

El papel de la mediación intercultural en la atención primaria de salud. Estudio de un caso



MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE INTEGRACIÓN
DE LOS INMIGRANTES

El papel de la mediación intercultural en la atención primaria de salud. Estudio de un caso



EDITA:

Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

ELABORA:

Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo

DIRECCIÓN DEL PROYECTO:

José Fernández-Rufete Gómez

REDACCIÓN DEL DOCUMENTO:

José Fernández-Rufete Gómez, Charlène Rigaudy

TRABAJO DE CAMPO:

Charlène Rigaudy (Mediadora Intercultural)

EQUIPO DOCENTE:

Francisco Sánchez Marín (Dirección y tutor)

Francisco Molina Durán (Tutor)

María Teresa Roldán Chicano (Tutora)

José Fernández-Rufete Gómez (Tutor)

AGRADECIMIENTOS:

Nuestro agradecimiento a la Gerencia del Área III de Salud de Lorca. A todas las personas, profesionales e inmigrantes, que participaron, desde su acogida y presencia en el Centro de Atención Primaria de Totana, y que hicieron posible en todo momento la realización del trabajo que dio origen a este documento. En especial a los profesionales que participaron en el curso de *"Salud, Inmigración y Mediación Intercultural. El papel de los profesionales sanitarios"*. *Acción Formativa en competencias culturales*.

PATROCINIO:

El desarrollo del proyecto y la edición del presente documento se han realizado gracias a la financiación del Ministerio de Trabajo e Inmigración y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Dirección General de Inmigración y Voluntariado de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

REALIZACIÓN:

Quaderna Editorial - quaderna@quaderna.es

ISBN:

978-84-96994-30-0

DEPÓSITO LEGAL:

MU-1.902-2009

Sumario

Presentación	7
I. Introducción	11
II. La mediación intercultural	15
1. Contextualización	15
2. Definición y contexto teórico-metodológico.....	19
3. Ámbito de aplicación de la Mediación Intercultural	25
4. Requisitos de la Mediación Intercultural en el ámbito socio-sanitario	26
5. Adaptación del mediador/a intercultural en un Centro de Atención Primaria. Diseño e inclusión.....	28
6. Criterios de selección y adaptación	29
III. Análisis descriptivo del impacto de la mediación intercultural en un centro de atención primaria	33
1. Contextualización	34
2. Análisis de necesidades en el Centro de Atención Primaria de Totana.....	37
IV. Algunas reflexiones sobre la pertinencia de la figura de la mediación intercultural en Atención Primaria	71
V. Justificación de la propuesta formativa	83
1. Características del Modelo Formativo.....	88

2. El Incidente Crítico. Definición y estructura	89
3. El desarrollo de la acción formativa.....	91
4. Evaluación y Conclusiones de la acción formativa.....	93
5. Reflexiones y Conclusiones Generales.....	95
VI. Notas	101
VII. Bibliografía	103
Anexo 1. Documento de trabajo	107

Presentación

LA LLEGADA DE INMIGRANTES a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha representado uno de los factores clave para explicar el incremento demográfico y económico de nuestra Región en los últimos años. Muchas de las transformaciones en la estructura de nuestra sociedad han sido consecuencia de dicho fenómeno y su contribución al desarrollo global de la misma hoy nadie lo cuestiona.

La población inmigrante representa en la actualidad cerca del 16% del total de la población murciana, lo que en números absolutos supone una cifra próxima a las 226.000 personas. Esta realidad ha obligado a realizar muchos esfuerzos de carácter adaptativo desde diferentes ámbitos sociales e institucionales, teniendo en cuenta la heterogeneidad y las particularidades de los procesos que han acompañado la llegada de la población inmigrante a nuestra Región.

Uno de los retos fundamentales que esta situación plantea en la actualidad es el abordaje de la salud y la atención sanitaria de las personas inmigrantes. Las necesidades en este ámbito fundamental para la calidad de vida de la población en su conjunto, sea cual sea su origen y procedencia, son múltiples y plantean dificultades sobre las que la administración y sus profesionales han de intervenir de forma responsable, garantizando un marco integrador al tiempo que adaptativo. Nuestro sistema sanitario ha de ser capaz, por tanto, de asumir dicha responsabilidad con el compromiso de garantizar un derecho fundamental para todas las personas, esto es, la salud.

El contenido del trabajo que hoy les presento pone de manifiesto algunos de los aspectos más relevantes existentes en la relación entre

el sistema sanitario (en concreto la Atención Primaria de Salud) y la población inmigrante. La posibilidad de trabajar con nuevas figuras profesionales, como la Mediación Intercultural, constituye un recurso básico para la comprensión, reconocimiento y actuación sobre la salud de los inmigrantes desde los diferentes dispositivos sanitarios. No obstante, como se plantea en el estudio, existen otros ámbitos en los que la intervención, por parte del sistema sanitario y de la propia administración, se hace necesaria. Uno de ellos lo constituye la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema Murciano de Salud para la adquisición de competencias culturales como vía de mejora de la calidad asistencial prestada a la población inmigrante.

Ese es uno de los compromisos que nuestra Consejería de Sanidad y Consumo ha asumido en aras de favorecer la integración de las personas inmigrantes en nuestra sociedad y en sus instituciones, como una forma de garantizar también la igualdad y la cohesión de todos los ciudadanos que conviven en nuestra Región sobre la base de sus derechos fundamentales.

M. Ángeles Palacios Sánchez

Consejera de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia

PRIMERA PARTE

Introducción

En los últimos años la Región de Murcia se ha convertido en uno de los ámbitos más dinámicos de la inmigración en España. La variabilidad interna de los flujos recibidos ha constituido uno de sus elementos caracterizadores, definiéndose en este tiempo escenarios de relevancia y complejidad social que deben tenerse en cuenta para explicar globalmente el fenómeno de la inmigración en nuestra Comunidad.

Para dar sentido a los contextos en los que se sitúan los recientes procesos migratorios en la Región de Murcia es preciso atender a dos dimensiones claramente delimitadas pero con conexiones intrínsecas entre sí. De una parte, el notable incremento poblacional y sus consecuencias en diferentes niveles de análisis. De otra parte, una dimensión cualitativa que ha determinado continuos procesos de reorganización y adaptación socioestructural entre los colectivos inmigrantes y la sociedad receptora.

Desde un punto de vista **cuantitativo** y teniendo en cuenta el crecimiento experimentado por la población inmigrante en nuestra Región desde 1999, las cifras son elocuentes. En ese mismo año la población inmigrante residente en la Comunidad era de 17.237 (un 1,5% del total de la población) mientras que, según datos actualizados del padrón municipal, en 2008 la población inmigrante residente en nuestra Comunidad era de 225.625 personas lo que suponía un 15,8% del total de la **población**.

Este incremento poblacional ha condicionado que determinados sectores y ámbitos institucionales y sociales hayan tenido que, en un periodo relativamente corto de tiempo, adaptarse a nuevas situaciones

con un transfondo, al menos sobre el papel, de carácter integrador en el sentido en que ha sido definido por Giménez como "... el proceso de adaptación mutua de dos segmentos socioculturales mediante el cual, la minoría se incorpora a la sociedad receptora en igualdad de condiciones, derechos, obligaciones y oportunidades con los ciudadanos autóctonos, sin que ello suponga la pérdida de sus culturas de origen; y la mayoría acepta e incorpora los cambios normativos, institucionales e ideológicos necesarios para que lo anterior sea posible"¹. Dicha voluntad integradora se ha visto obstaculizada en ocasiones por factores meramente estructurales; en otros casos las dificultades han de ser exploradas desde diferentes niveles interpretativos como vamos a intentar poner de manifiesto en este documento.

Tal vez haya sido el sector sanitario, probablemente junto al educativo, el que más rápidamente ha tenido que asimilar el incremento de la demanda poblacional en relación a los servicios que presta y en unas circunstancias que difícilmente le han permitido adecuar sus ritmos y rutinas asistenciales a la realidad y a los perfiles diferenciales de esta nueva demanda caracterizada por la diversidad cultural. Han sido muchos los discursos que hasta hace relativamente poco tiempo habían puesto el acento en una alta frecuentación de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, fundamentalmente en lo que hace referencia a la Atención Primaria y Servicios de Urgencias, generándose una serie de prejuicios, imágenes y estereotipos acerca de la caracterización del perfil de demanda de dicha población. Argumentos esgrimidos en la línea de que la inmigración ha *saturado y colapsado* diferentes servicios de salud, generando sobredemandas y una mala utilización sistemática de los mismos, se han ido instalando en determinados sectores de la población y, a veces, en los propios colectivos profesionales, desdibujando los márgenes de una realidad que se ha conformado de manera bien distinta. Se han obviado sistemáticamente variables tan importantes como la desigualdad de acceso a los diferentes servicios y los procesos diferenciales de búsqueda de atención a la salud en muchos de los colectivos inmigrantes. Hoy día se sabe

que dicha población, en términos generales, suele acudir con menos frecuencia a los dispositivos asistenciales sanitarios que los españoles², que no existen diferencias significativas entre la salud de la población autóctona y la inmigrante y que los perfiles de morbilidad entre ambas son similares si se analizan por grupos etarios y por sexo, desmontándose así *mitologías* como las de las enfermedades *importadas o exóticas* y la mayor severidad de los problemas de salud de los inmigrantes.

Desde una dimensión **cuantitativa**, existen una serie de elementos que han condicionado la relación entre la población inmigrante y los dispositivos asistenciales de salud de nuestra Comunidad. Desde la llegada de los primeros flujos migratorios, se hizo un excesivo hincapié en la irrupción de condicionantes culturales para explicar algunos rasgos de las complejidades de la atención sanitaria a las personas inmigradas. Efectivamente, la presencia de condicionantes de tipo cultural tuvo, y continúa teniendo, mucho que ver con las difíciles relaciones entre sistema sanitario y población inmigrada. La lengua, la religión, las relaciones de género, las diferentes formas de construir los procesos de salud y enfermedad, la construcción cultural del cuerpo, la habituación a diferentes recursos y roles terapéuticos en origen, son sólo algunos aspectos socioculturales que han condicionado el acercamiento de las personas inmigrantes a nuestro sistema público de salud. Pero sería ingenuo pensar que en esa arquitectura culturalista concluye cualquier posibilidad explicativa. La inequidad de acceso a los servicios sanitarios (más estrechamente vinculada a la posición que las personas inmigradas –o autóctonas– ocupan en la estructura social que a factores de tipo legal, como veremos más adelante), las dificultades de acceso a los dispositivos y su dependencia de las condiciones laborales y en muchos casos económicas, la situación legal y educativa, la propia racionalidad de la cultura sanitaria, o los estilos de vida, son sólo algunos aspectos condicionantes de las dificultades de adaptación entre inmigración y dispositivos sanitarios.

Como ya se apuntó, la comprensión y análisis de las dimensiones cualitativas y cuantitativas resulta imprescindible para obtener una vi-

sión global de los fenómenos asociados a la inmigración. En el caso de nuestro estudio, su interrelación nos ha permitido dimensionar contextualmente el fenómeno analizado. La aproximación a la mediación intercultural y sus posibilidades de engranaje en la estructura, organización y dispositivos de atención de la Atención Primaria ha requerido desde un primer momento, dotar de sentido a esa dos dimensiones para comprender los procesos y sus características en la relación entre Atención Primaria e inmigración.

Antes de entrar a desarrollar el trabajo realizado, hemos considerado oportuno aproximarnos al fenómeno de la mediación intercultural y plantear algunas de las complejidades teórico-metodológicas del mismo, intentando, en ese mismo nivel, establecer elementos relacionales entre dicho fenómeno y el contexto de la atención sanitaria.

La mediación intercultural

1. Contextualización

La multiculturalidad, así como los diferentes contextos en los que ésta se expresa en la actualidad, está generando situaciones en las que la mediación de terceros se hace más que imprescindible para avanzar en los procesos de conocimiento mutuo y en la mejora de las interacciones sociales a diferentes niveles.

La pertenencia de las personas a grupos socioculturales y étnicos distintos en espacios sociales compartidos, hace particularmente importante la existencia de dinámicas relacionales que favorezcan el entendimiento y comprensión mutuos entre actores sociales o institucionales, etnoculturalmente diferenciados.

Los procesos migratorios han reordenado los escenarios sociales en nuestras sociedades en los últimos tiempos, haciendo converger con frecuencia los códigos y valores dominantes de las sociedades de recepción con los de los colectivos minoritarios recién llegados que reclaman, en muchos casos, su derecho a la diferencia y la pervivencia de sus particularidades culturales y sus rasgos identitarios. Además, la capacidad de desenvolvimiento, la comprensión y el manejo de los códigos culturales dominantes por los colectivos inmigrantes se hacen particularmente difíciles influyendo de manera determinante en los procesos comunicativos con las sociedades receptoras. Ello, unido a la existencia de otras dificultades como la lengua, la existencia de prejuicios, imágenes y estereotipos de unos sobre otros, la segregación espacial y social y las diferencias entre los sistemas de creencias y valores

de unos y otros, hace necesaria la implantación de mecanismos que favorezcan la convivencia, el conocimiento y respeto, pero sobre todo la comunicación, en escenarios sociales cada vez más complejos y, en ocasiones, conflictivos.

Por lo que respecta a nuestro estudio, es preciso tener en cuenta que, en la actualidad, existe un posicionamiento, en algunos contextos muy generalizado, en torno a la inmigración y la salud que ha proporcionado, en más de una ocasión, la legitimación de actitudes y prácticas respecto a los extranjeros (fundamentalmente extracomunitarios) con ciertos caracteres xenófobos y limitativos en cuanto a la convivencia y la adaptación. La identificación del inmigrante como un elemento desestabilizador del sistema sanitario sigue siendo una constante en muchos de los discursos y mensajes construidos en torno al fenómeno migratorio. Los inmigrantes aparecen como los responsables directos de las situaciones de saturación de los servicios o de falta de recursos, como consecuencia de su perfil de demanda y del uso fraudulento e incorrecto del propio sistema: el intercambio y la circulación colectiva de las tarjetas sanitarias, la solicitud de tratamientos farmacológicos no "occidentalizados", incluso las continuas referencias a un "turismo sanitario", son sólo algunos de los elementos que han ido adhiriéndose al catálogo de estereotipos y valoraciones del comportamiento de la inmigración³.

No debe olvidarse que algunos de estos discursos suelen emplearse para ocultar las deficiencias del propio sistema. Evidentemente, la inmigración ha supuesto un aumento de la población atendida por los servicios sociosanitarios. Dicho aumento ha requerido de un incremento de los recursos humanos y materiales para atender a este mayor número de usuarios. Los datos expuestos en diferentes trabajos e investigaciones⁴ ponen de relieve un insuficiente crecimiento proporcional de éstos en relación al aumento poblacional y, por lo tanto, a la propia demanda.

Existen tesis que avalan que si el crecimiento de la población fuera percibido como producto de un incremento de las tasas de natalidad

autóctona o incluso de un aumento de la inmigración procedente de los países de la Europa Comunitaria, el núcleo del debate se trasladaría a otro contexto bien diferente e incluso la responsabilidad de la población inmigrante estaría ausente de los discursos que ahora la hacen protagonista de dichas situaciones y complejidades.

A pesar de estos antecedentes se han dado procesos de una continua patologización de la inmigración que ha alcanzado niveles significativos en diferentes ámbitos de la atención sanitaria. Sirva como ejemplo el caso de la salud mental que representa por sí sola un claro exponente de los citados procesos y donde las denominaciones genéricas, como "síndrome del inmigrante" o "síndrome de Ulises" han situado, en un contexto claramente medicalizado y estigmatizador, la caracterización de todo un colectivo (el de las personas inmigrantes) como potenciales afectados por trastornos mentales y por lo tanto susceptibles de un abordaje sanitario global al tiempo que indeterminado.

En definitiva, la lógica que se esconde detrás de estos planteamientos, en ocasiones dominante en diferentes sectores de la propia estructura sanitaria, produce distorsiones evidentes de la realidad de la inmigración en relación a la salud y plantea circunstancias y situaciones que complejizan la realidad asistencial socio-sanitaria e introduce elementos de conflicto en las relaciones que se producen en su interior.

Pero si lo significado hasta ahora es cierto, igualmente lo es el hecho de que los y las profesionales del ámbito sanitario y no sanitario que trabajan en los dispositivos asistenciales de la Región de Murcia se han visto afectados por lo que ha venido a llamarse la *imprevisibilidad* del fenómenos migratorio. Ello ha provocado una difícil situación en la que éstos han debido adaptarse a las nuevas condiciones impuestas por un perfil de demanda cuantitativa y cualitativamente diferente y que, en muchas situaciones, no coincide con la oferta de los servicios sanitarios; además de un contexto estructural, ya citado y en referencia a los recursos humanos y materiales, que no se ha visto modificado al mismo ritmo en que se ha producido el crecimiento de la población. Ello, como se puso de relieve en las jornadas sobre Inmigración y Salud celebradas

en el año 2006 por la DGCAFIS⁵, ha determinado que los profesionales demanden no sólo un incremento de dichos recursos humanos y materiales sino, además, estrategias de intervención de diferente índole y significado para atender a esta nueva y heterogénea realidad que estamos describiendo.

Una de las metodologías de intervención social que va adquiriendo protagonismo en esta "nueva realidad" ha sido la *Mediación Intercultural* gracias, sobre todo, a un notable incremento de la investigación y la formación de mediadores/as interculturales y a la progresiva incorporación de éstos a diferentes servicios sociales y laborales.

No obstante, en el sector sanitario de nuestro país, y más concretamente en el caso de la Comunidad Autónoma de Murcia, existe aún una tímida respuesta en relación con la incorporación de estos profesionales a las estructuras sanitarias. Los existentes son casos que han obedecido, por distintas razones y puntualmente, a situaciones concretas (fundamentalmente a las dificultades asociadas con el idioma) y que posteriormente se han ido afianzando en el seno de esos dispositivos de atención a la salud para dar respuesta a otras situaciones más complejas.

Pero lo cierto es que al margen de estos casos no se ha dado un proceso de adecuación y reorganización de los servicios y dispositivos para incorporar mediadores en su interior. También han influido en ello otros factores determinantes, como el hecho de que esta figura carezca de estatus académico oficial en nuestro país, y que por tanto no exista un perfil profesional y jurídico que la avale. Además, la formación se ha ido estableciendo más en función de intereses particulares en el seno de las universidades y sus propios departamentos que de la demanda social y profesional producida en diferentes ámbitos (y no sólo en el sanitario).

Desde una perspectiva muy general podemos referirnos a tres ámbitos de actuación en los que la intervención de la Mediación Intercultural pareciera necesaria: a un nivel más global, entre población autóctona e inmigrante; en un contexto más atomizado, en el seno de las propias

comunidades de inmigrantes; y en un tercer nivel, entre las personas inmigrantes y los profesionales de los recursos y servicios públicos. En esta última dimensión es en la que nos centraremos para reflejar las posibilidades de la Mediación Intercultural en contextos sociosanitarios y, sobre todo, poder establecer un marco de análisis y reflexión que nos permita medir su impacto en el contexto global de la sanidad regional ante la situación ya descrita.

2. Definición y contexto teórico-metodológico

Hemos establecido como criterio definidor de la Mediación Intercultural la definición propuesta por Giménez, en la que considera “la mediación en contextos pluriétnicos o multiculturales, como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de los conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados”⁶.

Existen diferentes modelos de abordar la mediación intercultural, cada uno de los cuales presenta enfoques y ejes de atención diferentes. Ello no implica que, para la aplicación en la práctica de los procesos de mediación, no puedan extraerse diferentes aspectos de cada uno de ellos y articularlos convenientemente con el objetivo de encontrar un programa aplicativo que dé sentido a propuestas concretas. Ése ha sido nuestro objetivo y en esa línea hemos proyectado nuestro estudio. Tomando como referencia la revisión realizada por Giménez (2001) sobre algunos de esos modelos, hemos intentado articular elementos significativos de algunos de ellos para, al menos, orientar nuestro enfoque. El citado autor realiza una revisión sistemática de tres modelos que han tenido una influencia muy importante en el desarrollo teórico-metodológico de la mediación. Dichos modelos son:

- El **modelo de Harvard** y su aplicación a la Mediación Intercultural. Dicho modelo hace hincapié en la importancia de la mediación como un proceso de negociación, teniendo en cuenta cuatro puntos básicos: las personas, los intereses, las opciones y los criterios.
- El **modelo Transformativo** y su aplicación a la mediación. Basado fundamentalmente en la mejora de las relaciones y de la comunicación interétnica. Dicho modelo se centra fundamentalmente en dos conceptos clave: la *revalorización* (“empowerment”) por referencia a las metas, a las alternativas, a las habilidades, a los recursos y con respecto a la decisión. El segundo de dichos conceptos clave hace referencia al *reconocimiento*. Éste hace referencia al proceso que, cuando se alcanza cierto grado de revalorización, las partes son capaces de reconocer y mostrarse mutuamente sensibles a las situaciones y a las cualidades humanas comunes del otro. Ello ha de implicar un proceso de adaptación en un doble sentido: una adaptación mutua entre la población inmigrante y la sociedad receptora o autóctona; en un segundo término, y en función del caso que nos ocupa, una readaptación de tipo institucional de aquellos sistemas sociales que, como el sanitario, han sido diseñados sin tener en cuenta la diversidad cultural.
- El **modelo circular-narrativo** y su aplicación a la mediación. Dicho modelo pone el acento en la comunicación y dentro de ella en la narrativa y las historias, y se basa fundamentalmente en teorías como la de la *comunicación*, la *terapia familiar sistémica*, la *cibernética de segundo orden* o la *teoría posmoderna del significado*. Este modelo se basa fundamentalmente en cuatro elementos a la hora de ser aplicado a la mediación intercultural: el aumento de las diferencias (no en un sentido “cultural”, sino más bien en cuanto a la disparidad de intereses, percepciones, etc.), la legitimación de las personas (en el sentido de construir para cada persona un lugar legítimo dentro de la situación), los cambios de significado (construir una *historia alternativa* a la de cada una de las partes) y,

por último, la creación de contextos (en referencia a contextos de trabajo que pueden ir cambiando a lo largo del proceso).

