



Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Contribuciones a la atención sanitaria.

Mediació intercultural en l'àmbit sanitari: Contribucions a l'atenció sanitària.

Intercultural mediation in health care: Contributions to health care.

Rocío Ruiz Hernández¹

Resumen

Los sistemas sanitarios se enfrentan al desafío de atender adecuadamente las necesidades de poblaciones culturalmente heterogéneas (Mendonza et al., 2019). La pandemia ha resaltado la necesidad de garantizar el acceso a la atención sanitaria y de promover un servicio de calidad para todas las personas sin excepción (Perna y Moreno, 2021). En este escenario, la mediación intercultural sanitaria insta un entorno de respeto mutuo y trabaja paliando las distintas barreras y factores negativos que determinan la salud de las poblaciones más vulnerables, como las poblaciones migrantes (Verrept, 2019). Así mismo, ocupa un papel esencial al prevenir y promover una atención integral sobre las diferentes necesidades sociales de los colectivos más vulnerables (Silva, 2020), garantizando la accesibilidad y la equidad del sistema sanitario (Rubio y Rubio, 2020). Este trabajo tiene como objetivos identificar el valor que aporta la mediación intercultural a la atención sanitaria y conocer cuáles son las funciones y experiencias realizadas en el ámbito. Para averiguarlo se ha elaborado una revisión narrativa, haciendo hincapié en la literatura de los últimos ocho años. Los resultados muestran la necesidad de definir la figura profesional del/la mediador/a intercultural sanitario/a dados los beneficios que aporta, al mejorar la calidad en la atención sanitaria y al promover un sistema de salud más accesible y equitativo. Más aún en situaciones de crisis sanitaria, donde se han visto acentuadas las vulnerabilidades de las poblaciones migrantes. Se refleja un largo recorrido para lograrlo lleno de desafíos y nuevos retos dada la naturaleza cambiante de nuestra sociedad.

Palabras clave: mediación intercultural sanitaria, inmigrantes, salud.

Resum

Els sistemes sanitaris s'enfronten al desafiament d'atendre adequadament les necessitats de poblacions culturalment heterogènies (Mendonza et al., 2019). La pandèmia ha ressaltat la necessitat de garantir l'accés a l'atenció sanitària i de promoure un servei de qualitat per a totes les persones sense excepció (Perna y Moreno, 2021). En aquest escenari, la mediació intercultural sanitària insta un entorn de respecte mutu i treballa pal·liant les diferents barreres i factors negatius que determinen la salut de les poblacions més vulnerables, com les poblacions migrants (Verrept, 2019). Així mateix, ocupa un paper essencial en prevenir i promoure una atenció integral sobre les diferents necessitats socials dels col·lectius més vulnerables (Silva, 2020), garantint l'accessibilitat i l'equitat del sistema sanitari (Rubio y Rubio, 2020). Aquest treball té com a objectius identificar el valor que aporta la mediació intercultural a l'atenció sanitària i conèixer quines són les funcions i experiències realitzades en l'àmbit. Per a esbrinar-ho s'ha elaborat una revisió narrativa, posant l'accent en la literatura dels últims vuit anys. Els resultats mostren la necessitat de definir la figura professional del/la mediador/a intercultural sanitari/a donats els beneficis que aporta en millorar la qualitat en l'atenció sanitària i en promoure un sistema de salut més accessible i equitatiu. Més encara en situacions de crisi sanitària, on s'han vist accentuades les vulnerabilitats de les poblacions migrants. Es reflecteix un llarg recorregut per aconseguir-lo ple de desafiaments i nous reptes donada la naturalesa canviant de la nostra societat.

Paraules clau: mediació intercultural sanitària, immigrants, salut.

Abstract

Health systems are challenged to adequately address the needs of culturally heterogeneous populations (Mendonza et al., 2019). The pandemic has highlighted the need to guarantee access to health care and to promote quality service for all people without exception (Perna y Moreno, 2021). In this scenario, intercultural health mediation establishes an environment of mutual respect and works by alleviating the various barriers and negative factors that determine the health of the most vulnerable populations, such as migrant populations (Verrept, 2019). It also plays an essential role in preventing and promoting comprehensive care for the different social needs of the most vulnerable groups (Silva, 2020), guaranteeing the accessibility and equity of the health system (Rubio y Rubio, 2020). The objectives of this work are to identify the value that intercultural mediation brings to health care and to know what are the functions and experiences carried out in this field. In order to find out, a narrative review has been elaborated, emphasizing the literature of the last eight years. The results show the need to define the professional figure of the intercultural health mediator given the benefits he or she brings to improving the quality of health care and promoting a more accessible and equitable health system. Even more so in situations of health crisis, where the vulnerabilities of migrant populations have been accentuated. It reflects a long journey to achieve it full of challenges and new challenges given the changing nature of our society.

Keywords: intercultural health mediation, immigrants, health.

Ruiz Hernández, R. (2023). Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Contribuciones a la atención sanitaria. *Itinerarios de Trabajo Social*, 3, 76-83. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40461>

ACEPTADO: 26/12/2022

PUBLICADO: 23/01/2023

¹Trabajadora Social e Investigadora independiente.

