

MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA BELGA

Hans Verrept

Médico. Jefe de la Unidad de Mediación Intercultural, Ministerio de Asuntos Sociales, Salud Pública y Medio Ambiente, RAC, Vesaliusgebouw 2.30, 1010 Bruselas, Bélgica / Centro de Medicina de Familia, Universidad de Amberes. E-mail: hans.verrep@belgacom.net

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este texto es presentar un programa de mediación intercultural que se inició en 1991, por iniciativa del Centro de Salud y Minorías Étnicas (CEMG), un grupo interdisciplinario de investigadores y profesionales con experiencia en el campo de las minorías étnicas y la salud. Una organización no gubernamental sin ánimo de lucro se encargó inicialmente de contratar a los mediadores y mediadoras interculturales. Éstos siguieron durante tres años un programa de formación intensiva que comprendía clases formales (un día a la semana), formación práctica/experiencia laboral (tres días a la semana) y supervisión/asesoramiento (un día a la semana). Durante todo el período de formación estuvieron contratados y remunerados por la ONG. Al cabo de ocho años, el gobierno flamenco decidió suspender la financiación del programa. La mayor parte de las mediadoras y mediadores interculturales encontraron empleo en centros de salud materno-infantil, hospitales y servicios psicomédicos para niños y niñas en edad escolar. En Bruselas el programa se ha mantenido hasta la fecha. Aquí el funcionamiento del programa tal como se desarro-

lló y se desarrolla en Flandes y en Bruselas, y en particular la actuación de las mediadoras y mediadores interculturales en los hospitales flamencos y bruselenses.

En 1997 se creó una «Unidad de Mediación Intercultural» dentro del Ministerio de Asuntos Sociales, Salud Pública y Medio Ambiente. Su objetivo es coordinar los servicios de mediación intercultural que el Gobierno federal financia actualmente en los hospitales belgas. El presupuesto total dedicado a la mediación intercultural en los hospitales representa aproximadamente un millón de euros en 2001. La Unidad de Mediación Intercultural también es la encargada de asesorar a los servicios de mediación intercultural y desarrolla un programa de garantía y fomento de la calidad.

El programa de mediación intercultural tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención sanitaria ofrecida a las/los pacientes de minorías étnicas. Un gran número de estudios (véase una revisión reciente y sumamente interesante en Bowen, 2001) han dejado claro que las barreras lingüísticas y culturales pueden afectar seriamente la accesibilidad y la calidad de los servicios de atención sanitaria ofrecidos a estos pacientes (para una descripción de la si-

tuación en Bélgica, véase el artículo de De Muynck en este mismo número). Además, es bien sabido que el estado de salud de las minorías étnicas tiende a ser desfavorable en comparación con el de la población autóctona en la mayoría de países del oeste de Europa (Bollini & Siem, 1995). El papel fundamental de las mediadoras y mediadores interculturales consiste en mejorar la calidad de la atención prestada, principalmente mejorando la comunicación entre las/los profesionales sanitarios y las/los pacientes de minorías étnicas.

En este artículo presentamos los resultados de dos estudios de evaluación realizados principalmente en el entorno hospitalario. Además, también consideraremos la relevancia de nuestros resultados para el desarrollo y organización de servicios de mediación intercultural. Por último, presentamos brevemente el programa de garantía y fomento de la calidad que hemos desarrollado.

2. UNA NOTA SOBRE LA TERMINOLOGÍA

Se utiliza una diversidad de términos para designar a las personas empleadas en los centros de

atención sanitaria con la tarea de ayudar a salvar la barrera lingüística y cultural. En los programas ingleses se emplean términos como «agente de enlace» (*linkworker*), «abogado sanitario» (*health advocate*), «intérprete de atención sanitaria» (*health care interpreter*), «mediador intercultural», «intermediario cultural» (*cultural broker*). Cualquiera que sea el lugar donde estén empleadas estas personas, en todas partes parece existir una cierta confusión en cuanto a las tareas precisas que deben realizar.