Cada uno de estos tres modelos, como ya comentamos más atrás, presenta una serie de aspectos de enorme relevancia a la hora de construir un modelo aplicativo que nos acerque a la realidad estudiada. Desde esa perspectiva, consideramos necesario integrar los elementos fundamentales de todos ellos para el fomento de un acercamiento cultural y favorecer actitudes de comunicación y apertura, compromiso social y eficacia en la resolución de conflictos en el ámbito socio-sanitario.

Uno de los aspectos prioritarios sobre el que han fijado su atención los teóricos e investigadores sociales en este contexto, ha sido el de la vulnerabilidad socio-económica de los principales colectivos de inmigrantes y la trascendencia de la Mediación Intercultural como mecanismo de intervención que compense, en la práctica, las desigualdades de acceso a los principales servicios públicos, generadas por dicha asimetría socio-económica y determine, en última instancia, cohesión social y, lo que para nosotros es aún más determinante, la normalización de las prácticas en el interior de los dispositivos sanitarios.

Siguiendo con la lógica de algunos elementos apuntados con anterioridad, nos hemos basado en algunas de las propuestas multifactoriales más significativas desde el punto de vista teórico-metodológico para el abordaje de la mediación y la intervención, como acción social, en contextos multiculturales.

No era nuestra intención sobredimensionar los aspectos culturales sin tener en cuenta el conjunto de factores que intervienen en los procesos en los que la mediación pudiera hacerse necesaria en la relación entre los dispositivos sanitarios y la inmigración. Para ello era preciso identificar qué factores y cómo interactuaban entre sí. Partimos de la premisa de que son factores personales, contextuales o situacionales, así como culturales, los que se interrelacionan en un contexto migratorio, esto es, determinado fundamentalmente:

- Por las diferencias y asimetrías entre la cultura de origen y de destino en el caso de los inmigrantes.
- Por las diferentes formas de organización socioestructural de la sociedad de destino y sus determinantes en un contexto sociohistórico y político determinado.

Es por ello que la incorporación de la figura de la mediación intercultural en los servicios sanitarios ha de contribuir, a partir de la comprensión y conocimiento de la complejidad de factores que intervienen en el contexto social de la inmigración, al establecimiento de los límites de una acción e intervención social en el marco de la realidad socio-sanitaria de nuestra Región. Ello, creemos, reforzaría y añadiría, no sólo un plus de calidad en este contexto, sino que además puede constituir un elemento que refuerce los escenarios de necesidad descritos por los propios profesionales sanitarios y no sanitarios del SMS, e integrar elementos de reflexión y análisis a una situación que debe ser abordada desde muy diversas perspectivas, pero siempre con un enfoque práctico y orientado a situaciones concretas.

Podemos establecer una caracterización de la diversidad de factores asociados al contexto en el que se producen las relaciones sociales entre la inmigración y los diferentes dispositivos asistenciales siguiendo el planteamiento metodológico propuesto por Giménez (2001). Desde la perspectiva de este autor, y con ella convergemos como se vio más atrás, se deben interrelacionar inicialmente tres tipos de factores: personales o idiosincrásicos, los situacionales y los culturales propiamente dichos. Dichos factores van a intervenir de forma determinante el proceso de mediación intercultural sea cual sea el ámbito de intervención al que nos refiramos.

Es por ello que en nuestro trabajo se tuvieron en cuenta los ámbitos de intersección entre los citados factores para adecuar la acción mediadora y poder determinar el impacto de la misma. Los factores personales se asumieron como distintivos de los agentes involucrados en los procesos de mediación y estarían determinados por la situación

vital de las personas, su historia, su identidad y su pertenencia cultural. Por su parte, los factores situacionales dependen del contexto en el que se encuentra inmersa la persona o los grupos y las instituciones que participan en la mediación, así como de las diferentes posiciones que se ocupan en dicho contexto. Para Giménez, algunos de estos factores, en el caso de la inmigración, serían el estatuto jurídico, el nivel de ingresos de la persona y la familia, las condiciones de trabajo, las condiciones de vida, el desarrollo escolar, la situación de salud y el acceso al servicio sanitario, las expectativas y estrategias del proyecto migratorio, etc. Es ahí donde se producen, en mayor o menor medida, los procesos de intervención multifactorial. En el caso de los factores culturales, la referencia sería a las pautas de conducta y modos de significar y construir la realidad que el individuo ha interiorizado y que comparte con los demás miembros de su cultura.

Entre ellos encontramos la estructura de valores, las normas, las creencias y las prácticas religiosas, la lengua, sistemas de parentesco y familia, las formas de construir los significados en torno a la salud y la enfermedad, las relaciones y los roles asignados al género o la edad, los determinantes identitarios, etc.

En el proceso operativo que llevamos a cabo, intentamos establecer las relaciones multifactoriales de forma que permitiesen, en nuestro acercamiento al ámbito de estudio, una acción mediadora que escapase de una posición estrictamente culturalista y por el contrario incorporase todas estas dimensiones. Para ello se fueron acotando los factores a partir de un cuidado proceso de identificación y clasificación, intentando establecer en qué momento o momentos interactuaban unos con otros. Por supuesto que dicho planteamiento se llevó a cabo no sólo en el caso de los inmigrantes sino, fundamentalmente, en el contexto de los profesionales y del dispositivo sanitario en el que realizamos nuestro trabajo. Todo ello ha contribuido a la operacionalización de un proceso de sistematización con el objetivo de calibrar el impacto de la acción mediadora en este contexto sistémico. Dicho proceso se realizó en diferentes fases:

En primer lugar, para comprender la visión y la forma de construir (validar, negar, legitimar, infravalorar, etc.) por parte de los profesionales la acción mediadora, nos planteamos una serie de interrogantes entre los que señalamos los más importantes:

- ¿Qué conocen los profesionales sanitarios de la acción mediadora?
- ¿Son inicialmente receptivos a la presencia de la acción mediadora?
- ¿Es posible distinguir los aspectos personales, situacionales y culturales presentes en la acción profesional?
- ¿Cómo clasificar dichos factores?
- ¿De qué forma están presentes dichos factores en la acción profesional?, ¿en las palabras, en lo no verbal, en los comportamientos de las partes?
- ¿Cómo influyen esos factores en la práctica profesional?
- ¿Qué relevancia tienen esos factores para el proceso y las posibilidades de la acción mediadora?

En un segundo momento, se intentaron detectar determinados factores emergentes en los profesionales, pero también en los inmigrantes, durante el proceso y los cambios introducidos en aquellos de los que se partió inicialmente. Una de las claves operativas fundamentales en esta segunda fase consistió en profundizar en el análisis de las partes implicadas y en el contexto en que se desarrolló la acción mediadora. El objetivo era facilitar por parte de la acción mediadora la expresión y afloramiento de las diferentes variables significativas y establecer un marco analítico para conocer cómo interaccionan en el propio proceso las características personales, las situacionales y las culturales. Los interrogantes en ese caso se dirigieron a:

- ¿Qué nuevas variables detectadas en la acción mediadora han surgido una vez iniciado el proceso?
- ¿Cuáles han sido los motivos por las que han surgido y qué influencia ha podido tener la acción mediadora en ello?

- ¿Cómo afectan al contexto en el que se desarrolla la acción mediadora?
- ¿Qué cambios han provocado en la situación inicial o fase de inicio del proceso?

La tercera y última fase vino determinada por la localización de aquellos aspectos que durante el proceso habían sufrido transformaciones y cambios y que afectaron básicamente a las relaciones entre las partes, a las actitudes, a la formulación inicial del problema o al surgimiento de iniciativas nuevas y propuestas. En este caso nos formulamos las siguientes cuestiones:

- ¿Es posible por parte de la acción mediadora localizar sucesos en los profesionales e inmigrantes relacionados con las variables personales, situacionales y/o culturales?
- Si ello es posible, ¿cuándo, cómo y para qué se producen dichos sucesos en el contexto de la acción mediadora?
- ¿Se considera por parte de los profesionales y los inmigrantes que la acción mediadora puede gestionar la emergencia de las citadas variables en las relaciones en que se producen (está legitimada, ofrece soluciones, etc.)?

3. Ámbito de aplicación de la Mediación Intercultural

Por lo que hace referencia al ámbito de aplicación de la estrategia ya descrita, en el contexto socio-sanitario en el que se iba a intervenir, la Mediación Intercultural debería plantearse (para la institución y sus profesionales, y para los propios inmigrantes) como contribuidora, al menos, a los siguientes objetivos:

- Reconocer y valorar la acción mediadora como clave en los procesos de adaptación intercultural por su capacidad de intervenir teniendo en cuenta una perspectiva multifactorial.

- Que la comunicación entre los distintos segmentos de los dispositivos asistenciales (desde los servicios administrativos hasta las diferentes instancias profesionales sanitarias) y los colectivos de inmigrantes fuera más eficiente y adaptada.
- Aumentar la capacidad y eficiencia de los profesionales para identificar y distinguir diagnósticos posibles.
- Que pudieran abordarse aspectos determinantes en las causas de demanda sanitaria que actúan normalmente como factores condicionantes estructurales e inherentes a las condiciones laborales y de vida de los colectivos de inmigrantes.
- Tener acceso a determinadas percepciones, hábitos e itinerarios de sanación empleados por los estos colectivos.

4. Requisitos de la Mediación Intercultural en el ámbito socio-sanitario

Por todo lo señalado, en el marco de nuestro trabajo, establecimos una serie de competencias fundamentales que debían conformar el perfil profesional de la acción mediadora intercultural en el ámbito socio-sanitario en el que se iba a intervenir y que estuvieron definidas por:

- El reconocimiento formal de la acción mediadora en el contexto de la intervención.
- La confidencialidad de aquellos ámbitos en los que se centrase la intervención.
- La imparcialidad en aquellas acciones mediadoras en las que se interviniese.

En cuanto a los conocimientos, habilidades y actitudes que debían acompañar la acción mediadora en el ámbito socio-sanitario donde se iba a producir nuestra intervención, consideramos que debían estar significadas por:

- Conocimientos teórico-prácticos de la Mediación Intercultural.
- Conocimiento de los conflictos más usuales en el contexto socio-sanitario y los modos de resolución actuales.
- Conocimiento de los contextos multiculturales (relaciones multiculturales, principales colectivos minoritarios, de las sociedades receptoras y de sus servicios).
- Conocimiento del contexto socio-económico en el que se inserta la inmigración, la evolución y las principales características migratorias del contexto en el que se iba a llevar a cabo nuestra intervención.
- Conocimientos lingüísticos. Conocimiento de la lengua vehicular del colectivo con el que desarrolla su trabajo.
- Habilidad para establecer sinergias con las partes en interacción.
- Comunicar eficazmente.
- Manejar técnicas de resolución de conflictos en general.
- Síntesis de alternativas propuestas por los actores sociales.
- Mantener imparcialidad.
- Transmitir serenidad y mostrar el grado de sensibilidad adecuado a lo que sientan los demás.
- Actitud de apertura.
- Cercanía e interés por el otro.
- Tener capacidad de negociación.
- Ser conciliador y flexible.

Sobre la base de estos conocimientos, habilidades y actitudes, se concretó un marco de intervención de la acción mediadora intercultural en función de una serie de conocimientos específicos y de las posibilidades de adaptación de la metodología propuesta a las particularidades de los actores en el campo socio-sanitario, teniendo en cuenta sus casuísticas específicas.

En este sentido, consideramos inicialmente áreas de intervención operativa las siguientes:

- Traducciones lingüísticas para personas que no dominen el idioma.
- Acompañamiento para determinadas gestiones (tarjeta sanitaria, ingresos hospitalarios, etc.).
- Apoyo a los profesionales socio-sanitarios en determinados casos de seguimiento a pacientes, de planificación y de llevar a cabo actuaciones de prevención o promoción de salud de los colectivos con los cuales se trabaja.
- Ayuda para solucionar problemas a partir de la conciliación y adaptación de las particularidades personales, contextuales y culturales entre las partes.

5. Adaptación del mediador/a intercultural en un Centro de Atención Primaria. Diseño e inclusión

Como ya se especificó en las actuaciones y objetivos de nuestro trabajo, la inclusión de la acción mediadora intercultural tenía como finalidad la elaboración de una aproximación operativa a la realidad social de la inmigración y su relación con nuestra Sanidad en la Región, que nos permitiera evaluar su eficacia e impacto, tanto en la estructura de los dispositivos asistenciales, como en los profesionales y usuarios inmigrantes del Servicio Murciano de Salud. En concreto, en el contexto de la Atención Primaria de Salud. Dadas las condiciones que establece un abordaje de estas características en la realidad socio-sanitaria, optamos por dicho nivel de atención como escenario idóneo para desarrollar nuestra intervención. La mayor complejidad de la Atención Hospitalaria, la heterogeneidad de sus servicios y la diversidad de campos de intervención para la mediación, influyeron de forma determinante en la elección de la Atención Primaria.

Tuvimos en cuenta, desde un primer momento, el análisis en profundidad de las áreas geográficas de mayor sensibilidad socio-sanitaria en relación con la inmigración en el contexto regional y se optó por elegir la localidad de Totana como ubicación física para la intervención de la

acción mediadora. El importante número de inmigrantes que residen en dicha ciudad, su procedencia, fundamentalmente latinoamericana (Ecuador y Bolivia), y la particular genealogía del fenómeno migratorio en la misma⁷, fueron los criterios decisivos en su elección.

En el año 2008, según los datos del padrón municipal, el número total de personas empadronadas en Totana era de 28.976, con una población, según padrón, de 5.907 personas extranjeras, lo que equivale a algo más de un 20% de la población total. Los principales colectivos por procedencia fueron ecuatorianos, con 2.613 personas (un 9% del total de la población y un 44,2% de los inmigrantes empadronados en Totana); seguidos muy de lejos por las personas procedentes de Bolivia, con un total de 1.485 personas (el 5,1% del total de la población de la localidad, y el 25,1% del total de inmigrantes), y en tercer lugar, los procedentes de Marruecos, con 485 (lo que equivale al 1,6% de la población de Totana y a un 8,2% del total de extranjeros).

La intervención se realizó en el Centro de Atención Primaria de Totana, perteneciente al Área III de Salud, durante los meses de julio a diciembre de 2007.

6. Criterios de selección y adaptación

Una vez esbozados los principales aspectos contextuales que sirvieron como marco de referencia para la elaboración, desarrollo y seguimiento de nuestro trabajo, se determinaron los requisitos para la incorporación del mediador/a intercultural a nuestro proyecto.

Estos fueron:

- Tener como mínimo el grado de Licenciado universitario, preferentemente en materias relacionadas con mediación, educación, ciencias sociales y/o cualquier rama de las ciencias socio-sanitarias.
- Tener formación complementaria de postgrado en mediación social.

- Tener experiencia en trabajos de mediación o similares.
- Aptitudes personales ajustadas al trabajo a desempeñar (sensibilidad, empatía, dotes de comunicación...).

6.1. Proceso de selección

La fase de selección del mediador/a intercultural que incorporamos al estudio se desarrolló siguiendo los siguientes pasos:

- **Localización:** se contactó con los coordinadores del *Curso de Especialista Universitario en Mediación Intercultural* organizado por la Universidad de Murcia (al ser éste el único centro que, a nivel regional, impartía estudios de postgrado en mediación intercultural) y se les solicitó que nos propusieran algunos de los alumnos que, habiendo finalizado el curso de especialista, tuvieran el perfil ya señalado y cuyo rendimiento en el global del curso nos permitiera, a su entender, anticipar un elevado grado de adaptabilidad a los objetivos marcados en el proyecto.

Se eligió, de entre las candidatas, a una mujer de nacionalidad francesa, con perfecto dominio del castellano y Licenciada en Mediación Cultural y Comunicación Internacional por la Universidad de Nantes quien, en el momento de su incorporación al proyecto, acababa de finalizar el *Curso de Especialista Universitario en Mediación Intercultural*, de la Escuela de Práctica Social de la Universidad de Murcia.

Las principales **funciones**, a nivel general, encomendadas a la mediadora intercultural se enfocaron, esencialmente, en los siguientes ámbitos de trabajo:

- Como *intérprete lingüístico*⁸, para garantizar la adecuada comunicación entre las personas de diferentes culturas e idiomas, en los casos en que fuera conveniente.
- Como *intérprete sociocultural*, para transmitir y descifrar las claves

culturales de cada colectivo, tanto el de acogida como el de llegada, y en ambas direcciones.

- Como intermediario en la resolución de los conflictos que puedan surgir en la convivencia de colectivos de distintas culturas, con distintas costumbres y distintos *modus vivendi*.
- Como sensibilizador, en su área de responsabilidad y trabajo, de las sociedades de acogida sobre la realidad de los colectivos inmigrantes, idiosincrasia, problemáticas, trayectoria..., en busca de un mejor conocimiento que garantizase una mejor convivencia.
- Como asesor para los inmigrantes en materia de derechos y obligaciones.
- Como asesor para los distintos profesionales en relación con las costumbres, claves culturales, situación social, etc, de los inmigrantes, así como en estrategias de intervención con los mismos.

6.2. Incorporación

La incorporación de la mediadora intercultural se efectuó durante la última semana del mes de junio de 2007. Durante la primera fase de su incorporación se diseñó, por una parte, la realización de una serie de acciones, en coordinación con el responsable del proyecto en la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria (actualmente, Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación) encaminadas a formalizar un protocolo de actuaciones que permitiera *rentabilizar* y mantener un cierto nivel de eficacia práctica durante su trabajo en el Centro de Salud. Para ello, se elaboraron unas fichas-tipo con el objetivo de localizar las principales categorías e indicadores para el análisis. Con ello se pretendía realizar un seguimiento de aquellas áreas de particular interés para el abordaje de nuestro trabajo, y en las que se tendría en cuenta la valoración y recomendaciones de los profesionales del centro.

Además, se realizó un seguimiento observacional de carácter etnográfico para la recogida y sistematización de datos en dos niveles de

observación diferentes: por una parte, en espacios y ámbitos de interés formalizados (consultas, mostrador de administración, etc.); de otra parte, en espacios no previstos inicialmente, pero que surgieron de forma espontánea en el contexto cotidiano de la observación y durante todo el proceso de la acción mediadora (espacios informales, reuniones para el café, y tiempos “no formales” como la llegada y salida del centro).

Por otra parte, la incorporación de la mediadora intercultural se produjo con las autorizaciones y acuerdos previos e imprescindibles con los diferentes ámbitos de responsabilidad del Área III de Salud de Lorca (a la que pertenece el Centro de Salud de Totana) y con el consentimiento y conocimiento de la Subdirección General de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud. Básicamente dichas acciones fueron:

- Informar de los contenidos y acciones previstas en nuestro estudio y solicitar la autorización pertinente de los responsables de Atención Primaria de Salud del Servicio Murciano de Salud.
- Establecer los acuerdos y las condiciones entre el Director General de la DGCAFIS con el Gerente único del Área III, para la incorporación de la mediadora intercultural y las condiciones de la misma (no económicas).
- Acordar con los responsables médicos, de enfermería y administración del Centro de Salud, la selección de los criterios operativos de la incorporación.
- Organizar reuniones con los diferentes profesionales del centro para definir las áreas prioritarias de sensibilidad y dificultad, con el objetivo de concluir con la definición del protocolo y delimitar los indicadores con los que se va a trabajar.

Análisis descriptivo del impacto de la mediación intercultural en un Centro de Atención Primaria

El análisis del impacto de la incorporación de la mediadora intercultural al Centro de Salud de Totana se planteó desde una perspectiva de trabajo basada en la investigación-acción⁹, teniendo en cuenta que uno de los objetivos principales del estudio era el de establecer los principales criterios de posibilidad para el desarrollo de esta figura profesional y su incorporación a los dispositivos asistenciales sanitarios de la Región de Murcia. Por tanto, nuestra intervención inicialmente no tenía como propósito la acción mediadora en sí misma, sino el establecimiento de una serie de líneas y áreas de intervención en las que significar y evaluar su impacto en torno a tres ejes que consideramos fundamentales:

- La detección de necesidades en la relación intercultural de los profesionales socio-sanitarios y no sanitarios del Centro de Atención Primaria de Totana y de los propios usuarios inmigrantes.
- La definición y el desarrollo de líneas de intervención en colaboración con los profesionales del centro y los usuarios inmigrantes.
- El abordaje de la pertinencia, o no pertinencia, de la figura de la mediadora intercultural en el Centro de Atención Primaria de Totana.

1. Contextualización

Algunos apuntes sobre la ubicación, el tiempo y la presencia

Una de las dificultades iniciales que planteaba la introducción de la acción mediadora en el centro seleccionado fue su visibilización, teniendo en cuenta, por un lado, la inexistencia de experiencias previas en mediación en el mismo y, sobre todo, por el desconocimiento que sobre esta figura *intermedia* existía por parte de los profesionales de dicho centro. Como punto de partida se intentó obtener:

- Por una parte, el reconocimiento de profesionales y usuarios de la pertinencia y/o necesidad de una figura, hasta el momento, no integrada en la estructura organizativa y profesional de la Atención Primaria de Salud.
- Por otro lado, la necesidad de ocupar un espacio físico localizado e identificado que la hiciera visible desde el punto de vista físico pero también en relación a las funciones específicas a desempeñar en el marco estructural del centro.

El proceso de visibilización de la acción mediadora atravesó diferentes fases, unas programadas y otras de carácter espontáneo. Al incorporarse al Centro de Salud, en la primera etapa del estudio, la mediadora intercultural carecía un lugar físico asignado. Se decidió, de común acuerdo con los responsables del centro, evaluar los espacios e identificar, dado el carácter observacional de esta primera fase, los ámbitos en los que su presencia pudiera inicialmente integrarse en las rutinas del centro sin generar interferencias de carácter profesional ni modificar ningún tipo de procedimiento de demanda y asistencia de los usuarios.

Se eligió el mostrador del Centro de Salud para el desempeño de la actividad observacional y de otras estrategias definidas en el diseño del estudio para esta primera fase.

El mostrador, fundamentalmente orientado a la gestión y actividad administrativa, ofrecía diferentes ventajas por la diversidad de procesos que desde él se generaban. Además, constituía en muchos casos la vía de acceso al centro y un ámbito esencial para la información. Una de las múltiples funciones informativas de ese espacio se realiza en la parte señalada para la realización de las tarjetas sanitarias. Por su importancia para la población inmigrante esta ubicación resultó esencial para hacer emerger la acción mediadora intercultural en el centro. Permitió, por una parte, que tanto los profesionales sanitarios y no sanitarios como los usuarios inmigrantes se familiarizaran progresivamente con esta nueva figura profesional y que supieran dónde localizarla. Además, el mostrador representó un lugar de observación ideal a partir del cual la mediadora intercultural pudo advertir y analizar algunas de las necesidades y/o dificultades de acceso de los usuarios inmigrantes durante el proceso de acogida al llegar al Centro de Atención Primaria de Totana.

La parte del mostrador dedicada a la realización de tarjetas sanitarias constituyó también un ámbito idóneo para llevar a cabo una de las actuaciones de la acción mediadora más importantes en el transcurso del proyecto: favorecer el acceso de la población inmigrante a los servicios del Centro de Salud, ejecutando tareas de asesoramiento sobre derechos y deberes en salud y centrándose especialmente en las personas que se encontraban en una situación socio-sanitaria vulnerable.

Horarios de atención de la mediadora intercultural

El horario del Centro de Atención Primaria de Totana es de mañana y tarde, al tratarse del único Centro de Salud de la localidad. Sin embargo, muchas de las actividades del mismo se realizan únicamente en horario de mañana (gran parte de las consultas, como la de la matrona, la trabajadora social y el propio servicio de tarjetas sanitarias entraban en esta franja horaria, lo que condicionó, por su importancia para el de-

sarrollo del proyecto, la elección de los tiempos y la distribución del trabajo en los mismos). Por tanto, se decidió desarrollar las actividades de mediación en horario de mañana a fin de poder colaborar con las áreas y los profesionales socio-sanitarios que, por su grado de importancia e implicación en las actividades a desarrollar, fueron detectándose como imprescindibles.

Presentación y difusión de la figura de la mediadora intercultural al personal del Centro de Atención Primaria de Totana

En un primer momento, durante la fase de incorporación de la acción mediadora intercultural en el Centro de Atención Primaria (en adelante CAP), se organizó una reunión, en colaboración con la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Lorca (Área III), con la finalidad de presentar el estudio a los profesionales socio-sanitarios y no sanitarios del CAP. En una segunda fase, se realizó una labor complementaria de difusión de los objetivos del estudio a todos los profesionales, vía correo electrónico.

Esta difusión se realizó mediante un documento de presentación específicamente elaborado con la finalidad de difundir y caracterizar sus aspectos esenciales e ir dibujando los perfiles de la figura profesional de la mediadora intercultural así como las distintas actuaciones que podría llevar a cabo en el centro durante el periodo de desarrollo de nuestro estudio. Además, en el documento, se subrayó la importancia de la colaboración entre los profesionales socio-sanitarios y no sanitarios y la mediadora intercultural así como el papel fundamental del personal del centro como parte integrante del estudio.

Posteriormente, en el transcurso del estudio se estableció un protocolo de contactos con los profesionales a fin de que pudieran comunicar, mediante entrevistas y encuentros coordinados, a la mediadora intercultural las dificultades experimentadas en su relación con los pacientes inmigrantes y las expectativas en cuanto al estudio y a la figura profesional del mediador intercultural.

2. Análisis de necesidades en el Centro de Atención Primaria de Totana

Dentro de las acciones técnicas diseñadas en nuestro trabajo se optó, en un primer momento, por adecuar los criterios del trabajo de la mediadora intercultural a las características del propio centro, para lo que resultó imprescindible realizar una valoración de las necesidades existentes a nivel global, desde tres perspectivas fundamentales:

- Necesidades relacionadas con los recursos y estructura del centro para la atención a la inmigración (información, personal, etc.).
- Necesidades de los profesionales.
- Necesidades de los colectivos inmigrantes.

Para ello, y como ya hemos señalado, se realizó una aproximación a la realidad del CAP mediante la técnica etnográfica de la observación participante. La finalidad no era otra que la de recabar, de una forma estructurada, la mayor cantidad de datos posible y poder articular, de esta forma, una serie de líneas de intervención de la acción mediadora con las necesidades detectadas en los ámbitos señalados más arriba. Una vez identificadas, se analizaron todas ellas y se realizaron una serie de consideraciones que constituyen el cuerpo central de este documento.

La observación participante se diseñó a partir de la presencia de la mediadora intercultural en las diferentes instancias del CAP estableciéndose, como prioridad, cuatro ejes de observación fundamentales con diferentes líneas de interés:

- Los servicios administrativos en general y, en particular, el mostrador de recepción e información del centro, como ya hemos señalado.
- La trabajadora social y su ámbito de intervención.
- Los profesionales sanitarios y sus ámbitos de intervención (consultas del centro y servicio de urgencias del mismo).

- Los propios inmigrantes (en relación con los servicios administrativos y tramitación de la tarjeta sanitaria, en las salas de espera de las diferentes consultas y también a través de entrevistas realizadas a los socios de dos asociaciones de inmigrantes de Totana).

La sistemática para la recogida de datos en los diferentes ejes observacionales se realizó mediante un diario de campo en el que se fueron recogiendo, de forma estructurada y por niveles de información diseñados previamente, los datos más relevantes. Desde el punto de vista de la participación, la mediadora intercultural fue realizando una serie de entrevistas no estructuradas y con carácter informal a diferentes informantes clave según el diseño previo.

Fruto de la realización de la observación participante, se detectaron una serie de líneas o ámbitos de intervención con sus correspondientes áreas específicas. Dichas líneas nos sirvieron para introducir, sobre los objetivos, funciones y localización de la mediación, a esta figura en el contexto específico del Centro de Atención Primaria seleccionado. Se realizaron un total de 99 intervenciones de diferente calado y trascendencia para los objetivos de análisis, evaluación e impacto de la mediación.

Dichas intervenciones, por línea y área de intervención, quedan sintetizadas en la tabla 1.

2.1. Acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios

Es necesario comenzar este apartado haciendo referencia al contexto legislativo en nuestro país en materia de extranjería y salud. La Ley de Extranjería es el nombre con que se conoce la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, modificada por las LO 8/2000 y 14/2003. Es la norma que en el caso español regula la entrada y estancia de los extranjeros extracomunitarios en el territorio español, así como los derechos y libertades que se les reconocen. Su actual reglamento de desarrollo fue aprobado por el Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre. En el

Tabla 1

Líneas de Intervención	Área de Intervención	Intervenciones
<p>Normalización del acceso y uso de los servicios sanitarios</p>	<p>Información A personas inmigrantes sobre el derecho a la asistencia sanitaria y los requisitos de acceso al Sistema de Atención Primaria (tarjeta sanitaria, buen uso de los servicios sanitarios).</p> <p>Tarjeta Sanitaria Localización de personas inmigrantes que no disponen de tarjeta sanitaria.</p> <p>Recursos Sanitarios Presentación de los recursos sanitarios que brinda la tarjeta sanitaria y explicación de su obtención y uso.</p> <p>Trámites Orientación, apoyo y acompañamiento a usuarios para la realización de trámites administrativos y el acceso a los servicios del Centro de Salud.</p>	<p>16 i intervenciones</p> <p>5 intervenciones</p> <p>7 intervenciones</p> <p>13 intervenciones</p>
<p>Área de Pediatría</p>	<p>Información Asesoramiento e información a padres inmigrantes sobre los trámites de obtención de la tarjeta sanitaria de los niños.</p> <p>Trámites Apoyo y acompañamiento a padres y madres inmigrantes para la realización de trámites socio-sanitarios.</p> <p>Sensibilización A padres y madres inmigrantes acerca de lo importante de acudir a las consultas de pediatría con regularidad.</p>	<p>23 intervenciones</p> <p>6 intervenciones</p> <p>9 intervenciones</p>

Tabla 1 (continuación)

Líneas de Intervención	Área de Intervención	Intervenciones
Área de Ginecología-Obstetricia	<p>Información A mujeres inmigrantes embarazadas sobre el derecho a la asistencia sanitaria y sobre los requisitos de acceso al Sistema de Atención Primaria (tarjeta sanitaria).</p> <p>Sensibilización Acerca del buen uso de los servicios sanitarios.</p> <p>Trámites Apoyo y acompañamiento a mujeres embarazadas para realizar trámites administrativos y acceder a los servicios sanitarios.</p>	<p>4 intervenciones</p> <p>1 intervención</p> <p>2 intervenciones</p>
Colaboración con la trabajadora social	<p>Información y sensibilización A mujeres inmigrantes acerca de los métodos anticonceptivos.</p> <p>Atención a mujeres inmigrantes en una situación socio-sanitaria vulnerable.</p>	<p>5 intervenciones</p> <p>3 intervenciones</p>
Comunicación y lengua	<p>Interpretación lingüística Para la mejora de la comunicación entre profesionales socio-sanitarios y no sanitarios y los usuarios extranjeros.</p>	5 intervenciones
Total Intervenciones		99 intervenciones

marco de dicha Ley y en su artículo 12, quedan regulados los derechos de los inmigrantes en materia de sanidad, que son:

- 1** Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- 2** Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
- 3** Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- 4** Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Pero para realizar una aproximación a la accesibilidad y limitaciones de la población inmigrada al contexto de los servicios sanitarios, y en concreto a la Atención Primaria de Salud, es preciso tener en cuenta la existencia de un *universo* dinámico en el cual se articulan condicionantes de carácter estructural, otros de carácter social y en muchos casos, otros cuya raíz se sitúa en la propia cultura de origen y en los rasgos identitarios de quien la porta. Según Bollini y Siem¹⁰, los colectivos de inmigrantes "no sólo están expuestos a trabajos precarios y a pobres condiciones de vida, que, *per se*, determinan un nivel de salud bajo, sino que además han visto cómo se reducían las facilidades de acceso a la salud, debido a razones políticas, administrativas y culturales, que no siempre están presentes para las poblaciones autóctonas y que además varían en diferentes sociedades y para según que grupos. Distintos conceptos de salud y enfermedad, lenguaje o la presencia de racismo son ejemplos de estas barreras selectivas".

En este sentido podemos establecer un marco general de comprensión de las limitaciones y restricciones que actúan como barrera en la accesibilidad de los inmigrantes a los servicios de salud y que nos sirva para situar algunos de los aspectos encontrados en nuestro estudio para el contexto concreto de la Atención Primaria de Salud. Para ello nos apoyaremos en el planteamiento realizado por Ros y Bada (1998) en relación con las restricciones en la accesibilidad a los servicios de salud. Desde su perspectiva, existen dos tipos de restricciones:

- **Las restricciones internas.** Son las que provienen del propio individuo y se sitúan en dos niveles diferenciados entre sí: *auto restricción primaria* determinada por factores de carácter interno que condicionan la toma de decisión individual. La situación de “normalidad”/“anormalidad” respecto a su estado de salud, es definida como tal por el propio sujeto y en ocasiones colisiona con los planteamientos, en el caso que nos ocupa, con lo que los servicios de salud consideran “apropiado” o “no apropiado”. En el caso de la población inmigrante, esta discrepancia se ve frecuentemente acrecentada como consecuencia de la heterogeneidad en las formas de construir los procesos de salud/enfermedad de los diferentes colectivos inmigrantes, por las diferentes experiencias con los servicios de salud en origen y destino y la falta de información, entre otros factores. En un segundo nivel se encontraría la *auto restricción secundaria*, determinada igualmente por la decisión individual de no acudir a un servicio de salud, aunque en este caso el condicionante es la propia experiencia previa del individuo con ese servicio.
- **Las restricciones externas.** Éstas se manifiestan cuando la persona ha tomado la decisión de acudir a un determinado servicio de salud, pero se encuentra con una serie de dificultades cuya naturaleza es de muy diferente índole o contenido. Pueden ser de carácter administrativo (empadronamiento, o tarjeta sanitaria, etc.), estructurales (solicitud de cita, pruebas de control y/o com-

plementarias, etc.), falta de información respecto al sistema sanitario y su funcionamiento, motivos de carácter socioeconómico (como la situación laboral y la jornada de trabajo, las condiciones de vida o vivienda), culturales (religión, creencias y tabúes), de comunicación (idioma, la influencia de los códigos culturales en la comunicación), o de relación con el personal del centro (tópicos, estereotipos, actitudes y comportamientos, etc.). Todos estos factores externos pueden provocar el surgimiento de un tipo de auto restricción de carácter secundario.

Es importante, a nivel global, tener en cuenta qué tipo de restricciones existen respecto a la accesibilidad de la población inmigrante en los servicios de salud, ya que puede servir de orientación para el diseño de propuestas encaminadas a introducir modificaciones estructurales y organizativas en los propios servicios o una adecuación entre oferta y demanda que permita tener en cuenta la interrelación multifactorial que hemos venido señalando. Pero sobre todo, en el contexto del estudio que abordamos, tuvo un valor intrínseco e importante para la propia acción mediadora, en el momento de establecer una serie de líneas de actuación generadas, como iremos viendo, por las dificultades y problemas relacionados con la accesibilidad de algunas personas inmigrantes al CAP de Totana.

En lo que se refiere al acceso y uso de los servicios sanitarios del CAP de Totana por parte de la población inmigrante, detectamos, en primer lugar, una serie de aspectos relacionados fundamentalmente con la falta de información, el tipo de información dada y la heterogénea utilización de los servicios del centro. Por lo tanto, estaríamos hablando de restricciones externas que, en muchos casos y como se pudo comprobar a medida que se fue avanzando en el desarrollo del estudio, se situaron en la órbita de la acción mediadora. Por una parte, la mayor parte de los profesionales socio-sanitarios entrevistados en un primer momento (trabajadora social, jefe de administración, responsable médico del centro, responsable de enfermería, un pediatra, una

auxiliar de enfermería y un médico del SUAP) situaron la clave explicativa en el desconocimiento que del Sistema de Atención Primaria, en general, y de su funcionamiento, en particular, tenían algunos de los usuarios inmigrantes. Este desconocimiento, en palabras de los propios profesionales, no sólo bloquea determinados canales de accesibilidad, sino que permite el desarrollo de estrategias informales por parte de los inmigrantes, situadas en una “periferia normativa” respecto al uso de los servicios de salud en Atención Primaria. Se pudo comprobar que dicha percepción tenía su origen en dos tipos de comportamiento llevados a cabo de forma habitual por los usuarios inmigrantes:

- Por una parte, el **intercambio de la tarjeta sanitaria** entre ellos (principalmente entre el colectivo ecuatoriano). La forma de valorar este aspecto por parte de los profesionales se orienta a las consecuencias negativas que dicha práctica puede tener en la realización de diagnósticos erróneos, o en el seguimiento de determinadas patologías, amén de la imposibilidad de mantener una continuidad asistencial y su consiguiente control sobre un paciente determinado.
- En segundo término, se hizo particular hincapié en la **sobreutilización** generalizada del **servicio de urgencias** del CAP (SUAP).

Evidentemente, ambos comportamientos han sido y continúan siendo relativamente frecuentes entre algunos inmigrantes que acuden al CAP de Totana, aunque se han encontrado razones que los “justifican”, al menos desde una dimensión estructural. Si bien es cierto que en los últimos dos o tres años las exigencias y los controles para la consecución del empadronamiento han aumentado bastante en algunos lugares de la Región, desde la llegada de los primeros contingentes de inmigrantes a mediados y finales de los años 90, la posibilidad de empadronarse era relativamente sencilla y, por tanto, la obtención de la tarjeta sanitaria (ya que el único requisito para ello es la obligatoriedad de este paso administrativo) no planteaba mayores dificultades a

los recién llegados de origen extracomunitario. Durante algún tiempo, muchos inmigrantes no se empadronaban por temor a que su situación administrativa como irregulares fuera descubierta por las autoridades. Evidentemente no existía ningún vínculo entre el estatuto administrativo de ambos procesos pero dicha creencia se instaló en muchos inmigrantes, fundamentalmente latinoamericanos y marroquíes, y por lo tanto con ella, la imposibilidad de acceder de forma "normalizada" a los dispositivos sanitarios de Atención Primaria.

En la actualidad, el porcentaje de inmigrantes empadronados con respecto al total de inmigrantes es muy elevado¹¹ y la mayor parte de ellos disponen de tarjeta sanitaria. La estrategia de intercambio o préstamo de tarjeta es cada vez menos frecuente aunque se sigue detectando algún caso puntual aun hoy día. No obstante, para muchos profesionales, dicha práctica sigue formando parte del inventario de malas prácticas del inmigrante y constituye una más de las imágenes estereotipadas con las que es vista la inmigración en su conjunto.

En el caso del CAP de Totana existe un dispositivo administrativo encargado específicamente de la tramitación de la tarjeta sanitaria en el propio mostrador del centro. El papel de la persona responsable del mismo resulta imprescindible, ya que canaliza todas las demandas de solicitud de las tarjetas sanitarias en una única fila y proporciona cualquier información necesaria para su obtención. Además, en el mostrador, existen otras fuentes de información, como folletos, cuya redacción en varios idiomas (castellano, quechua, árabe) pretende llegar a determinados colectivos. El contenido es básicamente sobre el acceso y uso de los servicios del propio CAP de Totana. A pesar de estas iniciativas encaminadas a facilitar el acceso de los inmigrantes al centro, siguen existiendo conductas e incidencias concretas que indican disfuncionalidad respecto a las normas del centro. De hecho, y como se verá más adelante, la participación de la acción mediadora fue demandada para resolver situaciones generadas en este dispositivo. La intervención no estuvo tanto encaminada a resolver conflictos o incidencias propias de la labor mediadora tal y como fue definida más arriba, sino que más

bien estuvo orientada a informar y proporcionar datos en claves menos formales y cerradas que las que ofrece el dispositivo en situaciones normales.

El segundo de los comportamientos señalados por los profesionales del CAP de Totana, y motivo de disconformidades continuas, está relacionado con la sobreutilización del Servicio de Urgencias del centro (SUAP Totana). Según pudimos observar durante el desarrollo de nuestro trabajo, esta circunstancia planeaba en los discursos de la práctica totalidad de los profesionales, fundamentalmente los del SUAP. Resulta complicado establecer, con criterios de objetividad, una corroboración de la generalización de este comportamiento, ya que no existen datos que permitan concluirlo. El propio concepto de sobreutilización posee unos márgenes estrechos y muy ambiguos y, como la literatura científica sobre inmigración ha puesto de relieve recientemente, está muy conectado con el imaginario y el universo representacional creado en torno a la frecuentación de la inmigración en los servicios de salud, en particular, y en los servicios públicos en general. Los datos derivados de nuestra observación, así como de estudios realizados en este mismo sentido, ponen de relieve, como ya anticipamos, que la frecuentación de los servicios de urgencias es menor en la población inmigrante y que los patrones de utilización de dicho servicio no difieren entre la población autóctona y la población inmigrante. En el caso del CAP de Totana y a pesar de no disponer de datos numéricos, la realidad observada no difirió de este planteamiento. No obstante, los profesionales continúan manteniendo la percepción de que este tipo de comportamiento se produce, y lo hace además de forma significativa.

Como pudimos detectar en algunas de nuestras entrevistas a los profesionales del SUAP, la ausencia de recursos humanos en el servicio, así como las propias condiciones de trabajo, están en la base de dichos argumentos. No existe una clara identificación de que el incremento de demandas en el servicio obedezca a su sobreutilización por parte de la población inmigrante. Lo que es un hecho evidente es que se ha producido un importante incremento poblacional en la localidad (como

apuntamos más arriba y cuya causa principal es la inmigración) mientras que el crecimiento de la oferta de servicios no ha sido proporcional, ni en recursos humanos para la atención sanitaria ni en la diversificación de los propios servicios, al aumento de esa población potencial demandante de servicios de salud.

La situación descrita ha distorsionado el enfoque con el que dibujar la demanda de la población inmigrante en el SUAP. No vamos a discutir aquí que los perfiles de demanda por parte de ciertos sectores de la población inmigrante al servicio de urgencias del CAP de Totana sean esquivos a los verdaderos objetivos del servicio (la atención de urgencias de salud), pero es cierto que en el abordaje de esta problemática debemos introducir elementos de comprensión y análisis multifactorial. Si bien es cierto que la demanda (correctamente o no formulada) por parte de las personas inmigrantes se produce en todos los horarios de atención del servicio (incluso en horario de madrugada, como por otra parte es frecuente en la población autóctona), también lo es que existen factores estructurales y de carácter socioeconómicos que justifican la irregularidad, en muchos casos contrastada, y la concentración en determinadas franjas horarias de los mayores flujos de demandas al servicio. La intensidad de las jornadas de trabajo de los inmigrantes, localizadas en el sector agrario fundamentalmente, así como el miedo a perder horas de trabajo remuneradas por el hecho de acudir al centro en horario de citas programadas, junto con el tipo de contratación como jornaleros (en la mayoría de los casos irregulares con las connotaciones que ello conlleva), son algunos de los factores que impiden, en la práctica, romper con las exigencias laborales de los empleadores y acudir de forma "normalizada" a los servicios del CAP de Totana. La carencia de una oferta de atención en consultas en horarios diferentes hace que el recurso de las urgencias sea una alternativa para la demanda de problemas de salud que, probablemente, no requiriese acudir al SUAP, pero que estructuralmente ofrece una posibilidad al inmigrante al proporcionar un marco de asistencia sanitaria continuada. Según pudimos contrastar con los propios profesionales, este tipo de comportamiento

no difiere mucho del de una parte importante de los autóctonos. Las diferencias estriban por lo tanto en razones no justificables por aquellos argumentos y discursos que ponen el acento en la sobreutilización proporcional de unos frente a otros (inmigrantes frente a autóctonos), sino en factores de tipo estructural y en la adecuación de las prácticas y demandas de salud de los inmigrantes a situaciones sociolaborales complejas, junto con el mimetismo de algunas prácticas que, se quiera o no, también son propias de la población local.

La acción mediadora en este caso se orientó en una doble dirección; por un lado, introducir nuevos elementos para el análisis global de las estrategias empleadas por los propios inmigrantes a la hora de acudir a determinados servicios del CAP; por otra parte, llevar a cabo una doble tarea "pedagógica": en los profesionales, intentando descifrar las situaciones estructuralmente determinantes para explicar determinadas prácticas por parte de la población inmigrante y haciendo aflorar los estereotipos e imágenes que limitan otras posibilidades relacionales, y en los inmigrantes, haciendo hincapié en la importancia de adecuar sus ritmos y rutinas profesionales a las normas, horarios y criterios funcionales del CAP, así como enmarcar convenientemente los usos del SUAP.

2.2. Comunicación y lengua

A nivel global, el fenómeno migratorio ha producido transformaciones sociales importantes en las sociedades de destino. Tal vez una de las más expresivas haya sido la aparición de una diversidad lingüística en muy poco tiempo y en zonas en las que tradicionalmente la situación lingüística había estado caracterizada por la presencia de una única lengua (como es el caso de nuestra Comunidad Autónoma). Esa diversidad de lenguas es un fenómeno fácilmente observable en nuestro entorno social, indudablemente enriquecido por dichas experiencias lingüísticas. Pero este fenómeno ha introducido, paralelamente, una serie de dificultades adaptativas en determinados niveles de los servicios públicos. Dificultades provocadas por la complejidad de establecer rela-

ciones formales en contextos institucionales, determinadas por el uso de lenguas diferentes, con el deterioro comunicativo que ello conlleva normalmente.

Atendiendo a la complejidad de este hecho, tal vez haya sido el contexto educativo el que más dificultades haya encontrado para establecer estructuras de posibilidades adaptativas e integradoras que permitiera superar, sin grandes traumas, los obstáculos lingüísticos en los diferentes procesos y niveles de la escolarización de la población inmigrante. Las políticas de inserción educativa de las diferentes comunidades autónomas, han orientado, con más o menos éxito, una parte importante de los recursos para conseguir que este proceso se consiguiese de la manera más rápida y coherente posible. Las múltiples posibilidades y capacidades de aprendizaje e inmersión lingüística de la población inmigrante en edad escolar han hecho que la situación haya sido menos traumática de lo que podía pensarse en un principio, desplazándose los focos de mayor dificultad a otros ámbitos de interés de carácter meramente estructural (como el desarrollo de medidas para favorecer las posibilidades de acceso de la población inmigrante a los centros educativos en igualdad de condiciones que los autóctonos, la disponibilidad de plazas, etc.).

La situación de la diversidad lingüística en relación con los servicios sanitarios ha determinado otro de los escenarios sociales en los que las dificultades se han venido expresando de manera igualmente significativa a raíz de los últimos procesos relacionados con la inmigración.

Por lo que respecta a nuestro estudio, existen algunas consideraciones relacionadas con la diversidad lingüística que hemos estimado oportuno destacar. Obviamente, la lengua representa una de las principales barreras en la comunicación entre sistema sanitario e inmigración. Incluso en aquellos lugares en los que la población es mayoritariamente latinoamericana (como en el caso del CAP de Totana), no todos hablan correctamente el idioma español (hay muchos inmigrantes que hablan quechua, aymara, guaraní, por poner sólo algún ejemplo) lo que dificulta en muchos momentos la comunicación efectiva. Esta barrera en

la comunicación ha provocado no pocas tensiones y situaciones de inseguridad por parte de los profesionales y los propios inmigrantes. De hecho, la cuestión del idioma planteó las primeras demandas por parte de los profesionales a la hora de integrar propuestas e innovaciones que permitieran satisfacer las necesidades de unos y otros. Recordemos que en nuestra Región la presencia de inmigrantes de origen marroquí es muy importante, existiendo zonas, como el Campo de Cartagena, en las que el árabe (en su defecto el francés adaptado que hablan muchos inmigrantes) es el más representativo entre los inmigrantes y, por tanto, la fuente lingüística de comunicación y demandas a los servicios públicos, y en concreto a los servicios públicos de salud¹². Si bien muchos de estos inmigrantes han aprendido a desenvolverse en español, continúan existiendo limitaciones evidentes para comunicarse eficazmente en determinadas situaciones relacionadas con la salud y la enfermedad. Esto se ha visto expresado en situaciones diversas del encuentro clínico (como la comprensión de los diagnósticos y tratamientos, la expresión de sintomatologías por parte de los inmigrantes o la elaboración de historias clínicas, sobre todo en las primeras vistas) como en los diferentes ámbitos administrativos en los que la relación entre los profesionales e inmigrantes es absolutamente necesaria (tramitación de las tarjetas, petición telefónica o *in situ* de cita, etc.) y puede marcar el curso de la relación entre la persona y el propio sistema. Las diferencias pueden establecerse en términos léxicos, en las que una misma palabra puede tener dos significados expresados en otra misma lengua por dos palabras diferentes cuyos significados no son sinónimos (por ejemplo en mandinga, el término *jusoo* hace referencia a corazón e hígado simultáneamente).

Pero las diferencias también se establecen en términos gramaticales y pueden provocar errores de interpretación altamente significativos para los agentes implicados en la relación. Por ejemplo, en algunas lenguas el valor de las respuestas *si/no* a las interrogativas que contienen una negación, pueden tener el valor exactamente inverso al que tienen en español¹³.

Siguiendo con los principales aspectos comunicativos y más allá de lo que hace referencia a lo estrictamente lingüístico, e incluso en aquellos casos en los que existe una lengua común, los códigos y elementos culturales introducen matices importantes en la comunicación al pertenecer a un ámbito (el de las representaciones, los valores y los significados) que es culturalmente diferenciado y que por lo tanto ha de ser interpretado a partir de esquemas de percepción (y apreciación) diferentes. Por ejemplo, las disparidades y variaciones culturales se pueden establecer en torno a las diferencias en la estructura del grupo familiar y principalmente en torno al status/rol de la mujer (esto es frecuente en el caso de las familias de procedencia marroquí).

Otras situaciones que se producen con cierta frecuencia están relacionadas con los llamados Síndromes Culturalmente Delimitados (*Culture-Bound Syndrome*), que hacen referencia a trastornos de tipo sindrómico característicos de determinadas culturas y sociedades e inexistentes en otras (ejemplos de estos síndromes serían el *susto*, *el aire*, *el mal de ojo*, *el widingo*, *el empacho*, *la anorexia*, *el síndrome premenstrual*, etc.). En determinadas ocasiones estos trastornos son motivo de consulta y generan dificultades a la hora de ser comunicados por la población inmigrante e interpretados por los profesionales (y viceversa) ya que los códigos en los que viene expresados (signos y síntomas, como también los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en sus culturas de origen) son difícilmente traducibles, o bien en términos del modelo biomédico y de atención característico de nuestro sistema de salud o desde nuestro propio modelo a los modelos cognitivos e interpretativos de algunos inmigrantes.

Consideramos que la acción mediadora tendría un papel fundamental en este contexto y por ello intentamos que su inserción en el CAP de Totana permitiera identificar qué aspectos relacionados con la comunicación (en los sentidos ya señalados), generaban interferencias o dificultades en las relaciones entre los diferentes servicios del centro y sus profesionales, y las personas inmigrantes que acudían a él. Evidentemente, la acción mediadora tiene un ámbito de intervención

y caracterización profesional que extralimita en mucho los elementos meramente lingüísticos en este sentido. No obstante, muchas de sus funciones (como se señaló más arriba) se orientan claramente a evitar los obstáculos y barreras generados en las acciones comunicativas que se producen en el interior del centro.

El CAP de Totana (como la mayor parte de los Centros de Atención Primaria de nuestra Región) carece de servicio de intérprete, ni tiene en su cartera de funciones ninguna otra herramienta que pueda resultar útil o efectiva en tal sentido. Como ya hemos comentado, en el mostrador de administración existen una serie de folletos informativos básicos traducidos a algunos de los idiomas más representativos. Lo que sucede, tal y como pudimos detectar en el proceso de observación realizado en el centro, es que más allá de la información recopilada en los citados folletos no hay posibilidad de proporcionar formalmente información e interpretación lingüística respecto a cuestiones que son importantes, recurrentes en algunos casos, y que facilitarían y resolverían situaciones concretas que se producen a diario. Sin bien durante estos últimos años se han producido estrategias espontáneas fruto de la necesidad (como que las madres marroquíes acudan a la consulta generalmente acompañadas de sus hijos u otros menores que dominan mejor la lengua española, o que dichas mujeres acudan, en ocasiones, acompañadas de otras mujeres, generalmente autóctonas, para comprender prácticas y tratamientos relacionados con la salud reproductiva) existe una demanda generalizada en el centro (por parte de profesionales e inmigrantes) para que las dificultades lingüísticas puedan derivarse formalmente a un ámbito funcional capaz de atenderlas y darle respuesta inmediata. Pero esta función no corresponde específicamente a la acción de la mediación (aunque pueda desempeñarse en situaciones y circunstancias puntuales), sino que es mucho más concreta de los servicios de interpretación o traducción.

En relación a las barreras de comunicación existentes y provocadas por la incidencia de los aspectos culturales que hemos señalado, la acción mediadora tiene un papel mucho más delimitado y funcional

que como simple traductora e intérprete lingüística. Si bien es cierto que la formación de los profesionales en competencias culturales es un valor indispensable para la mejora y viabilidad de los canales comunicativos entre el sistema sanitario y la población inmigrante y que hay que articular y regular mecanismos y programas de formación, adaptados metodológicamente a las necesidades existentes, igualmente es verdad que la labor de la mediación podría resultar de gran utilidad en la actualidad, y en este contexto. Las posibilidades de intervenir ahí son muchas desde la mediación, y las demandas a su labor son también múltiples y orientadas a diferentes niveles de intervención. Pero, al mismo tiempo, el desconocimiento y la falta de valorización en los servicios sanitarios de la acción mediadora ha hecho que los profesionales recelen, en algunos casos, y consideren escasamente adaptada a sus necesidades, en otros, su intervención. Esta aparente paradoja está articulada en muchos discursos profesionales, y algunas de las acciones llevadas a cabo en nuestro estudio del CAP de Totana nos han permitido identificarla y situarla en un marco de comprensión mucho más adecuado a la realidad del centro.

Probablemente, la comunicación y sus barreras constituyan algunas de las dimensiones más estrechamente vinculadas a los factores culturales de la inmigración. No obstante, y como hemos venido reiterando a lo largo de estas páginas, si hacemos excepción de otros múltiples factores que globalmente dan sentido al contexto social de la relación entre servicios sanitarios (en este caso CAP Totana) y la inmigración, correremos el riesgo de obviar la propia realidad estudiada. En muchos casos los determinantes culturales son interpretados en los ámbitos profesionales como aspectos íntimamente vinculados a otros factores socioeconómicos o comportamentales, ya sea como simples estereotipos o imágenes (...*eso no es cultural, eso es porque como tienen que trabajar, **les da igual**...*, o, *mira es que están pedos todo el fin de semana, ...a mí que no me digan que eso es porque si la cultura y esas cosas, ¿sabes que te digo? Son **promiscuos** porque están **borrachos** todo el fin de semana*), ya sea en las propias prácticas (*muchos de ellos no quieren*

aprender el idioma, no les interesa, vienen a lo que vienen pero no tienen la intención de adaptarse ni de aprender nuestras normas). Aunque dichas correlaciones no sean conscientes, esconden una porción de la realidad que es preciso hacer evidente.

Es en la propia acción mediadora donde podrían exponerse las claves que operan en situaciones a veces opacadas por el peso de las imágenes, de los tópicos y de las formas, en definitiva, en que termina construyéndose socialmente la realidad de la inmigración. En las circunstancias en las que la función de la mediación tiene cabida, sobre todo cuando hablamos de planos esencialmente comunicativos, aparecen necesidades no previstas por los profesionales y los inmigrantes en las situaciones relacionales en las que habitualmente se manejan unos y otros. El papel de la mediación tendría la oportunidad de orientar en estos escenarios, diversos y complejos, a profesionales e inmigrantes con el único objetivo de que los códigos comunicativos en los que se traduce una cultura, una forma de ser y de construir el mundo y sus significados, puedan ser compartidos por unos y otros, en circunstancias en las que esa acción comunicativa adquiere una transcendencia muy significativa para los procesos de salud y enfermedad de las personas, que es en definitiva de lo que se trata en este contexto.

El proceso de comunicación es fundamental en la atención a la población inmigrada. También lo es para que esta última asuma cuáles son las circunstancias, estructuras y normas de los servicios de salud de la sociedad de acogida. Hemos puesto el acento en la necesidad de activar un proceso de aproximación mutua desde la figura de la mediación intercultural que permita generar vínculos mucho más consistentes que los que se ofrecen en la actualidad por una y otra parte. Y no lo hacemos de forma caprichosa.

La demanda está ahí y en nuestro proceso de trabajo en el CAP de Totana hemos ido encontrando lugares para su intervención. La acción mediadora puede, en este sentido, observar, escuchar, preguntar y gestionar los matices y diferencias con que la comunicación se presenta en una doble dirección.

Se ha podido comprobar cómo la presencia del mediador ha abierto accesos que antes estaban bloqueados. Pero mientras los profesionales no adquieran la suficiente formación y desarrollo de lo que ha venido a llamarse *competencias culturales*, la acción mediadora no podrá presentarse con el suficiente reconocimiento para negociar los significados culturales de unos y otros y actuar favoreciendo la comunicación de forma eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los que participan en las relaciones que se producen en el ámbito sanitario. En los momentos en que la mediación ha intervenido a lo largo de nuestro estudio, en el ámbito de la comunicación, se ha detectado un grado de comprensión aceptable, llegándose en ocasiones, y como veremos más adelante, a una situación de empatía respecto a significados y prácticas hasta ese momento difícilmente alcanzable. Pero de la comprensión a la práctica real en que se produce la relación profesional-inmigrante hay aún un trecho importante. A pesar de que en la voluntad de unos y otros esté la colaboración y la normalización de la interacción, la acción mediadora no garantiza por sí sola soluciones a problemas enquistados en la propia estructura del sistema, en la forma de construir y significar las circunstancias sociales de la inmigración por parte de algunos profesionales y en las necesidades puntuales de los inmigrantes respecto a su salud y su enfermedad así como las estrategias que éstos desarrollan para hacerles frente.

Si bien pudimos encontrar por parte de algunos profesionales del CAP de Totana una motivación añadida por conocer otras culturas y, por lo tanto, favorecer vías de desarrollo en la comunicación intercultural, la falta de motivación y el peso de otros aspectos ya señalados ha provocado que la mediación tenga que concentrar, a nuestro modo de ver, grandes esfuerzos en este ámbito tan complejo como es el de la comunicación intercultural (y como hemos intentado poner de relieve, no sólo en términos de mera traductora lingüística) sin obtener los resultados que en principio serían deseables.

2.3. La salud de la mujer inmigrante. La observación en el área de Ginecología-Obstetricia del CAP de Totana

Durante la fase de observación participante en el CAP de Totana, se definieron también una serie particularidades en el área de Ginecología-Obstetricia, en lo que se refiere a la salud de la mujer inmigrante y a las posibilidades de intervención y participación de la mediación intercultural. Continuando con nuestra propuesta de análisis multifactorial, debemos tener en cuenta diversas consideraciones a la hora de abordar este apartado con el objetivo de situar en él los resultados obtenidos en la fase de observación.

Como señaló en su día la antropóloga Dolores Juliano, "la inmigración nunca es un fenómeno asexualado, responde de manera bastante importante a determinantes de género"¹⁴.

La mujer inmigrante en la actualidad ha ido perdiendo el papel de reagrupada que la había caracterizado durante una parte importante de los procesos migratorios descritos más arriba en el marco de nuestra Región. Esto es particularmente significativo en los proyectos migratorios de las mujeres de origen latinoamericano (en particular, ecuatoriano) y de la Europa del Este, mientras que las mujeres marroquíes y las africanas subsaharianas, por poner algún ejemplo, mantienen aún hoy día la reagrupación como eje de su historial migratorio y presentan, además, niveles de ocupación muy inferior al resto de mujeres inmigrantes.

Siguiendo a Sassen (1998)¹⁵ sabemos que las mujeres han adquirido un protagonismo fundamental en las migraciones internacionales contemporáneas como consecuencia de la estructura de los mercados y los modelos de demanda que en su interior se generan. Este aspecto ha supuesto importantes transformaciones de tipo cultural, económico, político o social no sólo en las sociedades de destino, sino también en los países de origen de las mujeres migrantes. En la actualidad se le reconoce a muchas de las mujeres migrantes un papel activo en los procesos migratorios convirtiéndose en la mayor parte de los casos en responsable del hogar. Muchas poseen un proyecto migratorio cada

vez más orientado a la subsistencia familiar, con desplazamientos autónomos y con objetivos eminentemente laborales como estrategia orientada a la obtención de ingresos para el grupo familiar.

Este hecho coincide con la creciente demanda de un mercado laboral orientado, en la zona de estudio, a la agricultura y, en menor medida, al sector servicios (trabajo y cuidado doméstico básicamente), con un perfil de baja cualificación profesional, con un elevado grado de irregularidad y con empleos precarios y, generalmente, situados por debajo del umbral de *deseabilidad* de las autóctonas (aunque esto no sea un fenómeno característico solamente de la inmigración femenina, sino que es estructural a los propios procesos migratorios actuales sin distinción de género).

En muchos otros casos, las migraciones femeninas no responden solamente a razones estrictamente económicas. Se han detectado situaciones migratorias provocadas por la necesidad de modificar relaciones opresivas, de exclusión o violencia en el seno de la familia o de la propia pareja. Cada vez son más frecuentes las migraciones producidas como instrumento de supervivencia, empoderamiento y desarrollo personal en el contexto de la globalización¹⁶.

Se puede afirmar por ello que muchas mujeres inmigrantes, al abandonar su país de origen, generan estrategias nuevas de convivencia y adaptación, basadas sobre todo en la autonomía, la asunción de riesgos y responsabilidades y la toma de decisiones. Surgen necesidades para seleccionar, de la sociedad receptora, todo aquello que le resulta útil y operativo para su supervivencia y sus propias estrategias de adaptación. En este contexto, la salud se convierte en una prioridad y el acceso a los servicios públicos, en general, y sanitarios, en particular, se erige como un pilar fundamental en ese sentido adaptativo.

En la actualidad nadie cuestiona que la condición de mujer inmigrante, asociada a determinantes laborales como los expuestos, se sitúa en el escenario de las desigualdades en salud¹⁷. Como han señalado Rohlfs *et al.* (2000), "la salud de las mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan

de forma diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermar. Desigual porque hay otros factores, explicados en parte por el género, que afectan de una manera injusta a la salud de las personas¹⁸. Incorporar el enfoque de la estratificación social en este contexto nos puede servir para comprender ciertas dinámicas producidas en relación con la mujer inmigrante, sobre todo, en lo que hace referencia al trinomio mujer-inmigración-salud. Como apuntó Morokvasic (1984), la subordinación en términos de género, clase social y etnicidad constituye el marco de referencia de todo análisis de los procesos que producen y reproducen las formas de marginación y exclusión de las mujeres inmigrantes¹⁹.

En ocasiones, el hecho mismo de no acudir a solicitar atención sanitaria en situación de necesidad constituye el primer exponente claro de inaccesibilidad. Muchas son las razones por las que las mujeres inmigrantes en ocasiones se auto-marginan e invisibilizan como consecuencia de no disponer de *papeles*. Este fenómeno se ha venido observando desde el comienzo de los procesos migratorios descritos y ha generado una autopercepción de exclusión de las redes y dispositivos formales de atención sanitaria. La propia cultura de la salud, entendida en términos de medicalización, llega escasamente a estas mujeres y los diferentes procesos que afectan a su salud son *neutralizados* al entender éstas que no las incapacitan para el desarrollo de sus tareas y trabajos habituales.

Anteriormente hemos hecho referencia a algunas de las razones estructurales que limitan el acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios. En el caso de las mujeres inmigrantes estas situaciones se agudizan hasta convertirse en barreras casi insalvables para el acceso a los dispositivos de salud. Las condiciones laborales de las mujeres inmigrantes, los horarios y procedimientos de gestión de la asistencia mediante cita previa, las situaciones derivadas de las condiciones jurídico-administrativas son algunos de los aspectos determinantes en la relación mujer inmigrante-servicio de salud. Como ha puesto de manifiesto Kàtia Lurbe, se dan situaciones de gran dramatismo en la

mujer inmigrante como "...el temor a mostrar síntomas de indisposición y malestar por el riesgo a que el/la empleador/a prescinda de la fuerza de trabajo que la persona usuaria aporta, al no estar en las condiciones físicas óptimas para desempeñar su función. El disimulo y la resistencia con respecto al propio cuerpo en sufrimiento son las tácticas mayormente empleadas por las mujeres. No cabe duda de la dificultad y la angustia que esta performance conlleva para las mujeres..."²⁰.

A todo ello se unen factores derivados del rol de cuidadora y, en infinidad de casos, mantenedora del ámbito doméstico. Este aspecto determinante de la conciliación entre la ocupación y la vida familiar que en el caso de las mujeres inmigrantes presenta unos tintes complejos ya que han asumido, en condiciones de precariedad y pobreza, gran parte de los problemas que las mujeres españolas han ido desplazando con su llegada a nuestro país. En este contexto, juegan un papel determinante las relaciones entre la clase social, la etnia y el género como detonante expreso de la vulnerabilidad social de las mujeres inmigrantes y su efecto en el uso de los servicios sanitarios (también educativos y de acceso a la vivienda, por ejemplo).

Tal y como pudimos comprobar en las diferentes fases de nuestro estudio en el CAP de Totana, la situación de la mujer inmigrante, entendida en estas claves, podría verse claramente reforzada por la acción mediadora. La posibilidad de introducir variables que hagan comprensible para los profesionales la situación de las mujeres que se encuentran en nuestra Región como migrantes es uno de los elementos clave que se desprenden de nuestro trabajo. Y las cuestiones relativas a la accesibilidad (y por supuesto, a la equidad) marcan el punto de partida de los esfuerzos compartidos entre los dispositivos sanitarios y la población inmigrante. El eje transversal que puede aportar ahí la acción mediadora resultaría fundamental para acercar posiciones e introducir nuevas racionalidades que eviten las lógicas de exclusión determinadas por los factores ya descritos.

Una vez contextualizado este apartado, podemos situar algunas de las claves situacionales de la mujer inmigrante observadas en el CAP

de Totana. Podemos determinar dos aspectos nucleares que marcan, por su complejidad, la relación entre mujer inmigrante y servicios de salud en el centro. Ambas pasan fundamentalmente por el servicio de ginecología-obstetricia. En primer lugar, aparece la cuestión relativa a los embarazos no deseados de adolescentes y mujeres latinoamericanas. Este hecho deja entrever determinadas carencias en las políticas de educación para la salud y preventivas respecto a la información sobre el empleo de anticonceptivos y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, así como las reticencias de un número importante de miembros de la población latinoamericana a usarlos (en algunos casos, por razones meramente culturales y relacionadas con las relaciones de género propias de la cultura de origen). En muchos casos, las mujeres de origen latinoamericano no habían utilizado nunca métodos anticonceptivos y continuaban sin hacerlo en España. Las razones son múltiples, pero en todas ellas subyace una cuestión claramente relacionada con el desconocimiento y la falta de información. Las profesionales más estrechamente vinculadas con la salud de la mujer, esto es, la matrona, la trabajadora social y la ginecóloga, situaron la problemática no sólo en la desinformación, sino en la falta de responsabilidad de las mujeres inmigrantes y a otros elementos asociados a la etnicidad. Existe, en su opinión, un argumento para ello: las iniciativas informativas y educativas relacionadas con la salud reproductiva y sexual planteadas en el centro no han tenido repercusión alguna entre las mujeres inmigrantes. Este hecho suele atribuirse al desinterés (casi *endémico* tal y como fue esgrimido en algún caso) y a la falta de compromiso y responsabilidad de la mujer inmigrante (sobre todo latinoamericana) con su cuerpo y su salud.

Además, se observa otro dato significativo en las mujeres latinoamericanas ligado al escaso uso de métodos anticonceptivos. Se trata de la utilización inadecuada y repetida del aborto, concebido como método de anticoncepción. Ambos problemas subrayan la necesidad importante de establecer mecanismos de sensibilización sobre prevención de embarazos no deseados entre las mujeres latinoamericanas.

Sin embargo, y según la opinión de los profesionales, este colectivo resulta muy difícil de captar para establecer procedimientos educativos, no sólo por su indisponibilidad horaria debida a la precariedad laboral (jornadas intensivas de trabajo), sino también por razones culturales y legales al no querer llamar la atención (cuando se trata de mujeres inmigrantes con una situación administrativa no regularizada).

La disponibilidad de horarios del Centro de Salud, como ya se señaló, no es adecuada para muchos inmigrantes y, en concreto, para muchas mujeres inmigrantes trabajadoras. Han existido alternativas para la información y prevención relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes promovidas desde otros ámbitos. Como ejemplo, la ONG pro-inmigrante Murcia Acoge de Totana, junto con una matrona del Centro de Salud, organizaron un programa sobre métodos anticonceptivos en la propia asociación adaptándose a los horarios de las mujeres. La asistencia a los actos no tuvo apenas repercusión, lo que pone de manifiesto una vez más que no sólo se trata de un problema relacionado con los horarios en relación al contexto sociolaboral sino que, como ya hemos indicado, existen factores culturales importantes como la influencia de la figura masculina en la familia y las desigualdades y diferencias de rol en el interior del grupo doméstico.

En este contexto, y como resultado de los datos de nuestra intervención, el papel de la mediación no creemos que ofrezca garantías suficientes para solucionar los conflictos y las dificultades que se originan en relación con la salud de la mujer. La voluntad, por una parte, de los diferentes colectivos profesionales por favorecer canales más adecuados para ofrecer soluciones, aun existiendo, aparece condicionada por multitud de factores (ideológicos, estructurales y por las resistencias de muchas mujeres inmigrantes a modificar prácticas que, como hemos significado, van más allá de lo estrictamente cultural). Por otro lado, las condiciones sociales de la inmigración y, en concreto, de la mujer inmigrante, dificultan mecanismos de aproximación a las prácticas y propuestas que se realizan desde los servicios sanitarios en materia de prevención, educación y planificación.

De nuevo consideramos que la formación de los colectivos profesionales en habilidades y competencias culturales, junto con estrategias de “nueva planta” diseñadas desde los propios servicios, en colaboración con asociaciones y otros ámbitos oficiales de atención a la diversidad (como puedan ser los servicios sociales de carácter municipal), pueden resultar, en lo inmediato, más fructíferas que la acción mediadora por sí sola. Experiencias existentes en otras comunidades autónomas, en el trabajo con grupos de mujeres inmigrantes y profesionales sanitarios y no sanitarios de los dispositivos asistenciales, han ofrecido resultados esperanzadores en ámbitos tan aparentemente delicados y controvertidos como la salud sexual y reproductiva.

No pretendemos restarle valor con ello a la mediación intercultural y a sus aportaciones en este ámbito tan significativo, pero consideramos que el sistema de Atención Primaria, por un lado, y las condiciones sociales y personales a las que se enfrenta la mujer inmigrante actualmente, por otro, requieren de una dinámica de trabajo en la que se hace precisa la intervención de estrategias diferentes, capaces de aportar un marco de comprensión y actuación también diferentes, e integrado por otros agentes sociales procedentes de ámbitos capaces de llegar de forma eficiente a la mujer inmigrante (asistencia y trabajo social, asociaciones de mujeres o de inmigrantes, etc.).

2.4. Salud pediátrica

Como bien ha señalado Silvia Carrasco, “la infancia extranjera y de origen inmigrante y minoritario representa globalmente más que ningún otro subgrupo el cambio y el riesgo de la infancia en general: cambio social y cultural profundo y, en la fisonomía poblacional que se proyecta hacia el futuro, cambios en los mecanismos y en las estrategias para asegurar a las nuevas generaciones herramientas y valores democráticos; mayores riesgos de sufrir las viejas y nuevas formas de la desigualdad, y un riesgo más alto de no alcanzar el umbral de lo que se considera una buena salud, un acceso adecuado a la educación, una

identificación afectiva estructurada y, en definitiva, una vinculación y una participación social plenas²¹.

Teniendo en cuenta este planteamiento como punto de partida y, sobre todo, por la dificultad de obtener datos desagregados y sistemáticos sobre salud pediátrica, se plantea una situación compleja sobre la que hay que poner particular atención una vez escrutados los resultados de nuestro trabajo. En términos generales y en relación con la salud infantil de los inmigrantes, hay que unir a algunos de los aspectos ya señalados en este texto, como las dificultades en el acceso y utilización de determinados servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, o incluso las condiciones materiales de vida precarias y los embarazos de mujeres muy jóvenes (fundamentalmente latinoamericanas). En muchas zonas de nuestro país la proporción de madres inmigrantes adolescentes duplica la de las autóctonas y, en conjunto, es cinco veces superior a las del conjunto de los países desarrollados. La consecuencia inmediata de esta situación es una proporción alta de mujeres con niños de escasa edad, con redes de apoyo tradicionales muy debilitadas en muchos casos y sin el conocimiento adecuado de los recursos y servicios públicos de salud para atender las necesidades de salud de los niños y niñas inmigrantes. Ello conlleva a menudo la creación de situaciones de riesgo para la salud infantil en la población extranjera, ya que los menores pueden resultar invisibles en los registros sanitarios (por lo ya comentado e incluso como consecuencia de la propia situación administrativa de los padres) hasta que se produce una situación de urgencia para su salud que los canalice directamente hasta el sistema.

En este contexto y en el caso concreto del CAP de Totana, el área de salud pediátrica atiende cada vez a más niños inmigrantes. Existe al respecto una cierta retórica en relación a elementos ya comentados más arriba. Por una parte, muchos de los problemas evidenciados por los profesionales refuerzan la percepción de que existe un uso inadecuado del servicio de pediatría por parte de la población inmigrante, incumpliendo las normas del centro (sistema de citas previas y utili-

zación correcta de la tarjeta sanitaria) y mandando a las consultas a niños en ocasiones no acompañados o a cuidadoras que no conocen el historial clínico ni los hábitos del niño. Como en el caso de la población inmigrante en su conjunto, se evidencia asimismo y de forma reiterada un irregular seguimiento de los niños inmigrantes. La dificultad de los padres para acudir a las revisiones previstas por falta de tiempo, inadecuación de los horarios, hábitos culturales diferenciales o el desconocimiento del sistema sanitario español continúan suponiendo algunos de los elementos más significativos. Se han anotado por parte de los profesionales, durante el periodo de observación de nuestro trabajo, aspectos relativos al desconocimiento por parte de algunos padres inmigrantes de lo que podría denominarse “hábitos saludables del niño” (lactancia, alimentación y puericultura). Por una parte se apunta en un contexto nutricional y en lo que se refiere a la lactancia y/o a la alimentación, a la reproducción por parte de algunas madres de pautas y usos propios del país de origen, los cuales a veces se consideran inapropiados desde aquí para el niño y susceptibles de provocar importantes carencias alimentarias. Pero también se considera por parte de los profesionales que los problemas nutricionales derivados de la desinformación o la deficiente nutrición de las madres son frecuentes. A menudo se indica que las inmunizaciones no son correctas y el mal seguimiento de las prescripciones por incomprensión es un problema habitual entre los inmigrantes.

Por otra parte, en la fase de observación se extrajeron referencias concretas acerca de la situación de descuido de los niños inmigrantes por parte de algunas *cuidadoras*. La situación laboral de muchas madres y padres inmigrantes constituye, como se ha señalado en más de una ocasión, un impedimento clave que les lleva a dejar a los niños y niñas en mano de cuidadoras no profesionales. Los profesionales del servicio de pediatría han puesto de relieve que algunas cuidadoras no ofrecen cuidados y atención a los niños de forma conveniente y que tampoco conocen, en muchos casos, los hábitos de vida ni el historial clínico del niño. Esta costumbre conlleva graves riesgos (vulnerabilidad y descuido

de los niños) de los cuales algunos padres no son realmente conscientes. Por tanto, la labor informativa que realizan los pediatras y enfermeros/as de pediatría con la población inmigrante es muy importante, ya que son los encargados de proporcionar consejos sobre hábitos saludables e higiene, intentando en ocasiones respetar las creencias culturales y, sobre todo, intentando articular sus recomendaciones a prácticas y procedimientos de atención difícilmente modificables, al menos a corto plazo.

Sin embargo, los profesionales de pediatría lamentan el escaso impacto que tienen estos consejos y pautas en muchas familias inmigrantes. Se ha detectado, por ejemplo, que a pesar de los esfuerzos realizados por los profesionales en relación a los cuidados higiénico-sanitarios del niño, perdura entre algunos padres inmigrantes (mayoritariamente ecuatorianos y bolivianos) la idea de que lo que más importa en la consulta de pediatría son las vacunas (siendo éstas un factor de integración y una obligación, según ellos). Continúa teniendo importancia la creencia de que sólo se necesita acudir al pediatra cuando hay que vacunar al niño o cuando éste está malo, obviando cualquier iniciativa preventiva o de educación para la salud al no considerarlas relevantes. En consecuencia, algunos padres y madres no acuden a las consultas del niño sano cuando no hay vacunación, ya que la simple revisión del niño y las pautas de prevención que conlleva esta revisión no se consideran útiles.

Este último elemento pone de relieve un rasgo importante de los principales colectivos inmigrantes en cuanto a la salud y al uso del Centro de Atención Primaria: se trata de la dificultad para entender el concepto de prevención que influye, de forma directa, en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios en situaciones que se podrían caracterizar como agudas. Además de estas diferencias observadas en torno a lo que se considera importante o no en la salud de los niños, se ha evidenciado por parte de muchos profesionales, pero también por parte de los propios inmigrantes, la existencia de conceptos, imágenes y valores distintos en relación a los procesos de salud/enfermedad que determinan directamente la relación profesional/paciente inmigrante.

Por todo ello, la figura de la mediación intercultural representaría un valor que creemos importante en este ámbito. Y consideramos que son muchas las razones para ello. En primer lugar, para la realización de la correcta anamnesis resultan precisos una serie de elementos que permitan contextualizar al paciente y su dolencia. Si bien para la población inmigrante en general esta necesidad es vital como ya hemos destacado, al referirnos a la población infantil, probablemente aún lo sea más. En general resulta conveniente establecer una identidad cultural o étnica: etnia, ciudadanía, religión, orientación sexual o de género, así como una precisión sobre la lengua preferida, su conocimiento de las lenguas oficiales y su grado de alfabetización. Es ahí donde la figura de la mediación podría emerger como un valor seguro mientras que la adquisición de competencias culturales no sea una realidad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan con inmigrantes.

La posibilidad de obtener e integrar información sobre las creencias y prácticas comunes en relación con la salud y la enfermedad y detectar la existencia de estigmas o vergüenzas en relación con determinadas situaciones es fundamental y la mediación intercultural podría tener un papel nuclear en dichas situaciones.

Es el caso, por ejemplo, de la práctica del Chumpi, o costumbre de vendar al niño lactante de pies a cabeza, empleada por algunas madres bolivianas, con el objetivo de *fortalecer* sus huesos y hacerlo crecer más "duro". La aparente "irracionalidad" para los profesionales de este tipo de prácticas contrasta con la tradición y la costumbre bolivianas, para las que este tipo de terapéutica ritual resulta, en ocasiones, un deber y una obligación. La acción mediadora debería poder ofrecer un espacio de conciliación entre razón y costumbre, entre naturaleza y cultura. Las dificultades, como se pudo comprobar en relación a este tipo de práctica, surgen de la "incapacidad" profesional de asumir esa costumbre como una estrategia cultural fuertemente vinculada con la tradición. Es un perjuicio para el niño que carece de cualquier justificación. De parte de la madre que la realiza, es un deber que los siglos y la cultura imponen por sí solos y que comienza a perderse en los destinos de la

inmigración más por vergüenza y modernidad que por otras razones o intervenciones.

En el caso de la salud infantil, por tanto, y a tenor de nuestros resultados y observaciones, plantea dificultades a la intervención de la acción mediadora. Como ya señalamos, ésta podría contribuir a identificar y establecer la existencia de síntomas verbalizados como estresantes (“idioms of distress”) que a menudo conducen a somatizaciones, así como el significado o el grado de gravedad atribuido de acuerdo con normas o conceptos de base cultural. De la misma forma, en muchos casos el origen de los conflictos o situaciones problemáticas en las consultas de pediatría viene de la “imposición” de un diagnóstico difícilmente asumible desde el punto de vista estructural o cultural por parte de los padres y madres, y escasamente adaptado a las conceptualizaciones con que éstos o incluso el propio niño o niña son capaces de comprender, integrar y aceptar. Y ahí la función de la mediación intercultural también podría resultar capital. Pero como en las áreas anteriores, la mediación no garantiza, al menos de momento, resultados inmediatos y adecuados tal y como se refleja de las situaciones en las que la mediadora intervino en nuestro ámbito de estudio, o en las que hemos podido repasar de parecidas características, en estudios similares realizados.

2.5. Prevención, promoción y educación para la salud

Probablemente el ámbito de la prevención, la promoción y la educación para la salud constituya uno de los más complejos a la hora de abordar las relaciones entre salud/enfermedad e inmigración. Una de las razones que han venido esgrimiéndose para justificar esta complejidad tiene que ver con las características socio-estructurales de la población inmigrante. El perfil económico de la inmigración es un elemento a tener en cuenta en este contexto. El acercamiento de la mayor parte de los inmigrantes a los dispositivos sanitarios se produce generalmente para atender necesidades básicas. El interés por conocer y participar en

programas específicos de carácter preventivo o educativo es completamente marginal, al no ser percibido como una necesidad ya que no se ajusta al constructo de prioridades definido por ellos. En otros muchos casos, y relacionado con esto último, no se comprende bien el propio concepto de prevención. Resulta por ello paradójico el hecho de que la valoración que muchos inmigrantes hacen de su propia salud es de absoluta imprescindibilidad como motor y patrón en todo su proyecto migratorio. *Sin salud no hay trabajo y... eso es algo que no nos podemos permitir.* Preservar y conservar la salud, en lo inmediato, es la principal herramienta para cumplir con los objetivos e intenciones del proceso migratorio iniciado por la persona.

Aun así, y como hemos señalado, el objetivo de la salud a medio y largo plazo no emerge como una preocupación de primer orden. Tan sólo en lo relativo a la salud materno-infantil se producen tímidos acercamientos al entorno preventivo y educativo que proporciona nuestro sistema. La mujer inmigrante acude más a las consultas que los hombres y lo hace, además, de manera más regular y sus preocupaciones, a diferencia de éstos, tienen dos focos de atención muy marcados: la salud reproductiva y el cuidado y atención de los niños.

En lo que se refiere a la promoción y educación para la salud en el Centro de Atención Primaria de Totana, se pudo observar que no se había puesto en marcha ningún programa preventivo o educativo específico para los diferentes colectivos inmigrantes, aunque el Ayuntamiento, desde los Servicios Sociales, ha considerado en más de una ocasión la posibilidad de dinamizar y poner en marcha este tipo de proyecto conjuntamente con el sector sanitario. Las actuaciones realizadas hasta ahora en este ámbito se han dirigido a informar sobre el uso adecuado del Centro de Atención Primaria mediante un folleto explicativo, así como la publicación, por parte de la Consejería de Sanidad y de la Dirección General de Inmigración, de la guía *"De donde vengas, a donde vayas... Cuida tu salud"*.

Actualmente, y según se ha podido detectar, las recomendaciones sobre anticonceptivos, higiene y hábitos saludables del niño se hacen

individualmente con cada paciente en las consultas. Ahí el papel de determinados profesionales, como es el caso de la matrona, se muestra determinante en diversos aspectos como la prevención de embarazos y la planificación familiar. No obstante es importante valorar la escasez de profesionales en este contexto y la necesidad de arbitrar medidas y soluciones que podrían estar perfectamente relacionadas con la presencia de un mediador o mediadora en el Centro. Como ejemplo, significar que el CAP de Totana cuenta solamente con una matrona, y su trabajo y dedicación a tareas preventivas, de sensibilización o educación se ve continuamente condicionado por una importante carga de trabajo. Evidentemente, surge de nuevo un componente estructural, de organización y planificación que condiciona las posibilidades de intervención en determinadas áreas fundamentales como son la educación y la prevención. La sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios no depende en exclusiva, como se ha querido apuntar desde diferentes discursos conservadores, de la presencia cada vez mayor de personas inmigrantes en los cupos de los profesionales, ni del propio perfil diferencial de sus demandas de salud respecto a la población autóctona. Existen otras razones que deberían valorarse desde una perspectiva relacional y que han de tener en cuenta los déficits de recursos humanos y materiales de los propios dispositivos, incapaces de asumir, a veces, una demanda que no sólo se ha incrementado notablemente en los últimos años, sino que también se ha modificado desde un punto de vista cualitativo.

Según hemos podido detectar en nuestro trabajo, las posibilidades de intervención desde la mediación intercultural son variadas en el contexto de la prevención, la promoción y la educación para la salud. Pero creemos que siempre en coordinación con otros profesionales. En efecto, a lo largo del mismo se ha puesto de manifiesto el déficit y las dificultades en materia de prevención y educación sanitaria que existen para acceder a la población inmigrante. Ejemplo de ello, y como ya se señaló, emergen el ámbito de la salud sexual y reproductiva o la salud infantil. Por tanto, consideramos conveniente recurrir a estrategias en las que la mediación intercultural podría colaborar para detectar las

necesidades más agudas de la población inmigrante en materia de prevención y para apoyar a los profesionales sanitarios en la creación de programas de educación para la salud. Pero, como señalamos en los epígrafes anteriores, la mediación por sí sola no garantiza resultados en este campo tan complejo y heterogéneo, y frente al que el sistema sanitario en su conjunto se enfrenta con mayores dificultades. Podría resultar interesante conformar equipos con un objetivo preventivo compuestos, por una parte, por profesionales sanitarios y sociales y, por otra parte, por mediadores interculturales (cada uno de ellos con competencias específicas), con la finalidad última de acercarse al *universo* vital y vivencial de las personas inmigrantes y trabajar conjuntamente con fines preventivos y educativos. Ello, a largo plazo, podría influir directamente en su adaptación y adecuación a las posibilidades que ofrece el sistema y, específicamente, los dispositivos asistenciales y la atención primaria en salud. Tal y como se comentó con anterioridad, resulta muy importante buscar soluciones conjuntas para adaptar y mejorar el sistema sanitario, con la finalidad de incluir, del mismo modo, a usuarios autóctonos e inmigrantes y conseguir uno de los retos integradores más ambiciosos y complejos de nuestras sociedades multiculturales. Lo que no tenemos tan claro, al menos por el momento, es si la formación de unos y otros permite, a día de hoy, garantizar herramientas y metodologías que se adapten a las condiciones y a las necesidades que impone el contexto actual de la inmigración. Una vez más, el esfuerzo por garantizar un escenario integrado y coherente en la formación de profesionales y mediadores se hace imprescindible, quizás como paso previo (y apremiante) a iniciativas que hasta ahora están resultando estériles.

Algunas reflexiones sobre la pertinencia de la figura de la mediación intercultural en Atención Primaria

En este trabajo hemos procurado analizar el alcance y significado en la actualidad de la figura profesional del mediador intercultural en el contexto sanitario, intentando acercarnos a ella desde la cotidianeidad de un Centro de Atención Primaria de la Región, de sus profesionales y usuarios inmigrantes e intentar comprender, desde una perspectiva multifactorial, determinadas relaciones que se producen en su interior.

Evidentemente, los resultados y aportaciones que aquí presentamos constituyen tan sólo un marco de interpretación y referencia para abordajes más concretos y sistemáticos en el ámbito de la mediación. A lo largo de nuestro trabajo, ha podido detectarse la necesidad de poner en marcha estrategias para eliminar las restricciones de acceso de la población inmigrante a los diferentes ámbitos del sistema sanitario y favorecer su autonomía y capacidad de decisión en relación con determinados ámbitos asistenciales, pero también con la salud. El impacto de las intervenciones llevadas a cabo por la mediadora intercultural en el Centro de Salud en el que hemos realizado nuestro trabajo subraya que la figura del mediador constituye, ante todo, una herramienta más, que puede contribuir a la inclusión e integración exitosa de los inmigrantes en el sistema sanitario. Pero no es la única y, además, está condicionada por una serie de factores que deberían tenerse en cuenta a la hora de definir su inclusión reglada en los diferentes dispositivos asistenciales.

La necesidad de introducir un referente profesional que, por una parte, posibilite la inserción y adaptación del usuario inmigrante a la estructura y dinámica del sistema sanitario, mediante un proceso de *mediación* y, por otra, que procure transmitir la cultura y las carac-

terísticas sociodemográficas del usuario inmigrante al sistema en su conjunto y a los propios profesionales sanitarios justificaría por sí sola su presencia en este contexto. No obstante, los interrogantes que se desprenden de nuestra intervención plantean dos aspectos sobre los que habría que centrar la atención y reflexión: el primero de ellos es si el actual modelo de Atención Primaria y los propios colectivos profesionales que en él se integran están en condiciones de asumir de forma operativa a esta figura en su estructura. El segundo nos lleva a cuestionarnos si la propia figura de la mediación cumple en la actualidad con los criterios formativos y profesionales necesarios para asumir el reto de ofrecer respuestas a las necesidades que las relaciones interculturales plantean en el interior de los dispositivos asistenciales y, en concreto, al modelo de Atención Primaria de Salud.

En relación al primero de ellos y a nivel teórico, la mediación intercultural actúa tanto al servicio de la población inmigrante como de los profesionales sanitarios y no sanitarios, y puede representar un punto de referencia para los usuarios inmigrantes, particularmente para los que acceden por primera vez al sistema sanitario. Su papel de "orientador" busca favorecer el acceso normalizado de la población inmigrante al sistema, eliminando barreras tan importantes como el desconocimiento, el miedo o la desconfianza hacia la propia organización sanitaria, a veces, marcadamente diferente de la que abandonó en origen. Sin embargo, la figura de la mediación intercultural no puede pretender, como se ha intentado poner de manifiesto a lo largo del presente documento, interponerse en la relación del profesional sanitario con el paciente inmigrado, sino que ha de procurar realizar tareas de apoyo específico con la finalidad de mejorar dicha relación, vinculando a las dos partes e intentando conciliar sus intereses particulares. En nuestro trabajo se ha puesto de relieve que los ámbitos profesionales en los que intervino la mediadora generaron resistencias y en muchos casos pusieron de manifiesto dificultades adaptativas a una figura desconocida y percibida con ciertas reticencias y, en ocasiones, como una injerencia a las propias dinámicas profesionales en su relación con la población inmigrante.

Por lo que hace referencia al segundo de los aspectos señalados, es cierto que el perfil, la capacitación y las competencias de la mediación no se han delimitado aún lo suficiente en el contexto sanitario de nuestro país, ni existe un contexto académico que haya regulado un currículo formativo que habilite formalmente a este colectivo profesional para el ejercicio de su profesión de una manera normalizada. Las iniciativas en mediación intercultural y la incorporación de la misma en los ámbitos sanitarios han sido tradicionalmente dispares y fruto de necesidades surgidas puntualmente como consecuencia de los cambios que las dinámicas migratorias han ido introduciendo a lo largo de los últimos años en nuestro país. Lo ambiguo de esta situación ha provocado, al margen del evidente desconocimiento de esta figura, como se ha podido constatar en nuestro trabajo, una relativa desconfianza respecto a sus posibilidades de intervención por parte de los diferentes colectivos profesionales que trabajan en Atención Primaria. Si bien el mediador intercultural pudiera constituir un recurso eficaz del sistema sanitario para favorecer el acceso y la gestión de la diversidad cultural en los dispositivos asistenciales, no creemos que la situación actual permita su integración al mismo, al menos en lo que hace referencia a la Atención Primaria de Salud de una forma reglada.

Como hemos comentado en el presente documento, la comunicación ha emergido como un campo privilegiado de intervención de la mediación intercultural, no sólo por las dificultades idiomáticas, sino también por el manejo de códigos y significados diferentes en la construcción de los procesos de salud/enfermedad/atención. Su identificación, abordaje y conciliación obran en el inventario de competencias de la mediación, siempre que los procesos de formación y capacitación profesional de los mediadores les permitan activar respuestas coherentes y soluciones adaptadas con los requisitos que cada encuentro intercultural exige en el contexto de atención e intervención sanitaria. En el caso concreto de nuestro estudio, los procesos de comunicación en los que se demandó la intervención de la mediadora estuvieron siempre relacionados con la interpretación lingüística o la traducción y cuando se hizo en situa-

ciones concretas en las que el manejo de códigos culturales diferentes estaba incidiendo de forma determinante en la interacción profesional-paciente (véase el caso del *Chumpi*) su intervención no tuvo resultados satisfactorios.

Como también se ha intentado poner de relieve, los factores culturales, sociales y estructurales interaccionan continuamente en la dinámica relacional entre profesionales e inmigrantes. Difícilmente se pueden llegar a comprender los procesos que operan en el interior de los dispositivos sanitarios sin integrarlos desde una perspectiva sistémica. En el caso de la población inmigrante, las condiciones de vida (laborales, socioeconómicas, de vivienda, nutricionales, de higiene, etc.) se articulan de forma continua con factores culturales (la identidad, las creencias y representaciones, los valores, símbolos y otros códigos culturales compartidos). En el caso de los profesionales, existen condicionantes estructurales (recursos humanos y materiales) que se alinean de forma reiterativa con una visión *occidentalizada* y hegemónica de comprender y atender determinados procesos de salud/enfermedad/atención demandados por los inmigrantes.

Los casos de la salud materno-infantil abordados, así como los condicionantes de género y otros aspectos aquí descritos, no hacen sino poner de manifiesto la necesidad de introducir estrategias y herramientas de comprensión y actuación específica sobre ellos. Y aunque a nivel teórico la mediación intercultural debería dar una respuesta integradora en esos procesos, surgieron situaciones en las que su intervención resultó estéril, y en otros casos limitada por la propia intervención profesional. Las condiciones en que se desarrolla el trabajo asistencial en el centro (y esto no es algo específico del Centro de Salud de Totana) limitan a veces cualquier tipo de estrategia e intervención con la población inmigrante, incluida la mediación. Ejemplo de ellas serían los cupos elevados por profesional y, por consiguiente, los tiempos asignados a cada paciente, junto con otros factores de carácter estructural, que hacen inviable el abordaje de situaciones que requerirían más tiempo y continuidad. Las características de la inmigración económica (labora-

les, condiciones de vida, etc.), como hemos intentado poner de relieve aquí, hacen aún más compleja esta situación. La mediación requiere un contexto que posibilite su intervención y probablemente éste no sea el más adecuado.

Consideramos que esta figura aún precisa profesionalizarse y definirse mucho más, dado que su incorporación en la estructura de los diferentes dispositivos asistenciales de la Región ha sido hasta ahora prácticamente inexistente y en los casos en los que se ha producido lo ha hecho de forma poco definida en cuanto a funciones y adaptabilidad y, generalmente, fruto de necesidades y situaciones concretas, como ya se apuntó más arriba; nunca desde una perspectiva global que permitiera detectar su valor y pertinencia en todos sus ámbitos de actuación. En efecto, mediante la integración de la mediadora intercultural en el Centro de Salud de Totana, pudieron comprobarse muchas de las dificultades ligadas a esta indefinición de su perfil profesional, tanto como al escaso reconocimiento que, aún en la actualidad, tienen sus funciones y competencias.

Aunque en muchas ocasiones y desde diferentes ámbitos se haya demostrado la necesidad y la utilidad de los mediadores interculturales en el contexto sanitario, la realidad en los dispositivos asistenciales actualmente pone de relieve que resulta aún difícil coordinar las funciones y el trabajo que desempeña el mediador intercultural con el de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

En el Centro de Salud de Totana, la mayor parte del personal nunca había colaborado anteriormente con este tipo de figura profesional antes de que se pusiera en marcha nuestro trabajo. El desconocimiento de la figura del mediador intercultural, la dificultad para comprender su papel en los dispositivos asistenciales, la desconfianza acerca de las competencias de esta figura en un Centro de Atención Primaria, junto con la creencia de que el mediador puede poner en duda la práctica de los profesionales sanitarios con los pacientes inmigrantes (incluso tomando partido a favor de los mismos), así como la dificultad para concebir distintas maneras de entender y vivir la salud, han representa-

do algunos obstáculos que han limitado la colaboración entre la mediadora intercultural y los profesionales sanitarios y no sanitarios durante el transcurso de nuestro trabajo.

Por tanto, consideramos que no sólo resulta fundamental definir mejor la figura y el perfil del mediador intercultural en el ámbito sanitario, sus competencias y áreas de trabajo, sino que además resulta imprescindible incluir a los profesionales sanitarios y no sanitarios en esta tarea, ya que el trabajo de la mediación, como eje de esta perspectiva de la interculturalidad, sólo cobra sentido al establecer estrechos vínculos colaborativos con ellos. Esta fase de definición es esencial por dos motivos: para llegar a su reconocimiento profesional en los propios dispositivos y para lograr una gestión eficaz de la diversidad cultural, utilizando de manera óptima una herramienta que, en la actualidad, creemos emerge fruto de la necesidad de hacer *algo*, aunque en ocasiones no se sepa muy bien *el qué*.

Además, la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en competencias culturales y en los procesos derivados de la diversidad cultural constituye también otra manera de legitimar la presencia de los mediadores interculturales en las estructuras sanitarias. Aunque ello tenga, en nuestra opinión, que esperar el tiempo preciso para que los programas de formación y los cursos específicos introduzcan contenidos y metodologías apropiados a la realidad sociocultural en la que hoy se expresa la inmigración y sus relaciones con dispositivos y servicios públicos de las sociedades receptoras. Particularmente, los sanitarios.

En efecto, consideramos que es de extraordinaria importancia sensibilizar al personal sanitario y no sanitario sobre la complejidad del fenómeno migratorio en su ámbito profesional, por muy conscientes que sean de ello y por la implicación que muchos han demostrado en su día a día. No habría que permitir que el principio teórico de la integración y la igualdad de acceso, promovido por la mayor parte de los servicios públicos, oculte la realidad de las muchas limitaciones que aún, hoy día, la población inmigrante tiene en su acceso a ellos. Como hemos intentado poner de manifiesto en estas páginas, algunos ámbitos de

la estructura sanitaria son ejemplo de ello y las razones sólo pueden interpretarse de forma multifactorial.

No creemos que la solución pase por la creación de estructuras específicas para atender la diversidad cultural sino de adaptar el modelo de trabajo vigente a las nuevas necesidades y centrar la relación sanitaria con el paciente inmigrante, más que en su propia enfermedad, en determinados aspectos poco presentes hasta el momento y que hemos intentado reflejar en el presente documento. Para ello habrá que prestar especial atención a sus condiciones sociolaborales, condiciones de vida y a las características de su proyecto y proceso migratorio. Por tanto, más allá del reconocimiento de la figura del mediador intercultural en los dispositivos asistenciales (que también es importante), lo que está en juego es la adaptación global a un sistema sanitario que, hoy en día, tiene que hacer frente a la coexistencia de diferentes tradiciones y prácticas culturales en su seno. La presencia de los mediadores interculturales en el ámbito sanitario, sólo es un aspecto de este proceso adaptativo, tan necesario para la gestión de un campo difícil y heterogéneo como la diversidad cultural, y constituye además un proceso aún en construcción, no exento de dificultades para su asunción por parte de la sociedad y de las instituciones públicas en general y sanitarias en particular.

Según el informe publicado recientemente por el Instituto Nacional de Estadística sobre la *Proyección de la Población de España a Corto Plazo, 2008-2018*, la inmigración en España sufrirá una severa corrección durante los años 2009 a 2011, pasando de 958.300 inmigrantes en 2007 a 442.800 en 2010, según sus propias previsiones. Estas cifras son lo suficientemente llamativas como para plantearnos ciertos interrogantes que se añaden a los ya expresados. En primer lugar habría que cuestionarse si esa drástica disminución prevista respecto al número de inmigrantes registrados en nuestro país, en un periodo tan corto de tiempo, no va a traducirse en una cierta *normalización* en lo referente a la atención sanitaria. Parece razonable pensar que un número muy importante de esos 442.800 inmigrantes serán aquellos que hayan con-

seguido estabilizar su situación en nuestro país desde un punto de vista laboral y económico y cuya integración social sea de hecho, o esté en proceso de ser, una realidad evidente. Este aspecto situaría el umbral de necesidades en un peldaño inferior al actual, y supondría que algunas de las dificultades descritas en el contexto sanitario en su relación con la población inmigrante requieran escenarios y estrategias diferentes a la hora de ser abordadas.

Si bien las hipótesis sobre el crecimiento poblacional proyectado por el INE, sitúan a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia como una de las comunidades con un crecimiento demográfico relativo más intenso, con un 16,6% (tan sólo por detrás de Castilla-La Mancha) y que este crecimiento obedezca, en una parte sustantiva, aún a la inmigración, parece poco probable predecir que regresemos a cifras como las registradas en los últimos diez años en relación a la inmigración. La crisis económica y sus efectos en la estructura y el empleo de aquellos sectores productivos que han sido tradicionalmente los nichos de ocupación de la inmigración en nuestra Región, como el campo y la construcción, hacen prever una disminución en la llegada de inmigrantes y, como puede comprobarse ya en la actualidad, el abandono de muchos de sus proyectos migratorios con el consiguiente regreso de los inmigrantes a sus países de origen.

Para concluir el presente documento, queremos señalar que la acción mediadora podría representar en la actualidad una herramienta útil y valiosa para el sistema sanitario, como forma de intervención para el abordaje de la inmigración, atendiendo tanto a factores culturales, socioestructurales, personales y situacionales relacionados con los procesos de salud y enfermedad. Pero es igualmente cierto que aún no se han asentado suficientemente las bases conceptuales y metodológicas, pero fundamentalmente de carácter práctico y aplicativas, para que dicha figura tenga un papel profesional claro y definido en el seno del sistema sanitario y, en concreto, de la Atención Primaria de Salud. Ello, como hemos podido constatar en nuestra intervención, ha redundado en un escaso rendimiento y aprovechamiento de las potencialidades

que su trabajo podría ofrecer al propio sistema y a los colectivos inmigrantes que acuden a él.

Mientras la mediación no adquiera el papel y la relevancia que probablemente merece, debemos optar por estrategias que hagan eficaz el trabajo de los colectivos profesionales sanitarios en contextos plurales y multiculturales. La formación en competencias culturales debería proporcionar a dichos colectivos un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades para desarrollar su trabajo cotidiano con la población inmigrante. En ese mismo sentido, y con el objetivo de favorecer la capacidad, por parte de los profesionales, de “gestionar” la multiculturalidad y tomar conciencia de ella, hemos diseñado y puesto en práctica un programa formativo en competencias culturales, dirigido a profesionales sanitarios y no sanitarios de Atención Primaria de Salud y basado en una metodología pedagógica innovadora como es el *incidente crítico*.

En la segunda parte de este documento, presentamos dicha experiencia formativa, sus resultados y las conclusiones globales de la misma, con el convencimiento de que mientras no se definan y adecuen convenientemente otras estrategias para abordar la multiculturalidad en el interior del sistema sanitario (como en el caso de la mediación intercultural), la formación de sus profesionales constituye una necesidad y obligación ineludible para aquellos que diseñan y gestionan las políticas públicas de atención a la diversidad, sea cual sea su ámbito de intervención y trabajo.

SEGUNDA PARTE

Justificación de la propuesta formativa

El objetivo fundamental de nuestra propuesta formativa, teniendo en cuenta lo ya expresado, era incorporar a través del análisis, la comprensión y aplicación, el elemento diversidad en los dispositivos sanitarios. Estuvo orientada a los profesionales sanitarios y a otros colectivos profesionales cuyo trabajo se desarrollaba en el Centro de Salud de Totana, de forma que permitiera una mejor comunicación entre éstos y los usuarios de diferentes colectivos de inmigrantes residentes en dicha localidad. La finalidad última era garantizar una atención sanitaria que tuviera en cuenta la heterogeneidad cultural de forma adaptativa e integradora en los procesos de salud/enfermedad/atención. La acción formativa se denominó *“Salud, Inmigración y Mediación Intercultural. El papel de los profesionales sanitarios”. Acción Formativa en competencias culturales.*

Es un hecho frecuente que los inmigrantes de nuestra Región acudan a los dispositivos sanitarios, en muchas ocasiones, con escasos conocimientos lingüísticos y con la incertidumbre, por una parte, de si van a ser comprendidos en su padecimiento por los profesionales y, por otra, si van a ser capaces de transmitir lo que realmente les sucede. Dicha barrera comunicativa no es el único problema que se produce en los contextos asistenciales sanitarios de nuestra Región, como ya hemos comentado a lo largo de nuestro trabajo. Existen con frecuencia diferencias culturales y factores estructurales y socioeconómicos, que los profesionales sanitarios deben comprender y sobre los que han de desarrollar un proceso reflexivo para ofrecer una atención correcta a sus pacientes inmigrantes desde un punto de vista holístico e integral.

Partimos de la consideración de que debía establecerse un vínculo que permitiera la continuidad asistencial, el seguimiento adecuado de los tratamientos, la instauración de pautas preventivas y tener en cuenta los procesos de adaptación del inmigrante a un nuevo entorno con unas normas sociales y culturales diferentes a las que abandonó en su contexto de origen. Todo ello, sin duda alguna, representa el principal reto, tanto de los profesionales del sistema como de la población extranjera, en el ámbito sanitario y los contextos de atención sanitaria de nuestra Región.

Para ello, el programa de formación dirigido a diferentes colectivos profesionales del sistema sanitario que diseñamos, debía ser capaz de constituirse en un instrumento básico para el incremento de sus competencias sobre Diversidad Cultural y Salud. Nuestra propuesta se justificó, entonces, en la convicción de que la formación de los profesionales tenía que proporcionar respuestas a sus propias expectativas y necesidades tanto como a la de los usuarios inmigrantes, no pudiéndose eludir en dicha formación el análisis y valoración de las relaciones entre el componente salud y la diversidad cultural.

Partimos por ello de la consideración de que cualquier profesional sanitario debe desempeñar un papel activo como investigador de su propia práctica profesional. En determinados contextos de la práctica sanitaria ello se hace aún más evidente, sobre todo si tenemos en cuenta la complejidad de los escenarios asistenciales en los que ésta se desarrolla en la actualidad. Ya hemos puesto de relieve más arriba, cómo en los últimos años nuestra Región había vivido una importante transformación sociodemográfica determinada fundamentalmente por la llegada de inmigrantes de diferente procedencia y caracterización socioeconómica y cultural. Probablemente el sector sanitario haya sido uno de los que más rápidamente haya tenido que adaptarse a las nuevas realidades de un entorno cambiante que se han ido configurando en este contexto.

Dichas transformaciones han impuesto, y lo continúan haciendo, la necesidad de nuevos modelos y pautas asistenciales que impulsen acciones para el cambio, adaptación y mejora de la calidad en el seno

de la organización sanitaria. En esta tarea, los profesionales tienen, o deberían tener al menos, un papel nuclear. Y no sólo mediante un ejercicio profesional responsable sino también a partir de una implicación y reflexión constante de los problemas organizacionales que se generan en el contexto de dichas transformaciones.

La propuesta que realizamos implicaba asumir que el papel de los profesionales sanitarios en la atención a la población inmigrante debería definirse por la toma de conciencia de que más allá de la racionalidad técnica de sus acciones y de la respuesta a situaciones puntuales, existen mecanismos de adecuación continua y una mejor comprensión de la realidad en la que están interviniendo. Y en ese sentido resulta preciso asumir que los problemas que se le plantean a menudo no pueden ser resueltos únicamente mediante su instrumentalización y la aplicación de técnicas y teorías de tipo científico.

Gran parte de las culturas profesionales, y en ello las profesiones sanitarias no son una excepción, han obviado las posibilidades de los profesionales de intervenir de forma reflexiva sobre la complejidad del contexto del que forman parte. La rigidez, en muchos casos, de la estructura y los procesos formativos de los diferentes colectivos profesionales ha limitado las posibilidades de innovación y adaptación continua del modelo profesional y los modelos curriculares. Con ello queremos incidir en que la racionalidad técnica del modelo profesional sanitario y no sanitario, sedimentado en muchos casos en el propio modelo curricular, no tiene ni puede tener en cuenta las singularidades, inestabilidades, ambigüedades y conflictos de valores que caracterizan en muchos casos la práctica de los profesionales sanitarios en relación con la inmigración.

La complejidad de las situaciones sociales y profesionales que el fenómeno migratorio impone a la práctica profesional sanitaria ha puesto de relieve que algunos de los problemas que se derivan de ellas no pueden ser sistematizados de manera mecánica, como si la práctica asistencial se desarrollara únicamente sobre contextos estables y escasamente fluidos. Muy al contrario, muchas de las realidades asistenciales se construyen como un problema único en los propios procesos de interacción entre

profesionales y pacientes (donde los marcos de interpretación de unos y otros están determinados por aspectos personales, sociales y culturales difícilmente reducibles a criterios de interpretación técnica estandarizada y que requieren en ocasiones una aproximación intuitiva que precede a la lógica conceptual). Y ahí se fundamenta la consideración de los profesionales como prácticos reflexivos con una capacidad de intervenir sobre la realidad más allá de la visión positivista de la acción racional.

Si partimos pues de la existencia en los profesionales sanitarios de una capacidad reflexiva que se activa durante la acción y se funda en un conocimiento práctico y tácito, existen tres componentes, desde el punto de vista heurístico, sobre los que deberíamos insistir a la hora de definir las estrategias formativas a aplicar en el desarrollo de nuestro trabajo: *conocimiento en la acción*, *reflexión en la acción* y *reflexión sobre la reflexión en la acción*.

El *conocimiento en la acción* parte de la idea de que muchas de las actividades que llevamos a cabo cotidianamente las realizamos de forma espontánea sobre la base de un conocimiento tácito, en ocasiones no consciente y por lo tanto sedimentado en la acción misma. Dicho conocimiento es fruto, básicamente, de la experiencia y las reflexiones pasadas. La *reflexión en la acción* nos sitúa en un espacio que converge con la acción misma, que se produce en relación directa con ella y permite reorganizar lo que estamos haciendo mientras lo hacemos. Existe por tanto una diferencia sustantiva entre la reflexión en la acción y la reflexión sobre la acción, ya que esta última implica un proceso reflexivo a posteriori o al menos requiere detener la acción para realizar un ejercicio de reflexión sobre ella. El tercero de los componentes señalados, la *reflexión sobre la reflexión en la acción*, nos lleva a una reflexión ulterior o metarreflexión que puede permitir al profesional reconstruir, comprender y, en última instancia, analizar los procesos de conocimiento de la acción y de la reflexión en la práctica (Medina, 2003).

Sobre la base de estas consideraciones existen diferentes modelos de formación novedosos que pueden permitir la aplicación de conocimientos a situaciones concretas a partir de un proceso reflexivo por

parte de los profesionales, así como la adquisición de habilidades básicas y procedimentales relacionadas con la materia objeto de estudio, en ese caso la relación entre inmigración y procesos asistenciales. Tal es el caso de la metodología por la que optamos en nuestra propuesta formativa, el **incidente crítico**. Teniendo en cuenta la escasa utilización de la misma en el contexto sanitario, la pusimos en marcha con el objetivo de pilotarla inicialmente y adecuarla, si los resultados así lo aconsejaban, a la realidad formativa en la que estábamos interviniendo.

La inmersión profesional que implican estos tipos de modelos de formación, incluido el incidente crítico, tiene claras ventajas sobre el alumno que podrá:

- Comprender la cultura de su organización: valores y formas de actuación.
- Conocer, comprender y aplicar procedimientos y operaciones ligadas al desempeño de una función o actividad.
- Desarrollar habilidades, destrezas, y seguridad y confianza en sí mismo.
- Conocer límites y posibilidades del ejercicio e integrar sus competencias individuales en las competencias de la organización.
- Cultivar determinadas actitudes y valores personales ligados al desempeño.
- Situarse personal y profesionalmente con relación a otros, desde su autoconcepto.

Para la propuesta formativa que pretendíamos realizar en el contexto de nuestra investigación, creímos necesario incorporar un modelo de formación que implicara los aspectos ya planteados. Y ello fundamentalmente por dos razones: por una parte, porque los modelos formativos tradicionales en determinados contextos profesionales, como el sanitario, comienzan a mostrarse inoperantes en muchos casos y escasamente adaptados a las necesidades de formación que los propios profesionales reclaman. Este hecho hace necesaria la incorporación de

nuevas estrategias metodológicas para la formación que incorporen y transfieran los conocimientos y habilidades adquiridas en función de los objetivos educativos planteados a su práctica profesional y que, además, puedan ser medidos por sus beneficios cuantitativos y cualitativos en términos de impacto. Todo ello, en el ámbito de la inmigración y la salud es particularmente importante dadas las características y complejidades en que se sitúa actualmente la relación entre profesionales e inmigrantes en dicho contexto.

Teniendo en cuenta la intervención realizada a través de la acción mediadora, de sus resultados y conclusiones, pretendimos introducir una estrategia metodológica para la formación de profesionales sanitarios en el contexto de Atención Primaria específicamente orientada al desarrollo de competencias culturales para la interacción y atención a inmigrantes.

1. Características del modelo formativo

Como ya hemos señalado más arriba, dicho proyecto formativo lo dirigimos a profesionales sanitarios y no sanitarios del Centro de Atención Primaria de Totana y se orientó a la aplicación práctica de técnicas y habilidades clínicas y relacionales así como al incremento del conocimiento de la organización y de su funcionamiento desde la propia reflexión. Todo ello para mejorar la calidad de la asistencia, la salud y el bienestar de la población inmigrante así como el desarrollo de competencias y habilidades culturales por parte de los profesionales de dicho centro. El programa de formación estuvo centrado en el autoaprendizaje y se definió en función de las siguientes características:

- *Ser individualizado y autodirigido.* El nuevo conocimiento se construye sobre el existente y el protagonismo del aprendizaje es de quien aprende, que adquiere responsabilidad en la dirección de su propio aprendizaje según la relevancia para sus necesidades e

intereses (autorregulación cognitiva y motivacional). El docente, en este caso, se convierte en un facilitador del proceso en función de las características de los discentes, más que en un mero transmisor de conocimientos.

- Ser *concreto*. El programa de formación contó con objetivos, actividades y medios definidos para el aprendizaje de técnicas o tareas específicas.
- Ser *práctico*. Orientado al mantenimiento y la mejora de la competencia profesional y particularmente en el área de las competencias culturales.
- Ser *evaluado*. Se evaluó el programa, el proceso y el impacto de dicho programa.

En función de las características señaladas se optó definitivamente, como ya se ha señalado, por el *incidente crítico* como metodología formativa.

Con la finalidad de pilotar (al igual que en el caso de la intervención de la mediadora intercultural en dicho ámbito asistencial) el programa de formación, determinamos el número máximo de participantes en esta primera fase en 5-10 personas, con el objetivo de no sobredimensionar las posibilidades de aplicación del mismo debido a su carácter novedoso e innovador y a las escasas evidencias prácticas de este tipo de programas en el contexto formativo sanitario. Una vez finalizada esta fase de pilotaje, valoramos sus resultados y se abordó la pertinencia de extender su aplicación a otros ámbitos de la organización, a otras áreas temáticas y a otros ámbitos relacionados con la salud de nuestra Región.

2. El Incidente Crítico. Definición y estructura

En líneas generales, el incidente crítico es una estrategia docente estructurada, en la que se presentan o se pide que se presenten situaciones críticas especialmente relevantes o significativas para el profesional

y relacionadas con la temática en cuestión a abordar, y relacionadas con la actividad profesional ordinaria. En nuestro caso, dichas situaciones críticas fueron referidas al contexto asistencial de la inmigración, ya fuera desde el punto de vista sanitario, social o administrativo. A continuación se solicita a los participantes que tomen una decisión respecto a las situaciones presentadas en función de la información que se proporciona. Esta estrategia permite llevar a cabo análisis en situaciones específicas de seguridad y control. Son situaciones de laboratorio, sin riesgos y con posibilidad de repetir los análisis, lo que permite a los profesionales acercarse a realidad de una forma segura.

Los Incidentes Críticos, desde una perspectiva global se estructuran de la siguiente forma (ver Anexo 1. *Documento de Trabajo*):

- a) Contexto en el que acontecen.
- b) Descripción de la problemática.
- c) Las posibles causas que explican lo sucedido.
- d) Las soluciones que parecen más acordes a los problemas planteados.

A partir de esta estructura, se abordan una serie de aspectos de los relatos planteados por los profesionales y basados en situaciones reales en los que se detalla lo más sobresaliente, para tener un conocimiento global y contextualizado de lo narrado (del propio incidente). El análisis de las causas y las posibles soluciones aparecerá determinado por una diversidad de planteamientos en torno a lo narrado por el profesional.

A través de esta estrategia, los aprendizajes pasan por el campo subjetivo de la persona, sus representaciones y su sistema de valores. A través de su desarrollo se relativizan y reflejan de forma más compleja las representaciones, prejuicios y reacciones de defensa individuales. Es un esquema de análisis que permite cuestionarse a sí mismo, reflexionar sobre los propios códigos y modos de organización de la experiencia y las propias representaciones de los roles. Finalmente, resulta estimulante porque desarrolla un mejor conocimiento del tema en cuestión.

3. El desarrollo de la acción formativa

La acción formativa que llevamos a cabo se estructuró en tres fases diferenciadas que desarrollamos de forma sintética a continuación.

Fase I

La primera fase o fase inicial tuvo carácter presencial y se centró fundamentalmente en el establecimiento de los contactos iniciales entre los tutores de la acción formativa y los propios alumnos. En nuestro caso, estos contactos estuvieron presididos por las presentaciones, los criterios formales e informales para proporcionar la ayuda y el apoyo necesario en el seguimiento y desarrollo de la acción formativa y, por último, la presentación de la guía de trabajo. También se establecieron las diferentes posibilidades y medios para la comunicación entre tutores y alumnos, ya que el objetivo último de la dinámica formativa en este sentido era el de proporcionar vías de contacto asíncronas y básicamente fluidas en cualquier momento del periodo establecido para el desarrollo de la acción formativa.

Inmediatamente después se inició el proceso de reflexión en torno a los incidentes críticos de manera no presencial. Para ello se fueron destacando aspectos relevantes y significativos de la descripción realizada por los alumnos, las posibles causas y las soluciones a los mismos. De la misma forma se delimitaron los temas clave de cada uno de los relatos, y se reformularon los incidentes narrados a través de un desarrollo más profundo de cada uno de los apartados. La finalidad de esta dinámica fue la de buscar soluciones ajustadas a los hechos y a las circunstancias en las que dichos incidentes acontecieron.

La máxima fue clara, no debíamos dar nada por supuesto (lugar, tiempo y personas). En este momento las valoraciones se hicieron desde un plano objetivo.

Fase II

En la segunda fase, centrada fundamentalmente en un contexto narrativo (ver Anexo 1), y una vez establecido el marco general de reflexión, se fueron abordando cuestiones más específicas, como la búsqueda de posicionamientos personales y subjetivos respecto a las causas originales que generaron el incidente definido por los alumnos. Se produjo una identificación de lo que resultó realmente crítico y sus posibles soluciones, una valoración de las posibles repercusiones en diferentes niveles y la determinación del grado de participación de otros profesionales más allá de lo descrito en el texto. En algunos casos hubo que realizar un análisis profundo y secuencial de las acciones que se relataron desde diferentes perspectivas (propia y ajena). En otros, se realizó un análisis de la forma en la que se construyeron los elementos del incidente desde las personas implicadas, su contexto, condiciones materiales de vida, creencias socioculturales y pensamientos. En general se planteó la evolución de los sentimientos surgidos en el incidente, desde que aconteció hasta el momento en el que se reflexionó sobre él. También se buscó una proyección de los sentimientos del resto de protagonistas en el mismo.

El desarrollo correspondiente a esta segunda fase se realizó en un contexto comunicativo continuo entre los alumnos y los tutores, de forma que surgieran en el proceso reflexivo todos aquellos elementos importantes a significar en el marco global del incidente crítico, de sus posibles causas pero también de sus posibles soluciones.

En esta segunda fase, la comunicación se realizó mediante un proceso de *teleformación* con el objetivo de establecer un aprendizaje personalizado y adaptado a las necesidades y la disponibilidad profesional (de tiempos fundamentalmente) de los participantes. De esta forma las interacciones comunicativas se realizaron de forma asíncrona con la finalidad de compartir experiencias y competencias, ya que el aprendizaje no se centró ni en un material didáctico concreto ni en las explicaciones o planteamientos de los tutores. Opcionalmente, algunos

contactos se realizaron telefónicamente dada la naturaleza de los mensajes o la necesidad expresada por los participantes para realizarlo de dicha forma.

Fase III

Fue el momento de la despedida y los agradecimientos de una forma presencial y grupal. Un tiempo para valorar las dificultades y las fortalezas de todo el proceso formativo, de apertura a nuevas perspectivas acerca de los incidentes desarrollados y de otros que pudieran surgir en otros contextos formativos y, sobre todo, de reflexionar sobre si las cosas hubieran sido de otro modo, qué hubiera podido ocurrir. En ese momento surgieron sentimientos y emociones, aparentemente alejadas de lo realizado, pero en el fondo muy implicadas en el propio proceso.

El contexto comunicativo en esta fase, al igual que en la primera, se realizó de forma presencial.

4. Evaluación y conclusiones de la acción formativa

Evaluación de la acción formativa

La evaluación de la acción formativa por parte de los alumnos obtuvo unos resultados que reforzaron la idoneidad de la propuesta realizada. Globalmente la puntuación obtenida fue de 4,8 sobre un total de 5 puntos. En dicha evaluación se tuvieron en cuenta aspectos tales como el cumplimiento de objetivos iniciales, la respuesta a las expectativas generadas por el curso, la metodología y la organización y, tal vez lo que para nosotros fue más significativo, la aplicabilidad de los contenidos al puesto de trabajo.

Igualmente, la valoración de los tutores de la acción formativa tuvo unos resultados globales excelentes (4,5 sobre 5 puntos totales), sobre todo si tenemos en cuenta aspectos fundamentales como la inexpe-

riencia de todas las partes y el abordaje de un contexto metodológico novedoso y poco abordado en el ámbito formativo sanitario de nuestra Región.

Conclusiones de la acción formativa

De todo lo ocurrido durante el proceso resulta imprescindible destacar aquellos mensajes, reflexiones y sentimientos que emergieron durante el desarrollo de la acción formativa y que fueron considerados más valiosos por los participantes, ya que podían resultar útiles para afrontar nuevas situaciones de la mejor manera posible para todos y con una predisposición diferente hacia la diversidad cultural. Entre ellas destacaron:

- El reconocimiento de las verdaderas víctimas de las situaciones descritas en los incidentes críticos. El realizar un proceso de autorreflexión que permita la contextualización, la implicación de las creencias y estereotipos y de otros aspectos en el proceso descrito, facilita situar, en un ámbito de complejidad, los significados, las posiciones y el *quién es quién* de las situaciones narradas.
- No culpabilizar, sino reconocer lo complejo de la situación o situaciones que se dan cita en un mismo incidente narrado.
- Desdramatizar en lo posible las situaciones presentadas así como las consecuencias que de ellas pudieran derivarse.
- Abundar en las verdaderas causas de los conflictos, no quedarnos en las apariencias y tener en cuenta los factores externos o las variables que inciden en muchas situaciones que se producen en las interacciones y en los procesos asistenciales derivados de la diversidad.
- Ante este tipo de situaciones es importante considerar la presencia de sentimientos como la resignación y las inseguridades. Igualmente la emergencia de estereotipos en las interacciones que pueden deformar y negar valor a otros aspectos que, en sí mismos, podrían tener un efecto diferente en la situación presentada.

- Para superar las dificultades resultan valiosos: el reconocimiento, la comprensión, el acompañamiento, la autocrítica, la excelencia, la escucha, la búsqueda de la mejora continua, el respeto, el entendimiento mutuo y la actitud de colaboración.
- Se resaltó como elemento fundamental la aceptación de los cambios, así como asumir una actitud de apertura, aceptar que el pasado no puede ser cambiado pero el futuro sí, en función de las acciones propias y ajenas.

5. Reflexiones y conclusiones generales

Como hemos podido comprobar durante nuestra experiencia, el empleo del incidente crítico nos ha permitido el desarrollo de una serie de procesos explicativos sobre circunstancias particulares acaecidas en diferentes ámbitos profesionales del contexto de la Atención Primaria de Salud y su relación con la atención sanitaria de la inmigración. La emergencia de percepciones y significados concretos en torno a determinados comportamientos, la forma de narrarlos y construirlos mediante el incidente crítico, constituye una magnífica oportunidad para detectar problemas de comunicación con el paciente inmigrante y modificar actitudes y prácticas en torno a situaciones complejas en el ámbito asistencial. También nos puede permitir detectar fallos de la organización, como así ha ocurrido en nuestro abordaje, y contextualizar experiencias laborales difíciles, vividas de forma traumática o inesperada, facilitando tanto la adquisición de habilidades y actitudes como la adopción de medidas organizacionales correctoras.

Muchas son las razones por las que los modelos tradicionales de aprendizaje, sobre todo el modelo relacional en la formación, están siendo cuestionados en los últimos tiempos. Las dificultades de separar teoría y práctica, las rutinas formativas, la heterogeneidad de las propuestas, e incluso la descontextualización de muchas de ellas, formarían parte de dicho escenario crítico. Lo cierto es que la emergencia

de propuestas desde el modelo descriptivo, constituye un marco alternativo cada vez más dinámico y mejor aceptado en la formación de profesionales sanitarios. Sobre todo porque sitúa al profesional en un contexto participativo e inventivo ante situaciones cada vez más diversas y complejas. Además, introduce variables nuevas en la formación, como son las perspectivas ideológicas y actitudinales que se sitúan en la base de la práctica profesional y que hasta ahora estaban ausentes de los procesos de formación.

Por todo ello, hemos considerado que el incidente crítico representa una herramienta basada en la reflexión y orientada a la participación que nos ha permitido aprender (a los tutores y a los propios profesionales que participaron en la experiencia) teniendo en cuenta determinados factores:

- El aprendizaje mediante el abordaje de situaciones surgidas en la práctica.
- Realizado todo ello en un contexto de colaboración e interacción social permanente y en el que afloraron y se compartieron problemas, fracasos, frustraciones y éxitos.
- Fomentando la comunicación y la escucha activa. En ello resultó fundamental la búsqueda de significados individuales y compartidos sobre el contexto sociohistórico de los procesos migratorios y el papel tanto del sistema como de sus profesionales.

