

**MEDIACIÓN INTERCULTURAL FRENTE
A LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO Y DISFRUTE
A LOS CUIDADOS SANITARIOS INSTITUCIONALES.
ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS PRAXIS
PROFESIONALES EN BÉLGICA Y ESPAÑA**

**INTERCULTURAL MEDIATION AGAINST THE
INEQUALITY IN INSTITUTIONAL HEALTHCARE
ACCESS AND ENJOYS. SOME CONSIDERATIONS
ABOUT THE PROFESSIONAL'S PRAXIS
IN BELGIUM AND SPAIN**

RUBÉN MUÑOZ MARTÍNEZ *

Resumen: *El presente artículo compendia el resultado de una investigación, llevada a cabo en el marco de la tesis doctoral del autor, sobre las praxis profesionales de mediación intercultural sanitaria que se desarrollan en la actualidad en Bélgica y España. Desde una perspectiva antropológica de carácter aplicado se abordan en él las particularidades más notables de dichas prácticas, en ambos países, proponiendo para el debate sus debilidades y fortalezas desde el punto de vista de su relevancia en la mejora en el acceso y disfrute de los cuidados sanitarios, institucionales, de las personas de origen extranjero.*

Palabras clave: *Mediación intercultural sanitaria; Migración; Acceso cuidados de salud; Exclusión; Atención sanitaria equitativa.*

* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.

Abstract: *The present article summarizes the result of an investigation, carried out in the framework of the author doctoral thesis, on professional's praxis of intercultural mediation in healthcare that are developed at the present time in Belgium and Spain. From an anthropological perspective of applied character the most remarkable particularities of these practices are approached in it, in both countries, proposing for the debate their weaknesses and strengths from the point of view of their relevance in the improvement in institutional healthcare enjoys and access of immigrants people.*

Key words: *Intercultural mediation in healthcare; Migration; Healthcare access; Exclusion; Equitable healthcare attention.*

1. INTRODUCCIÓN

El presente texto compendia los resultados de la investigación llevada a cabo, en el marco de una tesis doctoral, relativa al análisis de las prácticas profesionales de mediación intercultural sanitaria, en Bélgica y España, como respuesta a la inequidad del acceso y disfrute a los cuidados de salud, institucionales, de las personas de origen extranjero.

En él se aborda, desde una perspectiva antropológica de carácter aplicado y con una narrativa predominantemente descriptiva, las características más notables de las prácticas profesionales de mediación intercultural sanitaria¹, que actualmente se desarrollan en ambos países, proponiendo para el debate sus debilidades y fortalezas en dicha mejora en el acceso y disfrute de los cuidados sanitarios de las personas de origen extranjero². Para ello nos referimos a los resultados obtenidos en la investigación mencionada antes (ver Muñoz, 2010), apoyándonos, para la exposición, en algunos de los materiales empíricos hallados.

¹ En adelante MIS. Se trata aquí de un tipo de intervención mediadora, cuyas características veremos en el texto, realizadas por un mediador intercultural profesional.

² Principalmente la MIS está dirigida a personas de origen extranjero pero también comprende a aquellas con itinerarios socio/culturales diversos (por ejemplo, minorías étnicas y culturales) autóctonas.

A continuación comenzamos hablando de las características metodológicas de la investigación, cuyos resultados se discuten aquí, y, seguidamente, de la proliferación de dichas prácticas de mediación intercultural sanitaria en ambos países y de por qué las personas de origen extranjero son objeto de intervención. Después pasamos a abordar el panorama de la mediación intercultural sanitaria (MIS), eminentemente hospitalaria, en Bélgica, para adentrarnos en el caso de España. Finalizamos con las consideraciones relativas a sus ventajas y desventajas, en dichos países, con relación a la problemática que nos ocupa, y algunas conclusiones.

1.2. La investigación y sus características metodológicas

Para explorar las prácticas de MIS, y su aportación en la mejora al acceso y disfrute a los cuidados de salud institucionales de las personas de origen extranjero, la herramienta metodológica que utilizamos fue el llamado estudio de caso múltiple. Comprendiendo un total de ocho casos emblemáticos repartidos en la geografía de Bélgica y España abarcamos, desde la lógica de la representatividad y la replicación, ámbitos tan variados como el hospitalario, psiquiátrico y general, y el de los centros de atención primaria. Así como, a su vez, incluimos las diversas modalidades (su mayor o menor inserción en el campo de cuidados, su financiación pública o privada, etc.) en la prácticas del mediador intercultural sanitario. Los recursos metodológicos utilizados en los estudios de caso fueron diversos comprendiendo, variablemente según la accesibilidad del investigador al campo y la relevancia del recurso (desde el punto de vista de la saturación de la información obtenida), la observación participante, las entrevistas en profundidad y la revisión bibliográfica³. Los sujetos de estudio

³ Los tres recursos metodológicos se aplicaron, durante el periodo 2007-2010, en los casos de: La MIS en los hospitales, generales, Brugmann y Erasme, y en el hospital, psiquiátrico, Titeca (los tres situados en Bruselas). Así como en el hospital general La Citadelle (en Lieja); en el centro de salud primaria San Blas (ubicado en Parla, Madrid) y en la sede del servicio de mediación intercultural, de la Comunidad de Madrid, SEMSI. Si bien se trabajó con documentos e información escrita y con entrevistas en profundidad, la observación participante no tuvo lugar en el servicio de MIS de Médicos del Mundo en Talavera y Toledo, y en los casos de la MIS

han sido los dispositivos de MIS, en cada centro de salud o sede coordinadora (de la MIS) analizada, constituidos por uno o más mediadores interculturales según el caso.

2. LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL, EN BÉLGICA Y ESPAÑA, FRENTE A LAS BARRERAS EN EL ACCESO Y DISFRUTE DE LOS CUIDADOS SANITARIOS DE LAS PERSONAS DE ORIGEN EXTRANJERO

Los procesos migratorios suponen en el ámbito sanitario, tal y como apunta Perdiguero (2006), la coexistencia de modos de entender la salud y la enfermedad diversos. A su vez dichos procesos visibilizan la cohabitación de sistemas médicos, así como la pluralidad asistencial vigente también en los medios sanitarios occidentales. El fenómeno de recepción de personas migrantes, en este caso al ámbito sanitario español y belga, y su incidencia en un sistema de cuidados, institucional, fundamentalmente monocultural ha ido poniendo de manifiesto la necesidad de incorporar la perspectiva de la diversidad cultural en el modelo de gestión de los servicios de salud de ambos países.

Desde hace unos años en Bélgica y España han emergido, en un espectro diferenciado en el tiempo y modo en cada país pero con idénticos objetivos, una serie de prácticas profesionales de MIS como respuesta al desigual acceso y provisión de cuidados de salud, institucionales, en la diversidad cultural. Principalmente, dichas prácticas, han tratado de solventar algunas de las barreras en la atención sanitaria y el acceso de las personas, con itinerarios socio/culturales diversos, de origen extranjero⁴. En este sentido podemos

en el Hospital la Fe (Valencia) y el Hospital del Mar (Barcelona) (para más detalle ver Muñoz, 2010).

⁴ Mientras que la historia contemporánea de la recepción de personas migrantes belga se remonta a los años 40, la española data de la década de los 90. En el primer caso la migración fue, entre los 40 y 60, italiana, magrebí y turca. En la actualidad es mucho más diversa registrándose, durante 2009, las procedencias, por países, mayoritarias de: Italia, Francia, Holanda, Marruecos, España y Turquía (ver Portal, 2009). En el segundo caso podemos señalar que las cinco nacionalidades con mayor presencia, en 2009, son: Marruecos, Rumania, Ecuador, Colombia y Reino Unido (Fuente: Insti-

dividir en tres grupos las barreras, entendidas como factores de exclusión, con las que se encuentran estas personas: *a)* lingüísticas/culturales; *b)* vinculadas a la situación jurídica/administrativa de la persona; *c)* socio/económicas.

Las barreras lingüísticas suponen una de las principales problemáticas que se presentan en la relación entre el paciente, que no domina la lengua autóctona, y el personal del medio sanitario. La mala comunicación, debida a motivos lingüísticos, entre el personal sanitario y el paciente desemboca a menudo en dificultades como las relacionadas con la entrevista terapéutica, la elaboración de un diagnóstico o el seguimiento del tratamiento⁵. Dichas dificultades se dan tanto en la consulta como en la relación del usuario con las áreas administrativas, de vital importancia al ser la puerta de entrada al centro sanitario, de la recepción.

Dentro de esta primera barrera cabe resaltar, a su vez, que los itinerarios socio/culturales diversos de los pacientes, en este caso de origen extranjero, se encuentran confrontados con una organización cultural de los cuidados de salud adecuada, como apunta Waitzkin (1991), a las clases medias autóctonas. Cuestiones como la movilización de capitales sociales y culturales entre un lenguaje médico y otro «profano», la variación en el vocabulario y significados o la capitalización de términos, códigos y representaciones médicas influyen tanto en la accesibilidad a los medios sanitarios como en la mayor o menor participación en los procesos curativos⁶. Por otro

tuto Nacional de Estadística). Por lo que respecta al interés por una agenda intercultural en el ámbito sanitario, en lo que se refiere a la emergencia de un conjunto (tendente a la continuidad) de prácticas profesionales de MIS (y terapéuticas en salud mental [como la psiquiatría cultural, la etnopsiquiatría (Bélgica), etc.], podemos situar su origen, en el caso belga, a finales de los años 80, mientras que, en el español, cabe remitirse a principios del 2000 (Muñoz, 2010).

⁵ Ver, entre otros, De Muynck (2004).

⁶ En este sentido cabe mencionar el condicionamiento social de clase que favorece una competencia médica, abordado por Boltanski (1971). Las clases más favorecidas, socio/económicamente, son las que interiorizan en mayor medida las categorías conceptuales del saber médico. Es así que uno de los factores explicativos de la mayor consulta a los médicos por parte de dichas clases es la proximidad al origen social del médico, compartiendo su cosmovisión y códigos comunicativos. Por la misma razón el médico, tratando de minimizar la presión adaptativa, preferirá relacionarse con un paciente procedente de las clases media y alta autóctonas (Gailly, 2009).

lado, los modelos explicativos y las narrativas del proceso salud/enfermedad/curación que sostienen los actores en la escena de cuidados sanitarios pueden ser diferentes, así como las (re)presentaciones del cuerpo u otros elementos que, en su divergencia y desencuentro, son susceptibles de comprometer el diagnóstico y tratamiento adecuado y, por ende, la prevención/curación.

En el ámbito de las culturas burocráticas/administrativas de cuidados sanitarios, continuando con la primera barrera mencionada, el desconocimiento de su funcionamiento, la descoordinación interinstitucional, o la débil formación actualizada a los profesionales sanitarios sobre los recursos y garantías vigentes, en la aplicación de protocolos y normativas administrativas con respecto a los derechos de los grupos vulnerables (como, en este caso, las personas de origen extranjero), constituyen barreras *de facto* para el igualitario acceso a la atención sanitaria y su disfrute. De igual modo sucede con el segundo tipo de barreras mencionadas: aquellas que remiten a la situación jurídica/administrativa de la persona. El hecho de ser inmigrante en situación irregular, en algunos países como Bélgica y España, puede suponer una barrera importante a la hora de acceder al sistema sanitario por, entre otras cosas, la propia dificultad burocrática del proceso⁷ o el miedo a ser denunciado o identificado como irregular y represaliado. Un ejemplo de ello, en España, es el acceso de la policía al padrón, en determinadas comunidades autónomas, y la necesidad del empadronamiento para obtener la cartilla sanitaria. En Bélgica la descoordinación y dificultad administrativa para que el facultativo vea reembolsada su consulta, gratuita, por medio de la llamada Ayuda Médica Urgente⁸ sería otro elemento en la barrera mencionada.

La barrera de tipo socio/económico reenvían inevitablemente a la trayectoria individual de la persona pero también al contexto macro-social en el que se encuentra, como, por ejemplo, las reestructuracio-

⁷ Según el *Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular* (MÉDICOS DEL MUNDO, 2007), España, junto con Italia, es el país con mayor universalidad en el acceso a los medios sanitarios de esta población; un 80% de las personas en situación irregular que solicitaron la cartilla sanitaria lograron obtenerla. En Bélgica fue un 26,7%, porcentaje que le sitúa a la cola europea en este sentido.

⁸ Originaria en 1976, pero reactualizada en su dimensión preventiva de los cuidados, para la franja de la población que no puede acceder a una mutualidad, en 1996 (ver Muñoz, 2010; o Mighealthnet, 2008).

nes industriales o económicas, y las consiguientes flexibilizaciones laborales y precarización salarial. Las dificultades financieras inciden en un desplazamiento, principalmente en países como Bélgica en los que existen modalidades de acceso como el copago y las mutualidades complementarias, del gasto en salud por la comida o la vivienda. En este sentido, la posición estructural que se ocupa en el campo socio/económico determinará tanto la salud de las personas como su acceso y uso a los recursos sanitarios (Annandale, 1998).

Como veremos a continuación la MIS, en el contexto belga y español, permite sortear algunas de las barreras señaladas en el acceso y disfrute a los medios sanitarios, de las personas con itinerarios socio/culturales diversos, proponiendo miradas y vectores de actuación sensibles a la diversidad cultural.

2.1. Objetivos principales de la mediación intercultural sanitaria (MIS)

El objetivo principal de las prácticas profesionales de MIS consiste en tratar de dar respuesta a algunas de las problemáticas, vinculadas al acceso y disfrute de los cuidados, mencionadas anteriormente. Desde el punto de vista de su metodología y cuerpo epistemológico comparte diversos puntos en común con otros tipos de mediaciones, que van creciendo exponencialmente en ámbitos diversos como el familiar o el jurídico⁹, y se diferencia por su carácter intercultural.

La equidistancia con aquellos viene determinada, principalmente, por la atención que se le confiere al vector etnocultural de la situación, de multiculturalidad significativa, en la que interactúan los actores. Esto es a las trayectorias culturales (en la relación triádica prototípica de la práctica) del paciente, el miembro del personal sanitario y del propio mediador intercultural. Mientras que la interculturalidad representa el objetivo implícito en la acción del mediador, entendiendo esta como el proyecto para establecer relaciones interpersonales y sociales en las cuales la discriminación contra la raza, cultura, etnicidad, lenguaje, etc., no está permitida, y en las que los individuos se reconocen mutuamente como interlocutores

⁹ Algunos de ellos son el principio de buena voluntad de las partes o el de neutralidad (ver Giménez, 2001: p. 69).

(Giménez, 1997). Además, la noción de interculturalidad introduce una perspectiva dinámica de la cultura (y culturas) tratando de evitar la esencialización, o cristalización, de las identidades, y remitiendo, a su vez, a biografías, campos de experiencia, saberes y/o profesiones.

Desde esta perspectiva la MIS posee unos objetivos específicos entre los cuales se pueden destacar los siguientes:

- a) *Intermediación lingüística/cultural*: además de la propia labor de traducción/interpretación lingüística se trata de interpretar y crear una intersección entre las concepciones culturales relativas a la salud/enfermedad/curación (narrativas explicativas de la etiología y curación, modelos interpretativos del síntoma, etc.) que los actores, con trayectorias y biografías diversas, en la arena de cuidados poseen y escenifican.
- b) *Promoción de una atención sanitaria igualitarista y sensible a la diversidad cultural*: incluye aspectos como la formación en competencias culturales, e interculturalidad, del personal sanitario. O la promoción en salud e información de la cultura biomédica, y la idiosincrasia del sistema médico/administrativo local de cuidados, al paciente.
- c) *La defensa del paciente*: Defienden a los pacientes procedentes de minorías étnicas y culturales, como señalan Kaufert y Koolage (1984), hablando en su nombre y abogando por sus principales intereses y demandas como usuarios.

Es necesario destacar que las prácticas de MIS, que hemos podido observar a lo largo de la investigación, no pretenden sustituir las habilidades del usuario (o médico), sino que tienen un carácter de apoyo, puntual, de acompañamiento y vinculación con recursos internos y externos, al operativo de cuidados. Por otro lado, como veremos después, la diversidad de contextos en los que han emergido, principalmente en España, les confiere un carácter diferenciado cuyas especificidades, como, por ejemplo, el hecho de estar el mediador inscrito a la plantilla del personal del centro sanitario o ser externo, condicionan un tipo de práctica, objetivos y resultados.

3. MEDIADORES INTERCULTURALES, LINK WORKERS, INTÉRPRETES MÉDICOS...; SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE PRAXIS

Teóricamente, y desde el punto de vista de la intelección, podemos dividir en dos aproximaciones las prácticas que han tratado de abarcar las poblaciones y problemáticas mencionadas. Por un lado, están las aproximaciones formales, como sucede en Bélgica, basadas en la profesionalización de una figura, inserta o no al universo de los cuidados sanitarios. Y, por otro, nos encontramos con aquellas (predominantes, por ejemplo, en Francia) que hacen más hincapié en el recurso del inmigrante (Kaya y Kamm, 2005) focalizándose en la formación del personal sanitario, en comunicación intercultural, y del paciente, así como en el apoyo a las sesiones terapéuticas por medio de intérpretes.

Un ejemplo, desde la primera aproximación, de la diversidad de corpus teóricos y prácticos existentes actualmente es el de los llamados *link workers*, originarios del modelo anglosajón y sueco. El modelo basado en dicha figura nace, en contextos como Estocolmo, como rechazo a la creciente hegemonía de las nociones de distancia cultural, en las denominaciones inaugurales del «ellos y nosotros», de la población autóctona frente a la inmigrante (ver Gailly, Giménez y Bárbara, 2001). Los *link workers* actúan como conectores entre los diferentes grupos étnicos y, al igual que los mediadores interculturales, tratan de potenciar el entendimiento entre las personas con itinerarios heterogéneos, y la inclusión social de los grupos minoritarios. La diferencia que mantienen con los mediadores interculturales es que evitan problematizar la etnicidad, centrándose en la estructura de la sociedad y en los obstáculos existentes en la misma (ibídem, 2001). En opinión de sus defensores esta mirada cuestiona el modelo de desigualdad focalizado en las culturas de los pacientes¹⁰ y hace hincapié en las diferencias según la posición estructural que ocupa la persona (la clase social), el grupo étnico y los efectos de la pobreza debidos a su situación socioeconómica desventajosa (Verrept y Louckx, 1997: p. 228).

¹⁰ Algunas críticas, en este sentido, surgirán en los años ochenta en Canadá (ver O'Neil, 1989).

Otra aproximación similar en el contexto sanitario es la de los llamados «Health advocates» quienes se encargan de traducir en las consultas, pero también de educar a los profesionales de la salud y usuarios, defendiendo los derechos de estos últimos (Nierkens, Krumeich y cols., 2002: p. 254).

Si en la teoría existe una delimitación entre figuras profesionales, concerniente tanto al marco epistemológico como a la metodología a la hora de abordar las problemáticas de interés, en la práctica el desempeño de las funciones de un *link worker*, un *health advocate*, un intérprete médico o un mediador intercultural son muy similares. Un caso interesante que compromete la definición entre campos profesionales diferenciados es el de la interpretación médica y sus diversas concepciones ¹¹.

En el caso belga, particularmente en la región flamenca, la inspiración del modelo de interpretación médica proviene del canadiense de los años 80 (Kaufert y Koolage, 1984). Sin embargo, frente a la contradicción, y efectos contraproducentes en la práctica, que supone conferir un rol reducido a la interpretación este modelo ha ido progresivamente abriéndose hacia una concepción más amplia. En la actualidad, tanto en Flandes como en Valonia, la concepción del interpretariado es muy similar a la de la MIS exceptuando cuestiones del orden operativo y del método, como es el caso de la imposibilidad, del intérprete, de ver al paciente sin estar acompañado de un profesional sanitario ¹² (Verrept, 2009). Del nacimiento, características y desarrollo de la MIS, en Bélgica y España, hablamos a continuación.

¹¹ En este sentido cabe destacar el trabajo de Hsieh (2007). La autora analiza la labor que realiza el intérprete, más allá de ser un portador vacío de la palabra del otro, con respecto al co/diagnóstico y la «natural transgresión», para el buen desarrollo de su intervención, de los roles y acotada participación que (en la teoría) se le atribuye (ver también, Angelelli, 2004).

¹² Algunos de estos deslizamientos entre prácticas y figuras profesionales tienen una explicación del orden pragmático que guarda relación con decisiones políticas y subsidios demandantes de un ajuste de la terminología para satisfacer sus criterios.

4. EMERGENCIA, MODALIDADES Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL SANITARIA EN BÉLGICA Y ESPAÑA

En Bélgica la MIS profesional ha visto su nacimiento, fruto de la colaboración entre varias instituciones trabajando para los derechos de los inmigrantes ¹³, en 1991, como un proyecto piloto que a lo largo de los años acabó por consolidarse en una política de Estado la cual, actualmente, asegura un servicio que garantiza la existencia de mediadores interculturales en la plantilla del personal de aquellos hospitales que lo soliciten. Con el fin de coordinar al conjunto de los mediadores interculturales en los hospitales, desarrollando normas comunes que armonicen sus prácticas, se crearon dos coordinadores (uno en la comunidad flamenca y otro en la comunidad francófona) para la coordinación científica y doce equivalentes [cuatro en cada región (Bruselas, Flandes y Valonia)] para la mediación. En cuanto al perfil del mediador intercultural se estableció que su formación consistiese en un diploma universitario superior en orientaciones sociales o paramédicas, y que existiese

¹³ El Centre Pour L'égalité des Chances et la Lutte Contre le Racisme y el Fond d'Impulsion à la Politique des Inmigrés (FIPI), impulsaron, inicialmente en la región flamenca, la MIS. Posteriormente, en el ámbito francófono, fue implementado gracias a la labor de ONGs como Interpretariat Social et Medical (ISM) situada en Bruselas o Le Centre Universitaire de Charleroi en Valonia. Para contextualizar la emergencia de la MIS profesional en el panorama de la política migratoria belga hay que señalar que esta se encuentra diferenciada por dos concepciones equidistantes, relativas a la noción de ciudadanía y nación, correspondientes a la región flamenca y a la valona. La primera pertenece al modelo de integración socio/cultural flamenco, de inspiración holandesa, en el cual predomina una concepción étnica/cultural del nacionalismo, donde el concepto de ciudadanía se articula en torno a la pertenencia étnica/cultural y a la ascendencia (Zapata-Barrero, 2004). Un ejemplo de esta política son las clases de integración socio/cultural obligatorias para las personas de origen extranjero. El modelo universalista valón, de tipo republicano francés, en la región francófona está más vinculado a la «aceptación» de la alteridad que representa la persona alóctona a cambio de que esta consienta en compartir el proyecto común político institucionalizado. Se hace más énfasis en una integración, por medio de una asimilación cultural, de tipo socio/económica. En la región plurilingüe de Bruselas se asiste a una mezcla de ambos.

un criterio de procedencia y vinculación con una asociación que, por lo general, trabaje con minorías étnicas/culturales. Una condición suplementaria es que el mediador debe manejar una de las lenguas nacionales y al menos una de las lenguas del grupo objetivo (La Vigilante, 2006). Los colectivos que se han priorizado, desde un principio, y con los cuales se realizan en la actualidad un mayor número de intervenciones, porcentualmente y considerando que el total de las mismas tiene lugar en más de diecinueve lenguas, son el turco y el marroquí.

Las problemáticas principales que desembocaron en la instauración de la MIS en el ámbito hospitalario belga han sido:

- a) El personal sanitario en los hospitales tiene dificultades para asegurar las prestaciones de cuidados satisfactorias cuando se encuentran con personas de origen extranjero que no hablan su lengua y que tienen una cultura diferente de la suya.
- b) Las incomprensiones lingüísticas y culturales degeneran a menudo en situaciones conflictivas incapaces de ser gestionadas. Este es el caso, por ejemplo, de las problemáticas que se derivan del secreto profesional, las malas traducciones¹⁴, etc. (Es-Safi, 1996).
- c) Los pacientes de origen extranjero suelen quedarse como media más tiempo en el hospital que los otros (Rosenfeldt, Hodaibi, 2006).

Si bien el devenir del servicio de MIS en hospitales belgas no ha estado exento de obstáculos, como, por ejemplo, los recortes presupuestarios o la falta de implicación de algunos centros de salud a la hora de promover el servicio en su seno, en cuestión de una década

¹⁴ La legitimidad de la MIS ha sido reforzada por la ley relativa a los derechos de los pacientes del 22 de agosto de 2002, la cual estipula entre otras cosas que: «Cada paciente tiene el derecho a la prestación de cuidados sanitarios de buena calidad respondiendo a sus necesidades, y en el respeto de su dignidad humana y autonomía. Este derecho implica a su vez que los valores culturales y morales y las convicciones filosóficas y religiosas de los pacientes deben ser en todo momento respetadas» (artículo 5). «La información debe ser dada al paciente en una lengua clara y comprensible para él» (artículo 7). (GBS, 2002: «La loi du 22 du aout relative aux droits du patient».) Dicha ley confiará el ejercicio y articulación de la mediación intercultural a una Comisión federal la cual definirá, entre otras cosas, sus modalidades de funcionamiento (ver Volckrick, 2008).

la demanda ha experimentado un crecimiento exponencial pasando de ser, en 1996, veinte centros, a cincuenta y ocho en 2006, de los cuales cuarenta y ocho son hospitales generales y diez psiquiátricos¹⁵ (Verrept, 2008: p. 188).

En el año 2010 se comenzó a trabajar con una nueva modalidad de intervención mediadora intercultural en los hospitales a través de internet. Ha despegado como un proyecto piloto que, de funcionar bien, intentará extenderse a diversos hospitales centralizando la labor del mediador en formato red. Esto es crear un centro desde el que trabajen los mediadores interculturales y mantenerles vinculados con una serie de hospitales por medio de internet, desplazándose en los casos necesarios.

En el panorama del Estado español la MIS no ha experimentado una emergencia y desarrollo vehiculado por una política de estado si no que, por el contrario, ha surgido como una amalgama de prácticas fruto de subsidios y coyunturas diversas. La ausencia de un modelo centralizado¹⁶ no ha repercutido, sin embargo, en una disolución de la mediación intercultural en un conjunto de prácticas con miradas, cuerpos teóricos y metodologías equidistantes e inconexas.

¹⁵ Territorialmente su presencia se distribuye, aproximadamente, en un 50% en Flandes, un 24% en la zona valona y un 26% en Bruselas. Con respecto al género porcentualmente hay una gran mayoría de mujeres, llegando a representar el 88% (Rosenfeldt, Hodaibi, 2006). Esta es una característica a destacar, sobre todo si se tiene en cuenta que las intervenciones suelen ser aproximadamente las mismas en hombres y mujeres. Una explicación de esta tendencia podemos encontrarla en el hecho de que las mujeres acuden mayoritariamente a las ofertas de empleo de MIS. Las trayectorias, disponibilidades laborales y adecuaciones polivalentes a contextos diversos y pacientes (que incluyen áreas y demandas médicas, como la ginecología, de difícil acceso para los hombres) son algunas de sus causas. Esta tendencia genera una segregación sexual que tiene su correlato excluyente en servicios y consultas destinados a hombres, a los cuales les resulta bastante difícil hablar, por ejemplo, de Infecciones de Transmisión Sexual o de problemas de próstata con mediadoras (Verrept, 2009).

¹⁶ Por el momento la agenda predominante en España, protagonizada por la ausencia de una línea directiva de las políticas migratorias, es la de las políticas universalistas o generalistas considerando al colectivo inmigrante un grupo más receptor de las actuaciones asistenciales en, por ejemplo, sanidad o educación (López Sala, 2005: p. 174).

Las problemáticas a las que la constelación de prácticas ha tratado de dar respuesta, desde 1997¹⁷ cuando se creó el primer servicio de mediación intercultural (el SEMSI) en el territorio español, han sido muy similares al caso belga. Estas tienen que ver a su vez con cuestiones como el desconocimiento, por parte de los pacientes de origen extranjero, del funcionamiento del sistema de salud (acudir a la consulta sin cita previa o, cuando se trata de patologías leves, directamente a las urgencias), las relativas a la traducción/interpretación lingüística y cultural para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, etc. (ver Raga, 2006; o Moreno, 2004). Sus vectores de actuación son a su vez dos: la intervención en primera línea y la sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural.

Heterogénea comprendiendo ámbitos diversos como el de la salud primaria o el hospitalario¹⁸, sus modalidades de actuación están divididas por dos configuraciones que delimitan su práctica y objetivos. Por un lado encontramos la inserción del mediador intercultural a la plantilla del centro sanitario. Y, por otro, la condición itinerante del mediador intercultural quien acude a los centros de salud cuando es demandado. A modo de breve apunte cabe destacar que, dentro de la primera modalidad, se inscriben prácticas, entre otras, como la del Hospital del Mar de Barcelona¹⁹, el Hospital la Fe de Valencia (ver Laghrich, 2004) o el centro de atención primaria de Parla (Madrid). En la segunda, cuyas intervenciones son demandadas tanto por los trabajadores sociales como por el personal sanitario, se ubican prácticas como la que lleva a cabo Médicos del Mundo en Talavera y Toledo, el pionero SEMSI²⁰ en Madrid, o el Programa Regional de Integración Social en Guadalajara (ver Muñoz, 2010).

Muchas de estas prácticas han dependido, desde su inicio, variablemente del voluntariado y/o los contratos/becas a tiempo determinado gracias a la financiación de entidades privadas, o a los sub-

¹⁷ Giménez (2007) distingue tres periodos en la gestación y desarrollo de la Mediación Intercultural en España. El primero de génesis (1994-1997); un segundo de consolidación de iniciativas (1998-2002); y la etapa de la expansión (a partir del 2003).

¹⁸ En algún caso trabajan también, en la lucha contra la exclusión social y sanitaria, en el ámbito asociativo.

¹⁹ Para un estudio detallado del caso ver Antonin (2009).

²⁰ Desaparecido en 2010 por falta de financiación.

sidios, puntuales y de incierta duración, regionales o municipales. Por otro lado, encontramos, al igual que en Bélgica, una mayoría de mujeres mediadoras, así como colectivos culturales, objeto de intervención, diversos según el caso. En algunos, como en el Hospital del Mar, se prioriza una coincidencia cultural/nacional del mediador con el colectivo mayoritario de intervención. En otros, por ejemplo el Hospital la Fe, esta prioridad es más lingüística incluyendo mediadores de origen autóctono que conozcan las lenguas requeridas en la intervención ²¹.

5. CONSIDERACIONES DE LA MIS EN BÉLGICA Y ESPAÑA. VENTAJAS Y DESVENTAJAS EN LA LUCHA CONTRA LA EXCLUSIÓN A LOS CUIDADOS SANITARIOS

La actual práctica profesional de la MIS en Bélgica y España posee, como hemos visto, diferencias en cuanto a las condiciones materiales y políticas en las que se produce y se desarrolla en ambos países, así como en sus campos de actuación y en las características de la inserción del mediador intercultural a los mismos. Sin embargo, sus objetivos, aproximaciones y métodos son muy similares, compartiendo, en este sentido, una gran parte de los aspectos problemáticos condicionantes de su práctica, así como también sus ventajas y fortalezas en la lucha contra una provisión de cuidados sanitarios desigual y excluyente. De ello hablamos a continuación.

5.1. Fortalezas de la MIS

La MIS cumple una serie de funciones, como hemos visto anteriormente, relativas a la intermediación lingüística/cultural, la promoción de una atención sanitaria igualitarista y sensible a la diversidad cultural y la defensa del paciente.

Uno de los logros más importantes de la MIS lo constituye el hecho de que los mediadores faciliten, en la mayoría de los casos,

²¹ El único proyecto, de MIS, existente a nivel estatal ha sido el promovido por la entidad privada La Caixa, comenzando en 2006 con sesenta y cuatro mediadores interculturales, en áreas diversas como la sanitaria, repartidos por todo el territorio nacional.

el intercambio de información correcta y detallada entre el personal sanitario y los pacientes. Además del ejercicio de interpretación lingüística, esto es posible a través de la corrección de malentendidos, la clarificación de interpretaciones erróneas de conductas y expresiones del interlocutor, o la adaptación de las conversaciones y preguntas, del personal sanitario y paciente, al modo de hacer de la cultura del otro²². Dicha mejora en la comunicación implica, para los profesionales de la salud, el aumento en su capacidad para identificar y distinguir, al conocer mejor el contexto vital del paciente, entre distintos diagnósticos y etiologías (somáticas, psico/sociales...) posibles. Así como optimizar la calidad de la participación del paciente en un examen, en un proceso diagnóstico o curativo, pudiéndose obtener mejores resultados en el mismo²³.

La MIS incide en la mejora del grado de autonomía del paciente en los casos de enfermedades crónicas o de media/larga duración. Para ello es importante que, tanto el paciente como su entorno familiar/afectivo, sean informados de forma eficiente con el fin de mejorar la calidad de los cuidados que se le van a dispensar.

A la hora de abordar cuestiones que guardan relación con la diversidad de modelos explicativos de la dolencia y la curación que tienen los pacientes y los profesionales sanitarios, la MIS desempeña un papel importante. Este es el caso de la interpelación a etiologías y sistemas curativos de tipo no biomédico por parte del paciente y/o su entorno.

²² La aparición del mediador intercultural y el cambio de la figura de un intérprete «natural» a otro profesional, da lugar a procesos de distensión y apertura en la comunicación, entre paciente y personal sanitario, que limitados a la actuación profana resultan problemáticos. En este sentido la intervención del intérprete natural no siempre es beneficiosa ya que muy a menudo se trata de alguien perteneciente al núcleo familiar, lo cual compromete la exploración de cuestiones sensibles, o referentes a dicho núcleo, en su presencia.

²³ Cuando la comunicación es mala, y no existe una mediación/interpretación médica, sucede con frecuencia que se debe repetir un examen o prueba, lo cual implica una pérdida de tiempo, tanto para el personal sanitario como para los pacientes [además de un mayor coste personal, para el paciente, y económico para la institución (y el paciente en el sistema de copago belga)]. Por otro lado, existen diversos estudios que afirman que se da una incidencia destacable en la ayuda al proceso curativo cuando el paciente conoce lo que tiene y como va a curarse (ver Skrabanek y McCormick, 1992).

Una intervención del mediador intercultural (en el hospital psiquiátrico Titeca de Bruselas²⁴) que refleja su labor cuando se trata de negociar estrategias terapéuticas e interpretar comportamientos del paciente, en apariencia anómalos e irresponsables para el personal hospitalario, comprometedores de la convivencia en la institución y la mejoría de su dolencia, queda reflejado en el siguiente relato:

«Las autorizaciones de salida del hospital eran desde las 14:00 h. hasta las 18:00 h. A las 18 00 h. había que volver. Esta paciente (mujer, de 27 años y origen marroquí) volvía siempre más tarde, se quedaba hasta las 19:00 h., las 20:00 h. Cada vez que sucedía todo el equipo médico la criticaba..., estuvieron a punto de echarla fuera (y ella quería quedarse en el hospital). Además, se dieron cuenta de que no tomaba su tratamiento. Así es que hablé con ella: “Mira todo el mundo se queja, vuelves tarde, ¿qué es lo que pasa?”. Y ella me contesta: “Yo no me atrevo a decirlo pero voy a ver a un curandero que me pide ir a verle en el momento de la puesta de sol, y debo parar mi tratamiento en ese momento...”, me dice “si les cuento esto me van a tratar como loca”. Así que fuimos a negociar con el médico, en triada. Entonces se acordó que el tratamiento se desplazaba y podía salir, durante algunos días, lo que el tratamiento del curandero fuese a durar... (el médico) le preguntó que cuánto tiempo quedaba y era una semana todavía, así es que durante una semana podía salir hasta la puesta de sol»²⁵. (Entrevista personal Soulef, mediadora intercultural en Titeca, 2009. Traducción propia.)

²⁴ El hospital psiquiátrico de Titeca, nacido en el siglo XIX, practica dos sistemas de internamiento. De las 615 personas ingresadas, en 2008, 456 lo están en régimen obligatorio bajo orden judicial y 159 en internamiento voluntario. Los orígenes mayoritarios de las personas extracomunitarias (un 43%) y las comunitarias migradas (un 14%) son, al igual que la población del barrio donde está emplazado el hospital (Schaerbeek), turco y marroquí (Reunión personal con mediadores interculturales de Titeca, 2009). Por otro lado, la implantación del servicio de mediación intercultural en Titeca se remonta al año 2001. En el momento de la investigación, 2009, los mediadores interculturales eran una mujer de origen argelino (de formación psicóloga) y un hombre de origen marroquí (formado en ciencias sociales).

²⁵ Un elemento significativo en la intervención concierne al hecho de que la paciente concibe como imposible poder contar ella misma el motivo de su retraso al temer ser tratada como loca. En el tenue límite entre la legitimidad de su discurso y su ausencia, en el contexto de los mecanismos de «protección interpersonal» de los profesionales con los pacientes (conside-

Si bien este tipo de intervenciones de mediación/interpretación, en las que se encuentran implicados el paciente y el personal sanitario, son de gran importancia no comprenden, por lo general, más de un 30% del total de las que tienen lugar en cada centro sanitario. Muchas de las aportaciones, de la práctica de la MIS, en la mejora del acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero vienen propiciadas por una mayoría de actuaciones, cotidianas y no focalizadas en el conflicto, relacionadas con la explicación del funcionamiento y los usos del sistema sanitario al paciente y su entorno²⁶ (como la cita previa, la tarjeta sanitaria, en el caso español, la Ayuda Médica Urgente y el sistema de mutualidades, en Bélgica, etc.). O la vinculación con recursos de tipo social.

Desde esta perspectiva los mediadores interculturales, en línea con la filosofía de las iniciativas en salud comunitaria y los, mencionados anteriormente, *link workers*, consideran las barreras e impedimentos al acceso y disfrute igualitario de los medios sanitarios desde una perspectiva multifactorial donde se tiene en cuenta la posición social que ocupa el sujeto y los condicionantes estructurales a su afiliación, más amplia, con los recursos e instituciones de la sociedad de destino²⁷. Si el trabajador social ve limitada, con frecuencia, su misión de defensa del paciente a la gestión administrativa en un despacho y al condicionante lingüístico, el mediador intercultural defiende un carácter itinerante y, cuando la disponibi-

rados en su mayoría psicóticos con delirios frecuentes), el mediador intercultural actúa de portavoz de una narrativa, desde la alteridad, que subvierte el orden disciplinario de la institución. Para exponer una alternativa, en la mejora de la eficacia terapéutica, propuesta por el paciente y su entorno socio/cultural.

²⁶ En algunas ocasiones, hemos podido observar en el trabajo de campo, que también el personal sanitario desconoce aspectos del funcionamiento del aparato de atención sanitaria en el que trabaja. Este es el caso, por ejemplo, de la llamada Ayuda Médica Urgente en Bélgica, o del derecho al trámite de la cartilla sanitaria en España.

²⁷ La vinculación del medio asociativo, del cual provienen los mediadores interculturales en ambos países, con el sanitario plantea un modelo de intervención no sólo en términos individuales/culturales sino también colectivos, y políticos, con el usuario migrante (o autóctono que demande este servicio) y las problemáticas de su interacción con las culturas de las instituciones del país. Además de promover la posibilidad de tender puentes entre el ámbito civil asociativo y el institucional.

alidad lo permite, en primera línea poseyendo además herramientas para la traducción/interpretación cultural y lingüística.