✉ Rocío Ruiz Hernández.
rocio.rh5@gmail.com

1. Introducción.

En las últimas décadas, debido al creciente fenómeno migratorio, la migración internacional se ha convertido en uno de los temas de mayor interés, preocupación y debate público en España (Hiri, 2022). Esta evolución hacia una sociedad multicultural comporta un abanico de peculiaridades lingüísticas y culturales que afectan concretamente a la asistencia sanitaria de las personas migrantes. El desconocimiento del idioma, las diversas perspectivas culturales respecto a los conceptos de salud-enfermedad, las condiciones socioeconómicas, derivadas de pertenecer a un grupo minoritario, y sus posibles consecuencias psicológicas son, entre otras, algunas de las barreras con las que se encuentran las poblaciones migrantes (Rodríguez y Llevot, 2011). Además, las nuevas necesidades generadas, dentro del panorama de los Servicios Públicos, requieren de soluciones que provean una integración social y una atención sanitaria de calidad e igualdad (Marnpae, 2014). Sin obviar los efectos derivados de la pandemia de COVID-19, donde ha quedado retratada la necesidad de garantizar el acceso a la atención sanitaria y de promover un servicio de calidad para todas las personas sin excepción alguna, sobre todo para aquellas en situación más vulnerable (Perna y Moreno, 2021).

En el ámbito de la asistencia sanitaria, la mediación intercultural adquiere una gran importancia dada la necesidad de llegar a un diagnóstico correcto que permita aplicar con éxito el tratamiento más adecuado (Verrept, 2019). Para ello se precisa de una comunicación fluida y eficaz entre los/as diversos/as profesionales del sistema sanitario y los/as propios/as pacientes. Teniendo presente que, dentro del propio ámbito sanitario, las interacciones giran en torno a una terminología y jerga profesional que plantea desafíos en el proceso de comunicación y que afecta directamente a la salud que reciben y perciben los/as pacientes. Estas complejidades refuerzan la barrera lingüística que, junto a la tendencia de los/as pacientes a no solicitar aclaraciones, refleja un empeoramiento de la calidad sanitaria de nuestro sistema de salud (Watermeyer et al., 2021). Meyer (2012) señala que los/as pacientes migrantes pueden enfrentar desafíos de comprensión en las interacciones médicas incluso cuando sus habilidades lingüísticas son suficientes para el propósito de comunicación diaria. Fernández-Rufete (2009) concluye que, en la práctica, la mediación intercultural como mecanismo de intervención compensa las desigualdades de acceso a los principales servicios públicos, como el ámbito sanitario (Valverde, 2013). Hiri (2022) ya nos reitera que la mediación intercultural remedia las carencias de muchos servicios sanitarios a la hora de atender a las personas migrantes, contribuyendo a mejorar los canales de comunicación e interacción profesional entre pacientes y proveedores de salud. Además, subraya que más allá de solucionar las barreras lingüísticas, establece un puente entre las dos partes que fomenta la integración de la población migrante al sistema sanitario.

Las personas migrantes, entre otras en situación desfavorable, han visto mermados sus derechos y aumentadas las dificultades para acceder a los servicios de atención sanitaria, concretamente durante la pandemia, entre otras barreras que ya enfrentaban; como las finan-

cias, las legislativas, las lingüísticas y las culturales junto a la falta de conocimiento y comprensión del propio sistema de salud (Verrept, 2019). Estas dificultades han evidenciado la necesidad de construir propuestas de tratamiento donde se comprenda, se aprecie y se sea sensible a la diversidad cultural que enfrentan los procesos de salud-enfermedad y su mayor probabilidad de éxito en la promoción, prevención y rehabilitación en salud (Rubio y Rubio, 2020). En palabras de Verrept:

Existe evidencia internacional convincente sobre los impactos negativos de las barreras lingüísticas y culturales no resueltas en salud y la atención médica para refugiados y migrantes. Estos incluyen una comunicación deficiente entre proveedor de salud y paciente, la presentación tardía del paciente para recibir atención, un mayor riesgo de diagnóstico erróneo, un manejo deficiente de la enfermedad (crónica), una baja participación en actividades de prevención y promoción de la salud, y peores resultados de salud para refugiados y migrantes. (2019: 29).

En definitiva, puede decirse que la mediación intercultural facilita la comunicación, fomenta la cohesión social y promueve la autonomía e inserción social de las minorías bajo la construcción de un nuevo marco de convivencia más inclusivo (Blanco, 2021). Concretamente en el ámbito sanitario, donde se trabaja mejorando la relación terapéutica entre profesional-usuario/a al reducir las interferencias de las diferencias lingüísticas y socioculturales en el acceso al servicio de salud y a una atención de calidad (Verrept, 2019). De igual modo reporta grandes beneficios al prevenir y reducir los conflictos y desequilibrios de poder, en la relación médico-paciente, mediante el empoderamiento de los colectivos en situación desfavorable y la coordinación con el personal sanitario, para adaptar los servicios a las necesidades y demandas de las personas migrantes (Lebano et al., 2020).

2. Metodología.

Este estudio, cuya pretensión es identificar el valor que aporta la mediación intercultural a la atención sanitaria e indagar sobre las funciones y experiencias realizadas en el ámbito, se basa en una revisión bibliográfica sobre la temática centrada en los últimos ocho años. Para dar una respuesta eficaz a los objetivos planteados, también se ha revisado la literatura posterior con la intención de visibilizar la necesidad de reconocer una figura profesional que lleva ejerciéndose años desde un plano inexplorado socialmente. Para ello se han utilizado bases de datos como WOS, Pubmed, Scopus y Google Académico.

De los diversos estudios revisados se ha podido concluir las aportaciones de calidad que provee la mediación intercultural al sistema sanitario, entre otras intervenciones clave para paliar los efectos negativos en salud que presentan las personas migrantes.

