad en la interpretación, el fenómeno de la segunda generación (riesgo de ceguera con respecto a los inmigrantes de la primera generación), que no haya formación conjunta de mediadores y agentes de salud, la carga psicológica, una formación no estandarizada. La influencia de la mediación intercultural sobre la utilización de los servicios sanitarios está reflejada en una disminución del uso

irracional de los servicios sanitarios, un uso más adecuado y mejora significativamente en la calidad de la atención.

Experiencia en Bélgica

El modelo que nos presenta Verrept ⁽¹⁾ es un programa de mediación intercultural realizado en Bélgica. Nos muestra que el papel fundamental de las mediadoras/es interculturales consiste en mejorar la calidad de la atención mediante una mejora en la comunicación entre profesionales sanitarios y los inmigrantes. En Bélgica los mediadores interculturales actúan ayudando a los pacientes durante su paso por el hospital e incluso pueden actuar como defensores de ellos.

Una de las dificultades que observaron durante el estudio es que los profesionales sanitarios no acudían a los mediadores cuando la barrera era lingüística y cultural por lo que las mediadoras estaban presentes sólo en la mitad de las intervenciones de los profesionales sanitarios.

Experiencia en Italia

Bertoletti ⁽¹³⁾ nos dice que durante los años 90, con la Ley Martelli, los extranjeros en situación irregular podían inscribirse en el sistema sanitario público previo pago. En 1998 con el Plan Sanitario Nacional reforzaba la protección de los inmigrantes extranjeros y existía accesibilidad en todo el territorio nacional con cobertura de inmunización garantizada. Aprobaron el Texto Único donde establecen una Política homogénea y abierta a los extranjeros, basado en los compromisos europeos y convenios internacionales. Aquí prevén que los entes públicos establezcan convenios para controlar mediadores culturales para agilizar las relaciones entre las administraciones y los extranjeros.

Dentro de la experiencia de la mediación en el ámbito sanitario, se considera la más reciente “el modelo florentino” donde la articulación de los servicios es mediante la mediación lingüístico-cultural. La prestación del servicio se realiza mediante la presencia programada en días y horas preestablecidas y destinado a la atención de extranjeros clandestinos. También se realiza mediante demanda para intervenciones concretas. Interpretación telefónica para servicios de urgencia y trámites administrativos. Por último, para la actividad de traducción de material informativo, partes sanitarios, etc.

Se realizan cursos de formación conjunta entre trabajadores sanitarios y mediadores sobre consentimiento informado y procesos de comunicación dirigidos a los inmigrantes. Colaboran con proyectos de cooperación internacional. Se reúnen cada trimestre para evaluar los datos significativos obtenidos así como para examinar los problemas surgidos.

Como consideraciones importantes dice que es necesaria una labor de sensibilización, información y formación del personal sanitario para desarrollar “cultura de la mediación”. Es necesario crear espacios de formación conjunta entre profesionales y mediadores con el fin de homogeneizar los conocimientos. Es preciso elaborar sistemas de recogida de datos para evaluar los resultados en términos de eficiencia/eficacia. También hay que elaborar conjuntamente itinerarios y protocolos de trabajo que garanticen una atención adecuada.

Experiencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el crecimiento de población inmigrante residente era del 1.5% del total de la población y pasó al 15.8% en 2008, esto en palabras de Fernández-Rufete ⁽⁴⁾ *“ha condicionado que determinados sectores y ámbitos institucionales y sociales hayan tenido que adaptarse a nuevas situaciones (...) siendo el sector sanitario, junto con el educativo, el que más rápidamente ha tenido que asimilar el incremento de la demanda poblacional (...)”*

