



Trabajo de Final de Máster

La mediación intercultural en el ámbito sanitario

Estudio de caso de experiencias de personal sanitario
en un hospital público de la ciudad de La Rioja, Argentina

Autora: Trinidad A. Guardia

Director: Dr. Francisco Raga Gimeno

Máster de Investigación en Traducción e Interpretación

2017/2018

Fecha de defensa: noviembre de 2021

“What counts in life is not the mere fact that we have lived. It is what difference we have made to the lives of others that will determine the significance of the life we lead.”

“Lo que cuenta en la vida no es el solo hecho de haber vivido. Es la diferencia que hicimos en la vida de los demás lo que determinará el significado de nuestra propia existencia. “

Nelson Mandela

Para Victoria, Matías y Monserrat por el eterno amor y la incondicionalidad

Para Raúl y Amelia por el ejemplo que siempre nos brindan

Resumen y palabras clave

La mediación intercultural tiene como objetivo intervenir en aquellas situaciones en las que dos o más personas no pueden comunicarse entre sí por razones de índole cultural y lingüística. Estas situaciones son cada vez más comunes en el hospital público de la Ciudad de La Rioja, en las que hay un incremento en la atención de pacientes que hablan lenguas diversas, provienen de otros lugares fuera de la Argentina, o poseen sus propias características étnicas y/o religiosas. En este marco se detectan procedimientos que se llevan a cabo desde una perspectiva de mediación no profesional que se han naturalizado y con el agregado de llegar hasta el punto de agravarse por la casi nula presencia de mediadores profesionales a quienes acudir en casos de interferencia interlingüística y/o intercultural.

Para cumplir con el estudio del problema, se planteó un trabajo cuyo objetivo principal fue el de determinar cómo aborda el hospital público la atención de pacientes interculturales, y para ello se llevó a cabo un trabajo de tipo exploratorio que basó su metodología en un enfoque cuanti-cualitativo con un especial énfasis en la dinámica planteada por los estudios de caso. La muestra estuvo conformada por el personal sanitario profesional del hospital que tiene como característica la atención de pacientes interculturales. Este trabajo que está planteado como una primera aproximación al campo de la mediación en La Rioja y pretende hacer un aporte a la casi desierta área de conocimiento de mediación, por lo que conforma, además, la característica de una naturaleza aplicada ya que pretende contribuir a la mejora de la práctica sanitaria del hospital público estudiado.

Palabras clave: mediación intercultural, intérpretes, lenguas, pacientes interculturales, salud, hospital público

Índice

1. Introducción.....	9
2. Marco Teórico.....	11
2.1 El sistema de salud argentino. La noción de “accesibilidad universal” en salud	11
2.2 Caracterización de los movimientos migratorios en la Argentina y La Rioja .	14
2.3 La cultura en el cambio global.....	17
2.4 Antecedentes de la mediación.....	20
2.5 La mediación interlingüística e intercultural en el hospital público estudiado	21
2.6 La mediación intercultural profesional como eslabón para la construcción de un modelo de sociedad emergente	25
2.7 El papel del mediador intercultural profesional en el hospital público estudiado	28
3. Consideraciones Metodológicas	39
3.1 Preguntas de Investigación.....	40
3.2 Objetivos	41
3.3 Metodología	43
3.4 Estrategias de recolección de datos. Muestra y selección de los informantes .	44
3.5 Plan de trabajo.....	48
3.6 Informantes y fuentes de información.....	50
3.6.1 Grupos de Discusión.....	50
3.6.2 Encuestas	59

3.7 Consideraciones éticas	63
4. Contextualización	65
4.1 Realidad poblacional de la Ciudad de La Rioja	65
4.2 Descripción del centro de salud	69
5. Análisis de los datos de investigación	71
5.1 Resultados y análisis	71
5.2.1 Cuestionarios	72
5.2.2 Entrevistas	89
5.2.3 Grupos de discusión	90
6. Conclusiones y propuestas para la mejora en la atención de pacientes interlingüísticos e interculturales.....	96
6.1 Conclusiones de los casos de atención y registro de pacientes interculturales	96
6.2 Conclusiones y aportes al campo de la mediación cultural y a la figura del mediador cultural en el ámbito sanitario.....	99
6.3 Protocolos y líneas de acción en materia de mediación intercultural	101
Bibliografía	104
Anexos	113
Anexo 1: Guía de grupos de discusión.....	113
Anexo 2: Cuestionario para el personal sanitario del hospital público.....	113
Anexo 3: Guía para la entrevista a informante clave	117
Anexo 4: Tablas	119

Anexo 5: Gráficos	119
-------------------------	-----

1. Introducción

El presente trabajo tiene su razón de ser a partir de indicios que consideramos como una “señal” de la necesidad cada vez más imperativa de herramientas a la hora de la atención sanitaria de pacientes con características lingüísticas y/o culturales diversas.

En los primeros capítulos se desarrollan las perspectivas desde las que se concibe a la convivencia de diferentes culturas dentro de la sociedad argentina, así como los modelos de gestión de la diversidad y la caracterización del sistema de salud argentino. Se hace referencia también a nociones conceptuales como pacientes interlingüísticos e interculturales, así como la mediación y mediador intercultural y se desarrollarán los aspectos que tienen que ver con los antecedentes de la mediación en el ámbito sanitario y en el país.

En los apartados subsiguientes se establecen las consideraciones metodológicas que necesariamente debieron ser divididas en sub-ítems por el procedimiento mismo de la recolección de datos para la validación de la muestra que conformó el estudio de caso, hasta comprobar que el fenómeno se repetía cada vez que las técnicas de recolección de datos se volvían a aplicar.

El objetivo principal del presente trabajo parte de la pregunta inicial ¿por qué se incrementan las solicitudes de capacitación y/o personal para situaciones de pacientes con características lingüísticas y/o culturales diferentes? A partir de ella se estableció un marco de investigación que amplifique la observación de la realidad de la mediación intercultural y se puso énfasis en establecer la muestra que quedó constituida por uno de los hospitales públicos cuyos indicios denotaban la necesidad antes mencionada. A partir de allí se constituyó el punto de partida para el presente estudio y se delimitaron los

objetivos generales y específicos, divididos en tres ejes que conforman el foco de estudio del presente trabajo: 1) cómo aborda el hospital público la atención de pacientes interculturales, 2) si existen recursos para abordar la problemática y 3) determinar el nivel de conocimiento acerca de la figura del mediador profesional y de la función que cumple dentro del hospital y, por ende, en la atención sanitaria.

A partir de allí se realizan actividades para hacer una primera aproximación a la temática y a la problemática y se constituyen los grupos de discusión, de cuyos resultados se establecen las preguntas de los cuestionarios que serían enviados por vía electrónica al personal sanitario profesional del hospital que ya estaba constituido como muestra. Como nos referiremos en el apartado correspondiente, la conformación de la muestra debió cambiar su rumbo ante la ausencia de fuentes de información a través de las cuales complementaríamos la información obtenida, pero una vez que se estableció el nuevo rumbo se procedió, además, a identificar y entrevistar a un informante clave para integrar a la información recolectada.

En los últimos capítulos se hacen las consideraciones de análisis de la información documental recolectada, así como las inferencias a partir del análisis de la información obtenida en todas las instancias de recolección de datos durante el presente trabajo. Finalmente, se presentan las conclusiones donde se enumeran los aportes a la temática y a la práctica de la atención sanitaria para el área de la mediación intercultural desde la perspectiva de la naturaleza exploratoria del presente trabajo.

2. Marco Teórico

2.1 El sistema de salud argentino. La noción de “accesibilidad universal” en salud

La Organización Panamericana de la Salud caracteriza al sistema de salud argentino como un sistema conformado por “segmentos” en los que está dividido, según la condición de ingresos económicos de la ciudadanía (Artaza Barrios, 2017: 29). Al respecto, hay estudios que demuestran que en lo que a salud respecta, “ha sido muy fuerte la tendencia a promover el modelo de financiación de la demanda”, lo que resultó en la consecuente “fragmentación de los modelos de acceso [a la salud] diferenciando los tipos de aseguramiento según la capacidad contributiva” (Comes & Stolniker, 2005: 139). Como resultado, estos modelos quedaron divididos como figura a continuación, en:

- 1) los servicios de salud provistos por obras sociales para aquellos trabajadores que se encuentran en relación de dependencia, 2) la contratación de servicios de salud prepagos para aquellas personas que poseen mayores ingresos y, por último, 3) la atención dividida en Ministerios de salud provinciales, que a su vez están subdivididos en centros de salud de distribución primaria y hospitales, para aquellos trabajadores sin ningún tipo de cobertura social. (Artaza Barrios, 2017: 29)

Para el caso, la Organización Panamericana de la Salud también observa que este sistema de salud “segmentado” posee, a la vez, fragmentos que causan que personas y comunidades accedan a distintos tipos de servicios debido a la existencia de “subsectores o partes que no colaboran ni se relacionan estrechamente, observándose legislaciones e instituciones diversas” (Artaza Barrios, 2017: 29). Esto contribuye a la pérdida de eficiencia, calidad y equidad del sistema de salud de la Argentina y es en este marco donde se encuentra el sistema de salud de la Provincia de La Rioja que también está

encuadrado en la “igualdad” manifiesta que establece en su Constitución Provincial (Constitución de la Provincia de La Rioja, 1986). Asimismo, también agrega en su artículo 50, la protección a la salud del usuario y consumidor (art. 33), “valioso antecedente de lo que ocho años más tarde sería el artículo 42 federal” (Carnota, 2011: 433) que establece, según el autor, que el derecho a la salud debe valerse por la salud misma en los términos que la amplían a todos aquellos que hagan uso del servicio sin importar el lugar de procedencia.