Esta modalidad de intervención, cotidiana, les permite a su vez fomentar una conciencia, en el personal sanitario y administrativo, de atención sanitaria sensible a la diversidad cultural, por medio de actividades y seminarios formativos, desplegando estrategias como, por ejemplo, las competencias culturales. Y promover reuniones con los pacientes con el objetivo, además de lo ya mencionado antes, de la prevención y promoción de la salud.

Al mismo tiempo el mediador intercultural sanitario tiene una repercusión importante en diversos aspectos de la vida social de los pacientes como, por ejemplo, con respecto al mejor conocimiento de los usos y costumbres del país de acogida, al funcionamiento de las instituciones, así como el fomento de una percepción de reconocimiento desde las autoridades hacia ellos (Es-Safi, 1996).

En resumen, las prácticas de MIS promueven, como consecuencia de lo ya mencionado, una mayor satisfacción del paciente y del personal sanitario, incidiendo en una mejor convivencia, así como en la lucha por la equidad en el acceso y disfrute a los cuidados de salud de las personas, con trayectorias socio/culturales diversas, de origen extranjero, evitando la creación de guetos sanitarios (como la llamada medicina de los inmigrantes) (Caramés, 2008: p. 275).

Por último cabe añadir dos aportes beneficiosos, para una equitativa atención sanitaria en la diversidad cultural, del ejercicio de la MIS en Bélgica y España. Por un lado los mediadores, en sus intervenciones cotidianas, promueven el trabajo en red, con los actores que trabajan en el centro de salud, y el acercamiento del sistema sanitario a los diferentes contextos sociales y culturales existentes en la sociedad a la que pertenece. Permitiendo reformular, en este sentido, el formato de trabajo hiperdepartamentalizado de la atención sanitaria actual, así como apostar por un modelo de gestión del conocimiento, y su producción y transmisión, más vinculados a la generación de valor que al almacenamiento y manipulación, técnico-burocrática, de datos.

Por otra parte, es destacable el importante papel de observatorio social que la MIS desempeña, en cada lugar de intervención, constituyéndose como una plataforma desde la que se pueden realizar ciertas reflexiones acerca de la vida en los hospitales y centros de salud. Entre otras las relativas al acceso a los cuidados de calidad para las personas y colectivos más vulnerables, el estatus

de enfermo en la relación terapéutica, las relaciones y dinámicas culturales de poder entre personal sanitario y paciente, y los aspectos relativos a las condiciones materiales en las que se desarrollan los cuidados.

5.2. Debilidades y problemáticas de la práctica actual en MIS

En lo que se refiere a las debilidades de la práctica de la MIS, en la actualidad, se pueden destacar principalmente tres dimensiones problemáticas. Por un lado, como veremos a continuación, están aquellas que se refieren a las características técnicas del ejercicio de traducción/interpretación, entre mediador, paciente y personal sanitario. En segundo lugar, encontramos las relativas a los supuestos implícitos biográficos del mediador intercultural. Por último, cabe señalar el estatus, la profesionalización del mediador intercultural y las condiciones en las que se desarrolla su práctica.

5.2.1. *Los aspectos técnicos de la mediación/traducción/interpretación médica*

El ejercicio de la traducción/interpretación médica es complejo implicando la necesidad de dedicar tiempo para el examen, traslación y aclaración de respuestas y términos utilizados, muchos de los cuales no tienen necesariamente equivalencia en la lengua destino o, si existe, no siempre es comprendida. El tiempo dedicado y la propia complejidad de la traducción, según comentan algunos mediadores, no siempre es entendida por los profesionales sanitarios considerándolo excesivo. En el caso de traducir de forma escueta, como ocurre a veces con el fin de hacer la consulta más fluida, se puede dar pie a ambigüedades y falsas interpretaciones. En este mismo sentido los mediadores no traducen sistemáticamente de forma literal, suelen filtrar aquellas informaciones que pueden ser relevantes desde el punto de vista médico. En algunos casos el problema está en su capacidad de determinar la información contextual que es relevante o no para el diagnóstico clínico. Por otro lado, los mediadores son percibidos, por ciertos profesionales sanitarios, como positivos en intervenciones puntuales, sin embargo, cuando se trata de sistematizar su trabajo su presencia puede ser vista como un

freno a la integración de las poblaciones extranjeras que no harán esfuerzos para aprender la lengua y cultura del país de acogida. Al mismo tiempo consideran que sus funciones, más allá de la traducción/interpretación, se solapan con las de otros profesionales, como los trabajadores sociales, siendo redundantes.

Con el objetivo de facilitar el desarrollo pautado de la consulta sin poner en duda la legitimidad y el rol que desempeña el médico, así como evitar la manipulación y distorsión de lo comunicado entre este y el paciente, el mediador intercultural tiene la prohibición metodológica de hacer de intérprete directo debiendo ceñirse única y exclusivamente a las palabras textuales del médico. Dicha norma, que pretende preservar de ingerencias negativas la diada médico/paciente, circunscribe el papel del mediador al de un traductor, viéndose limitadas otras funciones que podrían coadyuvar a la defensa de los intereses del paciente (y, por ende, a las del personal sanitario también), como por ejemplo el cuestionamiento del saber hacer cultural de los profesionales sanitarios cuando este implica el abuso de poder, el comportamiento discriminatorio o la negligencia.

5.2.2. La comunicación desde los supuestos implícitos biográficos del mediador intercultural

En muchas prácticas de MIS se suele priorizar la coincidencia cultural entre el mediador y los pacientes destinatarios. Esta decisión viene determinada por el componente idiomático pero también por la suposición de que dicha coincidencia genera una situación intracultural en la cual existe una complicidad etnográfica en los valores, representaciones y conductas compartidas entre ambos. Además de convertir al mediador en un etnógrafo que no necesita manejar las teorías generales de la cultura si no que su conocimiento está naturalizado en su propia experiencia de vida, y en la asunción de una comunidad compartida por una delimitación, en la mayor parte de los casos, nacional o regional. Dicha formulación se basa, en mi opinión, en una visión estática y no realista de la cultura, no teniendo en cuenta la diversidad cultural en los diferentes contextos geográficos, así como tampoco las variantes de la experiencia individual de la cultura dentro de un grupo dado, ni el calidoscopio de identidades múltiples, e interrelacionales, que posee y produce cada persona en situaciones diferentes.

El aspecto problemático reside en la gestión de los supuestos implícitos biográficos del mediador, el paciente (y el profesional sanitario), intervinientes en procesos, entre otros, como la transferencia y contratransferencia, determinantes en la eficacia comunicativa. Suponer que la coincidencia de lo «entendido por cultura» coadyuva en dichos procesos de mediación sin tener en cuenta la diversidad de las trayectorias personales y culturales, de los pacientes y del personal sanitario, puede propiciar, por ejemplo, situaciones en las que los actores trasladan ciertos *a priori* y problemáticas de la diversidad de dichos contextos, supuestos como homogéneos, al ámbito de la consulta. Si bien facilita, con frecuencia, procesos como los relativos al idioma compartido, posee una dimensión problemática que, en nuestra opinión, remite a la omisión, de sus defensores, de la capacidad de representar comunidades compartidas (lingüísticas, religiosas, migratorias, de clase, etc.) de los actores más allá de lo legitimado, en su dimensión reducida y taxonómica, por la noción de cultura restringida al estado/nación²⁸.

Factores como el nivel de aculturación, y/o el de la emigración/generación, así como los de la procedencia social y la coincidencia de lenguajes y registros propios de trayectorias vitales compartidas²⁹, parecen desempeñar un papel a destacar, más allá de las pretendidas coincidencias étnicas/nacionales, en dicha mediación.

La injerencia de las variables biográficas del mediador intercultural y la inserción de los procesos de construcción (y presentación) de su subjetividad con la de sus interlocutores, en una situación donde estos procesos se vuelven profesionalmente significativos, condiciona, en ocasiones, su práctica. En el ejercicio de la traducción y su relación con la variable de la identidad cultural, y sus múltiples niveles, encontramos casos en los que el mediador se niega a traducir ciertas preguntas y respuestas concernientes, por ejemplo,

²⁸ En Bélgica y España hemos sido testigo de algunas situaciones en las que el paciente se negó a que le atendiese, o participase en la consulta, un profesional sanitario, o mediador intercultural, de su mismo origen regional/cultural al tener una percepción infravalorada del primero, confiriéndole menos conocimientos científicos, por ser de origen extranjero, que al autóctono. O rechazar ser «alterizado» por el mediador, o temer que su privacidad sea vulnerada al pertenecer ambos a la misma comunidad cultural en el país de destino.