El proyecto sobre Inmigración-emigración en Salud, financiado por la Consejería de Trabajo y Política Social ⁽¹⁴⁾, tuvo como objetivo principal *“identificar tendencias futuras en las necesidades en salud de los inmigrantes y anticipar los posibles escenarios que favorezcan la convivencia intercultural en salud”*. El informe final del proyecto, y dentro de las conferencias magistrales que se expusieron, propone la figura del mediador para mejorar atención en la salud del inmigrante. Dentro de las estrategias de acción propuestas por el grupo de trabajo “Salud transcultural, desigualdades en salud”, una vez hecho el análisis de la problemática con el sistema DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) como una de ellas, estaba el definir e integrar en el sistema sanitario nuevas figuras como el mediador intercultural.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia concede una subvención a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia para llevar a cabo un estudio de intervención-acción denominado *“inmigración, salud y determinantes socioculturales: estrategias para la acción”* ⁽¹⁵⁾ (Decreto nº 348/2007, de 9 de Noviembre). También se concede una subvención a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia, para el apoyo a la acogida e integración de la inmigración, a través del establecimiento de un *“plan de Intervención y Formación en Mediación Intercultural en Atención primaria de Salud”* (Decreto nº537/2008, de 19 de noviembre) ⁽¹⁶⁾.

Fernández-Rufete ⁽⁴⁾ nos presenta un estudio planteado desde una perspectiva de investigación acción en el Centro de Atención Primaria de Totana, perteneciente al Área III de Salud, durante los meses de julio a diciembre de 2007. Como objetivo principal del estudio era establecer los principales criterios de posibilidad para el desarrollo del mediador intercultural y así poder incorporarse a los dispositivos asistenciales de la Región.

Consideraron como áreas de intervención operativa del mediador intercultural, la traducción lingüística, acompañamiento para determinadas gestiones como tarjeta sanitaria, ingresos hospitalarios. Apoyo a los profesionales en determinados casos de seguimiento a pacientes, de planificación, prevención y promoción de la salud. Ayuda para solucionar problemas a partir de la conciliación y adaptación a las particularidades personales, contextuales y culturales entre las partes.

Como conclusiones del estudio subraya que *“la figura del mediador intercultural constituye una herramienta más, que puede contribuir a la inclusión e integración exitosa de los inmigrantes en el sistema sanitario. Pero no es la única y, además, está condicionada por una serie de factores (...)”* aquí se refiere por ejemplo a las dificultades adaptativas a la figura del mediador intercultural por parte del profesional sanitario ya que se generaron ciertas resistencias. Como dice Rico ⁽⁵⁾ *“Conocida la hermeticidad del modelo médico hegemónico y de muchos de sus profesionales, a*

nadie escapa que un mediador interfiere en la tradicional relación asimétrica médico/paciente, docto/lego”

El autor nos señala que el papel del mediador intercultural está poco definido y es difícil integrarlo en Atención Primaria, por lo que una formación del profesional para procurar una competencia cultural es lo que al día de hoy está más justificado de poner en marcha en los servicios sanitarios. Para Comelles y Bernal ⁽¹⁷⁾ *“la competencia cultural no es sólo “competencia lingüística” o “competencia jurídica”; es “profesionalidad”.*

El hospital Universitario Reina Sofía de Murcia es el único hospital de la Región donde se ofrece el servicio de mediación intercultural. Después de contactar con mediador intercultural, explica cuales son las funciones que realiza. Estas son traducción, información, gestión administrativa, mediación “personal” (así lo llama) y mediación social, acompañamiento y derivación. Esta última función, se refiere a que evita el registro en urgencias de aquellas personas que deben ser atendidas en el Centro de Salud. La media de personas atendidas es de 96-151 por mes, tanto en urgencias, consultas externas, planta, entre otros. Lleva funcionando el servicio desde 2005.

CONCLUSIONES

Según Rico ⁽⁵⁾ que, en su obra realiza entrevistas a los profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud, entre otras cuestiones, les pregunta si ven al mediador intercultural como una alternativa más para atender al inmigrante, exceptuando un médico de los entrevistados, todos ven como positivo la figura de un mediador intercultural en el centro de trabajo. El autor defiende que tiene más sentido en las primeras fases de un proceso migratorio (como el que actualmente tenemos en España). Se trataría más bien de reforzar las habilidades de los profesionales sanitarios para conseguir una integración del inmigrante. También Comelles y Bernal⁽¹⁷⁾ nos dicen que la mediación intercultural sirve para una primera instancia pero conforme el inmigrante aprende las lenguas de donde se asienta, adquiere suficiente destreza para negociar con las instituciones.