En Bélgica utilizamos el término «mediadora o mediador intercultural». Consideramos que estas mediadoras (la mayoría son mujeres^{1**}) actúan como un tipo específico de «intérpretes comunitarias». Roberts (1995) define la «interpretación comunitaria» como «el tipo de interpretación destinado a ayudar a las personas que no dominan con fluidez la lengua oficial del país, a obtener pleno acceso en igualdad de condiciones a los servicios públicos (legales, sanitarios, educativos, administraciones locales y servicios sociales)». Según Shackman (citado en Sanders, 1990), las/los intérpretes comunitarios «son los encargados de hacer posible una comunicación mutuamente satisfactoria entre un profesional y un cliente con antecedentes y percepciones muy distintos, y en el contexto de una relación desigual de poder y conocimientos». Otros autores han destacado que, en determinadas circunstancias, una traslación literal o «palabra por palabra» de una lengua a otra puede ser insuficien-

te para lograr los objetivos descritos. Por esto, en el contexto de la interpretación comunitaria se insiste más que en otros tipos de interpretación en el concepto de apoyo y en la influencia de la cultura sobre el contenido y el modo de comunicación. En Bélgica las mediadoras y mediadores interculturales interpretan, actúan como una interfaz cultural, ayudan a las/los pacientes durante su paso por el sistema hospitalario y pueden actuar –en determinadas circunstancias concretas– como «defensoras/es» de las/los pacientes.

3. LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL: RESULTADOS DE DOS ESTUDIOS DE EVALUACIÓN

Desde 1993 hemos participado en la evaluación de los programas de mediación intercultural en los hospitales. Los estudios que realizamos intentaban responder a las tres preguntas siguientes:

- a. ¿Trabajar con mediadoras o mediadores interculturales contribuye a mejorar la calidad de la atención prestada a las y los pacientes de minorías étnicas?
- b. ¿Qué problemas suelen ir asociados a la introducción de las mediadoras y mediadores interculturales en los hospitales y podrían menguar, por lo tanto, la eficacia del programa?
- c. ¿Qué podemos hacer para mejorar la eficacia y eficiencia del programa?

Durante 1993-1995 se efectuó

un primer estudio cualitativo. Se realizaron entrevistas detalladas con 28 profesionales sanitarios con experiencia en el trabajo con 21 mediadoras interculturales y 31 clientes y clientas/pacientes de las mediadoras y profesionales sanitarios que participaron en el estudio. Para evaluar el posible impacto de las intervenciones de las mediadoras interculturales sobre la calidad de la atención utilizamos los criterios implícitos de las/los profesionales sanitarios (explicitados en el curso de las entrevistas). Además, las opiniones de las mediadoras interculturales también se consideraron relevantes para la evaluación de los efectos del programa. En su calidad de miembros de los grupos meta (dada su homologación lingüística y cultural con sus clientes/clientas), se encuentran en una posición excelente para percibir los problemas con que se enfrentan las y los pacientes de minorías étnicas en el contexto de la atención sanitaria y detectar, en particular, la capacidad del programa para resolver sus problemas. Les pedimos explícitamente que indicasen las «felicitaciones y quejas» recibidas de sus clientas y clientes. Las entrevistas con los clientes o clientas de las mediadoras interculturales tenían como finalidad obtener (más) información con respecto a la influencia del programa de mediación intercultural sobre la satisfacción de las y los pacientes, que es un aspecto importante de la calidad de la atención.

Durante 1997-2000 se realizó un segundo estudio, que se limitó a los hospitales. Los datos cualitati-

^{**} Por lo tanto, en la traducción castellana se ha optado por utilizar el femenino en todas las referencias a estas profesionales. (N. de la T.)

vos se obtuvieron a través de la observación participativa durante el desarrollo del trabajo de las mediadoras culturales y en reuniones con los/las profesionales sanitarios y las mediadoras culturales. Además, se reunieron datos sobre el número y modalidad de las intervenciones llevadas a cabo por las mediadoras, con ayuda de un cuestionario diseñado especialmente con este objeto. El primer estudio se centró en la influencia de la mediación intercultural sobre la calidad de la atención prestada a las y los pacientes de minorías étnicas. En el segundo estudio nos centramos más en los problemas asociados a la introducción del programa en los hospitales y en la calidad de las intervenciones (para evaluarla aplicamos las normas de interpretación médica elaboradas por la Massachusetts Medical Interpreters Association).