Los cambios necesarios en el sistema de salud argentino que podrían plantearse, dentro de plazos más bien cortos, pueden extenderse debido a otra característica del sistema de salud, especialmente el de la Provincia de La Rioja. Al tratarse de un sistema de salud federal, el sistema de salud provincial encuentra obstáculos a la hora de actualizarse. Esta obstaculización está caracterizada por una distribución nacional-provincial que “por su estructura y los recursos que gestiona, tiene limitada capacidad de influir sobre los poderes provinciales y no reúne poder suficiente para imponer innovaciones legislativas que deriven en cambios trascendentes” (Artaza Barrios, 2017: 27).

La conformación de las características del sistema de salud argentino mencionadas, además de otras que desarrollaremos en los apartados subsiguientes, no sucedieron de manera instantánea. Se trata de una transición cuyos primeros acontecimientos datan de 1949, año en el que se creó el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la Nación cuando también se nacionalizaron los hospitales patrocinados por las sociedades de Beneficencia hasta ese momento. En estos años comienza la “idea de estado prestador” que contiene entre sus raíces la noción de acceso gratuito e irrestricto a los servicios de salud para toda la población argentina (Comes &

Stolniker, 2005: 140), cuya discusión aun está latente. Esto sucede porque la obligación tributaria para mantener la gratuidad de los servicios se mantiene, aun en casos como el de un empleado en relación de dependencia que no hace uso del servicio de salud público (porque paga su obra social), pero tampoco deduce pagos de sus impuestos. En este sentido, algunos autores interpretan esta corriente como el derecho a la salud como “un derecho considerado como deber de beneficencia y no de justicia” (Comes & Stolniker, 2005: 139) y es por ello que asumimos que el debate aún permanece abierto.

Estos derechos que abarcan a todos los habitantes de la nación argentina derivan, indefectiblemente, en lo que se conoce como la “accesibilidad universal” a los servicios de salud. Esta perspectiva tiene sus raíces en la Ley 24.430 de la Constitución Nacional del país que establece que toda persona tiene derechos básicos, entre los que se encuentra el de la salud, sin distinciones más que la de “para todos los hombres del mundo que decidan habitar el suelo argentino” (Constitución Nacional Argentina, 1994). En consonancia con el espíritu de la Carta Magna argentina, pero a nivel internacional, el acuerdo de Alma Ata en 1978 proyectaba un proyecto de “Salud para todos en el año 2000”, acuerdo que “situó por primera vez en el centro de la escena el debate sobre el concepto, los objetivos, y los fundamentos de la Atención Primaria de la Salud” (Vidal, 2019: 5). Este acuerdo, celebrado entre países entre los que se encontraba Argentina, estableció que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Kiernan, 2003). Sin embargo, en la realidad de la “práctica”, la Argentina parecía situarse lejos de estas premisas si tenemos en cuenta que durante Alma Ata, el país estaba bajo el gobierno de facto y que, en el año 1981, la dictadura militar puso en vigencia la normativa que contemplaba el acceso a la salud solo para aquellas personas que residieran de manera permanente en la Argentina.

Esta nueva ley dejaba de lado a los inmigrantes cuya documentación no estuviera adscripta a los requisitos que establecían las leyes vigentes (Díaz, 2018: 44).

Esta contradicción persistió aun cuando en el año 1994 se llevó a cabo la reforma de la Constitución Nacional argentina, entre cuyos cambios también se tuvo en cuenta la temática migratoria. Sin embargo, los artículos de la ley N°24.393 que no fueron modificados son aquellos que Díaz (2018) caracteriza como:

que criminalizaban a los migrantes latinoamericanos y promovían a los que provenían de Europa; que inhabilitaban la admisión y/o permanencia en el país en caso de poseer enfermedad, discapacidad mental o física y/o antecedentes penales, persistiendo así las mismas ideas sobre derechos de los inmigrantes vigentes desde 1853. (Díaz, 2018: 45)

No fue hasta el año 2003 que, como veremos en el apartado siguiente, se sanciona la nueva Ley de Migraciones que promueve nuevos derechos, tanto en materia de migración como en la temática que concierne al presente trabajo: la de la salud.

2.2 Caracterización de los movimientos migratorios en la Argentina y La Rioja

El movimiento migratorio e interterritorial en la Argentina tiene una tradición enraizada en razones mayoritariamente laborales, como es el caso de la migración europea de fines del siglo XVIII y principios del XIX. Sin embargo, durante las últimas décadas, esta población de migrantes europeos fue prácticamente reemplazada por la migración desde países sudamericanos debido a los procesos de industrialización (Arrossi, et al., 2017: 23) y en un marco de contextos con condiciones menos favorables que aquellas existentes para los colectivos de inmigrantes europeos (Goldberg & Silveira, 2013: 285).

La realidad que nos sitúa ante el “recambio” de las características de los grupos europeos a orígenes de otros países, plantea un nuevo escenario donde las personas “inmigradas” o “migrantes”, como las llamaremos a partir de ahora, compartían con la sociedad “receptora”, algunas de las características culturales de la región y también el idioma. Sin embargo, los nuevos migrantes, que ahora habitan el mismo territorio que la sociedad “de acogida”, pertenecían a otros grupos considerados como minoritarios. La implicancia de la interacción desde la perspectiva de un grupo minoritario dentro de los marcos de la salud y de las situaciones de vida cotidianas, supone una desventaja para los nuevos integrantes de la sociedad (Prats San Román & Uribe Pinillos, 2009: 6). En esta relación, una persona o grupo más poderoso “impone sus juicios de valor y sus códigos de relación sobre el otro, que, a la vez, reacciona con actitudes de desconfianza, amenaza (...) o bien de defensa y, a veces de culpabilización, inferioridad (...) y exclusión” (Bermúdez Anderson, 2009: 6). Como veremos, en estas situaciones la comunicación será una pieza esencial en el desafío que implica una asistencia sanitaria de calidad (Qureshi Burckhardt, et al., 2009: 56) a las personas que conforman los dos grupos donde centraremos nuestra atención en el presente estudio: las personas que hacen uso del sistema de salud como, por un lado, inmigrantes y, por el otro, aquellas personas que pertenecen a minorías étnicas.

La relación que el Estado argentino ha tenido con las minorías étnicas autóctonas, como en el caso de los pueblos originarios, “ha estado históricamente marcada por procesos de violencia, invisibilización y discriminación que en las últimas tres décadas ha comenzado a ser revertida lentamente en el marco de la democratización” (Stival, 2018: 20). La situación de los pueblos originarios puede ser comparada con la de los migrantes que, como mencionamos anteriormente, a partir de la promulgación de la nueva

Ley de Migraciones se promovió el principio de un cambio ya que abrió un abanico de posibilidades para la interacción de los inmigrantes dentro de la sociedad argentina. En este marco, el Estado aseguraría “el acceso igualitario a los inmigrantes y a sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales” (Ley de Migraciones 25871, 2003).

En líneas generales hubo una intención de resolución de los conflictos, sin embargo, las oportunidades de acceder a los servicios de salud no son iguales si la sociedad en la que conviven diferentes culturas no comparte ciertos valores entre los que se encuentran el derecho y el respeto por las diferencias culturales (Santagata, 2005). La convivencia de grupos culturales diversos en el norte argentino ha promovido, desde hace un tiempo, trabajar en la organización de la vida social, tal y como sucede en la convivencia de varias culturas y como lo señala la constitución de la provincia de La Rioja. En este sentido, el Estado puede fomentar la participación activa de la comunidad y celebrar convenios con otros países e instituciones destinados al cumplimiento de los fines en materia de salud (...) que afectan a la provincia y a la región (Constitución de la Provincia de La Rioja, 1986).

El precepto de la actualización en materia de salud es perfectamente aplicable al hospital público estudiado, sobre todo si tenemos en cuenta que existen barreras que resultan de las diferencias lingüísticas y culturales, sobre las que hay que trabajar para cumplir con la atención sanitaria en cuestión. Al respecto, la investigación en materia educativa ofrece un indicio de la diversidad del mapa lingüístico a la que nos enfrentamos:

[Además de la lengua española oficial de Argentina], se hablan lenguas de pueblos originarios, como el guaraní, el mapudungun, el quechua, el aimara, el wichi y el qom; el español también convive con las lenguas de inmigración

[como resultado de los movimientos migratorios por los conflictos de guerra a mediados del siglo pasado] como el alemán, el árabe, el armenio, el chino, el coreano, el francés, el idish, el inglés, el italiano, el japonés y el portugués, entre otras. (Arrosi, 2017: 3)

Las diferencias culturales, con un especial énfasis en las diferencias lingüísticas, funcionan como “barreras de acceso” al sistema de salud por parte de los grupos minoritarios (Stival, 2018: 18). Dentro del marco del presente trabajo, incluiremos ambas perspectivas, lingüística y cultural, como competencias con las que debe contar un profesional formado en mediación para el exitoso abordaje de las instancias de conflicto, como veremos a continuación. Implementar un trabajo desde la perspectiva de una sola competencia, como por ejemplo la lingüística, podría resultar hasta inútil sin aquella que le permite al profesional tener un conocimiento más acabado de la realidad del paciente, sobre todo si tenemos en cuenta el posible impacto de la cultura, la inmigración y la etnicidad (Qureshi Burckhardt et al., 2009: 57) en la atención sanitaria exitosa y de calidad.