3. Resultados.

3.1. Demandas y necesidades sociales del colectivo de personas migrantes.

En un mundo cada vez más globalizado, el personal sanitario se enfrenta a los desafíos de brindar una atención mé-

dica intercultural de calidad, tratando de dar una respuesta digna a las situaciones de vulnerabilidad que presentan los/as pacientes procedentes de minorías étnicas (Degrie et al., 2017). Es necesario poder garantizar una atención sanitaria que sea universal y equitativamente accesible para las personas migrantes, y que a su vez dé respuesta a las necesidades individuales complejas que presentan, teniendo en cuenta su evolución en la sociedad receptora (Lebano et al., 2020). Sin embargo, la literatura muestra aún disparidades en la atención médica, desigualdades y barreras en el acceso al servicio de salud, una menor calidad en la atención sanitaria y peores resultados de salud para las personas migrantes y refugiadas (Verrept, 2019). Hay que reconocer, como ya hicieron Degrie et al. (2017), que las diferencias en los factores determinantes de la salud, las necesidades y las vulnerabilidades presentes en la población migrante, soportan un desafío añadido para nuestro sistema sanitario. Igualmente confeccionan la necesidad de ahondar en las demandas sociales específicas del colectivo. En la definición de la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, los determinantes sociales sanitarios “son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” y son los principales responsables de las diferencias en el estado de salud de la población (Lebano et al., 2020).

Tras analizar diversos estudios, se observa que las dificultades del idioma y la vergüenza o la renuencia a hablar de la historia de vida y miedos sanitarios del contexto de origen, así como el desconocimiento y las discusiones limitadas por parte del personal sanitario, conducen a dificultades en el proceso de “equilibrio en salud” (contexto autóctono y alóctono) (Degrie et al., 2017). En general, el revivir recuerdos, la falta de conocimiento sobre los procedimientos médicos, el miedo al tratamiento en sí y la sensación de que éste no será efectivo, pueden conducir a la resistencia o rechazo de tratamientos específicos por parte del colectivo migrante (Degrie et al., 2017). Sin contar con que algunos de esos tratamientos pueden contradecirse con sus propias creencias o costumbres culturales. En concreto, Degrie et al. (2017) en su estudio mencionan que algunos de los/as pacientes migrantes entrevistados/as aluden a sentimientos de miedo, intimidación y desorientación, producidos por la atmósfera clínica y la complejidad del contexto hospitalario: malinterpretación sobre la organización financiera del servicio sanitario, desconocimiento de las normas hospitalarias y la estructura organizativa y las sutiles relaciones de poder entre el personal sanitario, son algunas de las razones mencionadas. Otros/as pacientes enfatizan las prácticas y tradiciones de atención cultural, como las prácticas alimentarias, los requisitos de higiene y la importancia del descanso del /la paciente. También describen tensiones en la relación sanitaria cuando perciben un trato diferente por su condición o se encuentran con racismo y estereotipos que acaban cohibiendo la decisión de acceder al sistema sanitario o de mantener el tratamiento requerido. Señalan que esa tensión se ve acentuada por la reticencia a brindar atención, la escasez temporal, la falta de flexibilidad y el enfoque del/la proveedor de salud en la parte técnica de la atención, en lugar de empatía o humanidad en la atención, que es lo

que manifiestan echar en falta. Esto añadido a la falta de congruencia entre las expectativas y las experiencias de las personas usuarias al respecto, conduce a sentimientos de decepción y rechazo hacia el propio sistema sanitario. Aunque sin duda, el eje central de toda intervención sanitaria de calidad es la comunicación (Hiri, 2022). En esta línea, la baja capacidad lingüística del personal sanitario tiene un impacto en la calidad general de la atención, el acceso a los servicios públicos, la evaluación de las necesidades de los/as pacientes, la participación en el proceso de toma de decisiones, la satisfacción de las personas usuarias y el cumplimiento de la medicación y el tratamiento. Suurmond et al. (2011) señalan que los/as pacientes pueden atribuir la insuficiencia de la atención sanitaria a la discriminación, cuando en realidad puede deberse a dificultades en la comunicación y a la falta de información. Con frecuencia los miembros de la familia suelen funcionar como intérpretes o intermediarios lingüísticos, lo que suele fomentar una participación más activa en el proceso de salud de las personas migrantes, así como la adherencia a los tratamientos (Verrept y Conue, 2019). Esto es indicativo de que, al facilitar la comunicación y entendimiento traduciendo las demandas y necesidades del/la propio/a paciente, se aporta fluidez y calidad a la atención sanitaria, objetivo que persigue la mediación intercultural. Con respecto a la cultura organizacional del centro de salud o del hospital, la disponibilidad de sanitarios especializados y la alta tecnología médica brinda a muchos/as pacientes una sensación de seguridad. Sin embargo, otros/as resaltan las dificultades en el proceso de atención consecuencia de la falta de personal e intérpretes, la falta de tiempo y largos períodos de espera o el ajetreo percibido del personal. Todo ello en conjunto influye negativamente en la participación y elección de los/as pacientes de su propio cuidado y estado de salud (Degrie et al., 2017).