Como ya se señaló, el objetivo del que partimos con esta propuesta formativa era, en última instancia, el de mejorar la calidad de la asistencia, la salud y el bienestar de la población inmigrante mediante el desarrollo de competencias y habilidades culturales por parte de los profesionales. Las conclusiones globales extraídas de nuestra intervención en el Centro de Salud de Totana (tanto de la acción mediadora como de la propia acción formativa) y las limitaciones de carácter sociocultural y/o estructural encontradas, nos llevaron a priorizar procesos de intervención y participación en contextos y situaciones problemáticas, vividos y

experimentados en la práctica y cuyo sentido debía ser reinterpretado en función del contexto. Creemos que con ello se ganó en la autonomía de las personas participantes mediante la confrontación de sus ideas y conocimientos desde una perspectiva constructiva y crítica, y en un proceso de interacción entre los tutores y los profesionales en el marco del proceso formativo. Consideramos por tanto que el abordaje de las competencias y habilidades culturales de los profesionales sanitarios en el contexto de Atención Primaria, pasa por este tipo de procesos de *aprendizaje*, y no tanto por los modelos formales de *enseñanza*. El incidente crítico, como herramienta de formación, nos ha proporcionado un escenario idóneo para el aprendizaje mediante la participación y la interacción *de* y *con* los profesionales, para la reflexión y la crítica, lejos de las estrategias formales en las que suele primar la enseñanza y un modelo de formación mucho más dirigido y rutinario.

Por todo ello, y en virtud de los resultados globales obtenidos durante el desarrollo de nuestro trabajo, hemos considerado conveniente dar continuidad a este modelo de intervención sobre la realidad migratoria y su relación con el contexto sanitario de nuestra Comunidad Autónoma, basado en el aprendizaje y la adquisición de competencias culturales por parte de los diferentes colectivos profesionales del sistema sanitario y, concretamente, de la Atención Primaria en Salud. Como ya pusimos de manifiesto, la Mediación Intercultural constituye una herramienta fundamental para abordar la realidad sociocultural de la inmigración en su relación con los diferentes dispositivos de atención sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Pero consideramos que aún carece, según los resultados obtenidos en nuestro trabajo, de la consistencia y el desarrollo profesional suficiente como para dar respuesta globalmente a la complejidad y dificultades que los procesos migratorios han introducido en los diferentes contextos asistenciales del sistema sanitario. La heterogeneidad cultural, sus matices y significados, las dificultades estructurales y la emergencia de determinantes económicos, políticos y sociales, entre otros aspectos, han tenido mucho que ver en ello.

Desde nuestra Dirección General, hemos desarrollado y adaptado el Incidente Crítico para poder aplicarlo a la totalidad de las Áreas de Salud de la Región de Murcia. Para ello se ha elaborado una herramienta informática que estará accesible vía web, a través del futuro portal sociosanitario de la Consejería de Sanidad y Consumo y que permitirá la evaluación y diagnóstico de la situación de la salud-enfermedad de la población inmigrante en los centros de toda la Región, y poder detectar a partir de ahí las necesidades de intervención, no sólo en el contexto de la formación en la acción, sino también de las necesidades y actuaciones de carácter estructural y sociocultural en el interior del propio sistema sanitario.

Se ha constituido, además, un equipo de tutores para el seguimiento de todo el proceso y con capacidad de dar continuidad al desarrollo global del programa.

Creemos que los retos que plantea en la actualidad la inmigración, tanto al sector sanitario como a otros ámbitos sociales e institucionales de la Región y el país en su conjunto, continúan siendo lo suficientemente importantes. La transcendencia de los procesos migratorios experimentados durante la última década se ha reflejado en las importantes transformaciones de muchos sectores de la economía y de la sociedad en su conjunto. Pero también, como hemos intentado poner de relieve, ha introducido variables nuevas y necesidades que los diferentes ámbitos institucionales y profesionales han tenido que integrar en sus dinámicas y procesos cotidianos. El sector sanitario constituye uno de los principales exponentes de dicha realidad y, a pesar de los esfuerzos integradores y adaptativos que el mismo ha realizado por normalizar y garantizar una atención y asistencia sanitaria de calidad a la inmigración, continúan existiendo dificultades internas, así como en su relación con las personas inmigrantes, que el propio sector debe resolver desde el empuje y la articulación de medidas y decisiones estructurales y políticas.

Las propuestas y los análisis realizados desde este trabajo van dirigidos en esa misma dirección y nuestro compromiso en la actualidad

radica en continuar explorando y definiendo actuaciones que permitan garantizar a las personas inmigrantes residentes en nuestra Región el derecho fundamental de una atención sanitaria universal, basada en la equidad y que no colisione con el derecho fundamental de toda persona a disfrutar de una vida saludable. Pero, al mismo tiempo, es nuestra responsabilidad dotar a los diferentes colectivos profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Murciano de Salud de cuantas herramientas y ayudas sean necesarias para su correcto desarrollo profesional y, consecuentemente, para poder ofrecer y garantizar a todos los ciudadanos, inmigrantes o autóctonos, una atención y asistencia sanitaria de calidad.

Notas

- 1 Giménez Romero C. "Dinamización comunitaria en el ámbito de la inmigración" en Rubio MJ y Monteros S. (eds.) *La exclusión social. Teoría y práctica de la intervención*, Madrid, CCS, pp. 99-125, 2002.
- 2 Cots, F., Castells, X., Garcia, O., Riu, M., Felipe, A., Vall, O. (2007). "Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain)", en *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH*, 7: 9-9 jan 19.
- 3 Sin negar por ello que dichas prácticas se hayan producido y continúen produciéndose por parte de algunos inmigrantes.
- 4 Fernández-Rufete, J., Rico, J.I. (2005), "Legale und illegale Zuwanderung in Spanien. Ecuadorianer in der Autonomen Gemeinschaft Murcia (Spanien)", *IMIS-Beiträge*, nº 27: pp. 89-108.
- 5 *Informe Final del Proyecto sobre Inmigración-Emigración en Salud*, Consejería de Sanidad, Dirección General de Calidad, Formación e Investigación Sanitaria, Murcia, 2007.
- 6 Giménez, C. (1997) "La naturaleza de la mediación intercultural" en *Revista Migraciones*, Instituto Universitario de Migraciones, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, p. 142.
- 7 En agosto de 1998, la localidad de Totana movilizó a una parte muy importante de su población para manifestarse a favor de los inmigrantes ecuatorianos residentes allí, a raíz de un proceso de expulsión iniciado por las autoridades locales sobre determinados ecuatorianos "sin papeles". Suceso éste que produjo un importante efecto llamada y se convirtió en uno de los aspectos que dinamizó la emigración ecuatoriana hacia el sureste de la península. Unos años más tarde, la misma población salió a la calle para pedir la regulación de la inmigración y la expulsión de esos mismos inmigrantes.
- 8 A pesar del escaso número de inmigrantes de origen marroquí, se consideró importante el dominio del idioma francés y los conocimientos aportados por la candidata del idioma árabe. La interpretación y tradición lingüística no fue relevante en el desarrollo de nuestro trabajo aunque en momentos puntuales tuvo su utilidad y valor.
- 9 La investigación acción la asumimos como una metodología que apunta a la producción de un conocimiento propositivo y transformador, mediante un proceso de debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre los diferentes actores de un territorio con el fin de lograr la transformación social.

- 10 Bollini, P., Siem, H. "No real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the year 2000", *Soc.Sci. Med.* Vol.41
- 11 Establecer este cálculo es muy complicado ya que continúa existiendo población inmigrante oculta (en situación irregular y que además no dispone de empadronamiento). Se han realizado estimaciones en diversos trabajos (ver por ejemplo, Fernández-Rufete, J., Rico Becerra, J.I., *El impacto demográfico de la inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia*, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia, 2005) pero los métodos empleados no permiten obtener con fiabilidad la cifra total de inmigrantes residentes en un área geográfica determinada.
- 12 La presencia de inmigrantes en nuestra Comunidad Autónoma de diversa procedencia geográfica y lingüística es muy importante. En los datos de padrón municipal relativos al año 2007 se contabilizaron personas de más de 100 nacionalidades diferentes, con las repercusiones que ello conlleva a nivel lingüístico.
- 13 A una pregunta como ¿No te has tomado las pastillas?, la respuesta afirmativa en español implica la afirmación de la acción (sí = me he tomado las pastillas), mientras que la negación niega la acción (no = no me he tomado las pastillas). En ucraniano, por ejemplo, los valores de las dos respuestas serían los contrarios: sí equivaldría a nuestro no (sí = es verdad que no me he tomado las pastillas) y no correspondería a nuestro sí (no = no es verdad que no me he tomado las pastillas).
- 14 Juliano D., "Mujeres estructuralmente viajeras: estereotipos y estrategias", *Jano*, nº 60, 2000, pp. 381-389.
- 15 Sassen, S. *The mobility of labor and capital*, New York: Cambridge University Press, 1998.
- 16 Solé, C., Parella, S. "La mujer inmigrante: pobreza y desarrollo", en *La igualdad no es una utopía*, Thonson Aranzadi, 2008.
- 17 Entendidas aquí tal y como fueron definidas por la Organización Mundial de la Salud en referencia a las diferencias innecesarias, evitables e injustas.
- 18 Rohlfs, I., et al., "Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres", *Medicina Clínica*, 180, pp. 556-571.
- 19 Morokvasic, M., "Bird of Passage are also Women". *International Migration Review*. Vol. 18 (4): 886:907.
- 20 Lurbe i Puerto, K. Mujeres de Origen Extracomunitario, "nuevas" usuarias de los servicios de salud reproductiva. Claves para reflexionar sobre los retos de una mayor heterogeneidad en la atención sanitaria. En: Solé, C., Flaqué, L. *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*, Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Madrid, 2005, p. 175.
- 21 Carrasco, S. Infancia e inmigración: entre los proyectos de los adultos y la realidad de los menores. En: Gómez-Granell, C., García-Milà, M., Panchón, C., Ripol-Millet, A., *Infancia y Familias: Realidades y tendencias*, Ariel, ed., Barcelona, 2004.

Bibliografía

- Aller Blanco, A., *et al.*, *Inmigración y Salud*, [en línea], Disponible en la Web: <<http://portal.aragob.es/pls/portal30/docs/76948.PDF>>
- Ambrosini, M., "La incorporación de los inmigrantes a la economía informal", *Migraciones*, n. 4, 2004.
- Arango, J., "La población inmigrada en España", *Economistas*, nº 99 (6-14), 2004.
- "Europa, ¿una sociedad multicultural en el siglo XXI? El caso de España"; *Papeles de economía española*, nº 98 (2-15), 2003.
- "Las leyes de las migraciones de E. G. Ravenstein, cien años después", *Revista de Investigaciones Sociológicas*, nº 32 (7-26), 1985.
- Asociación Columbares; *Censo y caracterización de las infraviviendas usadas por inmigrantes en la Región de Murcia*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO, 1996.
- Baganha, M. y Reyneri, E.; "La inmigración en los países del sur de Europa y su inserción en la economía informal", en Carlota Sólé (coord.), *El impacto de la inmigración en la economía y en la sociedad receptora*, Anthropos, Barcelona, 2001.
- Blanco, C., "La cuestión de los flujos migratorios. Algunas cuestiones previas en torno al caso español", *Mediterráneo Económico*, nº 1, 2002.
- Bollini, P., Siem, H., "No real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the year 2000", *Soc. Sci. Med.* Vol. 41
- Cachón Rodríguez, L.; "La formación de la España Inmigrante: Mercado y ciudadanía", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 97 (95-126), 2002.
- Carella, M., Paterno, A., Strozza, S., "Características diferenciales del modelo de distribución territorial de los extracomunitarios en Italia y España" ponencia publicada en el *II Congreso sobre la inmigración en España y las migraciones internacionales en el cambio de siglo*, celebrada en Madrid del 5 al 7 de octubre de 2000.
- Carrasco, S., "Infancia e inmigración: entre los proyectos de los adultos y la realidad de los menores". En: Gómez-Granell, C., García-Milà, M., Panchón, C., Ripol-Millet, A., *Infancia y Familias: Realidades y tendencias*, Ariel, ed., Barcelona, 2004.
- Cereijo, E., Velázquez, F.J., "Los determinantes de las migraciones en la Unión Europea", *Economistas*, nº 99, pp. 38-46, Madrid, 2004.

- Cots, F., Castells, X., García, O., Riu, M., Felipe, A., Vall, O., "Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain)", en *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH*, 7: 9-9 JAN 19, 2007.
- Collado Ros, M., Ollé Rodríguez, C., *Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones* [en línea]. Disponible en Web: <<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf>>
- Comelles, J. M., Bernal M., *El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España* [en línea], Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Tema del mes online, N° 13, marzo de 2007, Disponible en la Web: <http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero13/revista.html>
- Checa, F. et al; *La integración social de los inmigrantes africanos en Andalucía: necesidades y recursos*, Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo e Industria, Sevilla, 1996.
- De Castro, M. Á., "Fuentes estadísticas sobre inmigración", *Economistas*, nº 99 (128-145), 2004.
- Domingo Valls, A., "Reflexiones demográficas sobre la inmigración internacional en los países del sur de la Unión Europea". Ponencia publicada en las *Actas del III Congreso de la Inmigración en España*, Vol 2, pp. 197-212, Granada, 2002.
- "Reinventando España. Migración internacional estrenando el siglo XXI" en Cabral y Vargas (Ed.), *Inmigración y sociedad. Portugal y España*, Lisboa: Prensa Nacional, 2003.
- Fernández-Rufete, J., "Las voces silenciadas de la inmigración. De la producción de conceptos a la sobredeterminación de las prácticas", *Sphera publica*, nº 4. pp. 200-235, 2004.
- Fernández-Rufete, J., Rico, J. I., "Legale und illegale Zuwanderung in Spanien. Ecuadorianer in der Autonomen Gemeinschaft Murcia (Spanien)", *IMIS-Beiträge*, nº 27: pp. 89-108, 2005.
- *El impacto demográfico de la inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia*, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia, 2005.
- Fernández-Rufete J., García Jiménez M., *Movimientos Migratorios Contemporáneos*, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia, 2005.
- Freeman, Gary P., "Models of immigration politics in liberal societies", *International Migration Review*, vol. 24:4:881-902, 1995.
- Gairín, J., Armengol, C. (eds.) *Estrategias de Formación para el Cambio Organizacional*, Praxis, Barcelona, 2003.
- García, Castaño, F. J., Granados Martínez, A., "¿Qué hay de intercultural en las acciones interculturales? El caso de la atención a los inmigrantes extranjeros", *Qurriculum*, Volumen 14, pp. 9-27, 2000.
- Giménez Romero C., "Dinamización comunitaria en el ámbito de la inmigración" en Rubio MJ y Monteros S. (eds.) *La exclusión social. Teoría y práctica de la intervención*, Madrid, CCS, pp. 99-125, 2002.
- "La naturaleza de la mediación intercultural" en *Revista Migraciones*, Instituto Universitario de Migraciones, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, p. 142, 1997.

- "Modelos de mediación y su aplicación a la mediación intercultural", en *Revista Migraciones*, Instituto Universitario de Migraciones, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, nº 10, 2001.
- Izquierdo Escribano, A., *La inmigración en España: 1980-1990*, MTSS, Madrid, 1992.
- "Prólogo" a Wihtol de Wenden, *¿Hay que abrir las fronteras?*, Bellaterra, Barcelona, 2001.
- Izquierdo, A; López de Lera, D; y Martínez Buján, R; "Los preferidos del siglo XXI: la inmigración latinoamericana en España" en García Castaño y Muriel (eds), *La inmigración en España, Actas del III Congreso sobre la inmigración en España* vol. II: 371-380, Laboratorio de Estudios Interculturales, Granada, 2002.
- Jansà, J. M., García de Olalla, P., "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos", [en línea] *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl):207-13, 2004. Disponible en la Web: <http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13062528&pident_usuario=0&pident_revista=138&fichero=138v18nSupl.1a13062528pdf001.pdf&ty=9&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es>
- Juliano, D., "Mujeres estructuralmente viajeras: estereotipos y estrategias", *Jano*, nº 60, pp. 381-389, 2000.
- Lorca, A., Alonso, M., Lozano, L. A., *Inmigración en las fronteras de la Unión Europea*, Encuentro, Madrid, 1997.
- López de Lera, D., "La inmigración en España a principios del siglo XX. Los que vienen a trabajar y los que vienen a descansar" en *Revista de Investigaciones Sociológicas*, pp. 225-248, Madrid, 1995.
- Lurbe i Puerto, K., "Mujeres de Origen Extracomunitario, "nuevas" usuarias de los servicios de salud reproductiva. Claves para reflexionar sobre los retos de una mayor heterogeneidad en la atención sanitaria". En: Solé, C., Flaqué, L. *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*, Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Madrid, p. 175, 2005.
- Martínez Veiga, U., *Pobreza, segregación y exclusión espacial: la vivienda de los inmigrantes extranjeros en España*. Icaria, Barcelona, 1999.
- Medina, J. L., "La metodología Formativa Reflexiva". En Gairín J., Armengol, C., (eds.), *Estrategias de Formación para el Cambio Organizacional*, Praxis, Barcelona, 2003.
- Morokvasic, M., "Bird of Passage are also Women". *International Migration Review*. Vol. 18 (4): 886:907.
- Pérez, M., "La evolución de los residentes extranjeros en España", *Migraciones*, nº 14, pp. 7-15, 2004.
- Rohfs, I., et al., "Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres", *Medicina Clínica*, 180, pp. 556-571.
- Sassen, S., *Perdiendo el control. La soberanía en la era de la globalización*, Barcelona, Bellaterra, 2001
- *The mobility of labor and capital*, New York: Cambridge University Press, 1998.

Solé, C., Parella, S., "La inserción de los inmigrantes en el mercado de trabajo. El caso español" en Solé (Coord.), *El impacto de la inmigración en la economía y en la sociedad receptora*, Anthropos, Barcelona, 2001.

Tapinos y Delaunay; "Can one really talk of the globalisation of migration flows?", *OCDE, Globalisation, Migration and Development*, (38-59), Paris, 2000.

University of California, San Francisco School of Nursing, Department of Family Health Care Nursing, *Salud y Competencia Cultural*, 2006. Disponible en la Web <http://www.ucsf-childcarehealth.org/pdfs/Curricula/CCHA/5_CCHA_SP_CulturalComp_0606_v2.pdf>

Anexo 1

Documento de trabajo

INCIDENTE CRÍTICO

A) DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellidos:

Grupo profesional:

Centro de trabajo:

Teléfono de contacto:

Dirección de e-mail:

B) DATOS DEL TUTOR (A cumplimentar por el Tutor)

Nombre y Apellidos:

Grupo profesional:

Centro de trabajo:

Teléfono de contacto:

Dirección de e-mail:

C) TEMA (A cumplimentar por el Tutor-Coordinador)

1.

2.

3.

4.

D) PLANTEAMIENTO DEL INCIDENTE CRÍTICO

1. Título

Escribe aquí

2. Contexto

Escribe aquí

3. Descripción de la Problemática-Incidente Crítico

Escribe aquí

4. Posibles Causas

Escribe aquí

5. Posibles Soluciones:

Escribe aquí

6. Otras apreciaciones:

Escribe aquí

E) DESARROLLO DEL INCIDENTE CRÍTICO

1ª CONSULTA:

Espacio para el tutor: Día: de de 20

Escribe aquí

Espacio de respuesta para el alumno: Día: de de 20

Escribe aquí

2ª CONSULTA:

Espacio para el tutor: Día: de de 20

Escribe aquí

Espacio de respuesta para el alumno: Día: de de 20

Escribe aquí

3ª CONSULTA:

Espacio para el tutor: Día: de de 20
Escribe aquí
Espacio de respuesta para el alumno: Día: de de 20
Escribe aquí

4ª CONSULTA:

Espacio para el tutor: Día: de de 20
Escribe aquí
Espacio de respuesta para el alumno: Día: de de 20
Escribe aquí

5ª CONSULTA:

Espacio para el tutor: Día: de de 20
Escribe aquí
Espacio de respuesta para el alumno: Día: de de 20
Escribe aquí

AÑADIR OTRAS CONSULTAS EN CASO NECESARIO:

La población inmigrante representa en la actualidad cerca del 16% del total de la población murciana, lo que en números absolutos supone una cifra próxima a las 226.000 personas. Esta realidad ha obligado a realizar muchos esfuerzos de carácter adaptativo desde diferentes ámbitos sociales e institucionales, teniendo en cuenta la heterogeneidad y las particularidades de los procesos que han acompañado la llegada de la población inmigrante a nuestra Región.

Uno de los retos fundamentales que esta situación plantea en la actualidad es el abordaje de la salud y la atención sanitaria de las personas inmigrantes. Las necesidades en este ámbito fundamental para la calidad de vida de la población en su conjunto, sea cual sea su origen y procedencia, son múltiples y plantean dificultades sobre las que la administración y sus profesionales han de intervenir de forma responsable, garantizando un marco integrador al tiempo que adaptativo. Nuestro sistema sanitario ha de ser capaz, por tanto, de asumir dicha responsabilidad con el compromiso de garantizar un derecho fundamental para todas las personas, esto es, la salud.



Consejería de Sanidad y Consumo
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración
Dirección General de Inmigración y Voluntariado