LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL: UNA REALIDAD EN LOS HOSPITALES[1]

Ana Rodríguez Cala* y Núria Llevot Calvet**
* Hospital Arnau de Vilanova en Lleida y ** Universidad de Lleida

La evolución hacia la multiculturalidad comporta un abanico de peculiaridades lingüísticas y culturales que condicionan la asistencia sanitaria a las personas de origen minoritario. El desconocimiento del idioma, las diversas perspectivas culturales respeto a la salud y la enfermedad, los frecuentes inconvenientes sociales y económicos derivados de pertenecer a un grupo minoritario y sus posibles consecuencias psicológicas son, entre otras, algunas de las barreras con las que se encuentran. Si añadimos también la posible inadecuación de los dispositivos asistenciales hacia estas minorías, supone un riesgo más alto de recibir una asistencia de peor calidad. En el ámbito de la inmigración y las relaciones interculturales aparecen necesidades y demandas explicitadas para instituciones, servicios, profesionales, entidades para la población inmigrante, así como los propios usuarios de servicios de origen cultural diverso. Con la nueva figura de los mediadores[2] interculturales se ha tratado de cubrir las necesidades relacionadas con las diferencias lingüísticas y culturales que impiden el acceso de los inmigrantes a servicios públicos de calidad.

La ausencia de datos en España acerca del impacto que tiene la mediación intercultural en el ámbito sanitario se debe, al menos en parte, a que el propio concepto de mediación intercultural se ha interpretado de formas muy diversas. La falta de reconocimiento oficial por las autoridades académicas ha provocado que estén trabajando como mediadoras personas con formaciones de todo tipo, hasta el punto de profesionales que tienen como única habilidad la capacidad de hablar dos idiomas (el de origen y el de la sociedad de acogida).

Ante esta realidad en febrero del año 2005 la Región Sanitaria de Lleida, con la ayuda de la Federación de Asociaciones de Vecinos y el Hospital Arnau de Vilanova, puso en marcha un Programa de mediación intercultural que hoy continua vigente. En esta comunicación presentaremos esta experiencia avalada, en sus inicios, como Buena Práctica para la Integración de los Inmigrantes conjuntamente con un trabajo empírico utilizando complementariamente la metodología cualitativa y cuantitativa.

1. BUENA PRÁCTICA

Asegurar los derechos de todos los ciudadanos con las mismas garantías, independientemente de su origen étnico o cultural, se ha convertido en un gran desafío para todas las instituciones. Entre estos derechos está, naturalmente, el derecho a la salud. La propia Constitución española así lo recoge en su artículo 43, en el que otorga competencias a las instituciones públicas para que organicen y tutelen un sistema sanitario que alcance a toda la sociedad.

En el ámbito de la asistencia sanitaria es donde la mediadora intercultural adquiere una gran importancia, dada la necesidad de llegar a un diagnóstico correcto que permita aplicar con éxito el tratamiento más adecuado, ello requiere, evidentemente, una buena comunicación entre los profesionales del sistema sanitario y los pacientes inmigrantes. Si esta comunicación falla, ya sea por razones idiomáticas o culturales, el riesgo de no alcanzar este propósito es muy elevado. Por ello, cuando el paciente y el profesional no logran comunicarse adecuadamente, surge la incomodidad por ambas partes y, como consecuencia de ello, el grado de confianza disminuye. Esta pérdida de confianza lleva, muy a menudo, al paciente a interrumpir el tratamiento o bien a abandonar su seguimiento. Un resultado indeseable de este distanciamiento del paciente acostumbra a ser una peor evolución de su enfermedad o la necesidad de acudir con más frecuencia a los servicios de urgencias, con el incremento que esto supone en el gasto sanitario.

Estudios desarrollados en diferentes países (Quebec, Bélgica...) demuestran que los servicios de mediación intercultural incrementan el grado de satisfacción de usuarios y profesionales, reducen los costes sanitarios y hasta mejoran la calidad de la asistencia para el conjunto de los usuarios. La ausencia de datos en España sobre el fenómeno de la mediación intercultural en el ámbito sanitario se debe, al menos, en parte a que se

[1] Experiencia del Hospital Arnau de Vilanova en Lleida, avalada, en sus inicios, como Buena Práctica para la Integración de los inmigrantes (Premio Francesc Candel de la Fundación Carulla), conjuntamente con dos estudios (cualitativo y cuantitativo) sobre su seguimiento hasta la actualidad, realizados dentro del grupo de "Mediación y gestión de conflictos en sociedades multiculturales" de la Universidad de Lleida.

[2] Utilizaremos "mediadora intercultural", de aquí en adelante, refiriéndonos tanto a profesionales del género femenino como femenino, ya que, la mayoría son mujeres y a fin, también, de agilizar la lectura del texto.

Rodríguez Cala, A. y Llevot Calvet, N. (2011). La mediación intercultural: una realidad en los hospitales. En F. J. García Castaño y N. Kressova. (Coords.). *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1065-1073). Granada: Instituto de Migraciones. ISBN: 978-84-921390-3-3.

ha interpretado de formas muy diversas. La falta de reconocimiento oficial por las autoridades académicas ha provocado que estén trabajando como mediadoras personas con formaciones de todo tipo, hasta el punto de que no es extraño que algunos de estos profesionales tengan como únicas habilidades proceder del colectivo minoritario y la capacidad de hablar, más o menos correctamente, dos idiomas. Dada la tremenda complejidad de su papel, y la enorme responsabilidad que conlleva, permitir a una persona insuficientemente formada asumir el control de la comunicación en el ámbito médico resulta, cuando menos, éticamente dudoso.

Una buena práctica no significa exclusivamente humanizar el trato profesional, que no es otra cosa que la necesidad de introducir una urbanidad en el trato que garantice el derecho a la atención de los ciudadanos sin discriminaciones, puesto que sin un cierto nivel de comprensión más profunda del contexto del paciente se corre el riesgo de malinterpretar las narrativas del paciente y de su entorno.

La oleada migratoria has supuesto, para los profesionales de la salud que están en las administraciones y para muchos clínicos, tomar alguna conciencia de que la sociedad y la cultura existen aunque los planes de estudio de las facultades de medicina (salvo en los casos de enfermería) se empeñen en afirmar lo contrario. El concepto de cultura se entiende como un conjunto de significados en un momento histórico dado con los que los individuos pueden construir no una sola identidad sino las identidades múltiples que caracterizan al ser humano en la sociedad actual y que son aquellas con las que se enfrentan el profesional en su práctica.

Los problemas de comunicación, la necesidad de apoyo y la necesidad de comprender son más importantes que los de explicar la causa y por ellos las variables culturales y sociales del profesional, del paciente y de su red son más importantes. Existen dificultades de comunicación verbal, problemas de carácter cultural (entre otros, los religiosos), hándicaps relacionados con variables sociales (derivadas de las condiciones de trabajo, de la pobreza y de la situación administrativa y por el propio desconocimiento de los recién llegados de las reglas de juego establecidas).

Los profesionales de la salud se desconciertan, tienen que hacerse cargo sin formación específica de la diversidad cultural y social, lo cual implica dificultades en la comunicación y además, deben adecuarse a pautas culturales para ellos sin significado y que rompen los estereotipos y los idiomas culturales más frecuentes en las consultas con los pacientes de aquí. Tampoco entienden que la cultura de origen de los inmigrantes no es homogénea sino que además es fruto de un producto de hibridaciones y mezclas culturales.

2. EL PLAN DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN

Posiblemente usar el término mediación no sea lo más adecuado en el sentido estrictamente etimológico porque su significado aquí no está relacionado con la intervención para colaborar a resolver una situación de conflicto o de desacuerdo, sino con la intervención para facilitar una situación de dificultades relacionadas con la accesibilidad y la comunicación.

En el contexto global de las políticas de acogida, de igualdad y de acomodación, y de acuerdo con las propuestas del Plan de Ciudadanía e Inmigración (2005-2007), se hace necesario impulsar la figura de la mediadora en el ámbito sanitario.

El Plan establece los criterios para disponer en los servicios de salud de una oferta en los servicios de mediación flexibles y variados. Así, define las figuras, los perfiles y las competencias de las mediadoras en el sistema de salud y destaca el papel de la incentivación, la promoción, la orientación y la colaboración con otros departamentos y entidades en la formación de los diferentes agentes implicados en los servicios de mediación.

Los objetivos del Plan de mediación, en síntesis, son:

- Reducir las desventajas de los inmigrantes recién llegados en lo referente al acceso a los servicios de salud,
- Adaptar el sistema sanitario a la nueva realidad, dando respuesta a las nuevas necesidades planteadas,
- Informar sobre las diferencias relativas a percepciones, actitudes y conocimientos causadas por las características culturales, sociales y lingüísticas de los profesionales y la población inmigrada, así como ayudar a interpretarlas.

Complementando a este Plan y con el fin de mejorar la accesibilidad al sistema de salud de las personas inmigrantes recién llegadas, se han realizado unos materiales en formato audiovisual y escrito que ofrecen información básica sobre los servicios de salud de Cataluña en los que se destaca cómo funcionan y de qué modo se puede acceder a ellos. Estos materiales están disponibles en nueve idiomas: castellano, catalán, inglés, francés, rumano, ruso, chino, urdú y árabe.

3. LA EXPERIENCIA EN LLEIDA: EL HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

En Cataluña en los últimos años se ha triplicado la población inmigrante y en Lleida según datos extraídos del IDESCAT hay 19.109 personas empadronadas de origen extranjero, que representa el 15% de la población. El 45% de ellos de origen africano (de los cuales un 54% proceden de Marruecos, Argelia y Mauritania), el 27% son latinoamericanos y el 21% proceden de Europa del Este (mayoritariamente de Rumania, con un 64%).

En el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, esta distribución poblacional se refleja también en la actividad asistencial, que representa el 16% del total según datos de la Secretaria Técnica del Hospital. Este porcentaje aumenta en el área de Partos, donde el número de partos de mujeres inmigrantes en los últimos años ha sido de: el 39% mujeres inmigrantes (2.730 partos) en 2006, el 40,07% (2.855 partos) en 2007 y un 45% (3.208 partos) en 2008.

La experiencia que presentamos se ha realizado en este Hospital. Se trata de un Hospital público de referencia para Lleida y comarcas, para situarlo diremos que, actualmente, dispone de 435 camas y en los últimos años ha visto como aumentaba el número de usuarios de otros países, sobre todo de la parte de Marruecos, del África subsahariana y de los países del Este.

Cabe decir que en esta experiencia, desde el inicio, estuvieron implicados: profesionales sanitarios (médicos, matronas, enfermeras, auxiliares, trabajadoras sociales), profesores de universidad, técnicos de la federación de asociación de vecinos, mediadoras interculturales y directivos.

El trabajo tuvo tres objetivos prioritarios:

- Facilitar la accesibilidad de la población inmigrante en los servicios del hospital,
- Facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios y usuarios inmigrantes,
- Mejorar el diagnostico, tratamiento y educación sanitaria de los pacientes inmigrantes.

El contrato a las mediadoras fue para colaborar con los profesionales sanitarios en la comunicación con los pacientes y familias, dar soporte y ayudar a tramitar la tarjeta sanitaria, y en temas sociales y traducir documentos informativos y de educación sanitaria.

Desde la dirección del Hospital recogimos que: "el problema más importante de los profesionales era entenderse con los pacientes, esto repercutía en la asistencia y en el seguimiento de la enfermedad, manifestándose, principalmente, en el servicio de urgencias, en hospitalización y en consultas externas, sobretodo en el área materno-infantil".

Para valorar el programa se realizó:

- Un análisis de la actividad de las mediadoras.
- La evaluación de la satisfacción de los profesionales, de los usuarios y de las mismas mediadoras.
- Se elaboran documentos y material audiovisual (trípticos y DVD)
- Colaboraron en la traducción de documentos (que orientan y ayudan a los usuarios y a los profesionales).
- Se detectaron la necesidad de sensibilizar y formar a los profesionales en las diferentes culturas.

El programa aportó valor a la organización y beneficio humano y económico (las mediadoras además de ayudar en la comunicación colaboraron con el departamento de facturación, gestionando el traslado de pacientes a otros centros o al país de origen).

El proceso de selección de las mediadoras se realizó mediante una comisión formada por profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y trabajador social), un representante de la asociación de vecinos, una profesora de la Universidad y un representante de la Unidad de Planificación Sanitaria. Se elaboraron unos criterios en el currículo y se realizó una entrevista semiestructurada, también se valoró la experiencia previa en mediación.

Antes de iniciar el programa se realizó un curso de formación de 30 horas en mediación en salud, en el que se enmarcaba la mediación intercultural sanitaria, abriendo el debate de cómo cultura e inmigración se relacionaban con salud y cuidados sanitarios para pasar a profundizar sobre la competencia cultural, la comunicación intercultural y la interpretación lingüística así como algunos aspectos clave de las funciones de la mediadora (se trata de una parte de los módulos que hay en el documento de La Caixa, 2008).

Entre las funciones que desempeñan las mediadoras podemos citar la acogida, interpretación lingüística, información, asesoramiento, traducción lingüística, prevención, resolver conflictos con pacientes/ familiar y colaborar en la educación sanitaria.

En el área materno infantil desarrollan funciones más específicas: informan sobre los tramites de inscripción de los recién nacidos en el registro civil, dan consejos sobre la lactancia materna y los cuidados del bebé, infor-

man sobre los controles pediátricos y ginecológicos, informan y aconsejan sobre la anestesia epidural y participan en el consentimiento informado.

Otra de las funciones de las mediadoras es participar en programas de formación para sensibilizar a los profesionales. Es importante que el personal sanitario este formado y sea conocedor de las diferencias que pueden existir entre los diferentes colectivos de población que atendemos en el centro sanitario. Un conocimiento más profundo de la inmigración nos ayudará a dar una mejor atención.

Las competencias que se valoraron, en las mediadoras seleccionadas, eran:

- Pertenecer preferentemente al colectivo de referencia y tener experiencia en la cultura en que actuará como mediador.
- Conocer la lengua de la sociedad mayoritaria y la lengua de la comunidad autónoma donde trabaja.
- Saber técnicas de traducción e interpretación lingüística y sociocultural.
- Conocer estrategias de negociación y mediación para la contención, prevención y resolución de situaciones difíciles.
- Conocer el funcionamiento del Hospital.
- Tener conocimientos de conceptos sanitarios.
- Habilidades comunicativas.

Capacidades diversas: crear un clima de confianza y empatía, trabajar en equipo; negociar, pactar y gestionar conflictos; comprender situaciones y prevenirlas; observar; adaptarse; ser receptivo, escuchar y dialogar; relacionarse; adherirse a los valores del Hospital; orientar y acompañar los usuarios y los familiares.