En palabras de Raga Gimeno ⁽¹²⁾ *“las experiencias que se vienen desarrollando avalan que la presencia generalizada de mediadores interculturales en ambulatorios, centros de salud y hospitales garantiza una mejora en el acceso de la población extranjera a la sanidad”*

En el caso concreto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, según Fernández-Rufete ⁽⁴⁾, es escasa la incorporación de mediadores interculturales en el sistema sanitario. Los profesionales que existen en estos momentos empezaron fundamentalmente para abordar las dificultades ligadas al idioma y que posteriormente han dado respuesta a otras situaciones de mayor complejidad.

En la mediación intercultural, el apoyo administrativo e institucional es escaso ya que todavía no existe un acuerdo sobre la definición del rol del mediador intercultural en salud. El escaso reconocimiento por parte de los profesionales sanitarios y el gasto económico que supone la introducción de una nueva figura profesional hacen que no se vean los efectos positivos que provocan los mediadores interculturales en los sistemas sanitarios de salud.

Sería interesante plantear un estudio cualitativo y cuantitativo en profundidad, en el Hospital Reina Sofía de Murcia, para conocer más en detalle los resultados de la labor que desempeña el mediador intercultural y así pueda hacerse extensivo al resto de centros de la Región. En palabras de Fernández-Rufete *“la incorporación de la figura de la mediación intercultural en los servicios sanitarios (...) reforzaría y añadiría, no solo un plus de calidad, sino que además puede constituir un elemento que refuerce los escenarios de necesidad descritos por los propios profesionales sanitarios y no sanitarios del SMS, e integrar elementos de reflexión y análisis a una situación que debe ser abordada desde muy diversas perspectivas (...)”*

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Verrept, H. Mediación intercultural en la atención sanitaria Belga. Quadern CAPS. 2004; 32: 31-39.
- (2) Rico Becerra, J.I. El inmigrante “enfermo”. Apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico. 1ªed. Murcia: Isabor; 2009.
- (3) Giménez Romero, C. La naturaleza de la mediación intercultural. Migraciones. 1997; 2:125-159.
- (4) Fernández-Rufete, J. El papel de la mediación intercultural en la Atención Primaria de Salud. Estudio de un caso. Murcia: Quaderna Editorial; 2009.
- (5) Giménez Romero, C. Modelos de Mediación y su aplicación en la mediación intercultural. Migraciones. 2001; 10:1-32
- (6) García Castaño, FJ, Barragán Ruiz-Matas, C. Mediación intercultural en sociedades multiculturales: Hacia una nueva conceptualización. Portularia. 2004; 4: 123-142.
- (7) García Castaño, FJ, Granados Martínez, A, Martínez Chicón, R. Comprender y construir la mediación intercultural. Portularia. 2006; 1: 13-27.
- (8) Fernández-Ríos, M, Aranda, M, Gilbert, G. Borrador del Código Deontológico del Mediador. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 1996; 12.
- (9) Qureshi Burckhardt, A, Revollo, H-W, Collazos, F, Visires Würthm, C, El Harrak, J. La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. NORTE de Salud Mental. 2009; 35:56-66.
- (10) De Muynck, A. Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes?. Quadern CAPS. 2004; 32:40-46.
- (11) Schirripa, P. Ciudadanía plural e igualdad de derecho. La seguridad social y las necesidades de la población extracomunitaria. en Comelles et al (eds.), Migraciones y Salud, URV. 2009; 11-25.
- (12) Raga Gimeno, F. Grupo CRIT. Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario. Volumen monográfico 2006; 217-229.
- (13) Bertoletti, P. Experiencias de mediación cultural en Italia. Quadern CAPS. 2004; 32: 47-51.
- (14) Consejería de Sanidad, Dirección General del Calidad, Formación e Investigación Sanitaria; Informe final del proyecto sobre inmigración emigración en salud. Murcia. 2007.
- (15) Inmigración salud y determinantes socioculturales: Estrategias para la acción. Decreto 348/2007, 9 de Noviembre. BORM, N°263, (14-11-2007).
- (16) Plan de intervención y formación en mediación intercultural en Atención primaria de salud. Decreto 537/2008, 19 diciembre. BORM, n°299, (27-12-2008).
- (17) Comelles, J.M y Bernal, M. El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. HUMANIAS Humanidades Médicas. 2007; 13.



ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia