

MEDIACIÓN INTERCULTURAL: ¿UNA HERRAMIENTA PARA PROMOVER LA SALUD DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES?

A. De Muynck

Profesora de Epidemiología, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica
Actualmente con excedencia sabática en el Armauer Hansen Research Institute de Addis Abeba, Etiopía

RESUMEN

En esta sesión se examinaron experiencias eficaces de incorporación de la mediación intercultural en el marco de la atención sanitaria en Bélgica, Italia y España (Barcelona y Madrid). Se prestó especial atención a los aspectos metodológicos de la selección y formación de mediadoras y mediadores interculturales y a la ejecución y continuidad de los programas.

En esta nota introductoria se considera la justificación de los programas de mediación intercultural, el mandato de los mediadores y mediadoras interculturales, los beneficios potenciales desde el punto de vista del consumo de atención sanitaria y de la salud de las y los inmigrantes, así como los aspectos relacionados con la evaluación de los programas de mediación intercultural.

1. ¿ES NECESARIA LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN SANITARIA?

Millones de trabajadoras y trabajadores contratados¹, refugiadas y refugiados y otras personas inmigrantes se han instalado en Europa en los últimos decenios. Las minorías coloniales empezaron a llegar en la década de 1950; en los años sesenta (y en algunos países ya en los cincuenta) se inició la llegada de trabajadoras y trabajadores contratados no procedentes de las antiguas colonias. A partir de los años setenta se inició el proceso de reunificación familiar. Actualmente, las personas refugiadas y solicitantes de asilo constituyen colectivos cada vez más importantes entre las nuevas minorías. La situación legal de los nuevos y nuevas inmigrantes es muy diversa: (1) inmigrantes nacionales (emigrantes «retornados/as»), (2) ciudadanas y ciudadanos de países de la UE que residen en otros Estados miembros, (3) personas procedentes de las antiguas colonias, (4) trabajadoras y trabajadores contratados procedentes de países distintos de

las antiguas colonias y sus familias, (5) inmigrantes ilegales aceptados/as, y (6) inmigrantes ilegales rechazados/as (los llamados «sin papeles»). La integración de cada uno de estos grupos en la sociedad de acogida requiere un enfoque particular. La mediación intercultural se dirige sobre todo a la población migrante de los grupos 4-6.

La llegada de inmigrantes procedentes de países y áreas culturales muy diversos está modificando paulatinamente las sociedades urbanas de corte occidental y, en cierta medida, incluso las sociedades rurales. La diversidad lingüística y cultural es una realidad ineludible en las sociedades europeas modernas. Los servicios de atención sanitaria de casi todas las grandes ciudades europeas y de muchas zonas suburbanas y rurales atienden a poblaciones variadas. A pesar de que la mayoría de agentes de salud desean ofrecerles la misma dedicación, interés y atención de igual calidad que a las y los pacientes autóctonos, aquéllos con un dominio limitado de la lengua dominante se encuentran con constantes obstáculos. Las barreras lingüísticas constituyen el

¹ En inglés, *guest workers*, en alemán, *Gastarbeiter*; literalmente, trabajadores «invitados». (N. de la T.)

principal obstáculo para la mayor parte de inmigrantes de primera generación², ya que repercuten de manera negativa sobre el desarrollo de una relación de confianza entre las usuarias y usuarios migrantes y las/los agentes de salud autóctonos, sobre la calidad de la anamnesis, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los casos, y también sobre la interpretación y cumplimiento del tratamiento prescrito. Esta categoría de inmigrantes utiliza diferentes estrategias para comunicarse con la sociedad dominante y funcionar dentro de la misma. Una de ellas es la estrategia del o la intérprete, tarea para la cual confían en la mediación cultural, lingüística e informativa de sus hijos o hijas¹¹, pareja, familiares y otras personas no profesionales. Estos intérpretes informales no representan, por diversos motivos, la solución adecuada para hacer frente a los problemas de comunicación.

En el campo de la atención sanitaria se requieren medidas especiales, dado que el contacto de las personas migrantes con los agentes de salud es problemático¹². Se pueden distinguir diversos ámbitos de problemas relacionados con el marco de referencia, la expresión de la dolencia, la organización de la oferta de atención sanitaria, el reconocimiento de la influencia del contexto cultural y psicológico como factores determinantes de una mala salud, y la

posición socioeconómica de la población migrante en nuestras sociedades¹³. En muchos casos los/los agentes de salud no son conscientes de que la mayor parte de los enfoques y técnicas que se aplican en el contexto de la atención sanitaria están basados en las normas y valores de las clases medias y altas de la sociedad occidental; a esto se refiere Gailly cuando habla de un «desajuste» entre los enfoques que emplean los agentes de salud occidentales y los que en realidad serían necesarios. El desconocimiento y la poca familiaridad con el sistema administrativo y sanitario del país receptor siguen siendo un obstáculo muy importante para un uso adecuado del sistema de atención sanitaria¹⁴.

La mala comunicación es un aspecto central de la mala calidad de la atención sanitaria que reciben las personas inmigrantes, con importantes consecuencias, como pueden ser el retraso en la identificación de los síntomas, interpretaciones erróneas de los procesos de somatización¹⁵, comunicación insuficiente de los problemas médicos¹⁶, enfoques inadecuados en materia de diagnóstico, terapia y seguimiento^{17, 18, 19}, interpretación errónea de la función de los procedimientos de diagnóstico²⁰, derivación subóptima²¹, dificultades de los/los agentes de salud para explicar modelos causales a sus usuarios y usuarias migran-

tes²², incertidumbre prolongada en relación con los diagnósticos y la atención recibida²³, interpretación errónea del tratamiento prescrito, abandonos, recorrido por diversos consultorios en busca de una médica o un médico de su agrado, cuidados preventivos inadecuados, educación sanitaria inadecuada e incluso indebida, un clima de hostilidad²⁴ y también una tendencia a un trato poco equitativo en la atención de las personas migrantes²⁵.

La mala comunicación encubre una serie de factores que afectan a la calidad, por la parte de las/los agentes de salud y también de los usuarios y usuarias migrantes. Muchos de éstos se quejan de que las/los agentes de salud desconocen su cultura³, no les proporcionan suficiente información y no prestan suficiente atención a sus quejas. Muchos agentes de salud tienen dificultades con sus pacientes inmigrantes y se quejan de sus hábitos de búsqueda del tratamiento que más les complace, su resistencia a las prácticas de diagnóstico rutinarias, su tendencia a simular enfermedades, lo indefinido de sus quejas y las barreras de género que dificultan el examen médico y el posterior seguimiento. Los/los agentes de salud señalan las diferencias lingüísticas y culturales como el fundamento de las dificultades percibidas. La mayoría no han recibido suficiente formación en las prácticas de la me-

² Un estudio realizado en Bélgica indica que el dominio lingüístico de la primera generación de inmigrantes marroquíes y turcos/as no progresa e incluso disminuye con el tiempo. (De Muynck, A., Boelaert M. Y Straetemans, H., «Evolutie van het zorggebruik van allochtoene in Belgische patiënten bij de huisarts», *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, 54: 1413-1421).

³ En los *contactos interculturales*, los malentendidos, problemas de comunicación y mala gestión de la relación son más probables cuando las personas no están familiarizadas con las respectivas culturas. Cuanto mayores sean las diferencias, mayor es también la posibilidad de fracaso (Pinto, D., *Intercultural communication. A three-step method for dealing with differences*, Garant, Leuven, 2000: 12).

dicina transcultural y tampoco tienen acceso (suficiente) a información cultural sobre sus pacientes. Los/las intérpretes, por muy cualificados que sean, no pueden superar unas barreras lingüísticas y culturales importantes en sesiones de interpretación aisladas y de duración limitada

La **mediación intercultural** es una estrategia encaminada a superar estas dificultades, si bien las mediadoras y mediadores jamás podrán suplir plenamente la competencia y percepción transcultural de las/los propios agentes de salud^[15]. La mediación intercultural se considera eficaz en la medida en que ayuda a superar las barreras lingüísticas y culturales que afectan a la calidad, eficacia, eficiencia y equidad de la atención sanitaria, y también a su influencia sobre el estado de salud del grupo inmigrante meta.

2. ¿QUÉ ES LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL?

La «interpretación» o mediación cultural permite una comprensión más amplia del o la paciente, en la medida en que aborda aspectos de la atención sanitaria y la cultura en materia de salud que la/el agente de salud o la/el paciente pueden ignorar en parte o incluso por completo. La mediación intercultural, además de constituir una muestra de sensibilidad cultural por parte del sistema sanitario del país de acogida, también es un enfoque que permite obtener un nivel adecuado de conocimientos (competencia cultural) que son necesarios para ofrecer una aten-

ción eficaz, eficiente y equitativa a las/los pacientes de diferentes grupos culturales.

Un programa de mediación cultural tiene los siguientes objetivos:

- desarrollar una base de conocimientos sobre las culturas étnicas de los grupos.
- reducir las barreras lingüísticas y culturales que dificultan la atención
- modificar, en relación con las/los pacientes con una lengua distinta de la dominante y sus familias, aquellas prácticas institucionales que suelen influir de manera particularmente negativa sobre la satisfacción de las/los pacientes
- mejorar la formación de las/los agentes de salud en materia de atención sanitaria transcultural
- ofrecer una formación sanitaria más adecuada al grupo meta
- fomentar un uso eficiente de los recursos por parte de los/las pacientes en situación de alto riesgo o de gran necesidad
- actuar como «intermediario/a» (reducir las tensiones, identificar los intereses comunes y proponer soluciones aceptables para todas las partes implicadas)
- ofrecer apoyo social al grupo diana.

Idealmente, un programa de mediación intercultural utilizará un enfoque de trabajo en equipo, con la participación de un colectivo de agentes empleados en el servicio de atención sanitaria asociado al programa. Los agentes principales son los **mediadores y mediadoras interculturales**. Tam-

bién reciben el nombre de intérpretes sanitarios, agentes de enlace, intermediarios/as culturales, «abogados/as» o educadores/as sanitarios; términos que destacan, en cada caso, un aspecto particular de sus tareas.

En Flandes y en Bruselas se desarrolló un programa de mediación intercultural de estas características en la década del 1990^[16]. El mediador o la mediadora interculturales tenían encomendadas las cinco grandes tareas siguientes:

- Interpretación sanitaria (su tarea principal).
- Intermediación cultural: explicar al/a la agente de salud los componentes culturales y otros aspectos pertinentes de la conducta del/la paciente que pudieran ser importantes en el proceso de atención asistencial (formación en materia de salud, prevención, criba, diagnóstico y seguimiento) y explicar al /la paciente los conceptos biomédicos pertinentes y el funcionamiento del sistema sanitario local (esto es, la cultura del entorno en el que se ofrece la atención sanitaria).
- Educación en materia de salud y nutrición.
- Defensa sanitaria, explícita (intervención activa del mediador o la mediadora en defensa de los intereses del/de la paciente o del/la agente de salud) o implícita (modificación/adaptación del contenido de los mensajes del/la paciente y/o del/la agente de salud, sin indicárselo a las personas implicadas).
- Apoyo y ayuda (prestación de servicios sociales a la comunidad inmigrante).

Un examen exhaustivo de la bibliografía disponible llevó a Verrapt *et al.*^[17] a concluir que los conceptos y definiciones relativos a la mediación intercultural no están estandarizados y que otro tanto sucede con la formación de las mediadoras o mediadores y la descripción de su puesto de trabajo. Aun así, proponen que esta descripción no se acote demasiado, al menos de momento.

La mediación intercultural requiere un enfoque sistemático de la planificación y programación, ejecución, supervisión y evaluación del programa. También requiere un enfoque dinámico, dada la continua necesidad de adaptación al entorno cambiante de la inmigración (aumento de la diversidad étnica, llegada repentina de nuevas oleadas de inmigrantes, inmigrantes ilegales y solicitantes de asilo). Tanto las comunidades de inmigrantes como los/las agentes de salud deben participar en el desarrollo de la mediación intercultural en todos los niveles del sistema.

Selección de los mediadores y mediadoras interculturales

Las mediadoras y mediadores interculturales son personas biculturales y bilingües, que deberán estar suficientemente familiarizadas con la cultura biomédica y la cultura dominante del país de acogida para poder actuar con seguridad en el marco del sistema sanitario y gozar de la confianza tanto de las/los agentes de salud como de las personas inmigrantes. En la práctica, la mayoría son mujeres

de la segunda generación y en el contexto belga, una cuarta parte son solteras^[18].

Formación de las mediadoras o mediadores interculturales

La formación debe comprender una parte teórico-práctica y una parte de trabajo en prácticas. Su duración dependerá de cada programa, pero debe ser de varios meses como mínimo. En la práctica, oscila entre unos breves momentos y varios años. Durante su desarrollo se deberá prestar especial atención a la adquisición de un nivel adecuado de competencia intercultural. Entendemos como tal la capacidad global de la mediadora o el mediador intercultural para hacerse cargo de los aspectos más difíciles de la comunicación intercultural, esto es, las diferencias culturales y las situaciones poco familiares para las/los pacientes inmigrantes y para las/los agentes de salud autóctonos, la dinámica grupal y las tensiones y conflictos que acompañan estos procesos.

Condiciones de empleo

Las mediadoras o mediadores interculturales deben ser, de preferencia, trabajadoras o trabajadores asalariados adscritos a un hospital o grupo de hospitales, organismo de prevención, etc. Deben formar parte integrante del equipo de atención sanitaria y deben participar en sus reuniones.

3. CUELLOS DE BOTELLA / ÁMBITOS PROBLEMÁTICOS EN EL CONTEXTO DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL

Antes de adoptar de manera generalizada el enfoque de la mediación intercultural es preciso atender a una serie de posibles problemas^[19] en relación con los siguientes aspectos:

a) *Interpretación*: riesgo de interpretación incompleta, imprecisa y selectiva. Información insuficiente por parte de las/los agentes de salud como barrera para una cooperación óptima con las mediadoras o mediadores. Comunicación verbal insuficiente entre la/el agente de salud y la/el paciente.

b) *Intermediación cultural*: conocimiento insuficiente por parte de las mediadoras o mediadores de la cultura de las/los pacientes y las/los agentes de salud. Culturalización excesiva de los problemas en materia de salud y cuidados por parte de mediadores y mediadoras, pacientes y agentes de salud. Barreras culturales residuales en la cooperación con los mediadores y mediadoras.

c) *Defensa sanitaria*: posición poco sólida de la mediadora o el mediador en el contexto de la atención sanitaria. *Defensa implícita*, asociada al riesgo de inferioridad de la comunicación y la atención. Falta de estructuras adecuadas para el desarrollo de la mediación intercultural.

d) *Fenómeno de la segunda generación*: riesgo de «ceguera» de las mediadoras o mediadores con respecto a los problemas de las/los inmigrantes de primera generación.

e) *Formación conjunta* de mediadoras y mediadores y agentes de salud con vistas a la mediación intercultural, que no se da en la mayoría de los casos.

f) *Carga psicológica* para las mediadoras o mediadores: cuando ésta es importante y constante.

g) *Formación sanitaria*: contenido y enfoque no estandarizados.

h) *Consideración profesional de las mediadoras y mediadores*: muchos agentes de salud subestiman los problemas de comunicación⁴ y⁵ con sus pacientes inmigrantes y la competencia profesional de las mediadoras o mediadores; como resultado, no acuden suficientemente a sus servicios.

i) *Diversidad cultural de la población migrante*: resulta difícil tener siempre disponible un mediador o un mediador para cada grupo étnico/cultural. Tampoco está demostrado que los principios de mediación definidos para los grupos étnicos mayoritarios se puedan hacer extensivos al resto.

4. INFLUENCIA DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La mediación intercultural racionaliza la utilización de los servicios sanitarios, lo cual se traduce en un incremento, o a veces incluso un descenso, del recurso a los mismos.

- Reducción del recurso a los servicios sanitarios: el uso irracional disminuye gracias a la mejor comunicación inducida por la mediación intercultural. Ésta reduce la incidencia de visitas a diferentes profesionales en busca de uno que sea de su agrado, la tasa de repetición de las consultas, la duración media de las hospitalizaciones y también la necesidad de consultar a otros/otras colegas debido a la ausencia de una anamnesis adecuada. Los/las pacientes y sus familias sienten menor necesidad de consultar al médico o médica como una puerta de acceso al sistema social y administrativo del país de acogida.

- El uso más adecuado de los servicios sanitarios reduce el retraso de las/los pacientes en acudir a los mismos e incrementa el número y regularidad de las visitas de seguimiento. La disponibilidad de mediadoras o mediadores culturales aumenta la probabilidad de que acudan al sistema sanitario las personas con problemas médicos no tratados o que no han recibido atención preventiva (o sólo insuficiente). Las y los pacientes inmigrantes pueden expresar mejor sus quejas y preocupaciones. Se muestran más dispuestos a aceptar la referencia a un/una especialista o un hospital.

Es un hecho globalmente aceptado que la mediación intercultural sólo induce una mejora significativa de la **calidad de la aten-**

ción si la cooperación entre la/el agente de salud y la mediadora o mediador es fluida^[20]. Los principales aspectos en los que mejora la calidad son los siguientes: intercambio de información más adecuado y detallado entre el/la agente de salud y el/la paciente; incremento de la confianza entre ambas partes; ejecución más adecuada de los exámenes e intervenciones de carácter técnico; evaluación más adecuada de las necesidades de las/los pacientes inmigrantes; respuesta más apropiada a las necesidades percibidas de las/los pacientes; mejor seguimiento del tratamiento prescrito; apoyo psicológico más adecuado a las/los pacientes; y reducción del racismo.

5. REPERCUSIONES DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL SOBRE EL FOMENTO DE LA SALUD DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES

Se da por sentado que el estado de salud de la población inmigrante es inferior al de la población autóctona^[21], a pesar de que todavía no está firmemente demostrado. La mayor parte de las investigaciones se limitan a determinados grupos étnicos y prácticamente se olvidan del resto; existe una marcada tendencia a generalizar los resultados de observaciones limitadas; los estudios de base comu-

⁴ La comunicación intercultural designa el proceso de tender puentes que permitan salvar las fronteras que separan a las personas con antecedentes socioculturales distintos. (Yun, Y., «Network Analysis», en Gudykunst W. Y Yun, Y. (comps.), «Methods in intercultural communications research», *International and Intercultural Communications Annual 1994*, 8: 95-116).

⁵ En palabras de Pinto, el objetivo de la *comunicación intercultural* es «fomentar la conciencia intercultural, promover el uso de un enfoque que contemple el doble punto de vista y ofrecer un método sistemático de análisis de las diferencias culturales a fin de mejorar la eficacia de la comunicación entre los individuos y/o grupos en cuestión» (Pinto, D., *Intercultural Communication*, Garant, Leuven, 2000: 15).

nitaria son, además, muy excepcionales. Hasta la fecha, se dispone de escasas pruebas empíricas de las repercusiones de la mediación intercultural sobre el estado de salud de las poblaciones inmigrantes; se ha realizado sólo un número reducido de estudios y, dada la multicausalidad de los factores que determinan el estado de salud, resulta difícil medir la porción atribuible a la mediación intercultural. Aun así, la mayoría de agentes de salud manifiestan el convencimiento de que existe una fuerte vinculación entre comunicación, calidad de la atención y bienestar de las y los pacientes. Es de esperar, por lo tanto, que cualquier iniciativa encaminada a mejorar la comunicación, como es el caso de la mediación intercultural, contribuya a mejorar la salud del grupo diana.

6. ¿CÓMO REALIZAR UN SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REPERCUSIONES DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL?

Pueden medirse las repercusiones durante el proceso y también en lo que respecta a sus resultados. Es posible ofrecer argumentos a favor de ambos enfoques. La mayor parte de los estudios de evaluación son de carácter cualitativo. Un aspecto muy importante de un programa de mediación intercultural es su sostenibilidad; por lo tanto, se deberían incorporar indicadores que permitan su seguimiento.

Si se considera la mediación intercultural como una nueva tecno-

logía sanitaria, cuya eficacia, eficiencia y equitatividad todavía no se han probado, se podrían utilizar pruebas de intervención al azar controladas. Éstas son posibles y se deberían realizar, aunque habría que tener presentes diversas consideraciones metodológicas y éticas. Se puede ofrecer una serie de argumentos a favor de la realización de una prueba multicentros a escala europea, con la participación de los países o regiones que están aplicando la mediación intercultural.

Una vez demostrada su repercusión, el seguimiento se podría limitar al proceso y se podrían emplear métodos cualitativos y/o cuantitativos adecuados para controlar el funcionamiento del programa y la satisfacción de los actores.

7. NECESIDAD DE UNA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Dado el carácter empírico de la mayor parte de los proyectos de mediación intercultural y la falta de pruebas científicas sólidas de su eficacia, es necesario llevar a cabo una serie de estudios encaminados a averiguar, entre otras, las respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las necesidades en materia de mediación cultural en nuestro mundo en rápida transformación?
- ¿Cuál es el mandato más adecuado como definición de las funciones de las mediadoras y mediadores?
- ¿Cuál es el programa óptimo de formación de mediadores y mediadoras?

- ¿En qué medida es generalizable la mediación intercultural a las nuevas poblaciones inmigrantes?

- ¿Cómo influye la mediación intercultural sobre la satisfacción de las y los pacientes migrantes?

- ¿Cómo influye la mediación intercultural sobre el estado de salud de las poblaciones inmigrantes?

- ¿En qué medida repercute la mediación intercultural sobre la educación sanitaria?

- ¿Cómo influyen la edad y el sexo de los mediadores sobre el proceso de mediación en las diferentes categorías de edad y en relación con ambos sexos?

- ¿Cuál es la necesidad percibida de una mediación intercultural en los diferentes grupos étnicos y entre la inmigración reciente y la inmigración ilegal? ¿Cómo se puede evitar el «desgaste» psicológico de las mediadoras y mediadores?

BIBLIOGRAFÍA

[1] Chu, Cl., «Inmigrant Children Mediators: Bridging the literacy gap in immigrant communities», ponencia presentada en la 65ª Conferencia del IFLA, Bangkok, agosto 1999.

[2] De Muynck, A. «How do Flemish Health Providers Take Care of their Turkish and Moroccan Patients?», en Ugalde, A., y Cardenas (comps.), *Health and Social Services among International Labour Migrants*, CMAS Books, The University of Texas at Austin, 1997: 51-65.

[3] Van Dijk, R., [Ethnic minorities and their health], en Penninx,

R., Münstermann, H., y Entzinger, H. (comps.), *Etnische minderheden en de multiculturele samenleving*, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1998: 393-420.

[4] Gailly, A., «Cultuur en Communicatie», en De Muynck, A., Timmermans, C., y Straetemans, H. (comps.), *Interculturelle communicatie in de gezondheidszorg*, ACCO, Leuven, 1998: 27-42.

[5] De Muynck, A., Timmermans, C., Straetemans, H., y Foblets, M.C.L., «Interculturelle communicatie tussen Vlaamse hulpverleners en allochtone patiënten: nog altijd een struikelblok in de hulpverlening?», en De Muynck, A., Timmermans, C., y Straetemans, H., *Interculturelle communicatie in de gezondheidszorg*, Minderheden in de Samenleving Series n° 5, ACCO, Leuven, 1998.

[6] Manço, A., y Loutz, N., «Répresentation et rapport à la santé. Une approche comparative des personnes âgées belges et turques. Santé culture?», *Health* 1991, 8: 41-54.

[7] Böker, W., «Notes on the psychic morbidity of foreign labourers in the BDR. Review of findings and hypothesis. *Öff Gesundheitswesen*, 1997, 39: 720-732.

[8] Uniken Venema, P., *Toek ik hier kwam was ik kerngezond. De*

gezongheid van Turken in Nederland, Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.

[9] Uba, L., «Cultural barriers to health care for Southeast Asian refugees», *Public Health Reports*, 1992, 107: 544-548.

[10] Bradley, C., «Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners», *British Journal of General Practice*, 1992, 42: 454-458.

[11] Muzzin, L., «Understanding the process of medical referral», *Canadian Family Physician*, 1992, 38: 301-307.

[12] Leeflang, R., *Hulpzoekgedrag van Turkse migranten en Nederlanders met gezondheidsklachten*, Lidesco, R-91/21, Leiden.

[13] Winkler, F., *Mukti-ethnic health project. An experiment in health advocacy*, City & Hackney CHC, London, 1987.

[14] Whitehead, P., «The concepts and principles of equity and health», *International Journal for Health Services*, 1992, 22: 429-445.

[15] Verrept, H., [The contribution of the intercultural mediator to the quality of the care for migrants], *Weltzijnsigids, Gezondheidszorg*, Bruselas 1999: 97-117.

[16] De Ridder, R., «Empo-

wering ethnic minorities in health care by cultural heritage. Abstract.», IOM Migration & Health Conference, Bruselas, 29/06-01/07/92: paper n° 9.2.

[17] Verrept, H., Perissino, A., y Herscovici, A. [Intercultural mediation in the (Belgian) hospitals], Ministerio belga de Asuntos Sociales, Salud Pública y Medio Ambiente, Bruselas, 2000, 182 págs.

[18] Verrept, H., [Evaluation of the project «Intercultural mediation in health care»], VUB, Bruselas, 1995, 259 págs.

[19] Verrept, H., [Some considerations concerning the project «Intercultural mediation in health care»], en Meurs, P., y Gailly, A. (comps.), *Wortelen in andere aarde*, Acco, Leuven/Amersfoort, 1998: 59-69.

[20] Verrept, H., y Louckx, F., «Health advocates in Belgian health care», en Ugalde, A. (comp.), *Health and social services among international labour migrants. A comparative perspective*, Austin (Texas), CMAS-books, 1997.

[21] Bollini, P., y Siem, H., «No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000», *Soc. Sci. Med.*, 1995, 45: 819-828.