2.3 La cultura en el cambio global

En el contexto de la declaración de Alma Ata “se daban (...) experiencias sobre diferentes formas de afrontar los problemas de salud por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos en las sociedades pobres o menos desarrolladas en lo económico”, aspecto que, como país subdesarrollado, también alcanzaba a la República Argentina. A pesar de ello, a la Argentina también llegarían los acontecimientos del mundo entre los que “se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica (...) que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como ‘globalización’” (Kiernan, 2003).

La noción de globalización es un fenómeno que sigue formando parte de la realidad de nuestros días y que, sumado a la forma en la que nos comunicamos a través de los medios de comunicación modernos, se podría suponer un mayor conocimiento y acercamiento entre “aldeas”. Esta noción que denomina “aldeas” a los grupos más pequeños como es el caso de naciones o regiones, conforman, a la vez, una aldea “más grande”, la global, que es el mundo. El aporte de “aldea global” como producto de la globalización plantea que los medios (en ese momento la televisión) estaban homogeneizando los modelos de vida y los gustos en todo el mundo (Sartori, 1999: 117-120). Y que, si bien podíamos ser iguales en gustos, estilos de vida, ambiciones, criterios de éxito y otras cosas, también existía la posibilidad, según la teoría, de estar fragmentados. En un contexto en el que la información está cada vez más disponible en cantidad e inmediatez, se puede asumir que existe un creciente y cada vez más profundo acercamiento entre culturas. Sin embargo, y siguiendo la línea de Sartori: “la homogeneización también puede acentuar el conflicto entre nuestras aldeas” (Sartori, 1999: 121) y, de esta manera, acentuar aún más las diferencias que lo que nos acerca o tenemos en común.

No obstante, debemos posar nuestra mirada “más allá de valores y códigos compartidos por grupos con una cultura en común y una misma sociedad de pertenencia” y entender que “las culturas y las sociedades son complejas y dinámicas, diversas todas ellas en sí mismas” (Prats San Román & Uribe Pinillos, 2009: 5). Y si bien el aporte de Sartori es anterior al auge de las comunicaciones como las conocemos hoy, el planteo iniciado por el autor demuestra que el debate es una realidad latente. Al respecto, Giménez toma de Scholte que “se entiende por globalización como el proceso de ‘desterritorialización’, es decir de flujos, redes y transacciones ‘disociados’ de toda lógica

territorial” Scholte en (Giménez, 2002: 26). Desde esta perspectiva nos encontramos ante la posibilidad de poder comenzar a construir una noción de cultura a partir de elementos que, en el contexto de la salud, denominaremos usuarios o pacientes interculturales mirando más allá de las naciones de las que provengan o de las prácticas a las que se adscriban sino como elementos que los pacientes traen consigo y que tienen incidencia en las dinámicas de interacción entre personas.

La búsqueda de “huellas” acerca de cuáles son los elementos culturales y cómo se transmiten es el criterio que, como veremos más adelante, prevaleció a la hora de la propuesta de clasificación de los ámbitos de la cultura de acuerdo con su naturaleza comunicativa (Raga Gimeno, 2008), ya que encontramos en esas huellas los elementos que caracterizan a cada cultura en particular, para poder delinear las tareas de acción sobre las que planteamos el presente trabajo. Asimismo, pondremos el foco en el concepto de “globalización supraterritorial” como característica fundamental de la circulación global de “bienes culturales” (Giménez, 2002: 26) de las personas que hacen uso de los servicios sanitarios. Es para ellos para quienes deben adaptarse los contextos de atención sanitaria, ya que muchas veces se subestima el impacto de los problemas de comunicación a la hora de la atención sanitaria, a pesar de que la lista de consecuencias de una mala calidad por esta razón es muy larga (García Beyaert & Serrano Pons, 2009:54). Es así como surge la mediación cultural como resultado del entrecruce de culturas en el entramado mundial y que tiene su razón de ser en “contribuir a mejorar la comunicación de las personas extranjeras (...) con la población autóctona en general y con los profesionales de los servicios públicos en particular” (Raga Gimeno, 2008).

2.4 Antecedentes de la mediación

Los contextos en los que hay entrecruces entre personas y donde la mediación es necesaria y una de las herramientas “más prometedoras”, son “aquellas instancias de conflicto (...) con características de difícil solución” (Brown, 2016: 2). Sin embargo y según las caracterizaciones del término de mediación, la figura de la mediación que abordaremos en el presente trabajo no estaría tan asociada a la resolución de conflictos en la manera en la que se da en otros campos como el jurídico o el comercial, sino con una concepción “ampliada” a aquellas situaciones asociadas a “saber aplicar recursos de mediación a la gestión de la conflictividad, la facilitación de la comunicación, el trenzado de cohesión social y la adecuación institucional” (Giménez Romero, 2007).

En la Argentina, la Ley 24.573 de Mediación destaca al país como “uno de los países de América del Sur donde la mediación juega un rol determinante”, hasta el punto de que en algunas ciudades como la de Buenos Aires, la mediación llegó a ser de “obligado cumplimiento antes de interponer una demanda” (Antonin Martin, 2011: 50). El ámbito en el que trabajaremos en el presente trabajo es el de la atención sanitaria donde los mediadores cumplen un rol diferenciado del de otros campos mencionados. Este nuevo rol aleja al mediador de las perspectivas de identidad personales y lo conecta directamente con el lugar y los puntos de vista de otras personas de diversos orígenes y/o culturas, a la hora de realizar su tarea (Prats San Román & Uribe Pinillos, 2009: 9). En otros países, como España, se han puesto en marcha programas en virtud de la realidad globalizadora que mencionamos más arriba, con el reto de gestionar la diversidad cultural, étnica, de origen, lingüística y religiosa (La Caixa, 2015: 5). La tarea está centrada en servir de intermediarios en situaciones en las que no existe conflicto en el sentido original de la palabra, sino más bien una dificultad en la comunicación entre personas

individuales, entre personas y grupos, o entre ellas y las instituciones. Independientemente del lugar de dónde provengan o a qué cultura pertenezcan las personas que interactúan en la sociedad de acogida, dicha comunicación se lleva a cabo dentro de un mismo espacio, el de la sociedad receptora. Es por ello por lo que a partir de aquí consideraremos la tarea de los mediadores en los términos de la interculturalidad por la naturaleza misma de la ausencia de una concepción homogénea de los grupos culturales (Grupo Triángulo, s.f.), a los que haremos referencia y con los que trabajaremos.

Las acciones de los mediadores en materia intercultural están dirigidas, en principio, a personas “inmigradas” que traen consigo sus propios “bienes culturales supraterritoriales” (Giménez, 2002: 26) a uno nuevo, donde la mediación intercultural funciona como enlace con la sociedad de acogida. En este punto, el componente de diversidad cultural conlleva, necesariamente, la noción de “diferentes maneras de concebir, expresar y organizar el mundo” (García Beyaert & Serrano Pons, 2009: 53) y por ello, el conflicto es inherente a esta diversidad. La ausencia de una “figura profesional” que establezca un puente entre el usuario y las instituciones que prestan servicios, estaría confirmando la importancia que debe asignarse a la comunicación como medio para asegurar la calidad del servicio prestado (García Beyaert & Serrano Pons, 2009: 53), como veremos en los apartados siguientes.

2.5 La mediación interlingüística e intercultural en el hospital público estudiado

A partir de las caracterizaciones anteriormente enumeradas de 1) una situación de conflicto comunicacional entre 2) dos personas o grupos o instituciones, ya sea por razones lingüísticas o de índole cultural y en 3) un lugar determinado que es una sociedad donde conviven una gran variedad de grupos culturales diversos, estamos en condiciones de definir y caracterizar a la Mediación Intercultural en el contexto en el que la

concebiremos para dar respuestas a las preguntas que dan inicio al presente trabajo: 4) el de la atención sanitaria. Estamos de acuerdo, por ende, con la definición de mediación intercultural como la plantea el Grupo Triángulo en sus manuales de formación de mediadores profesionales, como:

un recurso al alcance de personas de culturas diversas que actúa como puente con el fin de facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración entre personas o grupos, pertenecientes a una o varias culturas. Dicho proceso es realizado por una persona, grupo o institución, de manera imparcial, a través de una metodología y funciones determinadas. (Grupo Triángulo, s.f.: 33)

En consonancia con la definición, la interculturalidad debe ser núcleo de la comprensión de las prácticas y la elaboración de políticas para todos, dada la constante interacción entre los pueblos indígenas y las sociedades nacionales, entre las culturas locales y las globalizadas (García Canclini, 2004: 55). Pero no se trata solamente de una construcción para una mejor “convivencia entre lenguas” sino que se debe partir de un modelo concreto de gestión de la culturalidad hacia una convivencia e intercambio positivo y social entre actores culturalmente diferenciados, especialmente a nivel institucional (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012: 15).