Efectos de la mediación intercultural sobre la calidad de la atención prestada¹

Los/las profesionales sanitarios, pacientes y mediadoras culturales confirman que la introducción de la mediación intercultural incrementó de manera significativa la calidad de la atención cuando se utilizaron de manera adecuada sus servicios. Todos los profesionales sanitarios manifiestan que el programa de mediación intercultural se debería mantener y convertirse en un servicio habitual a disposición de las y los pacientes de minorías étnicas y del personal sanitario.

La mejora más importante está asociada al hecho de que las mediadoras facilitan el intercambio de información detallada y correcta entre el personal sanitario y las/los pacientes. Esto es resultado no sólo de la presencia de una mediadora intercultural sino también de la menor inhibición de las/los pacientes a la hora de relatar su caso en presencia de una mediadora cultural (o en ausencia de un/una intérprete informal, por ejemplo, una hija o hijo, o el cónyuge). Además, los datos obtenidos sugieren que las adaptaciones en materia de estrategias y estilo de comunicación contribuyen a la eficacia de los intercambios con pacientes de minorías étnicas. Estas mejoras tuvieron efectos de amplio alcance.

Mejor comunicación. Las/los profesionales sanitarios señalan que el programa incrementó su capacidad para diagnosticar determinadas dolencias y diferenciarlas (por ejemplo, mediante la detección de indicios de si la persistencia de una sensación de malestar está asociada a problemas somáticos o psicosociales). En algunos casos, la introducción de la mediación intercultural permitió obtener por primera vez un historial clínico detallado (como el que se obtiene de las/los pacientes autóctonos). Tanto las/los profesionales sanitarios como las/los pacientes señalan que la intervención de las mediadoras interculturales facilita la atención, ya que les permite cooperar en mayor grado, gracias a la comunicación más adecuada que se establece.

Además, encontramos pruebas

sistemáticas de que a muchos pacientes les resulta más fácil hablar de toda una serie de temas con la mediadora intercultural que con una o un profesional sanitario belga. Las/los pacientes manifiestan que las mediadoras interculturales pueden comprender mejor determinados mensajes porque «en nuestra comunidad las cosas funcionan de otro modo y la mediadora intercultural sabe cómo funcionan». Los/las profesionales sanitarios señalan que antes de que empezaran a intervenir las mediadoras interculturales, muchos problemas –sobre todo en el ámbito de las relaciones familiares, los problemas matrimoniales y la planificación familiar– se abordaban con dificultad y, por lo tanto, no tenían conocimiento de ellos.

Las mediadoras interculturales y sus usuarios/as nos indicaron que se estimula a éstos a hacer preguntas a los/las profesionales sanitarios y se les ayuda cuando no se deciden a hacerlo. Según manifiestan los/las profesionales, muchas de estas preguntas antes no se hacían, bien debido a las barreras lingüísticas, bien por las inhibiciones de las/los pacientes. Hay pacientes que señalan que antes no podían abordar ciertos temas con las/los profesionales porque tratarlos en presencia de una o un intérprete informal hubiese resultado embarazoso para ambos. Las enfermedades populares, como la posesión por espíritus (*jnun*) y los remedios tradicionales, como consultar a un maestro coránico (*fqih*) en la comunidad marroquí, también se comentan con mayor facilidad con la media-

¹ Para una descripción más detallada de los resultados de este estudio véase Verrept y Louckx, 1997.

dora cultural, y otro tanto sucede en el caso de las emociones y estados mentales. Los/las profesionales destacan que en algunos casos esto ha tenido consecuencias importantes para la salud y el bienestar de los/las pacientes (a veces hasta el punto de salvarles la vida). Si las/los pacientes se muestran dispuestos a revelar su estado psíquico a la mediadora cultural esto permitirá atender sus necesidades de apoyo psicológico. Éste se considera uno de los efectos más beneficiosos del programa.

La convicción por parte de las/los pacientes de que la mediadora comprenderá mejor sus problemas no es la única razón que les predispone a hablar con mayor libertad de ciertas cuestiones con ellas. Las mediadoras interculturales explican que adaptan su estilo de comunicación en función de las/los pacientes. Emplean estrategias de comunicación específicas para rectificar sus percepciones erróneas y persuadirles para que tomen la medicación regularmente, por ejemplo. De nuestros datos se desprende que las mediadoras interculturales son mucho más eficaces cuando hay que convencer a las/los pacientes para que se sometan a una intervención quirúrgica, cumplan de manera rigurosa determinados regímenes terapéuticos y consulten a especialistas o profesionales paramédicos. Las/los profesionales recuerdan muchos casos de intervenciones con considerable impacto clínico, que mejoraron la esperanza o la calidad de vida de las/los pacientes implicados. La mayor capacidad de persuasión de las mediadoras culturales está asociada,

en parte, sin duda, a su mayor capacidad para evaluar las manifestaciones no verbales de sus pacientes. Tienen menos dificultades para evaluar el clima emocional que rodea una intervención y advierten con mayor facilidad cuando la/el paciente no comprende lo que le están explicando o se resiste a aceptar una recomendación determinada. Esto permite tener en cuenta las reacciones de los/las pacientes.

Sensibilidad cultural en el contexto de la atención prestada.

En algunos hospitales, las mediadoras interculturales sugirieron adaptaciones del entorno hospitalario a una clientela culturalmente diversa. Por ejemplo, en varios hospitales se reservó un cuarto para que los/las pacientes marroquíes pudieran rezar sin ser molestados. También se adaptaron algunos procedimientos hospitalarios a fin de que resultasen más aceptables para las/los pacientes de minorías étnicas y se adaptaron las dietas a sus hábitos alimentarios. Las mediadoras interculturales lograron resolver una serie de conflictos entre el personal sanitario y las/los pacientes de minorías étnicas y en algunos casos defendieron con éxito a sus clientes de actuaciones insensibles o racistas.

Efectos sobre la satisfacción de los/las pacientes.

La presencia y las intervenciones de las mediadoras interculturales contribuyen enormemente a la satisfacción de los/las pacientes, especialmente en los hospitales. Esto es cierto incluso en el caso de pacientes para quienes no realizaron ningún ser-

vicio de interpretación. Su presencia disminuye la sensación de aislamiento y soledad. Es muy frecuente que las/los pacientes manifiesten su gratitud a las mediadoras. También destacaron este aspecto en las entrevistas realizadas en el marco del estudio, con afirmaciones como, por ejemplo, que «encontrar a una persona de tu país en el hospital te hace sentir que se te abre el corazón». Parecen conceder más importancia a la sensación asociada con la presencia de una persona de su mismo grupo étnico que al hecho de que ésta les haya ayudado o no a salvar la barrera lingüística y cultural. Muchos interpretan el hecho de que el hospital financie un programa de mediación intercultural como una muestra de que realmente desean ayudarles. Esto no carece de importancia en un país donde el creciente éxito de un partido de extrema derecha, explícitamente racista, proyecta una sombra sobre las relaciones interétnicas en general.

Problemas asociados a la introducción de la mediación intercultural en los hospitales

Intervenciones poco frecuentes de las mediadoras interculturales y modalidad de las mismas. La mayoría de las mediadoras interculturales ven sólo a cuatro pacientes al día (lo que representa unas dos horas de trabajo). Esto no sería un problema serio si este número fuese suficiente para cubrir las necesidades de mediación intercultural. Lamentablemente, nuestro estudio evidencia que no es así. En la observación participativa, constatamos de manera sistemática

que los/las profesionales sanitarios no acuden a los servicios de las mediadoras interculturales cuando topan con una barrera lingüística y cultural. Esto queda de manifiesto en los datos sobre la persona que tomó la iniciativa de la intervención de la mediadora intercultural, tal como se puede apreciar en la tabla 1.²

Menos de la mitad de las inter-

venciones se realizaron a iniciativa de una o un profesional sanitario. Se podría argumentar que esto no ha de ser forzosamente un problema, siempre que alguien se encarga de solicitar la intervención de la mediadora intercultural ante la existencia de una barrera lingüística o cultural. Nuestros datos cualitativos (obtenidos principalmente a través de la observa-

ción participativa) indican, no obstante, claramente que un número importante de las intervenciones iniciadas por las propias mediadoras interculturales o por los/las pacientes (o sus familias) están motivadas por la ausencia de una mediadora en el momento del contacto entre profesional y paciente. En la mayoría de los casos responden a un intento de remediar problemas de comunicación surgidos en aquel momento. Como sucede en muchos proyectos análogos, en la práctica resulta muy difícil convencer a las/los profesionales sanitarios de la importancia del papel de la mediadora intercultural, así como de la inoportunidad de trabajar con intérpretes informales.

Las mediadoras interculturales son conscientes de que las/los profesionales a menudo no solicitan sus servicios. Éste es uno de los motivos por los que la mayoría visitan de manera sistemática en sus habitaciones a las/los pacientes de su propio grupo para preguntarles si han entendido todas las explicaciones del médico o médica o del/la auxiliar sanitario. Al mismo tiempo, también les comunican que pueden solicitar sus servicios siempre que los necesiten (por ejemplo, durante las visitas médicas). Este método, aunque dista mucho de ser ideal, es una estrategia pragmática y a menudo eficaz para paliar las consecuencias del hecho de que los/las profesionales sanitarios no recurran de manera sistemática a las mediadoras interculturales. Una consecuencia

Tabla 1:

¿Quién tomó la iniciativa de la intervención de la mediadora intercultural?

Persona que inició la intervención	Número de intervenciones	%
1. Médico/a	206	19,1
2. Enfermera/o	190	17,9
3. Personal paramédico	29	2,7
4. Trab. social	100	9,4
5. Personal administrativo	13	1,2
6. Mediadora intercultural	179	16,8
7. Paciente	239	22,5
8. Familiar paciente	97	9,1
9. Otra persona		0,7
Nº total de intervenciones por iniciativa de profesionales empleados por el hospital ³	538	50,6
No se conoce	3	0,3
Total	1.063	100

² Datos reunidos durante el mes de marzo de 2000 sobre todas las intervenciones realizadas por las mediadoras interculturales destacadas –en aquel momento– en 25 hospitales belgas.

³ Con la excepción de las propias mediadoras interculturales.

negativa de este enfoque, como se puede apreciar en la tabla 2, es que las mediadoras interculturales sólo se encuentran presentes al lado de las/los pacientes –y pueden facilitar, así, la comunicación directa– en alrededor de la mitad de las intervenciones de las/los profesionales sanitarios.

La suma de las cifras de la segunda columna es superior al total de intervenciones porque muchas de éstas comprenden más de una reunión entre las partes implicadas. Por ejemplo, una mediadora intercultural puede visitar a un paciente en su habitación para preguntarle si necesita información sobre su estado de salud, tratamiento, etc. Esta situación corresponde a la primera categoría de la tabla 2. Si el paciente manifiesta que necesita información adicional, la mediadora intercultural puede ir a ver al médico en su despacho y comunicarle que el

paciente no ha comprendido lo que le ha explicado antes, por ejemplo (esta situación corresponde a la segunda categoría de la tabla 2). Finalmente, el médico y la mediadora intercultural pueden ir a ver al paciente en su habitación y la mediadora puede actuar entonces como intérprete encargada de posibilitar la comunicación directa entre médico y paciente (esta situación corresponde a la tercera categoría de la tabla 2). Una intervención de este tipo incluye tres de las cuatro categorías de la tabla y, por lo tanto, estará representada tres veces en la misma.

Una consecuencia importante (e indeseable) del hecho de que los/las profesionales sanitarios y las mediadoras interculturales a menudo (en casi el 50% de las intervenciones) no estén presentes simultáneamente durante los contactos, es que la barrera lingüísti-

ca muchas veces no se salva en el momento de tomar nota del historial médico del/la paciente. Esta situación dista mucho de ser ideal, habida cuenta que un *corpus* de estudios cada vez más abundante indica que la presencia de barreras lingüísticas puede repercutir seriamente sobre la eficacia de la actuación del/la agente de salud (con efectos como, por ejemplo, la limitación de su capacidad de diagnosticar determinadas dolencias, gestión más inadecuada del dolor, gestión poco adecuada de enfermedades crónicas, como el asma o la diabetes) (Bowen, 2001; Saldov & Chow, 1994). Nuestros datos sugieren que la eficacia de nuestro programa se ve, de hecho, muy seriamente mermada a causa del número relativamente reducido de intervenciones en las que profesionales sanitarios, pacientes y mediadoras culturales coinciden en el contexto de una intervención a tres bandas.

Capacidad de interpretación.

La calidad de la interpretación realizada por las mediadoras es a menudo deficiente. Como sucede en muchos otros programas, éstas han recibido una preparación insuficiente para el desarrollo adecuado de su tarea. Además, la mayoría de profesionales sanitarios no han recibido absolutamente ninguna formación que les prepare para la cooperación con intérpretes y mediadoras culturales. Ambos factores determinan una falta de transparencia en las intervenciones de las mediadoras culturales y en el proceso de comunicación entre las/los profesionales sanitarios y sus pacientes. Una

Tabla 2:

¿Quién estaba presente durante la intervención de la mediadora intercultural?

¿Quién estaba presente?	Número de intervenciones ⁴	%
1. La mediadora intercultural y la/el paciente	500	47,0
2. La mediadora intercultural y uno/a o más profesionales sanitarios/as	504	47,4
3. La «tríada» (mediadora intercultural, profesional, paciente) <i>simultáneamente</i>	565	53,2
4. Otras personas	176	16,6

comparación entre el modo de interpretación que practican las mediadoras interculturales y las normas de interpretación en el contexto de la atención sanitaria elaboradas por la MMIA permite constatar –entre otros– los siguientes problemas:

- Las mediadoras interculturales raras veces mantienen una reunión previa para averiguar los objetivos del/la agente de salud en relación con la entrevista y con la información básica relevante.

- Las mediadoras interculturales no traducen de manera exhaustiva los mensajes de las/los profesionales sanitarios y las/los pacientes. Los mensajes de todas las partes son objeto de una importante adaptación. El resultado es que sólo la mediadora intercultural tiene conocimiento de lo que han intentado comunicar las diferentes partes implicadas. En consecuencia, el mensaje interpretado muy a menudo carece del potencial para suscitar la misma respuesta que el mensaje original.

- Raras veces se comentan con el/la paciente los aspectos que podrían incomodarle (por ejemplo, el sexo o la edad de la mediadora intercultural).

- Las mediadoras interculturales no siempre piden aclaraciones, o repetición de la información o conceptos que no han comprendido u oído bien.

- Las mediadoras interculturales muchas veces no sugieren que los/las pacientes y profesionales hablen directamente entre sí y no siempre consiguen que sus sugerencias en este sentido sean atendidas.

- Las mediadoras interculturales no siempre consiguen que la conversación se desarrolle de manera consecutiva (de modo que sólo hable una persona a la vez).

Estos resultados ofrecen una impresión bastante negativa de la capacidad de interpretación de las mediadoras interculturales. Es evidente que éstas necesitan una formación adicional en dicho aspecto. No obstante, muchos de los problemas observados son consecuencia de la actuación de las/los profesionales y de la presión de la escasez de tiempo, siempre presente en los hospitales.

Aislamiento de la mediadora intercultural. Muchos hospitales emplean sólo a una mediadora cultural. Esto a menudo determina su (sensación de) aislamiento. Debido a la presión de la escasez de tiempo, algunos profesionales a veces encomiendan a la mediadora intercultural tareas que en condiciones normales deberían realizar ellos mismos con la ayuda y apoyo de la mediadora. Esto sucede en alrededor del 30% de las intervenciones. Un 20% de las intervenciones se realizan sin ningún tipo de participación de un profesional sanitario. Esta situación no está exenta de riesgos para el/la paciente y la mediadora. La integración de las mediadoras interculturales en los equipos profesionales de atención sanitaria es uno de los grandes problemas con que se enfrenta nuestro programa.

«Culturalización» de los problemas de los/las pacientes de minorías étnicas. A menudo,

las/los profesionales sanitarios tienden a atribuir con demasiada rapidez y equivocadamente los problemas de salud de sus pacientes de minorías étnicas y sus dificultades en el curso del proceso de atención médica a la cultura de estas personas. En nuestro programa utilizamos el neologismo «culturalización» para designar este fenómeno (véase también Kaufert, 1990). Cuando el/la profesional considera que el problema está asociado a la cultura del/la paciente, tiende a trasladar a la mediadora cultural la responsabilidad de darle solución. Esto resulta muy estresante para la mediadora y a menudo conduce el proceso de atención sanitaria a un callejón sin salida. Este fenómeno se observa sobre todo en el contexto del tratamiento de pacientes con problemas psicosociales y de las personas que no cumplen las recomendaciones prescritas.

Defensa del/la paciente. Debido a la baja consideración profesional de las mediadoras interculturales en los hospitales, a éstas les resulta muy difícil defender los derechos e intereses de los pacientes. Además, la determinación de los derechos e intereses de un/una paciente en una situación específica es una tarea que requiere la consulta con otros profesionales (sanitarios). En muchos hospitales no existen procedimientos bien definidos que ayuden a la mediadora cultural a desarrollar esta tarea (en colaboración con otras personas).

Aspectos estructurales del programa. En nuestro país la mayor parte de las mediadoras interculturales

rales son de origen marroquí o turco. La necesidad de mediadoras interculturales para estos grupos es evidente. Representantes de los hospitales señalan que muy a menudo topan con una barrera lingüística y cultural en sus contactos con inmigrantes recientes (en la mayoría de los casos solicitantes de asilo o refugiados económicos procedentes de la antigua Unión Soviética, la antigua Yugoslavia, Albania, Kosovo, etc.) Carecemos de mediadoras o mediadores culturales bien formados para atender a estos grupos y tampoco disponemos de fondos para contratarlos. Además, muchos hospitales tratan a pacientes de grupos sumamente diversos (más de 150 nacionalidades en algunos de ellos). Evidentemente, es imposible que el hospital pueda emplear a mediadores o mediadoras interculturales para todos estos grupos. Es urgente, por lo tanto, crear equipos de mediadores y mediadoras interculturales a los que puedan acudir los hospitales. Actualmente, éstos sólo pueden emplear a un máximo de 1,5 mediadoras o mediadores interculturales a jornada completa. No existen fondos específicos para la remuneración de intérpretes o mediadores interculturales no empleados directamente en los hospitales. Ésta es una de las causas de que el acceso lingüístico siga siendo un problema importante para un gran número de pacientes de minorías étnicas en nuestro país. Finalmente, al igual que en todos los demás países sobre los que disponemos de información, la determinación de las necesidades en materia de mediación intercultural sigue siendo un gran problema.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN

Nuestra investigación indica, por un lado, que el programa de mediación intercultural puede incrementar significativamente la calidad de la atención ofrecida a los y las pacientes de minorías étnicas. Por el otro, constatamos que hay muchos factores que merman enormemente la eficacia y eficiencia del programa. Algunos están relacionados con la cualificación de las mediadoras interculturales. Así sucede ciertamente en el ámbito de la interpretación. Roberts (1997) y otros autores han señalado que en muchos programas de mediación intercultural e interpretación comunitaria se da por sentado que las personas que intervienen en los mismos están automáticamente capacitadas para realizar una labor de interpretación adecuada. Los resultados de nuestra investigación indican claramente que no es así. Como destaca acertadamente Roberts, existe una diferencia entre ser bilingüe y ser capaz de interpretar con profesionalidad y precisión. Es indudable que todas las personas encargadas de diseñar o asesorar programas de este tipo deberían tener en cuenta esta observación, dado que una aptitud deficiente en el campo de la interpretación pueden afectar seriamente el resultado de la intervención de las mediadoras culturales. El uso de las pautas elaboradas para evaluar la calidad del trabajo de mediación intercultural en el ámbito de la atención sanitaria (como las normas de la MMIA antes citadas) puede ser útil para la evaluación de las aptitudes en ma-

teria de interpretación y el análisis de las estrategias empleadas.

