

Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Lázaro Gutiérrez, Raquel* y Tejero González, Jesús Manuel**

Resumen: Los servicios públicos (sanitarios, educativos, administrativos) deben atender a personas que no dominan el castellano, superando barreras producidas por las diferencias culturales y lingüísticas entre usuario y proveedores de servicios. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) mantiene desde el 2007 un «programa de interculturalidad» (interpretación telefónica multilingüe, guías multilingües para pacientes, mediación intercultural y formación de profesionales). Aunque varios de estos proyectos se interrumpieron en 2011 por dificultades presupuestarias, el programa de formación de profesionales, se ha mantenido sin interrupción hasta la actualidad. En este artículo se presentan las características de ese programa, en el que está participando activamente la Universidad de Alcalá.

Palabras clave: accesibilidad de la atención sanitaria, calidad asistencial, interculturalidad, interpretación, mediación.

Interculturality and cultural mediation in health care settings: description of the implementation of an intercultural mediation programme in the health care service of Castilla-La Mancha

Abstract: Public service providers in the health care, education and administrative settings must assist people who do not speak Spanish to overcome barriers caused by cultural and linguistic differences between users and themselves. The Health Service of Castilla-La Mancha developed an intercultural program in 2007 that included multilingual telephone interpreting, multilingual patient guides, intercultural mediation and professional training. Although several of these projects were discontinued in 2011 due to budget constraints, the professional training program has continued uninterrupted to the present. This article presents the characteristics of this program, in which the University of Alcalá is actively participating.

Keywords: health care accessibility, interculturality, interpretation, mediation, quality of care.

Panace@ 2017; 18 (46): 97-107

Recibido: 27.IX.2017. Aceptado: 06.XII.2017.

1. Introducción

La realidad social actual nos ofrece un panorama de diversidad y multiculturalidad. Los movimientos de población son cada vez más masivos, frecuentes y variados, por lo que en un mismo entorno ya no es raro observar la convivencia de personas provenientes de gran multitud de naciones. Los distintos servicios públicos (sanitarios, educativos, administrativos, etc.) están, como no podría ser de otro modo, a disposición de todas y cada una de las personas que habitan estos entornos multiculturales, pero se ven en la situación de tener que enfrentarse a un gran reto: superar barreras de acceso que tienen su causa precisamente en las diferencias culturales y lingüísticas que existen entre usuarios y profesionales de las entidades proveedoras de servicios.

En este artículo nos centraremos en la dimensión cultural de estas barreras. Para ello, comenzaremos por realizar una revisión de los conceptos teóricos relacionados con la cultura, la interculturalidad y la mediación intercultural para posterior-

mente describir la experiencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) en su esfuerzo por garantizar una atención de calidad para los usuarios inmigrantes. Entre las medidas tomadas se encuentra la puesta en marcha de un completo servicio de mediación, la formación del personal sanitario en competencias interculturales y la contratación de un servicio de interpretación telefónica y mediación intercultural presencial.

2. Contextualización y marco teórico

2.1. Cultura y multiculturalismo

«[...] no soy, no hay yo, siempre somos nosotros... muestra tu rostro al fin para que vea mi cara verdadera, la del otro, mi cara de nosotros...». (Octavio Paz, *Piedra de sol*)»

El concepto de cultura es uno de los fundamentos de la ciencia de la antropología. Resulta muy difícil, sin embargo,

* Universidad de Alcalá, Grupo FITISPos-UAH.

** D.G. de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de C. La M. Contacto: mtejero@jccm.es.

establecer una definición que no pueda ser cuestionada por algún grupo o escuela dentro de la comunidad científica, dado que es un concepto muy cargado de ideología y los científicos no pueden prescindir de sus propios valores ideológicos. Malgesini y Giménez citan varias definiciones, en distintas épocas, desde el nacimiento de la antropología como ciencia hasta nuestros días, como la siguiente, de Tylor, formulada en 1860:

[...] aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad (Malgesini y Giménez, 2000: 83-90).

Tylor está considerado como uno de los fundadores de la antropología cultural (Edward Burnett Tylor, 1832-1917), pero durante el siglo XIX, la antropología todavía no estaba libre del etnocentrismo de la sociedad europea occidental (quizá deberíamos decir británica) que se consideraba superior al resto de las formaciones sociales. Hoy sabemos que cada cultura tiene sus propias características específicas, y que no hay culturas superiores a otras. Plog y Bates (1980: 19), por ejemplo, definen la cultura como «el sistema de creencias, valores, costumbres, conductas y artefactos compartidos, que los miembros de una sociedad usan en interacción entre ellos mismos y con su mundo, y que son transmitidos de generación en generación a través del aprendizaje».

La diversidad humana es un valor positivo y constituye una oportunidad de intercambio y enriquecimiento. El *multiculturalismo* promueve la no discriminación por razones de origen étnico o cultural, el reconocimiento de las diferencias culturales y el derecho a ellas de todos los seres humanos (Dietz y Segura, 2007). Surgió como un modelo de políticas públicas, en países en los que la convivencia entre ciudadanos de distintos orígenes culturales tiene ya varios siglos de antigüedad, como en el Reino Unido o en Holanda, debido al intenso intercambio comercial, y como una filosofía o pensamiento social de reacción frente a la uniformización cultural en tiempos de globalización.

Rex (2002) señala el papel destacado del multiculturalismo en el conjunto de las preocupaciones de la Unión Europea y explica de qué manera se han desarrollado políticas en torno a este concepto. Desde los años 50 hasta nuestros días, se ha pasado por una preocupación en torno al asentamiento de inmigrantes en Europa occidental, el reconocimiento de minorías sub-nacionales (particularmente las surgidas tras la desintegración de la URSS), la gestión de un número creciente de refugiados y solicitantes de asilo e, incluso, «los peligros derivados de la presencia de grupos de inmigrantes considerados inasimilables» (Rex, 2002: 29, haciendo referencia a grupos terroristas).

El multiculturalismo se ha concebido como una oposición a la tendencia presente en las sociedades modernas hacia la unificación y la universalización cultural —asimilacionismo— que celebra y pretende proteger la variedad cultural, al tiempo que se centra en las frecuentes situaciones de desigualdad y falta de equidad de las minorías respecto a las cul-

turas mayoritarias. En el campo de las políticas sociales para la inmigración, la polémica sobre la integración estriba en su confusión con la asimilación o en un uso erróneo del término. Contrariamente a la asimilación, la integración alude al proceso sociocultural interactivo fundado sobre la interdependencia, la confrontación, el intercambio, la igualdad. Es, pues, el proceso gradual mediante el cual los nuevos residentes se hacen participantes activos de la vida económica, social, cívica y cultural del país de acogida. En un proceso de integración, cada persona conserva su identidad y su originalidad, al contrario de lo que ocurre con la asimilación, que implica sumisión y una identificación completa al cuerpo social dominante. La integración pone énfasis en una relación dinámica entre el inmigrante o los grupos de inmigrantes y la sociedad de recepción. Supone el reconocimiento de los valores de cada grupo, así como la puesta en marcha de condiciones para que estos puedan enriquecerse mutuamente. El «otro» es reconocido en su diferencia, así como en su igualdad de derechos y deberes para aportar y enriquecer al conjunto social.