El estado de salud de las personas migrantes también se ve influido por las dificultades del proceso de migración, que afecta negativamente a su estado físico. Esto se demostró en un estudio francés, citado por Lebano et al. (2020), donde se indicaba que el estado de salud de las personas migrantes tendía a deteriorarse durante la estancia en el país receptor, lo que puede derivarse de situaciones de discriminación significativas, malas condiciones de empleo y diferencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios. Otros estudios sugieren que las personas migrantes son más vulnerables a las enfermedades transmisibles, las enfermedades profesionales, la mala salud mental, las lesiones, la diabetes mellitus y problemas de salud materno infantil (Rechel et al., 2012). De hecho, un proyecto realizado por Aditus y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) subrayó, como problemas de salud mental que más afectan a la población refugiada y migrante, los trastornos de estrés posttraumático, la depresión, la ansiedad, la psicosis, la paranoia, las autolesiones y los sentimientos de aislamiento y soledad (Lebano et al., 2020). Estas son las principales preocupaciones resaltadas por el personal de salud mental. Además, en otro estudio se encontró una conexión entre la psicosis y los antecedentes como migrantes irregulares (Simonnot et al., 2016). También se ha encontrado que algunos migrantes pueden correr un riesgo particular de padecer

enfermedades no transmisibles derivadas de la obesidad e insuficiente actividad física, dados los patrones de enfermedad de los países de origen, las condiciones de vida desfavorables, la existencia de empleo precario y los traumatismos (Lebano et al., 2020). Sobre el estado de salud de la población infantil migrante o refugiada, el estado de vacunación, los problemas dentales, la infección tuberculosa latente (LTBI), la anemia, la ferritina sérica baja, la eosinofilia, los anticuerpos protectores y la hipotermia, tras la llegada por mar, son algunos de los problemas sanitarios más destacados en el estudio de Pavlopoulou et al. (2017).

Degrie et al. (2017) concluyen cuatro aspectos esenciales que afectan a la mediación en salud: la humanidad en el cuidado sanitario, la comunicación, el rol de la familia o el entorno y la cultura organizacional del centro sanitario. Estos aspectos pueden funcionar como facilitadores para una atención sanitaria de calidad e inclusiva o, contrariamente, pueden transformarse en barreras que impiden establecer una relación de atención intercultural proactiva. Tras analizar los diversos estudios que hablan sobre las necesidades insatisfechas en salud, especialmente las referidas a la salud mental y dental, la mayoría coinciden en la existencia de barreras que dificultan el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes, así como los efectos negativos que provocan en su salud, y suele reflejarse en un uso excesivo de los servicios de emergencia y de atención primaria (Lebano et al., 2020). Las barreras del idioma, la menor alfabetización en salud y los mayores factores de estrés socioeconómicos en los grupos étnicos minoritarios, la escasez de recursos hospitalarios vinculados al factor tiempo, dinero y personal, las diferencias en las tradiciones culturales y en la comprensión de la enfermedad y tratamiento, la baja alfabetización digital y la dificultad de acceder a ella, son entre otros, factores que fomentan la existencia de un peor estado de salud en las personas migrantes (Degrie et al., 2017). En consecuencia, deberemos tenerlos en cuenta para proveer una atención sanitaria integral y de calidad (Rubio y Rubio, 2020).

3.2. Figura del/la mediador/a intercultural en sanidad.

Esta necesidad de intervenir socialmente sobre las desigualdades y vulnerabilidades que presentan las personas migrantes, para paliar los efectos negativos reflejados en la salud, hace imprescindible definir correctamente la figura del/la mediador/a intercultural. Sobre todo, en un contexto como el sanitario regido por la ciencia y normalmente alejado de los constructos y efectos sociales que vulneran los derechos de acceso y las necesidades de las personas migrantes (Blukacz, 2021). Las formas en que las personas involucradas en la atención sanitaria se interrelacionan, hace que las diferencias culturales sean relevantes en la interacción, permitiendo que haya un flujo de información bidireccional efectivo donde se amplía la respuesta de los/as pacientes involucrados/as aislando los constructos etnocéntricos (Watermeyer et al., 2021). En otras palabras, podría decirse que profesionalmente la mediación intercultural en salud allana el camino estableciendo una "alianza terapéutica" entre paciente-proveedor/a sanitario/a, que es esencial para lograr una comunicación de calidad y una atención equitativa (Hiri, 2022). Chiarenza, citado en Verrept y Conue,

señaló que el/la mediador/a intercultural debe ser capaz de:

Acompañar las relaciones entre los migrantes y el contexto social específico, favoreciendo la eliminación de las barreras lingüísticas y culturales, la comprensión y la mejora de la propia cultura y el acceso a los servicios; y de ayudar a las organizaciones en el proceso de hacer que los servicios ofrecidos a los usuarios migrantes sean apropiados (2019: 5).

Es un hecho fundamentado que la comunicación y la cultura tienen un impacto considerable sobre las consecuencias clínicas que afectan a la relación terapéutica, así como a la intervención sanitaria y al tratamiento de la enfermedad (Verrept y Conue, 2019). En el estudio de Lachal et al. (2019), el personal médico manifiesta apreciar una mejor singularidad del funcionamiento de la familia y la importancia de dar un sentido a la enfermedad más allá de la lógica biomédica. También aluden, que tras la mediación intercultural sanitaria se sienten más conscientes y sensibles a las experiencias de las familias migrantes, lo cual no modifica su concepción de la medicina ni las prácticas asociadas a ella, pero mejora el entendimiento y la satisfacción de las partes involucradas en la atención sanitaria. Sin embargo, la barrera lingüística no solo interfiere en la transmisión de información sobre los diagnósticos y la medicación, sino que también influye en el cumplimiento de las prescripciones (Verrept y Conue, 2019). Por ello, con el objetivo de proporcionar una atención sanitaria óptima, cualquier persona que participe en la relación sanitaria debe tener en cuenta la diversidad cultural y su influencia; sobre todo cuando las partes en interacción proceden de diferentes comunidades lingüísticas y/o culturales (Marnpae, 2014).