En cuanto al método de trabajo de éstas:

La figura de la mediadora intercultural se integró como un profesional más dentro del equipo sanitario, trabajaba de lunes a viernes de 9 a 13 horas; además se nombró una persona responsable del programa de mediación y se informó a todos los profesionales de como solicitar su intervención. Se impulsó la coorganización con otros centros sanitarios (hospitales comarcales, centros de atención primaria, universidades, educación, consejos comarcales, etc.). Se elaboró material de apoyo impreso y digital. Se realizó divulgación sobre el trabajo de las mediadoras en la prensa, radio y televisión con el objetivo de sensibilizar a los profesionales y a los ciudadanos de Lleida y comarcas.

4. ESTUDIO CUALITATIVO: ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A LAS MEDIADORAS INTERCULTURALES

En nuestro estudio en primer lugar optamos por una metodología cualitativa, y concretamente utilizamos las entrevistas en profundidad (aunque partíamos de la idea previa del establecimiento de una muestra), se tomó la decisión de entrevistar a todos las mediadoras interculturales que interviniesen en centros sanitarios ya que sabíamos que no se trataba de un número excesivo. Así, después de muchos esfuerzos para localizar nuestros potenciales interlocutores que trabajaban en toda la geografía leridana, finalizamos el trabajo de campo con 22 entrevistas en profundidad (3 mediadoras del Hospital más 19 mediadoras que trabajan en las Áreas Básicas de Salud y para la Fundación Surt).

Las entrevistas nos han permitido conocer el perfil de las mediadoras existentes, ya intervengan a tiempo completo o a tiempo parcial en las instituciones sanitarias. Así, primero trataremos el perfil general para analizar los motivos que les han llevado a ser mediadoras, su origen, la tipología de intervenciones, la importancia del trabajo en equipo, la formación y, posteriormente, reflexionaremos en las conclusiones sobre la profesionalización y desarrollo de este nuevo "filón" laboral.

Para aproximarnos a las mediadoras es importante definir quién son las personas que realizan esta tarea. Así, nos referiremos a su origen, todos son inmigrantes, entre los cuales hay un dominio numérico de los marroquíes pero hay también de otras procedencias (senegaleses, rumanos...). Todos ellos llevan como mínimo cinco años en el Estado español, tiempo considerado suficiente para obtener la cualificación de ayudar a integrar a otros miembros de su propio colectivo. En el ámbito sanitario se ha apostado por la discriminación laboral a favor de la mujer, según los entrevistados es para romper las tradiciones propias del género femenino, atribuidas a la religión musulmana, que, en realidad, atrasan la emancipación femenina. Por ello, el modelo de mediadora como trabajadora (con cierto estatus y prestigio dentro del colectivo minoritario) sería un referente válido para otras mujeres musulmanas, ya que, éstas, a menudo, sólo encuentran trabajo en el servicio doméstico o se quedan en casa.

Entre las ventajas que se apuntan sobre la incorporación de mujeres a la mediación destacan: la mayor motivación para la formación, la mayor experiencia en el tema familiar, el deseo de integración en la sociedad (que acostumbra a ser bastante superior al de los hombres); y, además, convertirse en ejemplo de motivación y referente positivo para la integración de los hijos.

A diferencia de otras modalidades de mediación en que las partes involucradas tienen un bagaje cultural similar y se reconocen, mutua e implícitamente, como pertenecientes a la misma cultura o al mismo mundo sociocultural, en la mediación intercultural el bagaje y la identidad cultural de la mediadora son aspectos a tener muy en cuenta. Aunque podrían darse tres tipos de situaciones: la primera, que el mediador sea bicultural en relación a los dos bagajes; la segunda, que no pertenece a ninguna de las dos culturas y, por último, la tercera, que pertenece a una de éstas. A menudo, es la tercera la que predomina. En esta cuestión, en cuanto al origen étnico de las mediadoras que los informantes conocen, provienen en todos los casos de su propio colectivo minoritario. Ellos valoran a priori las ventajas y los inconvenientes que la premisa de ser una mediadora intercultural procedente del colectivo minoritario puede comportar: si bien las ventajas son fáciles de suponer (proximidad, conocimiento interiorizado de la cultura, dominio de la lengua de origen, etc.), los inconvenientes girarían en torno al hecho de que la mediadora se encuentra en situaciones de minoría cultural, por lo que a menudo tendrá presiones hacia la aculturación por parte del grupo cultural mayoritario y, en menor medida, también las que su cultura pueda ejercer a la inversa.

La elección preferentemente de inmigrantes para las instituciones sanitarias obedece a una opción de discriminación positiva de los colectivos más desfavorecidos, con la doble función de sensibilizar a los profesionales y, a la vez, garantizar la igualdad de acceso y utilización de los servicios por parte de los usuarios minoritarios. Pero también es posible identificar algunos peligros por ser miembro de una minoría étnica: hacer de portavoz, considerarse un referente (ser considerado experta en temas culturales), entre otros. Pero el más acusado lo tendrán en el aspecto identitario. Se cree que al inmigrante le será más difícil, en comparación con el "autóctono", mediar, ya que deberá replantearse personalmente más los tema de forma ambivalente, debatiéndose entre tomar parte de algún rasgo característico de la sociedad de acogida o conservar el de origen, tanto en las relaciones sociales como en el ámbito familiar.

Otros, en cambio, consideran más importante que la persona tenga primero una capacidad de mediar y, en segundo lugar, una sensibilidad y capacidad de acercamiento hacia las dos partes biculturalmente diferenciadas (que algunas creen que se puede potenciar con una buena formación).

Para todo lo anterior, resulta lógico pensar que la operatividad de la mediadora será mayor cuanto mayor sea la proximidad lingüística y cultural con los colectivos con que habitualmente deberá trabajar, pero sin dejar nunca la formación que haya recibido en mediación.

Que la mediadora debería tener unas habilidades específicas es una reflexión que comparten todos las mediadoras entrevistadas. También añaden que se trata de un trabajo muy vocacional, que no compensa y que se hace por voluntad de ayudar. Por otra parte, valoran la confidencialidad, la discreción personal, la flexibilidad, la madurez, el equilibrio, la paciencia, el optimismo así como la capacidad asertiva y empática, sobre todo en el sentido de entender al colectivo minoritario al haber vivido o estar viviendo la misma o parecida situación. En general, el ideal de la mediadora debería ser una persona con cierto ascendente o autoridad moral entre sus comunidades de origen, lo que supone una vida compatible con los criterios morales mayoritarios, madurez y ecuanimidad.

La mayor parte de las demandas que reciben las mediadoras interculturales en el ámbito sanitario proceden del sector profesional (médicos, enfermeras…) y sólo una pequeña parte de las familias inmigrantes. Las demandas más numerosas llegan del Hospital y las más frecuentes son: las características diferenciales de la población recién llegada, su cultura, sus tradiciones, su religión, su forma de interpretar la salud y la enfermedad, las dificultades idiomáticas, los estilos de vida, etc. que pueden generar una serie de factores internos y externos que actúan como barreras y dificultan el acceso a los servicios de salud. En cuanto a las demandas procedentes de las minorías, éstas surgen de las familias y de las propias organizaciones. Ejemplo de ellas son: las ayudas económicas y prestaciones sociales; la intervención en malentendidos y falta de comunicación; el asesoramiento al usuario sobre los recursos existentes; la defensa y la promoción de los derechos e intereses de la minoría; el refuerzo personal; el acompañamiento y la traducción de la burocracia administrativa; entre otras.

La competencia interprofesional, es decir, la establecida entre profesiones afines (como el trabajador social…) y la imagen que piensan que tienen de ellos otros profesionales, las superposiciones y las competencias en las acciones, así como las resistencias a su intervención es otra cuestión que apuntan y que en nuestro proyecto se ha tenido mucho en cuenta. Aún así, por lo que nos comentan las mediadoras, la entrada de personas ajenas al engranaje de las instituciones no ha sido fácil, sobre todo por no estar bien definida o clarificada su función.

Sobre la importancia del trabajo en equipo, se cree necesario delimitar y acotar muy bien las funciones de cada uno de los profesionales que trabajan con la mediadora para configurar un proyecto común, de esta manera se evitarán malentendidos y desconfianzas entre unos y otros. Al principio desde la organización del Hospital costó bastante que aceptaran la entrada de personas foráneas a la institución así como se observaron reticencias por parte del personal del centro (trabajador social, algunos médicos, etc.).

La formación inicial de las mediadoras es para todas las entrevistadas una cuestión básica para la tarea que deberán realizar. Concretamente, creemos que deben tener unos estudios mínimos así como preparación en el ámbito sanitario (sobre todo en la terminología). La tres mediadoras del Hospital tiene tienen formación sanitaria, más concretamente, la del país del Este es enfermera, la del África Subsahariana es matrona y la de Marruecos es auxiliar de clínica, aunque ninguna de ella puede trabajar en sus estudios por no tener el diploma convalidado.

Esta formación facilita en gran medida la relación con los profesionales y con los pacientes ya que el lenguaje sanitario lo dominaban, y también generaba más confianza a los profesionales.

Además, deberían realizar una formación permanente o continua así como piden supervisión (acompañamiento psicopedagógico) y coordinación con otros profesionales, especialmente, mediadoras para prevenir situaciones de estrés y también para elevar su autoestima y salud mental.

En cuanto a la situación laboral, la mayoría (por no decir todas) de las mediadoras confiesan que se encuentran en una difícil situación (inestabilidad en la contratación, jornada y salario), independientemente de si tienen más o menos diplomas de mediadoras. La precariedad económica afecta la continuidad, y este hecho imposibilita que se vean resultados a largo plazo que reflejen realmente una transformación. Ante la necesidad, la mayoría de las mediadoras compatibilizan la mediación con otros trabajos, más o menos relacionados con ello.

La mediación presenta las características de una nueva profesión, se observa en el ámbito institucional una gran desorganización y falta de unidad entre las personas que practican este oficio que, en general, ejercen en condiciones laborales eventuales y precarias haciendo difícil que puedan sobrevivir sólo con ello.