2.2. Interculturalidad, comunicación intercultural y competencia intercultural

La noción de interculturalidad introduce una perspectiva dinámica de las culturas y pretende disminuir los riesgos de esencialismos, etnicismos y culturalismos. Se centra en el contacto y la interacción, la mutua influencia, el sincretismo, el mestizaje cultural, es decir, en los procesos de interacción sociocultural cada vez más intensos y variados en el contexto de la globalización económica, política e ideológica y de la revolución tecnológica de las comunicaciones y los transportes. Pero, ¿cómo se puede construir una nueva síntesis cuando los grupos que deben participar en el proceso de mutuo enriquecimiento cultural, es decir, las mayorías y las minorías son también dominantes o dominados? Amin Maalouf ha planteado este problema referido a los inmigrantes de cultura islámica en Europa:

Es con ese espíritu con el que me gustaría decirles primero a los “unos”: “cuanto más os impregnéis de la cultura del país de acogida, tanto más podréis impregnarlo de la vuestra”; y después a los “otros”: “cuanto más perciba un inmigrado que se respeta su cultura de origen, más se abrirá a la cultura del país de acogida (Maalouf, 1999: 20).

Según Millán (2004: 87) «La interculturalidad se refiere a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura». A esto lo llamaremos «comunicación intercultural», que es un proceso simbólico en el que personas de diferentes culturas crean significados compartidos. Se produce cuando existen importantes diferencias culturales que dan lugar a interpretaciones y expectativas diferentes acerca de cómo comunicarse de manera competente. Diremos que una persona —o un grupo, una institución o una organización— es competente en comunicación intercultural cuando se comunica con personas o instituciones de diferentes culturas en el contexto adecuado, de forma efectiva e idó-

nea, teniendo en cuenta los conocimientos y las motivaciones del otro, o de los otros, y suscitando el reconocimiento o el comportamiento deseado.

Por otro lado, la competencia intercultural es contextual. No es independiente de las relaciones y situaciones en las que se produce la comunicación y no es una cualidad del individuo, sino más bien una característica del proceso de comunicación: de la interacción y la relación entre individuos (Young, 1996). Las primeras formulaciones de la interculturalidad, como propuesta de actuación, surgieron en el campo educativo. De hecho, en las últimas décadas del siglo XX estamos asistiendo a un cambio de paradigma: de la educación «multicultural», a la «interculturalidad», apreciándose ya una verdadera integración de culturas (Coulby, 2006).

En el ámbito de la atención sanitaria, diremos que un profesional, o un servicio, hospital, centro de salud, etc., es “competente en interculturalidad” si los pacientes y usuarios que proceden de culturas minoritarias —no dominantes—, por motivo de inmigración, minoría étnica, u otro cualquiera, reciben la información y la orientación que realmente necesitan, en términos comprensibles para ellos, acordes con sus valores, sus creencias y sus costumbres, de forma que puedan realizar las conductas necesarias para seguir las pautas terapéuticas, o adquirir hábitos de comportamiento saludables, y beneficiarse, así, en términos equitativos respecto a las personas de la cultura mayoritaria, de la atención sanitaria que reciben. El Consejo de Europa, en el *Libro Blanco sobre el Diálogo Intercultural*, cita a los profesionales de los servicios sanitarios entre aquellos que deben ser competentes para que los encuentros con personas de minorías culturales o lingüísticas sean productivos, y menciona explícitamente que deben ser capaces de recurrir a la interpretación si es necesario (2008: 41).

2.3. Atención sanitaria a población inmigrante

En el proceso de adaptación de las personas migrantes al país de acogida intervienen diferentes factores, entre ellos: las políticas migratorias de los estados receptores, los niveles de aceptación de la población y la influencia social y cultural de la comunidad de los inmigrantes. Cuanto mayores sean las diferencias entre las características de la sociedad de origen y la de acogida, mayor será el riesgo psicosocial para las personas, y mayor la probabilidad de que aparezcan conflictos sociales y trastornos psicológicos o somáticos en los inmigrantes (Martínez-Otero, 2002).

Las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios sanitarios de las personas inmigrantes se han estudiado ya en profundidad (Sundquist, 2001; Gijón-Sánchez *et al.*, 2006; Wekers, 2009; Jiménez-Rubio y Hernández-Quevedo, 2011; Bjegovic-Mikanovic, 2014). A continuación damos unas pinceladas que resumen los resultados de estas investigaciones.

Las condiciones de salud de los inmigrantes, desde su llegada al país de acogida, pasan por distintas etapas. En un primer momento, los factores determinantes serían las particularidades de cada país de origen (hábitos alimenticios, rasgos culturales, salud materno-infantil, déficits en la educación sanitaria, en el control preventivo de los alimentos, factores

de riesgo ambiental, dificultades para acceder a la atención sanitaria, etc.). Aunque la inmensa mayoría de los inmigrantes económicos son jóvenes y, por lo general, están en buen estado de salud —sencillamente porque aquellos que no lo están no son capaces de vencer las enormes dificultades para llegar a España— el agotamiento físico y emocional, el hacinamiento y las malas condiciones en la vivienda y el trabajo pueden afectar gravemente a su salud. Posteriormente, pueden aparecer enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, no solo porque los inmigrantes recién llegados sean portadores de infecciones (Serre-Delcor *et al.*, 2017) sino también por las malas condiciones de vida en el país de acogida, trastornos nutricionales, incumplimiento de tratamientos farmacológicos, o falta de seguimiento y control de los embarazos (Sánchez-Montalbá *et al.*, 2017).

La incorporación al sistema sanitario público de un número considerable de inmigrantes que provienen de contextos culturales diferentes supone un reto importante para la organización de los recursos sanitarios y de los servicios sociales. La representación cultural de la salud, los hábitos saludables, las ideas sobre la enfermedad y la curación difieren entre las diversas culturas que conviven en las sociedades pluriculturales, lo que hace necesario que los sistemas de salud —y sus profesionales— adquieran las competencias adecuadas para que las diferencias no se conviertan en barreras que dificulten el acceso a la atención sanitaria.