Dentro de los modelos considerados por las autoras, extraeremos algunas características representativas para la República Argentina para poder identificar así, el modelo al que pertenece el país. Debemos tener en cuenta que, como bien lo expresan las autoras, en la realidad nunca se dan modelos puros y por ello haremos una caracterización de elementos predominantes según los indicadores de cada modelo.

En el primer modelo planteado, el “asimilacionista”, el énfasis está puesto en la igualdad y niega el derecho a la diferencia (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012: 14). A primera vista, este no sería un modelo que caracterice a la Argentina, especialmente si tenemos en cuenta la nueva ley de migraciones mencionada anteriormente. Pero ¿qué sucede con otros rasgos que en la práctica estarían denotado una tendencia asimilacionista? Esta ley, que considera a los inmigrantes como poseedores de los mismos derechos que los nacionales, no hace una referencia particular al derecho a las lenguas de los inmigrantes y promueve su “integración” a través de la realización de cursos de castellano (Bengochea & Sartori, 2017: 23), por ejemplo. El hecho de que los recién llegados deban ajustarse a ciertas características de la sociedad receptora guardan una cercana similitud con los planteos del modelo asimilacionista. De manera similar, la escuela y el trabajo “se configuran como herramientas fundamentales para una plena integración” (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012: 14), a través de las cuales, “las competencias lingüísticas orales y escritas se desarrollan en lengua española y la comprensión y expresión en una lengua extranjera” (Carbonetti & González, 2017: 13), preferentemente inglés o francés. Nuevamente, en la práctica no se promueve una integración de las lenguas de los pueblos originarios, aunque esté “disfrazada” en algunos lineamientos como declarar a las lenguas de pueblos originarios como “lenguas oficiales” en, por ejemplo, la Provincia de Corrientes (Sartori & Bengochea, 2017: 16).

En el otro extremo se encuentra el modelo “ideal”, el de interculturalidad, para el que en la Argentina aún no existe “una relación de intercambio positivo y social entre actores culturalmente diferenciados” (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012: 15). O por lo menos no desde la perspectiva en la que las autoras consideran que el modelo de interculturalidad pretende ser: “un instrumento y un plan de acción”. En la práctica, las

características hacia las que se encaminó la sanción de la nueva ley de migraciones que mencionamos anteriormente o de las instancias de inclusión de las lenguas y de las diferencias de las culturas, se están orientando hacia una gestión de la diversidad bajo este modelo. No obstante, con solo mencionar que “los inmigrantes son contratados en empleos informales sin ningún tipo de beneficio laboral o seguridad social” o que “enfrentan obstáculos derivados de factores asociados a su clase social, al género y a su pertenencia étnico-cultural” (Aizenberg, Rodríguez, & Carbonetti, 2015: 67), entre otras cosas, demuestra que aún hay mucho trabajo por hacer para alcanzar el modelo “que reconozca el valor que los inmigrantes se merecen, superando el etnocentrismo como el relativismo cultural” (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012: 15).

Por último, el modelo multicultural “surge como reacción al asimilacionismo y defiende el reconocimiento de la diversidad cultural, el derecho a la diferencia y la valoración de todas las culturas por igual” (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012: 15). En líneas generales, este modelo puede apreciarse en la Argentina en hechos concretos como el cambio de estatus de lenguas aborígenes en el norte argentino. Tal es el caso del guaraní, así como las lenguas de los pueblos Qom, Moqoit y Wichí que fueron declaradas oficiales o alternativas por las constituciones o disposiciones de sus provincias. Sin embargo, esto pareciera no ser suficiente ya que, si bien se declara al idioma guaraní como lengua oficial, la ley “no especifica si será usado en ámbitos oficiales o si será lengua de enseñanza o solo materia escolar” (Sartori & Bengochea, 2017: 16). En el caso de los pueblos originarios, las lenguas no son mencionadas, como manifiestan Sartori y Bengochea, sino que apenas se hace referencia a su identificación a través de la mención de los pueblos y/o sus culturas. En la provincia de Santiago del Estero (norte de Argentina) se declara al “quichua santiagueño” como “una lengua de pervivencia”, como

figura en la Constitución Provincial de 2005. “Señalar una lengua como lengua de pervivencia es, en cierta manera, naturalizar y cristalizar una situación adversa, dado que se trataría de una lengua que se mantiene a pesar de los obstáculos” (Sartori & Bengochea, 2017: 16).

No es el objetivo del presente trabajo hacer un análisis exhaustivo de si Argentina ha optado por uno u otro modelo. A ciencia cierta, y a partir de las características analizadas para cada modelo, Argentina parece compartir más características del modelo asimilacionista que de los otros dos modelos planteados. Aún hay un largo camino por recorrer hasta adoptar el modelo plural al que Argentina aspira, evidenciado en el camino que el país ha recorrido en materia histórica y legislativa, según vimos en apartados anteriores. Sin embargo, es importante destacar en este punto que, a partir de lo analizado, la sociedad argentina se volvió culturalmente diversa y que, por ello, existe la necesidad de adaptar los recursos asistenciales a esta diversidad demográfica que se vuelve cada vez más real.

2.6 La mediación intercultural profesional como eslabón para la construcción de un modelo de sociedad emergente

En la construcción de un modelo de gestión de la diversidad cultural, la mediación surge como una herramienta facilitadora de la organización de la diversidad cultural (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012: 16) y, por ende, los mediadores interculturales pueden ser presentados como el eslabón que colaboraría en la transición de un modelo que está medianamente instaurado en las intenciones y en algunos de los objetivos según vimos en las leyes argentinas vigentes. Sin embargo, estas “intenciones” aún necesitan de algunos “ajustes” en la práctica concreta. Esta herramienta debe apuntar, idealmente, a poner en marcha la inclusión de personas con características culturales diferentes a la vida

social misma “favoreciendo un proceso de intercambio que va a permitir influirse recíprocamente mediante la comunicación” (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012: 16).

Como dijimos anteriormente, el factor lingüístico es un factor importante ya que, para el caso de estudio del presente trabajo, la profesionalización de la mediación intercultural tiene sus raíces “aparentes” en el trabajo que lleva a cabo un profesional de la traducción o de la interpretación o en perfiles más próximos (Grupo Triángulo, s.f.: 7). Decimos aparentes porque, en la práctica, las soluciones a los problemas de comunicación entre el personal sanitario y los pacientes no pasan por organizar equipos de traducción e interpretación sino por desarrollar un nuevo perfil profesional, el del mediador interlingüístico e intercultural (Raga Gimeno, 2019) mencionado anteriormente. Este nuevo profesional, que pone en práctica otras habilidades surge como respuesta a necesidades de personas de culturas diversas, como se enumeran a continuación:

- 1) poco conocimiento (por parte de los inmigrantes) del funcionamiento de la sociedad receptora
- 2) la poca sensibilización en materia de interculturalidad por parte del personal que brinda servicios y
- 3) asesoramiento sobre inmigración e interculturalidad a los profesionales de servicios de atención directa. (Grupo Triángulo, s.f.: 5)

Cabe destacar que hemos extraído solo algunas de las necesidades y las hemos elegido según su mayor injerencia en el contexto de la mediación en el ámbito sanitario. Y si bien hay otras que también son pertinentes, solo nos explayaremos en aquellas necesidades que son más recurrentes en el intercambio entre personas en el ámbito que nos ocupa.

Es importante mencionar que como primera respuesta o “respuesta espontánea” a estas necesidades de mediación, las personas que necesitan acceder a los servicios públicos recurren a familiares, amigos o conocidos que hacen de “intérpretes” y cuya actividad lleva el nombre de interpretación ad hoc, mediación natural, o mediación espontánea, entre otras acepciones. Pero que bajo ningún punto de vista cuentan con la preparación y formación para ejercer labores de mediación intercultural ni de interpretación lingüística. Es un recurso muy utilizado por muchos servicios de salud, pero existe la posibilidad de que la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente no sea eficaz (Nevado Llopis, 2013: 172), pese a la intervención de estos intérpretes. En estas situaciones puntuales intervienen este tipo de intérpretes no profesionales, otros profesionales bilingües, voluntarios que se ofrecen para brindar el servicio o colaboradores en ONGs, como así también amigos, familiares o acompañantes de otros pacientes, todos ellos sin formación alguna, con las consecuencias que ya mencionamos. Es importante señalar que dentro de este grupo también están incluidos los niños, que en algunas ocasiones también actúan como intérpretes. Este recurso, caracterizado como el recurso “improvisado” menos recomendable, representa una posibilidad demasiado pesada para un menor y puede tener consecuencias sobre su equilibrio psicológico (García Beyaert & Serrano Pons, 2009: 61). Ninguno de los que integran este colectivo cuenta con los conocimientos suficientes acerca del funcionamiento de los servicios sanitarios, de los protocolos de actuación o de las figuras profesionales en dichas instituciones (Nevado Llopis, 2013: 61). El uso de los recursos mencionados sin los requisitos de formación adecuados podría llegar a tener lo que Nevado Llopis caracteriza como “funestas consecuencias” en la atención de pacientes y lo que ello implicaría en los resultados para los tratamientos indicados para los pacientes

(Nevado Llopis, 2013: 172). Por el contrario, la mediación intercultural necesita hacer uso de las más especializadas habilidades que un profesional puede tener para poder llevar a cabo la mejor versión de atención exitosa. La intervención de un programa de mediación intercultural en una institución sanitaria puede incrementar significativamente la calidad de la atención ofrecida a los pacientes (Verrept, 2004: 31) de, por ejemplo, las minorías étnicas.