Las personas usuarias traen consigo sus estilos comunicativos y aspectos culturales sanitarios diversos, que a veces difieren significativamente de los instaurados en la sociedad receptora. Esta realidad interfiere en la relación sanitaria junto a otras barreras que enfrentan relacionadas con las precarias condiciones de habitabilidad, y hacinamiento en muchos casos, y con los escasos recursos económicos que limitan a su vez el acceso a servicios básicos, como la sanidad o la educación (Marnpae, 2014). En pandemia muchas familias migrantes han sufrido la brecha digital en las distintas administraciones públicas y en la educación de sus menores, la incertidumbre laboral ante la pérdida de empleo o por encontrarse en situación administrativa irregular, las condiciones de insalubridad y hacinamiento, dado que muchas carecen de una vivienda digna o no pueden acceder a ella por motivos económicos o administrativos; y esto se ha traducido en una dificultad añadida a la hora de respetar la normativa y restricciones establecidas (Perna y Moreno, 2021). Estas barreras, sumadas al desconocimiento, al temor y a la desinformación sanitaria, influyen en la aparición de resultados negativos en la salud física y psíquica de la población migrante (Sepúlveda y Cabieses, 2019). La pandemia también ha puesto en evidencia las debilidades del sector público, la poca protección a la ciudadanía, la fragilidad de servicios esenciales como el cuidado en salud, el derecho a la educación, el acceso a una vivienda y/o trabajo digno, las limitaciones de movimiento y la falta de acceso a los servicios públicos; aspectos que afectan

especialmente a la migración (Valero, 2021). Así mismo, esta situación ha expuesto la creciente necesidad de garantizar el acceso a una atención sanitaria de calidad para todas las personas sin excepción alguna (Perna y Moreno, 2021).

En definitiva, la mediación intercultural sanitaria centra sus actuaciones fundamentalmente en la formación y orientación a las personas migrantes, la sensibilización en salud, la formación de profesionales sanitarios sensibles a la diversidad cultural del momento y en funciones de traducción e interpretación que promuevan una relación terapéutica médico-paciente (Delgado y Expósito, 2011). Verrept y Conue (2019) coinciden, destacando como funciones básicas la interpretación, la decodificación cultural, la prestación de ayuda práctica y apoyo emocional a los pacientes, la mediación, identificación y diálogo sobre los problemas surgidos entre paciente-proveedor sanitario (individuales o grupales), la abogacía, entendida como aquella ejercida para compensar la desigual posición existente entre paciente-personal sanitario y aboga por velar por los derechos de la población más vulnerable, y la sensibilización en materia de educación para la salud. Paralelamente, recogen los principios guía que fundamentan la definición de las funciones y tareas de esta profesión:

1. Como miembros del equipo que trabaja con el/la paciente, los/as mediadores/as interculturales tienen la responsabilidad de ayudar al bienestar y buen estado de salud del/la paciente.
2. Dado que una relación positiva entre personal sanitario y paciente es indispensable para obtener un servicio de atención sanitaria efectivo y de calidad, deberán apoyar y estimular la creación de ese tipo de relación.
3. Deberán respetar y estimular la autonomía del/la paciente y del/la profesional sanitario todo lo posible.
4. No deberán asumir tareas propias o específicas del personal sanitario, para evitar su discriminación. Igualmente intervendrán lo menos posible cuando la interpretación lingüística sea suficiente para hacer posible la participación activa y efectiva entre médico-paciente.
5. Posiblemente, dada la naturaleza y contexto específico de su trabajo, pueden ser los/as únicos/as en notar que las cosas empiezan a ir mal, y en su compromiso con la salud y bienestar del paciente y su relación profesional sanitario-paciente, tendrán que hacer ver estos problemas a las partes implicadas y desarrollar aquellas acciones que favorezcan un resultado positivo en salud.
6. La mediación intercultural es exitosa cuando el encuentro mediado es más próximo a lo que sucedería si ambas partes (médico-paciente) no se vieran obstaculizadas por interferencias lingüísticas y socioculturales.

Sin embargo, para lograr establecer la figura del/la mediador/a intercultural sanitario/a es necesario disponer de personal cualificado en la materia e introducir las tecnologías y las capacidades que promuevan el ejercicio de derechos individuales a gran escala y reduzcan las barre-

ras a las que se enfrenta la población migrante (Cabieses et al., 2021). Para ello habrá que trabajar en la capacitación y formación profesional de esta profesión.

3.3. Experiencias de mediación intercultural sanitaria.

España cuenta con diversas experiencias de mediación intercultural en el ámbito sanitario a raíz del establecimiento de servicios especializados en el tema en varias Comunidades Autónomas, en adelante CC.AA., como el Servicio de Mediación Social Intercultural (SEMSI) en Madrid, el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), el Servicio de Mediación Intercultural instaurado en el Hospital Universitario de Murcia, las actuaciones de la Asociación Andalucía ACOGE o el Development Cataluña. Actualmente pueden encontrarse diferentes organismos que trabajan en la difusión de la mediación en salud, como el Observatorio de Mediación y la Sociedad Catalana de Mediación en Salud (SCMS), que favorecen su difusión al amparo del Real Decreto-Ley 5/2012, de 5 de marzo, de mediación en asuntos civiles y mercantiles. Así mismo, la figura del/la mediador/a se encuentra reconocida en España por el Ministerio de Interior a través del Real Decreto 638-2000 del 11 de mayo (Hiri, 2022).