En un estudio llevado a cabo durante la primera década de este siglo sobre la atención sanitaria a la población inmigrante en España se encontraron los siguientes resultados (Jansá y García de Olalla, 2004):

- Salud mental: La migración no supone mayor riesgo de presentar trastornos mentales, aunque sí se pueden presentar trastornos adaptativos como consecuencia de las situaciones de estrés intenso y prolongado al que están sometidas estas personas.
- Salud materno-infantil: durante la última década del siglo XX se observó un aumento de la tasa de natalidad en el área de salud de Barcelona como consecuencia del aumento de nacimientos de madres no españolas. En las madres subsaharianas se observó una proporción mayor de bebés de bajo peso al nacer y pretérmino que en el resto de las madres no españolas.
- Salud bucodental. Los niños procedentes de la inmigración presentaban déficits en la higiene dental y alteraciones de los hábitos alimenticios. También se observó que estas familias tienen mayores dificultades para que los niños reciban la atención bucodental que precisan, dado que estas prestaciones son escasas en la atención primaria pública.
- Vacunaciones. Existen calendarios vacunales diferentes en los distintos países de origen. Por otra parte, se han detectado déficits de vacunación en algunos colectivos, recomendándose una revisión completa del calendario de vacunaciones de los niños procedentes de la inmigración.

- Enfermedades de transmisión sexual. A pesar del aumento de mujeres y hombres de origen inmigrante que practican la prostitución, las fuentes citadas en este estudio encontraron que las tasas de infección por VIH entre la población autóctona que practicaba la prostitución y la población inmigrante eran similares.

En el año 2000, en un estudio del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT, 2000), se encontró que en algunas zonas del país descendían los casos en la población autóctona y aumentaba entre las personas inmigrantes, lo que posiblemente esté relacionado con las condiciones de hacinamiento y falta de higiene en las que pueden vivir las personas inmigrantes, sobre todo durante los primeros meses después de su llegada. Pese a todo esto, y pese a la creencia popular de que la población inmigrante «abusa» de los recursos sanitarios, los datos indican que la atención hospitalaria a este colectivo es menos costosa que a la población autóctona, hecho posiblemente relacionado con su juventud y el buen estado de salud previo de este colectivo (Cots *et al.*, 2002; Hernando *et al.*, 2009).

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, excluyó a las personas inmigrantes sin permiso de residencia del derecho a la atención sanitaria, salvo en situaciones especiales (urgencias, seguimiento del embarazo y atención al parto y menores que precisaran atención sanitaria).

En el informe presentado por la Defensora del Pueblo a las Cortes Generales en el año 2014 se dice:

Algunas quejas ante el Defensor del Pueblo ponen de manifiesto que, en supuestos de enfermedades crónicas y padecimientos graves, la atención al referido colectivo de personas se limita a episodios agudos y se dispensa exclusivamente en servicios específicos de urgencias, sin la debida continuidad asistencial en otros ámbitos (atención primaria y atención especializada), con la consecuencia de que, tras la interrupción de los tratamientos surgen, con frecuencia, nuevos episodios que obligan a acudir otra vez a urgencias (2014: 297).

En algunas Comunidades Autónomas se ha restituido el derecho de las personas inmigrantes sin permiso de residencia a la atención sanitaria, en igualdad de condiciones con la población española. En Castilla-La Mancha, la *Orden de la Consejería de Sanidad de 9 de febrero de 2016* extendió la cobertura de la asistencia sanitaria pública, con cargo al SESCAM, a las personas extranjeras que residan de forma irregular en cualquier municipio de la región.

Pero el problema del acceso a la atención sanitaria de la población inmigrante no afecta solamente a las personas en situación irregular. Además de las barreras legales o administrativas, existen otras, las barreras culturales, que también pueden dificultar, y hasta impedir, que las personas que no comparten la «cultura mayoritaria» accedan a la atención que precisan (Vázquez *et al.*, 2014).

2.4. Mediación intercultural

La mediación intercultural es una variedad o modalidad de la mediación social; son ya muy conocidos los distintos ámbitos y contextos en que se viene aplicando la mediación social: en la familia, en el sistema judicial, en conflictos laborales, en la práctica pedagógica (Six, 1997). Estos campos no están desconectados, sino que se solapan unos con otros. La mediación intercultural procede del desafío de las migraciones internacionales y la configuración de nuevas comunidades y grupos interétnicos. Nos encontramos ante un nuevo ámbito extremadamente particular en cuanto a que introduce la variante cultural, esto es, un conjunto de factores étnicos, lingüísticos, religiosos... que afectan profundamente a la relación entre las partes involucradas, a su percepción del conflicto y a sus salidas posibles, a la comunicación o incomunicación entre ellas.

Entendemos la mediación intercultural o mediación social en contextos pluriétnicos o multiculturales, como la modalidad de intervención de terceras partes en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento de la otra persona o grupo y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional etnoculturalmente diferenciada (Gimeno, 2006; Ortí *et al.*, 2008; Valverde-Jiménez, 2013).

En el ámbito sanitario, la mediación lingüística e intercultural facilita la comunicación entre los profesionales del ámbito sanitario y las personas inmigrantes. Es un apoyo para resolver los posibles conflictos que pueden surgir asociados a barreras culturales y lingüísticas, para facilitar la información a los pacientes y conseguir una buena comunicación mutua, la adherencia al tratamiento, y una buena relación terapéutica. La *Ley 1/2015, de 12 de febrero, del Servicio Regional de Mediación Social y Familiar de Castilla-La Mancha*, entre los conflictos que serían objeto de mediación social o familiar, incluye «los conflictos surgidos en el ámbito sanitario, estableciendo contextos de diálogo que promuevan una mejor relación interpersonal entre las partes» (Art. 3 g).

2.5. Interpretación en el ámbito sanitario

En España conviven mediadores interculturales e intérpretes sanitarios y ambas figuras se ocupan de facilitar la comunicación entre proveedores de servicios y usuarios con dominio limitado de la lengua del país de acogida. Teóricamente, los intérpretes en el ámbito sanitario se limitan a trasladar la información manteniéndose en un rol neutral y fieles al texto origen, mientras que los mediadores abordan una cantidad mayor y más diversa de tareas, como proporcionar al personal sanitario información sobre particularidades culturales de los pacientes, guiar a los pacientes sobre el funcionamiento del sistema sanitario y las prestaciones que ofrece, participan en actividades de promoción de la salud, e incluso median en casos de conflictos con origen cultural (Vargas Urpí, 2013). Los mediadores, por lo tanto, pueden intervenir con voz propia (García Beyaert y Serrano Pons,

2009) y parte de su trabajo es asegurarse de que ambas partes ven satisfechas sus expectativas (Sales Salvador, 2014).