Por último y para ilustrar todos los alcances e implicancias de la tarea del mediador, en las entrevistas que Agusti realiza a mediadores, hay algunos resultados interesantes acerca de las actividades más comunes que ellos mismos realizan, tal y como figura en sus conclusiones:

La facilitación de la comunicación, tanto verbal como no verbal, es la función más mencionada por los mediadores, además de que la mayoría expresa que su tarea es acercar a las partes para lograr un entendimiento mutuo. La idea es “encontrar un punto en común entre las partes”, “establecer las condiciones para el diálogo y desaparecer”. Esto consiste en un trabajo de interpretación sociocultural que abarca desde la mera traducción, hasta indicarle al profesional de la salud o al inmigrante cómo deberían interpretar cierta conducta, actitud, gesto o argumento durante la mediación. Finalmente, en este punto, los mediadores enfatizan la importancia de emplear herramientas pedagógicas para promover la comprensión intercultural, así como la apertura y voluntad para el cambio” [mi traducción] (Agusti-Panareda, 2003: 27).

2.7 El papel del mediador intercultural profesional en el hospital público estudiado

Los resultados de Agusti-Pareda en el apartado anterior estarían confirmando que el acto de mediación cultural es un acto mucho más extenso y con un alcance que va más

allá de la “conversión” de elementos entre lenguas a la hora de la comunicación, tal y como lo definió Mónica Santagata en la entrevista¹ para el presente trabajo:

Por definición, el mediador cultural es un profesional especializado que debe trabajar en la resolución de conflictos a nivel lingüístico y/o cultural (...) con un conocimiento y empatía tales, que le permita [al mediador] ofrecer una solución al conflicto para traspasar la barrera de la incomunicación entre las partes involucradas. (Santagata, M., comunicación personal, 2018)

En tal sentido, la experiencia que la Dra. Santagata compartió como pionera de la mediación cultural en Argentina, nos permite inferir la magnitud del alcance de lo que implica la mediación y de los requisitos con los que debe cumplir un profesional que pone a disposición todas las herramientas de las que dispone para cumplir con el objetivo de la mediación en la intervención sanitaria. En su misión que consiste, entre otras cosas, en “ayudar en la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario”, el mediador debe desarrollar ciertas habilidades cognitivas que incluye los conocimientos sobre la relación entre culturas, la inmigración, la salud y la curación (Qureshi Burckhardt, et al., 2009: 60) de los pacientes. También deberá contar con la formación adecuada en cuanto a contenidos lingüísticos que implican “no solo un profundo conocimiento de las lenguas empleadas, sino también de la terminología médica y sanitaria en biomedicina y en las estructuras tradicionales propias de las culturas de origen de los pacientes” (Raga Gimeno, 2014). Esto, además de las características antes mencionadas, le permitirá al mediador determinar en profundidad cuáles serán los posibles puntos de interferencia o

¹ La entrevista a la Dra. Mónica Santagata no será transcrita en su totalidad ya que hay elementos de su trabajo que aún no han sido publicados y por ello no contamos con la autorización requerida. Aun a pesar de ello, la Dra. Santagata compartió toda la experiencia de sus hallazgos y trabajo durante sus años a cargo del PAMT (Programa de Asistencia Médica Transcultural) en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

conflicto entre las partes que se relacionan en una situación de atención sanitaria, y estar preparado para ello.

En lo que respecta a las formas en las que las culturas se explicitan y la relación que existe entre los individuos, ambas influyen en el desarrollo del intercambio comunicativo entre las culturas. Los mediadores deben “zigzaguear” entre estos espacios para evitar el roce entre el personal sanitario y los usuarios durante el intercambio, teniendo en cuenta que “los usos verbales y no verbales del lenguaje varían de una cultura a otra y transmiten una serie de valores sociales” (Nevado Llopis, 2013: 109). No es el objetivo del presente trabajo detenerse en la caracterización de las culturas que intervienen en la dinámica del hospital público estudiado, por ahora, pero sí rescatar que la manera en la que cada cultura se expresa determina la interacción y, por ende, influye en la calidad de la atención sanitaria en cuestión. El mediador intercultural deberá “desarrollar la capacidad de comunicación verbal y corporal (no verbal)” para poder reconocer las manifestaciones culturales entre personas y grupos y así evitar malas interpretaciones y “buscar aquello que subyace en el lenguaje de las personas (...), aquella dimensión implícita donde residen las representaciones sociales y los valores culturales interiorizados” (Prats San Román & Uribe Pinillos, 2009: 7).

Al respecto, hay estudios dedicados a especializarse en lo que se considera como “las barreras más comunes” entre los usuarios y el sistema de salud argentino. A estas barreras, de cuya clasificación extraeremos solamente las que tienen implicancias para el presente trabajo de investigación, se las denomina “barreras de accesibilidad”. La mayoría de los autores coincide en dividir las en tres o cuatro dimensiones: la geográfica, la económica, la administrativa y la cultural (Comes & Stolniker, 2005: 138). De estas, la que nos concierne, por ahora, es la de la accesibilidad cultural que se refiere a “los usos

y costumbres de la población” y, que, si bien cruza transversalmente a las demás, desarrollaremos su noción como una casuística que se repite y confluye en una sola situación. Esta nueva situación es una instancia por la que deben atravesar los pacientes interculturales a la hora de la atención sanitaria en el hospital público.

Para comenzar a abordar las barreras de accesibilidad a los servicios sanitarios, es importante repetir que la interferencia no siempre es lingüística o solo lingüística, tal y como lo planteamos en apartados anteriores. Esto puede deberse a la diferencia entre los códigos culturales tanto de los pacientes como del personal sanitario. Un ejemplo claro de esta realidad es la del pueblo originario Qom, para quienes, entre otras cosas, la enfermedad es algo “externo causado por los ‘blancos’ y que incluso las intervenciones médicas más básicas como los medicamentos o las inyecciones podrían ser consideradas como invasivas” (Stival, 2018: 18).

En este sentido, el asesoramiento de los mediadores interculturales en materia de elementos interculturales en el caso del pueblo Qom mencionado, debe formar parte de una de las líneas de acción de la mediación cultural a través de la cual el mediador intercultural aportará la información necesaria al personal y a las instituciones médicas “para poder comprender el papel que desempeña en la situación conflictiva la identidad cultural (...)” (Prats San Román & Uribe Pinillos, 2009: 11). De esta manera, el rol de los mediadores establecería las bases para evitar esta y otras situaciones en las cuales se suelen emplear estereotipos y prejuicios para intentar explicar realidades para nosotros desconocidas, mediante un ejercicio de economía mental consistente en la generalización (Nevado Llopis, 2013: 120).

De manera similar, ciertas actitudes podrían producir “malentendidos e incomprensiones que a menudo desembocan en tensiones, conflictos y violencia -

simbólica o real” (García Beyaert & Serrano Pons, 2009: 57) ante las que los mediadores hacen su aporte para “facilitar la comunicación, fomentar la cohesión social y promover la autonomía y la inserción social de las minorías” (Prats San Román & Uribe Pinillos, 2009: 9) y así disipar todo tipo de preconcepción que se crea en torno a las diferencias.

Es importante destacar en los puntos que hemos considerado hasta ahora, que el mediador intercultural no es un “aliado emocional” del paciente, sino que se trata de un profesional que interviene en las situaciones que lo requieran, pero sin ser, tampoco, un asistente del médico o profesional de la salud. Es su deber aclarar si, por ejemplo, el médico emplea terminología médica complicada, y debe estar al tanto, a la vez, de las claves verbales como de las no verbales, para determinar si el paciente entiende lo que el médico ha expresado o no (Cortés, 2009: 6).

Sin duda, hay situaciones en las que la participación de un mediador es determinante, como es el caso en el que “un médico reconoció que sin la presencia del MILICS², el paciente con toda probabilidad habría fallecido” (Raga Gimeno, 2019). Esta y otras situaciones deben interpretarse como tales y adjudicarles la importancia que tienen, como se explicita en el ejemplo de caso relatado en Raga:

Un niño de origen marroquí que tenía un cuadro de diabetes especialmente grave, que acudía a la consulta médica con su madre, y que para sorpresa de los médicos se encontraba cada vez peor, con una agravación alarmante de su enfermedad. Cuando por fin contaron con la presencia de la MILICS, esta pudo constatar que la madre no había entendido absolutamente nada, ni de la medicación que tenía que darle a su hijo, ni de los controles de los niveles de azúcar, ni de la dieta [mi traducción]. Grupo CRIT, 2014 en (Raga Gimeno, 2019)

² El equivalente de Mediadores Interculturales (MI) en Raga (2019).