Las circunstancias negativas de la contratación mejorarían si las mediadoras se uniesen y formasen asociaciones de tipo profesional. Entonces, en el marco de una asociación, las mediadoras podrían trabajar, colectivamente y conjuntamente, con las compañeras a fin de influir sobre la descripción de su papel y la conducta de las colegiadas, controlar el acceso a su círculo y promover entre las beneficiarias y el público un reconocimiento y un prestigio necesarios para convertirse en una auténtica profesión.

Siguiendo con este punto el conjunto de las mediadoras no quiere que su profesión sea de segunda categoría, mal pagada y poco reconocida, ya que provocaría una mayor discriminación hacia las minorías en lugar de disminuirla. La categoría profesional es uno de los debates que quedan por abordar públicamente y que retomaremos a lo largo de la comunicación.

5. ESTUDIO CUANTITATIVO: LA EFICACIA DEL PROGRAMA

Complementando la parte cualitativa se analizó las intervenciones de las mediadoras para valorar la eficacia del programa y conseguir su continuidad.

El programa piloto tuvo una duración de dos meses y en este período las mediadoras realizaron un total de 479 visitas, 52% a pacientes de origen magrebí, 25% a pacientes de Europa del Este y 23% a pacientes subsaharianos. La edad media de los usuarios inmigrantes era de 29 años y mayoritariamente mujeres (70%). El 54% de los pacientes llevaban menos de dos años en España, no entendían el castellano un 52% y no lo hablaban el 73%. Las mediadoras realizaron dos tipos de mediación, una de acogida el 20%, solicitada el 74% y ambas el 6%. El 46% de las visitas fueron solicitadas por personal de enfermería, un 29% por personal facultativo, un 23% por los propios usuarios y un 2% por las trabajadoras sociales. Los servicios que más las solicitaban eran: obstetricia, ginecología, pediatría, consultas externas y urgencias. En el 86% de los casos la mediación se realizó con el paciente y el resto con los familiares o con ambos. Antes estos resultados la Dirección del Hospital decide firmar un convenio con la Asociación Salud y Familia para continuar con la contratación de las tres mediadoras.

La integración de las mediadoras en el Hospital representó un gran reto para todos. Aceptar la diversidad cultural, identificar las necesidades de las personas con diversos orígenes, desarrollar servicios en relación a sus necesidades y compensar los inconvenientes causados por las diferencias culturales eran algunos de los desafíos culturales. Estamos inmersos en diferentes frentes como las barreras idiomáticas, diversidad cultural, escasez de recursos hospitalarios y menor nivel de conocimientos sobre la salud. Aún así se plantearon nuevos desafíos para garantizar la calidad y mejorar el servicio sanitario a la población inmigrante.

Los medios de comunicación ayudaron a hacer visible el valor que aporta el programa a la asistencia. A pesar de todo, en algunas ocasiones la presencia de mediadoras era una figura nueva y emergente, un poco confusa para muchos profesionales y con unas competencias poco definidas. Esta situación exigió buena voluntad por parte de todos para llegar a un entendimiento y para poner los medios adecuados para que no hubiese conflictos. En la actualidad las mediadoras están integradas completamente en el hospital y participan en programas de formación y de sensibilización del personal sanitario. Por ejemplo, citaremos que durante el año

2008 hicieron 2688 visitas, más de la mitad fue en el área materno infantil. La satisfacción de los profesionales con el servicio de mediación es de notable, el usuario valora el servicio con un excelente y las mediadoras también le dan un notable a su integración en el hospital y su relación con el personal.

Citaremos, a continuación, otras tareas realizadas por las mediadoras:

- Trípticos informativos. La evidencia científica nos dice que la información y el refuerzo dado a la mujer durante el parto y el postparto pueden ayudar a resolver dudas, inseguridades y aumentar sus capacidades para tener cuidado del bebé, conocer las técnicas de lactancia materna y autocuidado. Con este objetivo el equipo de matronas del área de partos ha diseñado unos trípticos informativos sobre la monitorización, el parto y el puerperio que se editaron en castellano y catalán. Debido al aumento de partos de mujeres inmigrantes (45% en 2008), se decidió revisar, actualizar y adaptar el contenido de los trípticos y editarlos en árabe, rumano, ruso y francés. Para su edición se contó con la Federación de Asociaciones de Vecinos de Lleida y fueron subvencionados por la obra social de la Fundación "La Caixa". Estos trípticos informativos se libran a todas las mujeres gestantes que vienen a consultas externas de monitorización o en el área de partes.