En la práctica, las diferencias entre mediadores e intérpretes en el ámbito sanitario son difusas y es frecuente que estas dos profesiones se confundan (Lázaro Gutiérrez, 2014), algo que puede sugerir un bajo grado de profesionalización o de aceptación de estas nuevas figuras profesionales por parte de la sociedad y de las comunidades con las que trabajan. Independientemente del nombre que reciban, hoy en día se espera que una misma persona sea capaz de desempeñar ambas tareas (interpretación y mediación) adecuándose a los contextos cambiantes del ámbito sanitario. De este modo, podemos encontrar intérpretes aportando aclaraciones sobre aspectos culturales y mediadores trasladando mensajes de una lengua a otra (aunque no se debe olvidar que los mediadores interculturales no tienen por qué conocer más de una lengua y, como ejemplo, podemos traer a colación a aquellos que median entre las etnias gitana y paya de España). Dadas estas mezcolanzas e indefiniciones, algunos autores han propuesto el término “mediador interlingüístico e intercultural, MILIC” (CRIT, 2014) para hacer referencia a esta nueva figura profesional.

3. El programa de interculturalidad del SESCAM

Este programa se inició en el año 2007, dentro de la Estrategia de Confortabilidad, en el marco de la cual se establecía que:

Se tendrán establecidos los medios y mecanismos que faciliten la comunicación entre profesionales y usuarios de habla no hispana, tales como servicios de interpretación telefónica, software informático multilingüe, guías, protocolos y documentos de consentimiento informado multilingües, y cualquier instrumento que posibilite la comunicación y el entendimiento entre los actores del proceso de atención (SESCAM, 2008: 85).

Desde octubre de 2007 hasta diciembre de 2012, y gracias a un convenio de colaboración entre el SESCAM, Médicos del Mundo y la Universidad de Castilla-La Mancha, vino funcionando un servicio de mediación social intercultural en las Áreas Sanitarias de Toledo y Talavera de la Reina, que se extendió en 2009 a las Áreas de Alcázar de San Juan y Tomelloso (Bleda y Simón, 2007). El objetivo de este servicio era favorecer la integración de la población inmigrante en nuestra comunidad, así como facilitar la comunicación y el buen entendimiento entre los profesionales sanitarios y las personas inmigrantes a través de esas actuaciones de mediación lingüística e intercultural.

El servicio de mediación se prestaba de forma programada mediante cita previa, y de forma presencial y/o por contacto telefónico. El horario de atención era de lunes a viernes, de 8 a 15 horas. Este servicio cosechó un gran éxito, que se reflejó en el progresivo incremento en la actividad que se registró desde la puesta en marcha de este servicio, que pasó de atender a 710 personas en 2008 a las más de 2000 atendidas el año 2011 (se triplicó el número de usuarios).

En la evaluación que se realizó de este servicio, se encontró que el 71 % de las personas atendidas fueron mujeres, en clara relación con el principal ámbito de actuación en el servicio de mediación intercultural: el materno-infantil. En el momento de la intervención la mayoría se encontraba desempleada y era de origen magrebí. Este colectivo suele ocuparse de las tareas del hogar, máxime si tiene hijos a su cargo. Por esta razón las mujeres magrebíes tienen menos posibilidades de aprender castellano, conocer el funcionamiento de las distintas administraciones y, en definitiva, de integrarse en la sociedad.

Es en este contexto donde la mediación favorece el entendimiento, evitando interpretaciones erróneas. La percepción del profesional sanitario que ha protagonizado o participado en una intervención de mediación es que resultan eficaces y de gran utilidad. Aparentemente, la mediación hace necesario más tiempo, del que los profesionales andan muy escasos, pero merece la pena, porque al vencerse las barreras, mejora la adherencia al tratamiento y el número de intervenciones es menor.

Aunque durante el periodo señalado se realizaron un total de 2054 actuaciones con usuarios inmigrantes, las intervenciones profesionales llevadas a cabo con ellos superan las 15000, estando relacionadas con tareas de mediación intercultural, información y asesoramiento, o acompañamiento, entre otras. Un aspecto fundamental del trabajo de las mediadoras interculturales era la información y asesoramiento al paciente inmigrante sobre el funcionamiento del sistema sanitario (trámites para acceder a la tarjeta sanitaria, acompañamiento educativo por el centro u hospital correspondiente, etc.). El mayor número de intervenciones se registraron en los centros de Atención Primaria de Toledo, seguido del Hospital Virgen de la Salud.

En la actualidad (diciembre de 2017), la Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria, dentro del Plan de Humanización, se ha propuesto instaurar de nuevo el servicio de «interpretación telefónica y mediación (presencial) intercultural», mediante concurso público, que se convocará en fecha próxima.

En los apartados sucesivos se describirá cómo se prestaban estos servicios de mediación.

3.1. Inicio de la intervención

Para poner en marcha un servicio de mediación es necesario comprobar si existe demanda. Para ello se tienen en cuenta los siguientes criterios:

1. Hay dos partes implicadas: la demanda viene por una de las partes, bien por el paciente o el cuidador o la cuidadora, bien por el profesional del ámbito sanitario, pero ambas están involucradas y aceptan la intervención de la mediación sin ser coaccionadas para ello.
2. Las partes tienen identidades culturales diferentes y un determinado grado de conocimiento y también, en la mayoría de los casos, de desconocimiento respecto de la otra; sus actitudes están condicionadas positiva

o negativamente por estereotipos, temores y posicionamientos etnocéntricos, así como una distinta percepción del binomio enfermedad-salud y unas diferentes expectativas sobre las consecuencias de la enfermedad y, en su caso, de la resolución del conflicto.

3. La base de la demanda es un problema social y sanitario relacionado con el binomio salud-enfermedad, y de la actuación se espera que se derive una mejora de la situación del paciente y se facilite la intervención del profesional sanitario.
4. La intervención de los mediadores, entendida como un proceso y no solo como una acción puntual, completa o apoya la intervención de otros profesionales del ámbito sanitario, pero no la sustituye.

En el modelo que se aplicó en el SESCAM, las funciones que realizaban los mediadores eran muy variadas y abarcaban multitud de tareas. Su tarea fundamental era realizar mediaciones interculturales, pero también llevaban a cabo traducciones e interpretaban. La mediación no solo se limitaba a las interacciones que tenían lugar en la consulta, sino que se incluían todas las situaciones comunicativas en que fuera necesario un apoyo para la resolución de conflictos y dificultades de comunicación de origen lingüístico o cultural entre las personas inmigrantes y los profesionales sanitarios o no sanitarios del SESCAM. Además, los mediadores proporcionaban asesoramiento a la población inmigrante sobre el funcionamiento y la utilización adecuada de los recursos del sistema de salud, participaban en el seguimiento y la derivación de los casos y daban apoyo en el desarrollo de talleres de educación para la salud.

Las actuaciones se llevaban a cabo en atención primaria, atención urgente, hospitalaria y consultas externas de atención especializada del área de Salud de Talavera de la Reina y Toledo. Para que se produjera la intervención, el paciente o usuario debía aceptar de forma expresa la mediación, tras ser informado verbalmente por el mediador. El profesional sanitario responsable anotaba en la historia de salud o en la historia clínica, según tuviera lugar la intervención en el nivel de atención primaria o el de atención especializada, que se realiza la mediación.

3.2. Dificultades detectadas

Durante el funcionamiento del programa, mediante un estudio cualitativo utilizando técnicas de grupo de discusión, se detectaron una serie de dificultades que se pueden agrupar en dos grandes bloques: las dificultades encontradas por el personal sanitario y las encontradas por parte de pacientes y familiares (Bleda y Simón, 2010:67). Se trata de dificultades que afectaban a la comunicación efectiva con los pacientes y, consecuentemente, a los resultados sobre el estado de salud de los mismos, y que se solventaron, al menos en parte, con la ayuda de los mediadores del programa.

3.2.1. Dificultades del personal sanitario

Entre las dificultades que se le plantearon al personal sanitario se encuentra, en primer lugar, la barrera idiomática.

Al desconocer la lengua del paciente, era de importancia crítica contar con los servicios de un profesional que realizara la interpretación e incluso tradujera a la vista algunos documentos que se aportaban en la consulta. Sin embargo, pese a ser la principal y más inmediata necesidad, el personal sanitario también se enfrentaba al desconocimiento de la situación sociopersonal del paciente. Con la ayuda de la información facilitada por los mediadores directamente o mediante preguntas al paciente a través de ellos se logró una mejor comprensión.

El personal sanitario sufre hoy en día una permanente falta de tiempo en la consulta (apenas cuenta con tres minutos para cada paciente). Esto hace especialmente complicado que pueda dedicarle una atención especial a pacientes que lo necesiten, como los pacientes inmigrantes, sin retrasar el horario de visitas. Del mismo modo, no existe un tiempo que los miembros del personal sanitario tengan entre las consultas para poder coordinarse con otros miembros del equipo, entre los que se encuentran los mediadores. Si bien, como hemos mencionado antes, las consultas mediadas duran ligeramente más tiempo que las consultas con pacientes autóctonos, merece la pena señalar que son más cortas y efectivas (reducen el número de visitas posteriores) que aquellas con pacientes inmigrantes en las que no interviene ningún mediador.

Los factores culturales también pueden suponer una importante barrera de comunicación. Por ejemplo, el personal sanitario señala las diferencias que existen sobre la exteriorización de la enfermedad según la cultura de origen del paciente. En ocasiones encontramos pacientes que no son conscientes de la necesidad de acudir a los servicios sanitarios (tómense como ejemplo las consultas de seguimiento del embarazo) y otras veces hay pacientes que le dan una importancia excesiva a alguna dolencia y acuden directamente a urgencias o intentan ir a un especialista sin haber visitado previamente al médico de familia. Por otro lado, la descripción de una dolencia puede variar enormemente entre personas procedentes de distintas culturas. Por ejemplo, un anglohablante puede indicar que tiene quemazón en el corazón cuando en realidad tiene ardores de estómago, o un paciente chino puede describir su estado de salud con numerosas referencias a aquello que ha comido o incluso que ha soñado en vez de remitirse únicamente a sus síntomas. Sin la intervención de un mediador es muy difícil resolver estas dificultades, ya que este suele ser el único participante en la conversación que cuenta con información sobre ambas culturas y puede darse cuenta de posibles malentendidos.

Por último, el personal sanitario mostró una gran preocupación y frustración ante las consecuencias de la mala comunicación con sus pacientes, a saber, la falta de seguimiento de los tratamientos, que se traduce en la falta de asistencia a citas posteriores o la toma de medicación de manera errónea, entre otros aspectos. Muchas veces queda la sensación entre el personal sanitario de que han logrado hacerse entender con el paciente inmigrante. Sin embargo, este suele abandonar la consulta con grandes dudas. A veces, por no haberse enterado correctamente de que tenía que volver a la consulta, o por no saber cuándo o cómo pedir cita, o incluso por no querer repetir la experiencia, el paciente inmigrante no vuelve a consul-

tas de seguimiento. Esto, junto con los ya frecuentes errores sobre cómo, cuándo y con qué frecuencia tomar la medicación prescrita, constituye un gran riesgo tanto para la salud del paciente inmigrante como para la de la población general (cuando estamos tratando con enfermedades infecciosas).

3.2.2. Dificultades de pacientes y familiares

Como en el caso del personal sanitario, los pacientes y familiares, en primera instancia, encuentran barreras idiomáticas a la hora de comunicarse con el personal de los servicios sanitarios (tanto personal sanitario como personal administrativo y de servicios). A esta gran barrera se le une el desconocimiento del sistema de salud, que forma parte del acervo cultural del país de acogida. Afortunadamente, los mediadores pueden atajar ambos problemas con su intervención, cuando realizan tareas de interpretación y cuando median entre ambas partes y proporcionan información sobre aspectos desconocidos para alguna de ellas.

Como cualquier otro paciente, los inmigrantes desconocen la enfermedad y sus consecuencias y pueden tener dificultades a la hora de asumir que están enfermos. Si a esto sumamos el estado de estrés (Achótegui, 2002) en que se encuentran debido a que no conocen la lengua de la interacción en consulta ni el funcionamiento del sistema sanitario, podemos comprender de qué modo se agrava el problema.

Por otro lado, debido a sus dificultades socioeconómicas, a veces surgen problemas a la hora de adquirir la medicación (por falta de medios económicos e incluso por desconocimiento sobre dónde y cómo se adquiere) y seguir y mantener el tratamiento (por problemas comunicativos, condiciones laborales precarias, falta de medios económicos, desconocimiento sobre los recursos que proporciona el sistema de salud, etc.).

Como última dificultad señalaremos la soledad y la falta de apoyo familiar de algunos inmigrantes que vienen a nuestro país dejando toda su familia atrás. Esta soledad no solo agrava la situación emocional del paciente, sino que le despoja de una ayuda fundamental a la hora de hacerse cargo de sí mismos y de sus obligaciones.

3.3. Desarrollo de la intervención

Las actuaciones en mediación no se limitan, como ya se ha mencionado anteriormente, a la interpretación y mediación en consulta, sino que abarcan un ámbito mucho más amplio. En los siguientes apartados se describen distintas fases de la intervención o actuación en mediación.

3.3.1. Entrevistas

Al recibir la demanda (de un profesional, de un paciente o de un familiar) se recogen los datos de identificación en la primera entrevista, siempre con autorización verbal informada de los pacientes o en su caso del familiar de quien esté a cargo, con fines estadísticos de evaluación del funcionamiento de servicio, cumpliendo lo establecido en la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*.