En este ejemplo podemos ver claramente que las barreras lingüísticas pueden llegar a ser determinantes. Sin embargo, hay otras, no menos importantes, como el de las barreras culturales y sobre las que también hay que poner el foco de atención:

El problema en el caso del niño de origen marroquí no era solo que la madre no comprendiese ninguna de las pautas que le habían dado los médicos, sino que no reconociese delante de estos su falta de comprensión. La mujer venía de una zona rural tradicional, de Marruecos, en la que una paciente jamás osaría decirle a su médico que no lo entiende porque esto supondría cuestionar su autoridad y conocimiento [mi traducción]. Grupo CRIT, 2014 en (Raga Gimeno, 2019)

Tanto en la primera parte del ejemplo a partir del trabajo del Grupo CRIT, pionero en materia de investigación intercultural en España, como la segunda parte, queda evidenciada la cosmovisión del fondo de la problemática. El hecho de que la intervención del mediador significó la diferencia entre la vida y la muerte de un paciente es más que un “argumento” para dimensionar la necesidad de un trabajo sobre acciones concretas desde la perspectiva de la mediación cultural en el ámbito del hospital estudiado y del sistema de salud en general.

A este respecto, la naturaleza exploratoria del presente trabajo nos llevó a indagar sobre cuáles serían las áreas y funciones de influencia de la mediación intercultural y así poder determinar las tareas, el rol y las características con las que debe contar un mediador intercultural mencionadas en el apartado anterior. Asimismo, también hemos pretendido mirar “hacia adelante” y con el objetivo de llevar a cabo una planificación de acción concreta para el hospital público estudiado.

Es en este punto donde podemos diferenciar concretamente las tareas que se llevan a cabo en un contexto de interpretación de las de aquellas que se realizan en instancias de

mediación intercultural. Tanto una como otra intervienen para facilitar la comunicación entre el médico (o personal sanitario en general) y paciente. En este contexto, “nos encontramos con dos figuras, la del ISP³ y la del MI⁴ que académica, formativa y profesionalmente se conciben como perfiles diferenciados, aunque, (...) con unos límites en ocasiones difusos” (Raga Gimeno, 2014). Para los objetivos del desarrollo de la planificación y de la realidad del hospital público estudiado, unificaremos estas dos figuras en una sola que es la del mediador intercultural, aunque sabemos que en otras instituciones estas figuras pueden coexistir de manera independiente. El mediador intercultural puede desempeñar una gran variedad de funciones en dos situaciones distintas dentro del ámbito de la mediación, como figura a continuación:

por un lado, la “mediación de casos”, en la cual el mediador interviene como intermediario entre dos (por ejemplo, entre médico y paciente) y, por el otro, la denominada “mediación comunitaria”, que se lleva a cabo entre grupos y que abarca principalmente labores de formación, información, sensibilización o asesoramiento. (Nevado Llopis, 2013: 203)

Parte de los resultados que se obtengan a partir del presente trabajo fundamentarán la necesidad de la actualización para el cambio en la forma en la que se aborda la diversidad cultural en el ámbito sanitario en la ciudad de La Rioja, al menos en lo que a la tarea de mediación intercultural respecta. Y decimos “parte” porque la presente “exploración” es solo el inicio de un conjunto de proyectos a medio y largo plazo, entre los que se incluirán otros proyectos que complementen al presente trabajo. Estos trabajos apuntarán a resolver una problemática que se plantea en los indicios de necesidad de

³ Intérprete en los Servicios Públicos.

⁴ Mediador Intercultural o Mediador Interlingüístico e Intercultural en el Ámbito Sanitario (MILICS), como lo define Raga en su trabajo.

mediadores profesionales cada vez más evidente en el campo de las migraciones internacionales y en la salud, ámbitos en los que la Antropología Médica en Argentina comenzó a interesarse recién en los últimos seis años (Goldberg & Silveira, 2013: 285). También somos conscientes de que el cambio no es instantáneo y que “la salud requiere de gobernanza para una amplia participación social, una comunidad activa y participando en la toma de decisiones en la implementación de las políticas” (Artaza Barrios, 2017: 18), aspectos por los que aún vemos un poco lejana esta actualización.

Como fuera mencionado en el primer apartado, una de las razones por las que el sistema de salud provincial encuentra obstáculos a la hora de actualizarse, es la distribución misma del sistema en tanto las características demasiado burocráticas como para poner en marcha acciones concretas a corto plazo. A esto se le suma que “conocer las condiciones de salud de los migrantes en Argentina es toda una hazaña, una tarea casi imposible de resolver” (Dominguez, 2019). Este trabajo no estuvo exento y, como veremos, encontró el primer obstáculo en la ausencia de datos en los registros de pacientes interculturales, lo que confirma lo que Domínguez plantea cuando menciona que “la difícil tarea para ampliar el conocimiento [de la salud de los migrantes] se debe, en parte, a la falta de información disponible, situación mencionada en muchas publicaciones” (Dominguez, 2019). Este dato es más significativo si tenemos en cuenta que el ritmo de incremento poblacional se incrementa mayormente en las provincias de la zona norte del país, entre las que se encuentra La Rioja, con un crecimiento intercensal de la población extranjera con un 17,9%, más que la media nacional de todo el país en el mismo contexto censal poblacional previo, diez años atrás (Registro Nacional de las Personas, 2010).

Ciertos rasgos de la necesidad de actualización del sistema de salud sanitario argentino están plasmados en trabajos de otros investigadores que, aunque se trate de

estudios cuyos objetivos no sean la interculturalidad, denotan el enfoque prioritario desde “una orilla” donde es el biologismo el que se da desde el núcleo de formación del profesional médico (...) y, donde, por ejemplo, los procesos culturales y psicológicos son asumidos como anecdóticos (Vidal, 2019: 16). Aquí, la forma en la que los profesionales de la salud ven a sus pacientes y cómo interactúan con ellos, son lo suficientemente válidas como para hacer una propuesta de “sensibilización” (en los términos en los que está concebida dentro del marco de la mediación intercultural) del equipo médico, con el objetivo de dar respuesta a algunas de las necesidades de mediación intercultural planteadas al principio del presente apartado.

Al respecto, la base de la formación de los profesionales médicos puede estar conectada con algunas de las causas por las que hoy nos encontramos trabajando desde la mediación intercultural para brindar respuestas al sector. El modelo médico hegemónico (MMH) que propone su forma de curar como la más idónea (Menéndez, 2003: 189) se plantea como unas de las características distintivas que hoy priman en el sistema de salud argentino en la que existe una escasa adecuación cultural al entorno en el que los profesionales de la salud deben realizar su tarea. Esto provoca un escaso reconocimiento social que las prácticas de este modelo tienen ante las medicinas indígenas, situación por la que los equipos de salud se encuentran, a veces, en una posición incómoda a la hora de abordar este tipo de pacientes (Prats San Román & Uribe Pinillos, 2009: 6).

Vemos necesaria la intervención de mediadores interculturales profesionales a partir de la nueva ley de migraciones que mencionamos en apartados anteriores a través de cuya sanción se establecieron nuevas perspectivas tanto para los migrantes recién llegados como para los que ya estaban establecidos en el territorio (Goldberg & Silveira, 2013: 293). Los conflictos en este punto no suceden solo entre nuevos migrantes o

inmigrantes establecidos sino también en grupos como las minorías étnicas de países limítrofes que conviven dentro de la misma sociedad. Estos grupos que hasta comparten el mismo idioma en algunos casos, mantienen las situaciones de conflicto debido a la especificidad cultural, referida casi exclusivamente a los aspectos simbólicos y que son el núcleo de las diferencias entre el grupo y la población autóctona (Stival, 2018: 16). En este sentido, “se asume que la diversidad cultural afecta negativamente la relación médico-paciente y se configura como principal obstáculo en los procesos de atención” (Stival, 2018: 16) y, por ende, a la puesta en práctica de las propuestas de la biomedicina, muy posiblemente ajenas a sus propias prácticas sustentadas culturalmente, replicadas entre pares y transmitidas de generación en generación (Vidal, 2019: 30).