- Vídeo-DVD. El personal de enfermería del área materno infantil realizó un estudio para conocer la incidencia y el mantenimiento de la lactancia materna en el hospital y después del alta, el resultado fue que un 80% de las mujeres dan el pecho en el alta del hospital pero a la semana un 15-20% abandonan, y a los tres meses solamente el 30% continúan dándolo. Antes estos resultados y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud el personal de enfermería del área materno infantil decidió realizar un vídeo en formato DVD para dar sencillos consejos sobre las diferentes técnicas de lactancia materna, la cura del cordón umbilical y el baño del bebé. Para la realización del vídeo se planteó una metodología participativa. Se hizo una revisión bibliográfica, se formaron grupos de expertos de diferentes ámbitos (hospital, primaria, universidad, sociedades científicas y grupos de madres de apoyo a la lactancia materna). El DVD se realizó en catalán, castellano, árabe, francés e inglés. Este DVD se puede ver, de forma gratuita, por el canal interno del televisor de la habitación 3 veces al día y en tres horarios (12h, 17h, 21 horas). En este DVD participan las mediadoras en la locución en francés y en árabe.

- Sesiones informativas para mujeres embarazadas. Una de las preocupaciones del personal sanitario del área maternoinfantil es sensibilizar las mujeres puérperas y los familiares sobre los hábitos saludables que permitirán una vida sana para la mujer y el niño. En estas sesiones se promocionaron hábitos de conductas para aumentar el nivel de salud y bienestar de las mujeres y de los bebés y conseguir reunir a mujeres de diferentes culturas para mejorar la integración en el Hospital. Les sesiones se planificaron en tres partes: curas generales de la mama, curas generales del bebé y turno abierto de palabras para resolver dudas y preguntas. En base a conversaciones mantenidas con las mediadoras sobre los aspectos más importantes a tratar en estas sesiones, se decidió insistir en la prevención de las enfermedades del país de origen y la mutilación genital de las niñas, la importancia de llevar la medicación que necesitan y de las vacunas antes de ir a su país a presentar al recién nacido. A causa de la baja asistencia de la población inmigrante a las clases de educación maternal organizadas en los centros de atención primaria se decidió insistir a las asistentes a estas sesiones que convenciesen a sus compatriotas para que acudieran a las clases de educación maternal en el centro de Atención Primaria.

- Charlas en Municipios de Lleida. También se han realizado charlas para mujeres inmigrantes árabes en diferentes municipios de Lleida, con el objetivo de informar cómo funciona el sistema sanitario, la planificación familiar y el programa de atención a la mujer. Como anécdota sólo citar que las mujeres venían acompañadas de su madre o de su suegra.

- Sesiones monográfica para profesionales sanitarios. También se han organizado temas monográficos dirigidos al personal sanitario del área materno infantil para explicar cómo funciona el sistema sanitario en los diferentes países y como viven la maternidad, el duelo y la muerte en Marruecos, África Subsahariana y los Países del Este.

6. CONCLUSIONES Y ALGUNOS PUNTOS DEL DEBATE

La adquisición de conocimientos sobre las realidades sociales, históricas, económicas y culturales de las sociedades de origen de los inmigrantes, e incluso el aprendizaje de idiomas extranjeros, constituye una útil herramienta para desarrollar con ciertas garantías la acción intercultural. Pero tales conocimientos, aunque importantes, resultan insuficientes e incluso contraproducentes si no van más allá y se limitan al acopio de información.

La investigación intercultural en general, así como nuestro modesto estudio, ha puesto en evidencia los múltiples filtros y pantallas que subyacen grabados en la subjetividad de los individuos y que por decantación han ido depositando sus pertenencias y querencias culturales, sociales y profesionales. Nos referimos a los etno-

centrismos, prejuicios, estereotipos, sistemas de valores, modelos profesionales, suposiciones, etc., que son a su vez causa de malentendidos e incomprensiones en la relación y comunicación entre personas de culturas diferentes, y que pueden infligir tensiones en la interacción y fomentar prácticas inadecuadas. Nos encontramos con que, para el profesional del país de acogida implicado en una relación significativa con una persona o una familia de cultura diferente, su propia identidad se convierte en la pantalla más sólida para descubrir y aceptar al portador de una cultura distinta; hablamos de los mensajes que emitimos con nuestras actitudes y actos y que ni tan siquiera la dimensión humanista que caracteriza a las profesiones del campo sociosanitario puede amortiguar, si no llegan al receptor, aquí el inmigrante, libres de atolondrados juicios de valor.

La comunicación entre el usuario del sistema sanitario y el profesional es, pues, la base de la acción sanitaria. A través de ella se procura la recogida de datos, la vehiculización de información, la negociación entre paciente y profesional sobre los objetivos de salud, la educación sanitaria y la prevención y el establecimiento de la función relacional en el marco de la entrevista clínica.

En el caso de los inmigrantes, especialmente los que proceden de países con lengua y códigos culturales diferentes (conceptos de salud, enfermedad, vida-muerte, relaciones parentales, de género, etc.), el proceso recíproco de aproximación se entabla con dificultad y el déficit de comunicación se convierte en un riesgo (errores de interpretación bilaterales, sensación de incomprensión, desencanto, desconfianza, abandono de los tratamientos e incumplimiento de las citas).