Coordinación con los profesionales sanitarios para compartir información verbal general y básica sobre la enferme-

dad, con el consentimiento verbal del o de la paciente. El acceso de los mediadores o mediadoras a la documentación de la historia clínica, si resultara necesaria para la intervención, requerirá la autorización por escrito del paciente, que quedará incorporada a la historia clínica.

El mediador o mediadora se asegurará de que el o la paciente ha recibido y comprendido la información adecuada sobre los siguientes aspectos:

- Qué es la enfermedad (identificación del proceso patológico) y qué consecuencias puede tener.
- Tratamiento general propuesto por el profesional sanitario, las alternativas posibles, riesgos y consecuencias de las intervenciones.
- Implicación para las personas que conviven con pacientes.
- Importancia del seguimiento del tratamiento.

Se utilizan folletos informativos sencillos, avalados por los profesionales sanitarios del SESCAM, traducidos al rumano y al árabe, o a cualquier otro idioma, cuando se incorporan nuevos mediadores procedentes de otros ámbitos culturales.

3.3.2. Identificar los componentes del conflicto

Cada intervención es distinta en función de las necesidades de las partes entre las que se media. De este modo, si las partes no comparten una lengua vehicular, será necesario realizar interpretaciones y traducciones a la vista de certificados, informes médicos u otros documentos de interés para ambas partes. Sin embargo, podemos encontrar muchas más necesidades y puede ser conveniente realizar entrevistas individuales con los pacientes para informarles sobre su enfermedad, o entrevistas con la familia del paciente también con fines informativos. Estas entrevistas pueden realizarse con diferentes profesionales, incluso fuera del centro sanitario (por ejemplo, una trabajadora social de los servicios sociales básicos), con la participación del mediador. Algunas de las necesidades cubiertas por este tipo de intervenciones serían las siguientes:

- Empadronamiento: información-traducción sobre los requisitos, mediación institucional con el Ayuntamiento si se precisa.
- Tarjeta sanitaria: mediación-coordinación institucional con el SESCAM, información-traducción a población inmigrante sobre los trámites, apoyo a profesionales de las unidades administrativas para traducción.
- Recursos económicos: derivación-coordinación con trabajador social del ámbito sanitario y servicios sociales.
- Trámites de Extranjería: derivación-coordinación con entidades sociales, y servicios sociales.

3.3.3. Seguimientos de los casos

Para realizar el seguimiento de los casos es de suma importancia la coordinación con el profesional sanitario implicado en el caso para informar de las actuaciones posteriores

a la entrevista diagnóstica inicial (por ejemplo, resultados de pruebas diagnósticas, modificación de la terapéutica prescrita, etc.). Esto se lleva a cabo preferiblemente de forma presencial, aunque si esto no es posible se puede hacer a través de informaciones escritas.

Mediante entrevistas telefónicas o personales se lleva a cabo un seguimiento programado de otras actuaciones, como el acompañamiento al paciente, si procede y de forma puntual, a revisiones médicas. De este modo, el miembro del personal sanitario que está a cargo del paciente contacta con el mediador que ya ha participado en el caso, encarga el trabajo (acompañamiento, por ejemplo), y vuelve a contactar con el mediador una vez finaliza el encargo para conocer cómo se ha desarrollado la actuación.

Para garantizar la calidad, se desarrollan sesiones informativas quincenales en los locales de Médicos del Mundo, en las que participan el equipo técnico del servicio, la trabajadora social especialista en Mediación Intercultural, profesionales del ámbito socio-sanitario voluntarios de la entidad y, por supuesto, los mediadores. Tanto los mediadores como todas las personas participantes en estas sesiones están obligadas al secreto según lo previsto en el artículo 16.6 de la Ley 41/2002.

3.3.4. Cierre de la intervención

La intervención en mediación se da por terminada bajo tres supuestos fundamentales. El primero de ellos sería la resolución del conflicto entre el paciente y el profesional sanitario, esto es, la desaparición de las dificultades comunicativas. No obstante, cabe destacar que no es habitual que estas desaparezcan, por lo que el cierre de la intervención por este motivo no es frecuente. Otro motivo de cierre de la intervención es el cambio de domicilio del paciente si su residencia pasa a estar fuera de Castilla-La Mancha, ya que estamos hablando de un servicio que se proporciona a nivel regional. El más frecuente de los motivos por los que se cierra una actuación de mediación es porque se finaliza la intervención sanitaria. Cuando el paciente ya no necesita acudir a los servicios de salud, también se le da de alta en el programa de mediación, sin que esto impida que se vuelva a abrir un proceso si el paciente vuelve a necesitarlo.

En algunas ocasiones, los problemas comunicativos (o, siguiendo la terminología del ámbito de la mediación, la situación conflictiva), persisten y se hace necesaria la actuación de instancias superiores. En estos casos, se emite una comunicación escrita a la Unidad de Atención al Usuario de la Gerencia en que se produzca la intervención, en la que se informará de las actuaciones realizadas, y que incluirá una propuesta de actuación (en los casos en los que sea posible). Cuando esto no sea posible, el caso se estudia en la comisión de seguimiento del programa.

Un ejemplo puede ser la alimentación de los pacientes de origen magrebí y religión musulmana. Aunque los profesionales del hospital sí pueden informar de los ingredientes de los platos cocinados, no existe una entidad «oficial» que certifique que un alimento es «halal», es decir, que los animales hayan sido sacrificados siguiendo el rito ordenado

por el Corán. A propuesta de la comisión de seguimiento del convenio de colaboración entre el SESCAM, la UCLM y Médicos del Mundo de Castilla-La Mancha, en la *Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios* (F.P.C., 2010) se incluyó la recomendación de que los hospitales incluyeran un menú en árabe, de forma que el paciente musulmán pudiera estar seguro de no ingerir ningún alimento impuro.

3.4. Otras actuaciones

El servicio de mediación intercultural es la gran estrella del programa de interculturalidad del SESCAM, pero no es la única herramienta con que se cuenta para resolver problemas comunicativos. El programa contaba con un servicio de interpretación telefónica, un servicio de traducción y un programa de formación en interculturalidad para los profesionales del servicio de salud. En los siguientes apartados procedemos a describirlos.