El propósito de este trabajo es apenas un punto de partida, de la misma manera (y salvando las amplias diferencias) en la que el Programa de Asistencia Médica Transcultural (PAMT) en el Hospital Italiano de Buenos Aires fue implementado: con el objetivo de “inducir un cambio en el comportamiento organizacional y con el propósito de aumentar la equidad en salud” (Santagata, 2005: 8). La posibilidad de garantizar esta equidad depende, en muchos casos, de “las buenas voluntades del personal de salud”, y surgen ante la falta de una política formal o de programas específicos destinados a responder a las necesidades de los migrantes [y de la diversidad cultural] en general” (Aizenberg, Rodríguez, & Carbonetti, 2015: 82). Este tipo de planificación se puede dar por la naturaleza misma de la formación del mediador intercultural que se describe como:

Un profesional que es capaz, no solo de facilitar la comunicación interpersonal de manera conjunta en sus aspectos lingüísticos y culturales, sino de participar de manera activa en el establecimiento de proyectos de mediación comunitaria

entre colectivos autóctonos y alóctonos, con una incidencia significativa en los procesos de integración intercultural. (Raga Gimeno, 2019: 2)

Entender la gestión de la diversidad cultural como una primera mirada desde la perspectiva en la que el modelo de interculturalidad “es un instrumento y un plan de acción” en sí misma (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012: 15), es una manera de interpretar el inicio del plan de trabajo que, en parte, ya está encaminado. Sin embargo, se debe ampliar la mirada y los planes de acción no deben estar solo circunscritos a los grupos migrantes exclusivamente sino a todos los intercambios que en materia interlingüística e intercultural tengan lugar. De esta manera, estaríamos aportando, como dice Giménez Romero, desde la misma razón de ser de la mediación intercultural, en todas aquellas instancias donde, aunque suene un tanto idealista o utópica, existe “la oportunidad ciudadana de contribuir a la mejora de la sociedad democrática (...) a partir de la metodología de la mediación intercultural” (Giménez Romero, 2007).

3. Consideraciones Metodológicas

En esta sección mencionaremos detalladamente cuáles fueron los pasos que seguimos para llevar a cabo el presente trabajo.

En un primer momento y al que haremos referencia en el siguiente apartado, se enumeraron las preguntas de investigación que sirvieron como punto de partida y también como guía para el enunciado de los objetivos. Cada uno de ellos, generales y específicos, responden a las temáticas de cada una de las preguntas de investigación. Los resultados que se obtuvieron a partir de los primeros indicios de la temática a abordar fueron de una amplitud considerable y es por ello por lo que las preguntas para delimitar el alcance del presente trabajo apuntaron solo a una parte de la realidad del hospital. El resto de las temáticas que surgieron a partir de las primeras aproximaciones y entrevistas a informantes clave son problemáticas reales que pueden ser abordadas, pero en trabajos futuros y complementarios al presente trabajo final.

En un segundo apartado desarrollaremos los objetivos del presente trabajo. Cada uno de estos objetivos se refiere a un aspecto, uno primario o principal y el resto secundarios o específicos del escenario de la atención sanitaria de pacientes interculturales en el hospital público de la ciudad de La Rioja en Argentina.

En otro apartado se hará referencia al encuadre metodológico descriptivo basado en un enfoque mixto de tipo cuanti-cualitativo. Asimismo, la contribución a la resolución de la problemática de la mediación en el hospital público estudiado ofrece un encuadre de la investigación aplicada por tratarse de un aporte a la temática en la que el presente trabajo fue concebido y llevado a cabo. Es importante mencionar que en este apartado también se hará mención de la nueva estrategia metodológica que ofrece el diseño de los

estudios de caso ya que el formato de las historias clínicas y la modalidad de carga de datos de los pacientes interlingüísticos e interculturales no permitieron prever la identificación de pacientes con características lingüísticas y/o culturales diferentes para su observación. El presente trabajo basó su evidencia en las experiencias del personal sanitario del hospital público para una mejor aproximación a la descripción de la realidad de la mediación en el hospital público.

Por último, y como se trata de un enfoque metodológico de tipo cuanti-cualitativo, se hará referencia a los diferentes tipos de informantes y fuentes de información que se utilizaron para complementar las técnicas iniciales de extracción de datos como fueron los grupos de discusión a partir de los cuales se desarrollaron los cuestionarios para las encuestas al personal sanitario del hospital público estudiado.

3.1 Preguntas de Investigación

Para el diseño de las preguntas de investigación se tuvieron en cuenta los indicadores iniciales de la situación de la mediación en el hospital público de la ciudad de La Rioja, como se especifica a continuación: 1) la elaboración de programas de formación en idiomas para el personal sanitario del hospital; 2) la solicitud de personal para casos puntuales de mediación ante situaciones de atención de pacientes con características culturales y/o lingüísticas diferentes y 3) el estudio y traducción de material perteneciente a los diferentes proyectos de investigación en el hospital público.

A partir de estas realidades, establecimos un marco de preguntas desde el que podríamos comenzar a indagar sobre la realidad que se nos presentaba en ese momento. En tal sentido, después de analizar las aproximaciones preliminares a la temática,

concluimos que el presente trabajo estará centrado en los indicios 1 y 2, por lo que el indicio 3 quedará pendiente para futuros trabajos complementarios al presente trabajo.

A continuación, el primer interrogante quedó planteado de la siguiente manera:

¿Por qué se incrementan las solicitudes de capacitación y/o personal para situaciones de pacientes con características lingüísticas y/o culturales diferentes?

Lo que nos llevó a preguntarnos en segundo lugar:

¿Cómo aborda el hospital público las situaciones de interferencias interlingüísticas e interculturales para poder alcanzar una atención sanitaria satisfactoria?

¿Existen recursos humanos profesionales (mediadores interculturales) que actúen en situaciones que requieren mediación?

¿Qué nivel de conocimiento posee el personal sanitario de la función que cumplen los mediadores interculturales?

3.2 Objetivos

A partir de las preguntas de investigación, se procedió a plantear los objetivos, que se dividieron en dos grupos: en primer lugar, aquellos que hacen referencia a los ejes centrales del presente trabajo y en segundo, los que hacen referencia a las temáticas adyacentes que también fueron estudiadas, pero de manera complementaria, ya que forman parte de la realidad de la mediación en el hospital público estudiado, pero desde una perspectiva secundaria.

Esta forma de organización permitió analizar todas las variables en conjunto, sin perder de vista el análisis principal del caso de las experiencias de mediación del personal sanitario del hospital público en cuestión.

Objetivos generales:

- Determinar si el hospital público cuenta con casos de atención de pacientes interculturales.
- Realizar una primera aproximación a los grupos con características interculturales diversas en el hospital público.
- Identificar si existe un conocimiento claro acerca de la necesidad de la participación del mediador intercultural en el ámbito sanitario, ante situaciones de interferencia comunicacional.

Objetivos específicos:

- Analizar experiencias puntuales del personal sanitario del hospital con pacientes interculturales.
- Determinar los posibles elementos de interferencia en la comunicación personal sanitario-paciente a la hora de la atención médica de pacientes interculturales.
- Indicar las herramientas con las que cuenta el personal sanitario ante situaciones de interferencias interculturales en las consultas médicas.
- Identificar si existen protocolos para la atención de pacientes interculturales.
- Sugerir líneas de trabajo para que la institución sanitaria aborde situaciones con interferencias interculturales de manera satisfactoria.

3.3 Metodología

El presente trabajo se encuentra enmarcado en una base metodológica cuantitativa que tuvo como objeto de estudio la experiencia del personal sanitario en casos de atención de pacientes con características lingüísticas y/o culturales diferentes, en un hospital público de la ciudad de La Rioja.

Como mencionaremos en apartados subsiguientes, debimos modificar la estrategia del enfoque metodológico considerado inicialmente puesto que no se pudo prever la atención de pacientes interculturales para poder realizar la observación planificada. Para la mejor elección del enfoque a implementar en el trabajo de campo se volvieron a analizar los tres elementos que deben tenerse en cuenta en una dinámica de investigación: “la interacción entre el problema de investigación, la selección de los datos y el enfoque analítico llevados a cabo en un estudio” [mi traducción] (Vuori & Hokkanen, 2020: 111) y se optó por el uso de las herramientas que proporciona el estudio de caso como el método más apropiado para el presente trabajo.

El estudio de caso en el presente de trabajo propuesto permite visualizar una problemática de investigación desde una perspectiva real, como lo define Yacuzzi, para intentar describirla y llegar a conclusiones también reales ya que “con los métodos objetivos de búsqueda y análisis de la evidencia, es posible llegar a teorías confiables” (Yacuzzi, 2005: 4). De esta manera, aprovechamos al máximo el aporte de la experiencia del personal sanitario desde el cual se realizaron inferencias válidas a partir del estudio detallado de acontecimientos que no se desarrollaron en un laboratorio sino en el contexto de la vida social e institucional (Yacuzzi, 2005: 4), para finalmente intentar elaborar un marco que haga un aporte al estado de la cuestión. En este punto, es importante destacar que no pretendemos hacer una generalización de los hallazgos del presente trabajo, sino

contribuir a la comprensión de una problemática desde la perspectiva de la mediación intercultural en instancias de atención sanitaria. Es por este motivo que podemos enmarcar al presente trabajo en una metodología aplicada, por su aporte al campo y a la institución sanitaria donde se realizó el presente estudio.

En virtud de la aplicación del enfoque cuanti-cualitativo en el presente trabajo, se tuvo en cuenta una de las estrategias generales para su implementación, según Creswell: la de los “procedimientos simultáneos” [mi traducción] (Cresswell, 2003: 18). Esta estrategia facilitó un análisis más acabado del problema de investigación ya que se diseñó un plan desde la perspectiva de los estudios de caso entendidos como un “instrumento propio de las ciencias prácticas que adopta un enfoque integrador” (Yacuzzi, 2005: 21). Al analizar las experiencias del personal sanitario del hospital estudiado desde la perspectiva de “datos referenciales, de vidas personales que se articulan dentro de un determinado contexto social” (Mejía Navarrete, 2014: 282), se conformó el objeto de estudio en el que el tipo de investigación cualitativa pone su foco: el conocimiento del significado que tiene una acción para el sujeto, según la concepción también “holística” de la investigación. De esta manera, los resultados recolectados inicialmente se integraron a los resultados complementarios obtenidos posteriormente a través de las técnicas de recolección cuantitativa. De este modo, los enfoques fueron integrados para poder hacer un análisis completo de la situación de mediación en el hospital público estudiado.