Las funciones de mediación no deben reducirse a la confrontación entre grupos étnicos más o menos estereotipados y las instituciones de salud. Los familiares, las redes sociales de los parientes, los propios pacientes en ocasiones operan como mediadoras en los flujos de comunicación inevitables entre el personal sanitario y administrativo de las instituciones: el personal inmigrante de la limpieza de algunos hospitales es requerido para traducir las demandas de compatriotas y la enfermera que es hija de la vecina del tercero izquierda actúa como mediadora...

El Plan Director de Inmigración del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya ha identificado la mediación intercultural como una de las prioridades en las políticas encaminadas a alcanzar un adecuado nivel de competencia cultural en este ámbito. Por otro lado, en los últimos años, la Fundación "La Caixa" viene comportándose y apostando por la mediación y así en el año 2006 la Obra social de esta entidad creó el Programa de Inmigración y como eje principal del mismo impulsó una red de mediadoras interculturales a nivel estatal. Aunque este último proyecto se ha cubierto con un considerable éxito, también ha servido para evidenciar una, cada vez mayor, necesidad de formación específica en función de cada ámbito de trabajo.

Con la vocación de formar adecuadamente a los profesionales en mediación intercultural en el ámbito de la salud, la Obra Social "La Caixa" asume la creación de un ambicioso proyecto formativo con la colaboración del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, a través de su Plan Director de Inmigración, del Instituto de Estudios de la Salud y del Instituto Catalán de la Salud, por medio de la coordinación docente desarrollada por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona (ver La Caixa, 2008).

Estamos asistiendo al nacimiento de un fenómeno que puede contribuir de manera decisiva a mejorar la convivencia y la cohesión social entre personas procedentes de diferentes partes del mundo (Raga Gimeno, 2011). Sin embargo, todo alumbramiento produce sentimientos encontrados, por una parte, somos testigos, o cómplices, privilegiados de un proceso de configuración, dinámico y cambiante; pero por otro lado, según se va alargando el parto más de lo esperado, empiezan a surgir las dudas acerca de si éste concluirá con el desenlace esperado y deseado.

Todas las razones esgrimidas, y seguramente muchas más, son las que sirven de acicate para continuar investigando sobre esta figura profesional.

7. CUESTIONES QUE QUEDAN ABIERTAS

Con el fin de abordar algunas de las cuestiones planteadas 150 personas que ejercen de mediadoras interculturales en toda España se encontraron en Valencia el 8 de marzo de 2007, tras un largo proceso de diálogo en pequeños grupos (creados en Cataluña, Andalucía y Madrid). La iniciativa fue organizada y dinamizada por el Grupo triángulo y la entidad CeiMigra (ver Martínez Usarralde, 2009). El objetivo era diseñar propuestas de acción para avanzar en el reconocimiento de su formación y para construir una red de relación entre todos como primer paso para la creación de una asociación profesional.

En cuanto al reconocimiento social e institucional, se hicieron los siguientes planteamientos:

- Urge fomentar el reconocimiento profesional de esta práctica, así como un espacio propio de actuación. Siguen estando los programas de mediación intercultural en una situación de precariedad y gran diversidad; ello deriva en una ausencia de calificación profesional consensuada y reconocida, a la que se añade una formación inadecuada.

- Tampoco se está dando un reconocimiento profesional al mediador ni a su ámbito de actuación. Se trata de una mediadora a la carta y la cuestión del perfil profesional es crucial.

La configuración actual de la mediación intercultural en España se resumiría en las siguientes características:

- El hecho de la vinculación predominante, aunque no exclusiva, entre mediación intercultural e inmigración,
- La promoción desde entidades públicas o privadas relacionadas con las minorías étnicas,
- El énfasis en mediación social y comunitaria,
- La diversidad en entidades patrocinadoras y de esquemas adoptados en los programas de intervención, con papel relevante de las administraciones locales,
- El hecho de que la práctica y la acción mediadora muchas veces preceden a su teorización y fundamentación conceptual,
- La proliferación de cursos de formación en mediación intercultural con poca posibilidad de incorporación al mercado laboral,
- La falta de reconocimiento institucional y social de la figura, así como su adecuada regulación.

Terminaríamos la comunicación con una frase de Mayor Zaragoza (2010: 24) que sintetiza el que nos queda aún por realizar: "El porvenir está por hacer. El futuro debe inventarse venciendo la inercia de quienes se obstinan en querer resolver los problemas del mañana con recetas de ayer. Muchas cosas deben conservarse. Pero otras deben cambiarse. Y hay que atreverse".

BIBLIOGRAFÍA

La Caixa. (2008). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de Formación*. Barcelona: Obra Social La Caixa.

Llevot, N. (2004). *Els mediadors interculturals a les institucions educatives de Catalunya*. Lleida: Pagès.

Mayor Zaragoza, F. (2010, 11 de febrero). De súbditos a ciudadanos: la gran transición. *El País*, 24.

Mediaciones Interculturales = Raga Gimeno, Francisco. (2011). *Mediaciones interculturales*. Valencia: Seire Lynx (en prensa). Puede consultarse: http://segundaslenguaseinmigracion.com/ense_anzal2/MediacioninterculutralRAGA.pdf