Otros factores están vinculados sobre todo a determinadas características del medio hospitalario y a las características estructurales del propio programa. La falta de comunicación generalizada en los hospitales (independientemente de la lengua del/la paciente y de su origen étnico) no contribuye a facilitar la labor de las mediadoras interculturales. Aunque raras veces lo manifiestan de manera explícita, muchos profesionales sanitarios no parecen estar convencidos de la gran importancia que tiene la comunicación con sus pacientes. Las/los profesionales sanitarios no tienen, además, suficientemente presentes las posibles repercusiones de la barrera lingüística sobre la calidad de la atención. A fin de mejorar la eficacia y eficiencia de nuestra actuación, desarrollamos un programa de garantía y fomento de la calidad que incluye los siguientes elementos:

- Seguimiento de las actividades de las mediadoras interculturales (registro del número y tipo de intervenciones realizadas, observación de su trabajo en los hospitales);
- «Devolución» a los/las profesionales sanitarios y mediadoras de las observaciones sobre la calidad de la cooperación que mantienen;
- Elaboración de una descripción clara de la función de la mediadora o mediador intercultural;
- Introducción y aplicación de normas (normas de interpretación en el contexto de la atención sanitaria de la MMIA);

- Formación adicional (impartida por intérpretes profesionales) de las mediadoras interculturales con objeto de perfeccionar sus técnicas de interpretación;

- Sesiones de formación dirigidas a las/los profesionales sanitarios sobre la importancia de la mediación intercultural y cómo establecer una cooperación eficaz con las mediadoras interculturales en los hospitales;

- Reuniones periódicas (mensuales) de supervisión con las mediadoras interculturales, en las que se comentan los casos problemáticos. Se presta mucha atención a la consideración social de las mediadoras interculturales en los hospitales y cómo influye sobre su relación con las/los profesionales sanitarios y la calidad de su trabajo.

El programa de garantía y fomento de la calidad cuenta en este momento con poco más de un año de funcionamiento y ahora se están evaluando por primera vez sus efectos. En futuras publicaciones, examinaremos su influencia sobre la calidad de nuestro programa de mediación intercultural.

BIBLIOGRAFÍA

Bollini, P., Siem, H., «No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000», *Social Science and Medicine*, 1995, 41 (6): 819-828.

Bowen, S., «Language Barriers in Access to Health Care. *Health Canada*, 2001: 120. (Informe elaborado para la conferencia «Critical Link 3 – Interpreting in the Community: the complexity of the profession», Montreal, Canadá, 22-26 de mayo de 2001).

Kaufert, P., «The «boxification» of culture: the role of the social scientist», *Santé, Culture, Health: Culture and Health Services: A Challenge to Canadian Society*, 1990, 7: 139-148.

Massachusetts Medical Interpreters Association /Education Development Center, Inc., *Medical Interpreting Standards of Practice*, Boston: MMIA, 1995: 39.

Roberts, R., «Community interpreting today and tomorrow», en Carr, S., Roberts, R., Dufour, A., Steyn, D. (comps.), *The critical link: interpreters in the community*, Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1997: 7-26.

Saldov, M., Chow, P., «The ethnic elderly in Metro Toronto Hospitals, nursing homes and homes for the aged: communication and health care», *International Journal of Aging and Human Development*, 1994, 38 (2): 117-135.

Sanders, M., «Advocacy versus interpreting», *LIP Reading Pilot Issue*, Londres: LIP, 1990.

Verrept, H., Louckx, F., «Health advocates in Belgian health care», en Ugalde, A., Gardenas, G. (comps.), *Health and social services among international labor migrants. A comparative perspective*, Austin (Texas): CMAS-Books (University of Texas), 1997: 67-86.

Verrept, H., Louckx, F., «Mediadores en salud en el sistema sanitario belga», en Solas, O., Ugalde, A. (ed.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997: 209-230.

Verrept, H., Perissino, A., Herscovici, A., *Interculturele bemiddeling in de ziekenhuizen (eindverslag)*, Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling), 2000: 182 + 12.