El Colegio de Médicos de Vizcaya en 1997 puso en marcha la organización de un Tribunal Arbitral para Daños con la intención de resolver las demandas existentes por «praxis médica» o «negligencia». Desde entonces se han ido sumando diversas iniciativas y se ha favorecido la intervención de mediadores/as interculturales en la atención a la diversidad cultural de los/as pacientes, al igual que sucede en otros países. Podemos ver ejemplos de mediación intercultural en contextos sanitarios en Estados Unidos y Canadá que, aunque no cuentan con una política nacional al respecto, sí destacan experiencias desde la asociación médica de intérpretes y traductores/as de Massachusetts (Massachusetts Medical Interpreters Association), en adelante MMIA, o la organización Diversity RX; incluso cuentan con una guía de buenas prácticas (Interpreter Standards of Practice) aceptada por el National Council on Interpreting in Health Care. En 1995, desde la MMIA se desarrolló y publicó un artículo donde se recogen las pautas y códigos deontológicos para la interpretación médica o comunitaria, hoy conocido como IMIA, que ha sido empleado en otros programas de mediación intercultural y orientación al/la paciente en países como Estados Unidos y Suiza (Verrept y Conue, 2019). En concreto en Estados Unidos, los servicios de mediación de la Equal Employment Opportunity Commission (EEOC o Comisión para la Igualdad de Empleo Oportunidades en el Empleo), gestionan un programa de mediación para la resolución de los conflictos que surge en relación con la aplicación de la Americans with Disabilities Act (ADA o Ley de Estadounidenses con Discapacidades). En los años 90, también Francia comenzó a trabajar con profesionales de la mediación en los hospitales con el fin de fortalecer la relación médico-paciente. Además, se han realizado varios estudios con el fin de demostrar las ventajas que aporta la mediación intercultural en salud, como el elaborado por el Hospital de la Fondation Roi Baudouin de Bélgica en 2007. En dicho estudio se analizaron las actuaciones de países como Alemania, Canadá, Finlandia, Francia, Noruega, Países Bajos y Reino Unido, donde concretamente se desarrollan servicios de media-

ción en la atención a las quejas de pacientes, al igual que Suecia y Dinamarca. También, se han encontrado otros estudios, en países como Quebec o Bélgica, que demuestran que los servicios de mediación intercultural incrementan el grado de satisfacción de usuarios/as y profesionales, reduciendo los costes sanitarios y mejorando la calidad de la asistencia sanitaria (Rodríguez y Llevot, 2011). De Gran Bretaña se denota la unión de la gestión local de las quejas a la generación de recomendaciones para una nueva política sanitaria. En Europa, se profesionaliza el sistema de quejas y la atención a los derechos de los/as pacientes, siguiendo la Carta Europea del año 2002 promovida por la Active Citizenship Network (Red de Ciudadanía Activa o ACN). En Chile la mediación en salud se concibe como un mecanismo para mejorar el sistema de salud (Munuera, 2020), consagrada legislativamente en dos leyes principales que pretenden velar por los derechos y deberes de la ciudadanía y de las Garantías Explícitas en Salud establecidas (Parra et al., 2018). Sin embargo, se describe por primera vez la figura del mediador intercultural en el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en 2003, como aquel/lla profesional que articula las necesidades de las personas usuarias con la red de salud y cuyo objetivo es resolver las inequidades en salud (Sepúlveda y Cabieses, 2019). Alemania destaca de sus programas en mediación intercultural que, aunque en un principio el costo es más alto, a largo plazo estos disminuyen y permiten un tratamiento orientado a los objetivos terapéuticos, evitando la cronicidad y la aparición de diagnósticos erróneos (Sepúlveda y Cabieses, 2019). Suiza, al igual que Alemania, es uno de los países participantes en el proyecto europeo EQUAL para el estudio de la interpretación y mediación intercultural. Así mismo, la Oficina Federal de Salud Pública y la Comisión Federal de los Extranjeros en Suiza incluyeron la mediación intercultural entre sus medidas estratégicas en relación con la inmigración y especialmente en el ámbito sanitario. Diversos autores, como Lutskovskaia et al. (2019), reiteran la necesidad urgente de implementar la mediación para mejorar la interacción entre comunidades de llegada y de acogida en las distintas esferas sociales, incluidos los entornos administrativos, legal, sanitario y educativo; así como muestran que los resultados del estudio piloto realizado sobre mediación lingüística y cultural en la interpretación médica en los puntos fronterizos de Moscú, Rusia, revelaron la importancia de establecer la mediación intercultural en un entorno no estandarizado, que implica una variedad de cuestiones culturales y sociales que influyen en la interpretación médica. Volviendo a las experiencias de nuestro país, en la CC.AA. de Murcia, el Informe Final del Proyecto sobre Inmigración Emigración en Salud de 2008, proponía la figura del/la mediador/a para mejorar la atención en la salud de la población migrante; subrayando que constituye una herramienta que promueve la inclusión e integración exitosa de las personas migrantes al sistema sanitario (Valverde, 2013). De las experiencias y actuaciones recogidas, se concluye la necesidad de incorporar la mediación intercultural al plano sanitario dados los beneficios que aporta paliando los efectos derivados de la globalización, fomentando el acceso al sistema de salud y mejorando la calidad de la aten-

ción sanitaria, entre otros. Más aún, teniendo en cuenta la fragilidad y vulnerabilidad social del colectivo de personas migrantes, cuya visibilidad ha sido acentuada durante el contexto de crisis sanitaria, confinamiento y retiro social (Silva, 2020).