²⁹ Me remito a lo señalado anteriormente, en este sentido, en el apartado 2.

a la vida privada de sus clientes o el uso de anticonceptivos (Verrept y Louckx, 1997: p. 223). Como también que, al contrario, hagan un mayor énfasis en esas cuestiones, al valorizarlas como emancipadoras. De igual manera puede suceder con el mayor o menor hincapié en discusiones acerca de modelos explicativos o, por ejemplo, remedios populares entre mediadores y personal sanitario.

5.2.3. *Estatus, profesionalización y condiciones en las que se desarrolla la práctica del mediador intercultural*

Una de las demandas principales que suelen exponer los mediadores interculturales sanitarios, en Bélgica y España, es que, en la actualidad, la mediación no está bien reconocida como profesión, lo cual condiciona el buen desempeño de su trabajo³⁰. Además de los factores mencionados antes, que inciden en el escaso grado de profesionalización (siendo a su vez, en algunos casos, consecuencias del mismo), el éxito en el desarrollo de la labor mediadora, y de la defensa del paciente, está determinado por variables, interconectadas entre sí, como la actitud, y conocimiento, de los profesionales sanitarios con respecto a su trabajo, y las condiciones materiales en las que se desarrolla.

El desconocimiento del servicio de MIS en muchos de los centros sanitarios que investigamos, manifiesto especialmente en aquellos con un tamaño medio o grande como los hospitales, así como la falta de coordinación³¹ del servicio con los profesionales sanitarios, fue una tendencia que se repitió, de forma recurrente, en ambos países³².

³⁰ Ver, entre otros, Muñoz, 2010; o Verrept y Louckx, 1997.

³¹ Un factor que se revela fundamental es el de la necesidad de una buena integración del servicio de mediación intercultural, como señala, entre otros, Verrept (2008: p. 199), en el centro de salud, así como la coordinación con los profesionales sanitarios y los mediadores para una actuación conjunta eficaz. Por otro lado, la colaboración tanto de la administración, los servicios y profesionales públicos, como la de la población o comunidad es vital para el buen desarrollo de las funciones de la MIS.

³² Las estadísticas con respecto a quién toma la iniciativa a la hora de intervenir, siendo mayoritariamente el mediador intercultural, y qué tipo de intervención predomina, menos de un 50% en las prácticas de ambos países tienen lugar de forma triádica, son explicativas de esta tendencia (ver Muñoz, 2010; y Molina, Gailly, Giménez y Guest, 2001: p. 151).

Esto se debe, entre otras cosas, a la dificultad de convencer a los profesionales sanitarios de la importancia del papel del mediador intercultural y de no aceptar, salvo en casos de emergencia en los que este no se encuentra disponible, trabajar con intérpretes informales. A su vez hay que destacar que la mayor parte de los pacientes no conocen, de antemano, el servicio de MIS, ni cuáles son sus funciones, en su centro de salud.

Por otro lado, la limitada disponibilidad temporal de los mediadores, que, como veremos a continuación, se deriva de las condiciones de su práctica, incide en los pocos encuentros entre estos y el personal sanitario, así como en el hecho de que no puedan estar presentes en muchos momentos relevantes para el paciente.

A la hora de explicar las barreras que encuentra la profesionalización de la MIS, así como los desencuentros entre mediadores y profesionales sanitarios, son determinantes las condiciones materiales en las que se desarrolla el trabajo de estos, muy a menudo marcadas por la ausencia de tiempo y la masificación, y las que articulan y posibilitan las prácticas de MIS. En el primer caso, la presión del tiempo³³, sobre todo en los grandes hospitales con fuerte carga de trabajo, provoca que profesionales sanitarios y mediadores interculturales no discutan apenas de los problemas que surgen durante su colaboración, o de como conciben cada uno su intervención, generándose una situación de incomprensión por ambas partes. Lo cual repercute en un fuerte estrés para los mediadores y en un desentendimiento creciente por parte de los profesionales sanitarios. En lo que se refiere a la injerencia de las condiciones materiales, que posibilitan la práctica de la MIS, en una escasa profesionalización, estas son diferentes en ambos países. La cuestión, mencionada antes, de la falta de contacto, entre el personal sanitario y el mediador, y la reducción de sus funciones al establecer una menor relación cotidiana con la vida del centro de salud, fruto de su limitada disponibilidad de tiempo, es más acuciante en el caso español. En la constelación de prácticas que se dan en su seno los mediadores son, muy a menudo, figuras externas al centro de salud que deben ser llamadas por teléfono para una intervención. O cuando son figuras inscritas al mismo trabajan varios días a la semana

³³ O la dificultad, a la hora de conocer el servicio y tener un contacto cotidiano con el mismo, que emana de los cambios (a menudo habituales), y dinámicas organizativas, del personal del centro de salud.

o a media jornada. A todo ello hay que sumarle que, en España, una gran parte de los mediadores desempeñan sus funciones con frecuencia en calidad de voluntarios (no remunerados) (Campos, 2005: p. 4), lo cual conlleva una serie de implicaciones que van en detrimento de su consolidación profesional.

Por otro lado, al ser requerida su presencia por el personal del medio sanitario interesado, su existencia, y su capacidad de denuncia y cuestionamiento de los aspectos que vulneren la igualdad en el acceso y disfrute a los medios sanitarios de los pacientes, viene determinada por la coherencia (o subordinación) con la que actúa en las lógicas hegemónicas de la plantilla cultural de cuidados en la que trabaja.

6. LA APUESTA POR LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO COMO PRÁCTICA DE INCLUSIÓN Y DISFRUTE EQUITATIVO DE LOS CUIDADOS DE SALUD. CONSIDERACIONES FINALES

El punto de partida teórico/epistemológico característico de la MIS es, como menciona Giménez (1997) para el conjunto de praxis de mediación intercultural, el énfasis que se le confiere al vector etnocultural de la situación, de multiculturalidad significativa, en la que interactúan los actores. En este caso, y como hemos visto, alberga el fin de identificar y abordar las variables que redundan en la exclusión al acceso y disfrute de los medios sanitarios de, principalmente, las personas de origen extranjero. La mayoría de las prácticas de MIS, que analizamos en nuestra investigación, muestran como el eje lingüístico/cultural sirve, a menudo, para formular una concepción de las barreras a los cuidados sanitarios sensible a las posiciones socio/estructurales que ocupan las personas, y a la cohabitación de narrativas diversas de los procesos salud/enfermedad/atención, desde una apuesta de cuidados, con un carácter comunitario similar a los *link workers*, articulada de manera ecosistémica y en red. Lo cual incluye considerar desde los factores, que inciden en el acceso del paciente, lingüístico/culturales, hasta los jurídico/administrativos y sociales.

No obstante, en su práctica actual existen variables relativas a las condiciones materiales en las que se efectúa, y la voluntad polí-

tica institucional que las articula, que son de un valor capital para entender algunos de sus principales condicionantes en la defensa de un acceso y provisión de cuidados sanitarios igualitaria. Esto nos lleva a los actuales, y diferenciados, marcos de reconocimiento y profesionalización, financiación y coordinación de la práctica en MIS en Bélgica y España, tal y como vimos en el apartado correspondiente.

En el caso español la frecuente imposibilidad de que el mediador intercultural trabaje en el seno de la institución a media o plena jornada, debiendo ceñirse a intervenciones puntuales, marcadas por la demanda, como figura itinerante, conlleva una serie de limitaciones. Estas corresponden a su función de defensa del paciente y ayuda al personal sanitario, por medio del contacto diario en los diversos espacios del centro de salud (algunos tan relevantes como la recepción o las urgencias). Así como al fomento cotidiano de una atención sanitaria sensible a la diversidad cultural y a la prevención del conflicto, difícil de promover sin su integración, y coordinación, en el campo con los profesionales de salud (tal y como señala Verrept, 2008). Esta situación influye, de igual manera, en lo relativo a su profesionalización, calidad en el desempeño de sus funciones y reconocimiento institucional, variables que se encuentran condicionadas por la inestabilidad, cuando no inexistencia por parte del erario público, financiera en los proyectos, y, como se indicó anteriormente y menciona Campos (2005), por una dependencia del voluntariado.