3.4.1. La interpretación telefónica

Está suficientemente acreditada la eficacia de la interpretación profesional en el ámbito sanitario en diferentes países de la Unión Europea. Existen ya diversas experiencias de la aplicación de estas actuaciones en el ámbito sanitario en España (Faya Ornia, 2016) y existe ya el suficiente consenso sobre la necesidad de dotar a los servicios sanitarios de un recurso de interpretación complementario al servicio de mediación intercultural para facilitar el acceso de toda la población con dificultades idiomáticas a la atención sanitaria en igualdad de condiciones que el resto de la población (Abril y Martín, 2011). Interpretación y mediación son en realidad intervenciones diferentes, aunque relacionadas entre sí. La interpretación permite superar barreras lingüísticas, facilitando la comunicación entre dos personas (el profesional sanitario y el paciente), mientras que la mediación tiene el objetivo de superar barreras culturales, facilitando la gestión de conflictos relacionados con los diferentes valores, creencias, costumbres o hábitos de personas que proceden de entornos culturales diferentes.

El intérprete es una persona que explica a otras, en la lengua que entiende cada uno de ellos, lo dicho en otra lengua que les es desconocida. La interpretación es la transmisión de un mensaje de una lengua a otra de forma oral. Es frecuente que las personas inmigrantes acudan a consulta acompañadas de algún familiar o amigo que puede entenderse en castellano, pero la intervención de estos intérpretes «aficionados» constituyen un riesgo añadido, ya que pueden interpretar erróneamente el mensaje, lo que puede dar lugar a eventos adversos. Es importante, en el ámbito sanitario como en el resto de los servicios públicos, la profesionalización de los intérpretes (Valero Garcés y Lázaro Gutiérrez, 2004; Lázaro Gutiérrez, 2014).

Trabajando con un intérprete profesional se evitan gastos injustificados, así como explicaciones mal dadas, situaciones de incomprensión y seguimiento erróneo de los tratamientos, repetición innecesaria de consultas, realización de tests y análisis injustificados y errores de diagnóstico. Por otro

lado, se logra mejorar la adhesión al tratamiento, enriquecer el intercambio comunicativo, reducir la sensación de exclusión del paciente, crear una experiencia intercultural triangular beneficiosa, tener acceso a otras fuentes de información, reducir costes, mejorar la satisfacción personal y profesional del sanitario y darle al paciente la satisfacción de ser entendido y la garantía de haber comprendido.

El SESCAM comenzó a ofrecer el servicio de interpretación telefónica de forma paralela a la mediación intercultural en el año 2009. Después de un periodo en el que estuvo suspendido, debido a limitaciones presupuestarias, actualmente se pretende reanudar de nuevo. Estaba disponible los 365 días del año, las 24 horas del día, accesible desde cualquier terminal telefónico fijo o móvil. Los intérpretes son licenciados universitarios, formados en interpretación e interculturalidad y son bilingües, nativos de una de las lenguas que interpretan. Los idiomas disponibles eran los siguientes: alemán, árabe estándar, armenio, bambara, benin, bereber, bielorruso, bosnio, búlgaro, catalán, checo, chino cantonés, chino mandarín, croata, danés, esan, eslovaco, esloveno, francés, griego, hazañilla, hindi, húngaro, inglés, inglés africano (pidgin), italiano, japonés, letón, lituano, malinké, mandinga, marroquí, mongol, neerlandés, noruego, persa, polaco, portugués, pular, punjabi, rumano, ruso, serbio, soninké, sueco, susu, tagal, tailandés, taiwanés, turco, twi, ucraniano, urdu, valenciano y wolof.

Durante el año 2011, los porcentajes de utilización en los diferentes idiomas ofertados fueron los siguientes:

IDIOMA	% DEL TOTAL DE LLAMADAS
Chino mandarín	24,24 %
Árabe marroquí	19,19 %
Rumano	18,86 %
Árabe estándar	7,74 %
Búlgaro	6,40 %
Francés	4,04 %
Inglés	4,04 %
Ruso	3,37 %
Alemán	3,03 %
Ucraniano	2,69 %
Polaco	1,35 %
Urdu	1,35 %
Persa	1,01 %
Bereber	0,67 %
Hindi	0,67 %
Italiano	0,67 %
Bambara	0,34 %
Chino cantonés	0,34 %

3.4.2. Traducción de documentos

En la práctica diaria, es frecuente que haya que atender a niños con registros de vacunaciones o adultos con informes clínicos en lenguas de otros países. Existía la posibilidad de solicitar a la empresa contratada para el servicio de interpretación telefónica, a través del teléfono de sus oficinas, la traducción de un documento «a la vista»; es decir, enviar por fax o escaneado por correo electrónico el documento a un intérprete, y que este leyera el documento en castellano, por teléfono, al profesional.

Esta solución es válida cuando el contenido del informe o del documento no compromete la seguridad del paciente. Cuando es necesario dejar constancia en la historia clínica de que la traducción ha sido «fehaciente», es decir, cuando sea necesaria una traducción escrita oficial, la forma de estar seguros de que refleja fielmente el contenido del documento original es solicitarla a un «traductor jurado», un profesional que tiene reconocida por la Embajada del país de origen que está autorizado para traducir documentos oficiales. Por otra parte, mediante el convenio de colaboración entre la UAH y el SESCAM, también se tradujeron a varios idiomas documentos informativos de carácter general, como modelos de consentimiento informado, guías informativas para la mujer embarazada, o recomendaciones para el cuidado del recién nacido.

3.4.3. Formación en interculturalidad de los profesionales sanitarios.

El programa de interculturalidad del SESCAM, desde el año 2007, ha incorporado la realización de cursos de formación, presenciales y en línea, en competencias interculturales. Se siguió el modelo de la Red Isir, creada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (Falcón y Rodríguez, 2011). Estos cursos han continuado celebrándose año tras año, con un número anual de alumnos de entre 200 y 300. Podemos decir que al menos 1500 profesionales (sanitarios y no sanitarios) han recibido una formación en competencias interculturales en estos años. En 20 horas lectivas, el programa incluye una introducción teórica sobre «organizaciones sanitarias competentes en interculturalidad», nociones sobre mediación e interpretación en la atención a los pacientes de origen inmigrante, atención a la diversidad religiosa, un módulo sobre las características específicas de la atención a la población de etnia gitana, vacunaciones y enfermedades infecciosas en la población de origen inmigrante en la atención primaria, y la relación entre migración y salud mental.

4. Conclusión

En los últimos años los movimientos migratorios se han visto teñidos por el dramatismo de los conflictos bélicos, como en Oriente Medio y el centro de África, a lo que hemos de añadir la actitud vacilante de la Unión Europea para acoger a los refugiados que huyen de esos conflictos. A esto hay que añadir la crisis económica global y, en España, las limitaciones en el acceso a la atención sanitaria de la población inmigrante en situación irregular, introducidas en la legislación desde 2012.