4. Discusión.

Este estudio queda respaldado sobre la evidencia de las desigualdades persistentes entre migrantes y no migrantes en el acceso a los servicios de salud y la necesidad de garantizar la igualdad en el acceso sanitario (Lebano et al., 2020). Esta evidencia a su vez muestra necesidades de salud insatisfechas, así como la existencia de barreras y factores determinantes en salud, que acentúan las situaciones de vulnerabilidad y la existencia de peores resultados de salud en las personas migrantes. Por ende, y dado que la mediación intercultural pretende paliar e intervenir directamente sobre estas situaciones; garantizando un acceso igualitario al sistema de salud, promoviendo un servicio de calidad y sensibilizando por medio de la información y educación sanitaria, se convierte en la clave para actuar sobre ello (Verrept, 2019). Fernández-Rufete (2009) coincidía al indicar que la incorporación de esta figura profesional en los servicios sanitarios refuerza y añade un plus de calidad en sanidad, a la par que refuerza los escenarios de necesidad descritos por el personal del ámbito e integra elementos de reflexión y análisis a una situación que debe ser abordada desde diversas perspectivas. Silva (2020) resalta los testimonios de reconocimiento social y profesional destacados por entidades municipales, sociales y por la población atendida, a pesar de las circunstancias y desafíos que ha supuesto la pandemia para el personal de la mediación intercultural. Estos remarcan los beneficios que aporta la mediación intercultural en sanidad mejorando la calidad de la atención y garantizando el acceso al sistema de salud de aquellas personas en situación más desfavorable. Quedando sustentada esta profesión bajo el marco que revela la pandemia, al subrayar la necesidad de garantizar el acceso de todas las personas migrantes a las medidas de prevención, diagnóstico y contención de la enfermedad; de asegurar que las estrategias y planes nacionales de prevención, diagnóstico y control de contagios presten atención específica a las necesidades de las personas migrantes; y de prever medidas específicas para llegar a los grupos más vulnerables y marginalizados de la población (Perna y Moreno, 2021).

En definitiva, la mediación intercultural en el sistema sanitario se hace necesaria para mejorar la calidad en la atención e impulsar el acceso al sistema de salud de las personas migrantes (Perna y Moreno, 2021). Esto se pone de manifiesto tras dos observaciones principales: por un lado, muchos sistemas sanitarios españoles no cuentan con un servicio específico de profesionales en la materia a los/as que recurrir, quedando esta tarea relegada al voluntariado y/o a la familia del/la propio/a paciente; y por otro, el desconocimiento palpable del personal sanitario en muchos casos sobre los valores culturales de la población migrante usuaria influye en la calidad de la atención, diagnóstico y tratamiento que reciben los pacientes (Hiri, 2022). Lebano et al., (2020) nos identifican

como prioridades que merecen una especial atención dentro del ámbito de la salud, la intervención intercultural en salud mental, la atención preventiva (inmunización) y la atención a largo plazo, en base a una creciente población de personas mayores migrantes. Tras este estudio se corrobora no sólo la necesidad de reconocer y definir la figura del/la profesional de la mediación intercultural en el plano sanitario ejerciendo de promotor/a de la comunicación, fomentando la relación terapéutica o promoviendo la integración y acceso de personas en situación desfavorable al sistema de salud de forma equitativa (Verrept y Conue, 2019), sino que también se registran las funciones específicas que desempeñan y tienen que ver con la acogida, la interpretación y traducción lingüística, la información y asesoramiento, la prevención, la resolución de conflictos durante la atención clínica y la colaboración en educación sanitaria, entre otras ya referidas (Rodríguez y Llevot, 2011).

5. Conclusión.

Para concluir, destacar que se ha comprobado que la mediación intercultural mejora y aporta calidad a la atención sanitaria, así como promueve el acceso y la integración al sistema sanitario de todas las personas en situación de vulnerabilidad. Así mismo, identifica y da una respuesta eficaz a las demandas y necesidades sociales específicas que presenta la población migrante. Las particularidades detectadas, junto a las barreras y factores determinantes que revelan la existencia de peores resultados de salud en las personas migrantes, fundamentan la necesidad de intervenir sobre esta realidad de forma especializada; por lo que se necesita una atención sanitaria de calidad que dé cobertura íntegra a sus necesidades.

Las experiencias y actuaciones que se han analizado exponen los beneficios que trae consigo esta profesión, pero también manifiestan la necesidad de reconocer la figura profesional del/la mediador/a intercultural sanitario/a con el fin de obtener mejores resultados en salud para las personas migrantes. Por ello es necesario ahondar en las competencias y formación necesarias que caracterizan a esta profesión. Sin olvidar que la crisis sanitaria ha acentuado la necesidad de trabajar en acciones mediadoras en salud que resuelvan los conflictos culturales y sociosanitarios surgidos, que dé respuesta a las necesidades y demandas sanitarias específicas de las personas migrantes, que asegure la adherencia a los tratamientos y que promueva la sensibilización en educación sanitaria (Valero, 2021).

En conclusión, este estudio demuestra que la mediación intercultural en sanidad mejora la calidad de la atención sanitaria y promueve un sistema de salud más accesible y equitativo en una sociedad multicultural y heterogénea como la nuestra.

6. Bibliografía.

Alan, J. (2021). Interculturalidad en Salud: Teorías y Experiencias para Poblaciones Migrantes Internacionales. En Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (Eds) *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 51-85). Universidad de Desarrollo.

Blanco, A. (2021). Mediación Intercultural para a resolución de conflictos no ámbito sanitario. *Revista Galega de Traballo Social - Fervenzas*, 23, 157-179.

Blukacz, A. (2021). Revisión del marco normativo y consensos internacionales en materia migratoria e interculturalidad en salud. En Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (Eds) *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 51-85). Universidad de Desarrollo.

Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (2021). Conceptos esenciales sobre interculturalidad en salud pertinentes para poblaciones migrantes, refugiadas y en movilidad humana. En Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (Eds) *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 21-39). Universidad de Desarrollo.

Delgado, J. y Expósito, A. (2011). ¿Qué puede aportar la mediación intercultural al ámbito sanitario? *ENE Revista de Enfermería*, 5(3), 59-65. <http://enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/36>

Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B. & Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systemic review of qualitative research. *BMC medical ethics*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0163-8>

Fernández-Rufete, J. (2009). *El papel de la mediación intercultural en la Atención Primaria de Salud. Estudio de un caso*. Quaderna Editorial. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/165335-papel_mediacion.pdf

Lachal, J., Escaich, Bouznah, S., Rousselle, C., De Lonlay, P., Canoui, P., Moro, M.R. & Durand-Zaleski, I. (2019). Transcultural mediation programme in a paediatric hospital in France: qualitative and quantitative study of participants' experience and impact on hospital costs. *BMJ* 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032498>

Hiri, A. (2022). La atención sanitaria del inmigrante marroquí: una propuesta dese la mediación intercultural. *Revista Acciones Médicas*, 1(3), 26-42. <https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.03.003>

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Lino, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1039). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>

Lutskovskaia, L., Atabekova, A., Zvereva, E., Gorbatenko, O. & Kaláshnikova, E. (2019). A pilot study of language and culture mediation in medical interpreting at border crossing points in Moscow, Russia. *Heliyon*, 5(2), 2-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6384301/pdf/main.pdf>

Marnpae, M. (2014). Competencia intercultural en el ámbito sanitario: el caso del nacimiento tailandés. *FITIS Pos International Journal*, 1, 159-168. <https://doi.org/10.37536/FITISPos-IJ.2014.1.0.18>

Meyer, B. (2012). Interpretación ad hoc para pacientes con dominio parcial del idioma: participación en constelaciones multilingües. En C. Baraldi y L. Gavioli (Eds.), *Coordinación de la participación en la interpretación del diálogo* (pp- 99-113). John Benjamins.

- Munuera, P. (2020). La mediación sanitaria en Chile. *Revista de Mediación Chile*, 148, 92- 798. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n6/0717-6163-rmc-148-06-0792.pdf>
- Parra, D., Olivares, A. y Riesco, C. (2018). La mediación en el ámbito de la salud y su rol en la relación sanitaria. *Revista de Derecho*, 86(243), 121-144. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-591X2018000100121>
- Pavlopoulou, I.D., Tanaka, M., Dikalioti, S., Samoli, E., Nisianakis, P., Boleti, O.D. & Tsoumakas, K. (2017). Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatrics*, 17(132), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0888-7>
- Perna, R. y Moreno, F. J. (2021). Inmigración y atención sanitaria en un contexto de pandemia: vulnerabilidades y (escasas) respuestas en Europa y en España. *Anuario CIDOB de la Inmigración 2020 (enero 2021)*, 116-128. <https://doi.org/10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2020.116>
- Pickett, K. (2021). Epílogo: La oportunidad de este libro en tiempos de COVID-19. En Cabieses, B., Obach, A. y Urrutia, C. (Eds) *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 369-370). Universidad de Desarrollo.
- Qureshi, A., Revollo, H.W., Collazos, F., Visiers, C. y El Harrak, J. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Revista Norte de Salud Mental*, 8(35), 56-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830258>
- Rechel, B., Mladovsky, P. & Devillé, W. (2012). Monitoring migrant health in Europe: a narrative review of data collection practices. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 105(1), 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.003>
- Rodríguez, A. y Llevot, N. (2011). La mediación intercultural: una realidad en los hospitales. En García, F.J. & Kressova, N. (Coords.). *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1065-1073). Instituto de Migraciones.
- Rubio, S. y Rubio, S. (2020). Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 27 (80), 6-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726301>
- Sepúlveda, C. y Cabieses, B. (2019). Rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: Perspectivas de cuatro grupos de actores clave. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 592-600. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v36n4/a06v36n4.pdf>
- Silva, A.M. (2020). Mediación durante la pandemia: protección de los derechos, activación de lazos sociales. En G. C. B. de Mansilla y C. Pilia (Dir.), *Una justicia alternativa para los derechos humanos y la protección familiar, en tiempos de crisis* (pp. 49-58). Ediciones Olejnik.
- Simonnot, N., Rodríguez, A., Nuenberg, M., Fille, F., Aranda-Fernández, P.E. & Chauvin, P. (2016). Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries. *Médecins du Monde: Doctors of the World*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01493906>
- Suurmond, J., Uiters, E., De Bruijne, M., Stronks, K. & Essink-Bot, M.L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11(10). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-10>
- Valero, C. (2021). Un lugar para el factor humano en medio de la pandemia COVID-19. A modo de introducción. *FITIS Pos-International Journal*, 8(1), 1-8. <https://doi.org/10.37536/FITISPos>
- Valverde, M. R. (2013). Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 12(29), 383-390. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/revision4.pdf>
- Verrept, H. (2019). *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* WHO Regional Office For Europe, Copenhagen. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550145>
- Verrept, H. y Coune, I. (2019). Desarrollo de una guía para la mediación intercultural en la atención sanitaria en Bélgica. En R. Mendoza, E. Gualda y M. Spinatssh (Eds.), *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas. Modelos, estudios, programas y práctica profesional. Una visión internacional*. (pp.5-30). Diaz de Santos.
- Watermeyer, J., Thwala, Z., & Beukes, J. (2021). Medical Terminology in Intercultural Health Interactions. *Health communication*, 36(9), 1115-1124. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1735700>