En Bélgica, el marco, comparativamente, de estabilidad en la financiación, coordinación y seguimiento del proyecto, en los diferentes niveles geográfico/administrativos, permite sortear algunos de los aspectos problemáticos mencionados antes. Si bien en la práctica esta se ve, no obstante, confrontada con debilidades relativas a, entre otras, el desconocimiento de su papel por parte de los profesionales sanitarios, las condiciones, de tiempo y materiales, en las que estos trabajan, y la confrontación con la plantilla cultural de cuidados biomédicos incide en dimensiones como la delimitación reductiva de sus funciones y metodología.

Con sus fortalezas y debilidades actuales se puede concluir aquí que la reformulación, desde la cultura, la desigualdad y la exclusión a la atención sanitaria institucional, en las praxis profesionales de MIS en ambos países, redundará en valiosas aportaciones a la hora de luchar por una universalidad factual en el acceso y disfrute a

dicha atención que comprenda a las personas, con itinerarios socio/culturales diversos, de origen extranjero. La perspectiva de otredad que, en la práctica, explora la MIS lo es a su vez de reconocimiento y vindicación del imperativo que apela a la igualdad de todas las personas a recibir una adecuada asistencia, preventiva y/o curativa, en los medios sanitarios de derecho común.

BIBLIOGRAFÍA

- ANGELELLI, C. V. (2004): *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge. Cambridge University Press.
- ANNANDALE, E. (1998): *The sociology of health and medicine*. Cambridge, Cambridge Polity Press.
- ANTONIN, M. (2009): *La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña*. Tesis Doctorales en Red (www.tdx.cat).
- BOLTANSKI, L. (1971): «Les usages sociaux du corps». *Annales, économies, sociétés, civilisations*, vol. 26, pp. 205-231.
- CAMPOS, J. (2005): «Mediación intercultural y traducción interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a la población inmigrante de origen magrebí». IX Jornadas de fomento a la Investigación, Universidad Jaume I (www.uji.es/CA/publ/edicions/forum.html).
- CARAMÉS, M. (2008): «Gestionando la diversidad en el ámbito sanitario». En GERARDO F. JUÁREZ: *La diversidad frente al espejo*. Quito: Abya Yala.
- DE MUYNCK, A. (2004): «Mediación Intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes?». *Quaderns CAPS* 32, pp. 40-46.
- GAILLY, A. (2009): «La atención sensible a la cultura». En COMELLES, J.; ALLUÉ, X. B., y COLS. (comps.): *Migraciones y salud*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Vigili.
- GAILLY, A.; GIMÉNEZ, C., y GUEST, B. (2001): *Social linkworking and intercultural mediation in europe*. Umea. PfmI.
- GBS: GROUPEMENT DES UNIONS PROFESSIONNELLES BELGES DES MÉDECINS SPÉCIALISTES (2002): *La loi du 22 du aout relative aux droits du patient* (<http://www.vbs-gbs.org/legislation/2002022737.asp>).
- GIMÉNEZ, C. (1997): «La naturaleza de la mediación». *Revista Migraciones* 2, pp. 125-160.
- (2001): «Introduction: European Contexts of TPL: Madrid». En GAILLY, A.; GIMÉNEZ, C., y GUEST, B. (2001): *Social linkworking and intercultural mediation in europe*. Umea. PfmI.

- GIMÉNEZ, C. (2007): *¿Por qué estamos aquí y como hemos llegado? Primer Encuentro de Mediadores y Mediadoras Interculturales* (2 de diciembre de 2008) www.ceimigra.net/descargas/Conferencia_Marco.pdf.
- HSIEH, E. (2007): «Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters». *Social Science and Medicine* 64, pp. 924-937.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2010): revisión del padrón municipal 2010: www.ine.es
- KAYA, B., y KAMM, M. (2005): «Les employes migrants dans le domaine de la sante et leurs ressources potentielles: une recherche/action». Swiss Forum for migration and population studies, *Rapport de recherche* (diciembre).
- KAUFERT, J., y KOOLAGE, W. (1984): «Role conflict among “culture brokers”: The experience of native Canadian medical interpreters». *Social Science and Medicine* 18, pp. 283-286.
- ES-SAFI, L. (1996): «Malades ici, venus d’ailleurs. Peut-on les comprendre?». *Résonances édition*, pp. 3-45.
- LA VIGILANTE (2006): «Médiation et nouvelles régulations sociales. Les métiers de la médiation». *Asbl l’APF. Dossier* 23.
- LAGHRICH, S. (2004): «Reflexiones sobre la Mediación Intercultural y experiencias desde la comunidad valenciana». *Revista Electrónica de Estudios Filológicos* 8 (<http://www.um.es/tonosdigital/znum8/estudios/11-Salou.htm>).
- LÓPEZ SALA, A. (2005): *Inmigrantes y Estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria*. Barcelona, Anthropos.
- MÉDICOS DEL MUNDO (CASTILLA-LA MANCHA) (2007): *Servicio de mediación sanitaria lingüística e intercultural Castilla la Mancha* (http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/home/mediacion_sociocultural.pdf).
- MIGHEALTHNET (2008): *Accès aux soins de santé pour les personnes en situation illégale* (<http://www.mighealth.net/be>).
- MORENO, A. (2004): «Prevalencia de infección tuberculosa en las personas inmigrantes del área de salud de Toledo». *Revista Española de Salud Pública* 78, 5, pp. 593-600.
- MUÑOZ, R. (2010): *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental. Estudios de caso en Bélgica y España*. Tesis doctoral inédita (<http://www.biblioteca.universia.net>).
- NIERKENS, V.; KRUMEICH, A., y cols. (2002): «The future of the intercultural mediation in Belgium». *Patient Education and Counseling* 46, pp. 253-259.
- O’NEIL, J. (1989): «The cultural and political context of patient dissatisfaction in cross-cultural clinical encounters: a Canadian Inuit study». *Medical Anthropology Quarterly* 3 (4), pp. 325-344.

- PERDIGUERO, E. (2006): «Una reflexión sobre el pluralismo médico». En *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito. Abya-Yala.
- PORTAL BELGIUM.BE: RAPPORT (2009): «L'immigration en Belgique: effectives, mouvements et marche du travail» (www.belgium.be).
- RAGA, G. (2006): «Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario». *Revista española de lingüística aplicada* 1, pp. 217-229.
- ROSENFELDT, M., y HODAIBI, S. (2006): *La médiation interculturelle dans les hôpitaux*. Centre d'éducation Populaire Andre Genot. (<http://www.cepag.be>).
- SKRABANEK, P., y MCCORMICK, J. (1992): *Idées folles, idées fausses en médecine*. Paris: Ediciones Odile Jacob.
- SOULEF (2009): mediadora intercultural en Titeca, entrevista personal (traducción propia).
- VERREPT, H., y LOUCKX, F. (1997): «Mediadoras en salud en el sistema sanitario belga». En SOLAS GASPAS, O.: *Inmigración: Salud y políticas sociales*. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- VERREPT, H. (2008): «Intercultural mediation». En VALERO CROSSING, C.: *Borders in Community Interpreting, definition and dilemmas*. Madrid, Universidad de Alcalá.
- (2009): Entrevista personal (traducción propia).
- VOLCKRICK, E. (2008): «Médiation et Santé: L'expérience belge». En GUY-ECARBET, C., y GUILLOD, O. (eds.): *Médiation et Santé*. Berna, Edition Weblaw.
- WAITZKIN, H. (1991): *The politics of medical encounters*. New Haven, Yale University Press.
- ZAPATA-BARRERO, R. (2004): *Multiculturalidad e inmigración*. Madrid. Ed. Síntesis.