Confiamos en que experiencias como la del programa de interculturalidad del SESCOAM contribuyan a mejorar la accesibilidad y la equidad en el sistema sanitario, y en que la mediación intercultural y la interpretación multilingüe se incluyan como prestaciones básicas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

- Abril, M.I. y A. Martín (2011): «La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes», *I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*. Granada.
- Achótegui, J. (2002): *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Ayala, E. S. (2007): *Educación para la convivencia intercultural*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Bisin, A., y T. Verdier. (2000): «Beyond the Melting Pot: Cultural Transmission, Marriage and the Evolution of Ethnic and Religious Traits», *Quarterly Journal of Economics*, vol. 115 (3): 955-988.
- Bjegovic-Mickanovic, V. et al. (2014): *Addressing needs in the public health workforce in Europe*. Copenhagen: WHO.
- Bleda, J. M. y N. Simón. (2010). Inmigrantes y salud. Un análisis cualitativo en el Servicio Público de Salud de Castilla-La Mancha. UCLM. Toledo.
- Consejo de Europa (2009): *Libro Blanco sobre el diálogo intercultural*. Ministerio de Cultura. Madrid. <http://www.coe.int/t/dg4/intercultural/Source/Pub_White_Paper/WhitePaper_ID_SpanishVersion.pdf> [consulta: 02.XI.17].
- Cots, F. et al. (2002): «Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona», *Gac Sanit*, 16: 376-84.
- Coulby, D. (2006): «Intercultural Education: Theory and Practice» *Intercultural education*, 17 (3): 245-257.
- CRIT (eds.) (2014): *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*, 55-90. Granada: Comares.
- Dietz, G. y Segura S. (2007): *Multiculturalismo e interculturalidad*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Falcón, C. S., y C. M. Rodríguez (2011): «El fenómeno de la inmigración sanitaria en Andalucía: el modelo granadino», *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*, 1467-1478. Granada: Instituto de Migraciones.
- Faya Ornia, G. (2016): «La necesidad de servicios de traducción e interpretación en el sector sanitario. La situación en Londres, Düsseldorf y Madrid», *Entreculturas*, 7-8: 543-574.
- F.P.C. Fundación Pluralismo y Convivencia. (2010): Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Inmigración.
- García-Beyaert, S. y J. Serrano Pons, J. (2009): «Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud» En Morera Montes, J., Alonso Barbrro, A. y Huerga Aramburu, H. (eds.) *Manual de atención al inmigrante*, 53-66. Madrid y Barcelona: Ergon.
- Gijón-Sánchez, M. T., et al. (2006): «Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce», *Eurohealth*, 16 (1).
- Gimeno, F. R. (2006): «Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario», *Revista española de lingüística aplicada*, 1: 217-230.
- Hernando, L. et al. (2009): «Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: recuentación, casuística y repercusión económica», *Gaceta Sanitaria*, 23 (3): 208-215.
- Jansá, J. M. y P. García de Olalla (2004): «Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos», *Gaceta sanitaria*, 18: 207-213.
- Jiménez-Rubio, D. Y C. Hernández-Quevedo (2011): «Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences?», *Eur J. Health Econ*. 12: 17-28.
- Korsbaek, L. (2004): «Tylor en México: una excursión a Texcoco», *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 11 (30): 157-196.
- Lázaro Gutiérrez, R. (2014): «Use and abuse of an interpreter», en Valero Garcés, C. (RE)*Considerando ética e ideología en situaciones de conflicto*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Maaluf, A. (1999): *Identidades asesinas*. Madrid: Alianza.
- Malgenisi, G. y C. Giménez (2000): Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Ed. Catarata, Madrid. Concepto de cultura. <<http://www.fongdcam.org/manuales/educacionintercultural/datos/docs/ArticulyDocumentos/Clarificacion%20de%20conceptos/culMultIntr/CULTURA.pdf>> [consulta: 02.XI.17].
- Martín-Barbero, J. (2000): «Globalización y multiculturalidad: notas para una agenda de investigación», en Moraña, M. *Nuevas perspectivas desde/sobre América Latina: el desafío de los estudios culturales*: 17-27, Ed. Cuarto Propio.
- Martínez-Otero, V. (2002): «El reto de la interculturalidad: investigación sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos» *IV Congreso Católicos y Vida Pública*, Madrid.
- Millán, T. A. (2004): *Comunicación intercultural. Antologías sobre la Cultura Popular Indígena*. México: Conaculta.
- Ortí, R., E. Sánchez y D. Sales. (2008): «Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural» En B. Gallardo, C. Hernández, & V. Moreno (Eds.), *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*: 117-139 Valencia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valencia.
- Plog, F. y D. Bates (1980): *Cultural Anthropology*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- PMIT, Grupo de trabajo del, (2000): «Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis». *Med Clin* (114): 530-537.
- Rex, J. (2002): «Multiculturalismo e integración política en el Estado nacional moderno». *Isegoría*, (26): 29-43.
- Sales Salvador, Dora. (2014): «La delgada línea roja de la imparcialidad.» En CRIT (eds.) *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*, 55-90. Granada: Comares.
- Sánchez-Montalbá, A. et al. (en prensa): Tuberculosis e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin*.
- Serre-Delcor, N, et al. (en prensa): «Estrategia secuencial para el cribado de la ITBL en inmigrantes recién llegados en situación social vulnerable». *Enferm Infecc Microbiol Clin*.
- Sundquist, J. (2001): «Migration, equality and access to health care services», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (10): 691-692.
- SESCAM (2008): *Estrategia de Confortabilidad*. Servicio de Publicaciones de Castilla-La Mancha. <http://sescam.jccm.es/e_confort/> [consulta: 02.XI.17].

- Six, J.F. (1997): *Dinámica de la mediación*. Barcelona: Paidós.
- Tylor, E. B. (1987): *Antropología: introducción al estudio del hombre y de la civilización*. Barcelona: Altafulla.
- Valero Garcés C., y R. Lázaro Gutiérrez (2004): «Estudio empírico sobre la comunicación entre personal sanitario y pacientes inmigrantes», *Actas del IV Congreso sobre la inmigración en España: ciudadanía y participación*. Girona: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Girona.
- Vargas-Urpi, Mireia. (2013): «ISP y / o mediación intercultural: la realidad de los profesionales que trabajan en el contexto catalán». *Cuadernos de Aldeu*, 25: 131-163.
- Vázquez, M. L., I. Vargas y M. B. Aller. (2014): Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.*, 28 (S1):142-146.
- Weekers, J., et al. (2009): *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant health Needs in Europe*. Ginebra: IOM. International Organization for Migration
- Yampara, S. (2009): Interculturalidad: encubrimiento o descubrimiento de las matrices civilizatorio-culturales. *ISEES: Inclusión Social y Equidad en la Educación Superior*, 4: 33-56.
- Young, R. (1996): *Intercultural communication. Pragmatics, genealogy, deconstruction*. Clevedon: Multilingual Matters Ltd.