3.4 Estrategias de recolección de datos. Muestra y selección de los informantes

En este apartado se hará referencia a cuáles fueron las técnicas que se aplicaron para la recolección de datos y cómo se realizó la selección de informantes que conformaron la muestra para el presente trabajo. A lo largo de todo el proceso se tuvo en

cuenta la perspectiva que responde a la “esencia integradora” en una investigación cualitativa y que debe existir, por ende, en todo estudio de caso, definida a continuación:

[Una investigación cualitativa] trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación. (Yacuzzi, 2005: 3)

En esta conformación no dejamos de lado las fuentes cuantitativas a las que también se recurrió para “poder hablar sobre la generalización (...), sobre qué tan representativo o general es un determinado fenómeno o característica” [mi traducción] (Williams & Chesterman, 2014: 93). En este sentido, las fuentes de información cuantitativa aportaron un marco estadístico para poder determinar el escenario real sobre la mediación intercultural en el hospital público estudiado.

Para la elección de la muestra, tuvimos en cuenta el “rigor metodológico” con el que debe contar todo trabajo de investigación, que fue llevado a cabo a lo largo de una serie de etapas que se desarrollarán en el plan de trabajo y a partir de las cuales se determinó la muestra final: el personal sanitario en el ámbito de un hospital público de la ciudad de La Rioja, Argentina (Mendieta Izquierdo, 2015: 1148).

Como veremos en la exposición sobre el desarrollo de los informantes y fuentes de información, la elección de la muestra estuvo determinada por varias circunstancias orientadas a responder lo que Yacuzzi considera como elementos intrínsecos a cualquier estudio de caso: en primer lugar, los cómo y los porqués (de la mediación intercultural estudiada) que tuvieron lugar en un determinado acontecimiento contemporáneo (años 2019-2021) (Yacuzzi, 2005: 6).

Finalmente, la elección final de la muestra no fue al azar, ya que respondió a la simple razón de que los primeros indicios de necesidad de mediadores especializados para la atención de pacientes interculturales, surge a partir del personal sanitario en cuestión.

Como desarrollaremos en el plan de trabajo, en la primera etapa del diseño metodológico se trabajó con una muestra por conveniencia, ya que estuvo conformada por personal sanitario cercano a esta investigadora y que contaba con las características de experiencias con pacientes interculturales. A partir de allí, se confeccionó otro muestreo por cadena de referencia a partir de las conclusiones de los grupos de discusión que permitieron comenzar a identificar paralelamente a participantes clave. Al mismo tiempo, estos participantes también fueron entrevistados y, a partir de allí, se conformó otra cadena que convergió en el grupo final, sobre quienes se llevaron a cabo los cuestionarios para obtener la mayor cantidad de información relevante para la descripción del caso estudiado (Mendieta Izquierdo, 2015: 1149).

La muestra final quedó conformada por el personal sanitario de un hospital público de la ciudad de La Rioja con experiencias de atención, seguimiento y o recepción de pacientes con características interculturales. Los trámites de presentación del proyecto comenzaron en el año 2018 y se obtuvo el permiso correspondiente en 2019, cuando se comenzó el trabajo de campo. Sin embargo, la ausencia de registros para prever la atención de pacientes interculturales provocó que tuviéramos que modificar la estrategia de abordaje de la temática para el presente trabajo.

En un primer momento se consideró identificar a pacientes interculturales en el centro de salud mismo para su seguimiento y estudio, pero las restricciones existentes debido a la pandemia por COVID-19 no nos permitieron avanzar en la implementación de la estrategia.

Finalmente, se concluyó que, en el contexto planteado, las herramientas con las que contábamos, el presupuesto y tiempos demasiado acotados, provocaron que nos tuviéramos que centrar en el estudio de las experiencias del personal sanitario del hospital público en cuestión. El estudio de caso como estrategia de estudio para el presente trabajo fue considerado como la mejor opción, tal y como lo sugiere Yacuzzi en su matriz para la elección de un método de investigación social según las características del problema de interés y de su contexto (Yacuzzi, 2005: 7).

Como expondremos en los resultados del presente trabajo, la ausencia de un registro fehaciente de datos lingüísticos y culturales no fue un impedimento para la identificación de pacientes en sí misma pero el contexto de pandemia no permitió que pudiéramos abordar de manera “presencial” a pacientes antes de las consultas médicas, modalidad que se había planteado como alternativa a la ausencia de datos en los turnos otorgados. Por ello se da inicio al cambio de plan de acción y una vez establecidas la nueva estrategia y muestra del hospital, se partió del registro de 524 profesionales de la salud del hospital público, con matrícula (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, 2020), como punto de partida para el trabajo de campo.

La muestra está compuesta por profesionales de la salud en todas las áreas de atención de pacientes del hospital estudiado tales como profesionales médicos, de enfermería, profesionales de laboratorios, bioquímicos, farmacéuticos y radiólogos. También integran este grupo, aquellos profesionales de los equipos auxiliares por pandemia COVID-19, como kinesiólogos y personal de salud mental, registrados debidamente en el Sistema de Información Sanitaria, mencionado anteriormente. De este grupo queda excluido el personal de administración y todo tipo de personal afectado a la

recepción, guía y/o seguimiento administrativo de pacientes, como el personal de maestranza y de informes del hospital estudiado.

No se estableció un límite en el número de participantes de la muestra en cuestión ya que se pretendió identificar un grupo de participantes que resultara representativo del grupo social y para ello se priorizaron aquellos casos en los que existiera alguna experiencia con atención de pacientes interculturales. A partir de allí, se aplicaron las técnicas exploratorias iniciales para continuar con las encuestas a la mayor cantidad de informantes posible. Paralelamente, se hizo uso de la metodología de entrevistas a un informante clave, cuyo nombre y contexto de la situación de mediación fueron modificados para anonimizar al participante indicado a continuación:

1) Profesor de idioma no especialista en mediación, en situación de mediación intercultural.

3.5 Plan de trabajo

En este apartado desarrollaremos cuáles fueron los pasos que se llevaron a cabo para cumplir con los objetivos del presente estudio, de forma tal que, una técnica pueda alimentarse de la aplicación de otra posterior durante la dinámica de la búsqueda de información, y así crear una simbiosis para retroalimentar la información obtenida en cada instancia de la recolección de datos.

En una primera parte del trabajo se llevaron a cabo diferentes búsquedas de registros de datos acerca de los movimientos culturales y/o lingüísticos de la ciudad donde funciona el hospital público del presente estudio. Para este paso, las fuentes fueron instituciones oficiales, cuya información permitiera hacer un diagnóstico real de la mediación intercultural en el ámbito sanitario público en cuestión. Las fuentes de

información principales fueron la Dirección Nacional de Migraciones, además del ente que nuclea al área como el Ministerio de Salud Provincial y Nacional, además de otros trabajos llevados a cabo en el área como el trabajo del equipo de Linguasur para la legislación lingüística de Argentina, cuyo material también fue tenido en cuenta por el aporte para la exploración de distribución de lenguas en la región.

En una segunda etapa se conformaron los grupos de discusión que sirvieron como punto de partida para un acercamiento más profundo a la temática. En el apartado correspondiente se expondrá el diseño de la dinámica de la discusión y la conformación de dos grupos con características totalmente diferentes para poder recabar la mayor cantidad de información posible.

A partir de los datos obtenidos en los grupos de discusión se conformaron encuestas para una etapa siguiente. En el apartado correspondiente se describirá la encuesta destinada al personal sanitario del hospital público. Esta etapa estuvo pensada para ser más corta que las anteriores por el uso de un formulario electrónico a ser completado, pero al momento de cumplir con este paso, comprobamos que el trabajo de campo llevó más tiempo de lo esperado por tener que reiterar al personal sanitario en varias ocasiones la necesidad de participar para poder avanzar en el trabajo.

Una penúltima etapa consistió en una entrevista en profundidad a un informante clave que cumplió el rol de mediador en una situación puntual de mediación intercultural. Es importante mencionar en este punto que, si bien hubo una planificación en la realización del presente trabajo, tanto en esta etapa como en las anteriores y subsiguientes se fueron descubriendo porciones de información, por lo que no podemos decir que se trató de un plan lineal en toda su extensión. El plan de trabajo debió replantearse y debimos cotejar datos o reformular algunas entrevistas debido a los hallazgos que iban

surgiendo a medida que avanzábamos en la recolección y obteníamos nueva información en cada una de las instancias.

Por último, se realizó la comparación de los datos documentales con la información obtenida a partir de las entrevistas y encuestas, y se procedió a confeccionar el presente informe sobre la temática. Podemos agregar a este plan de trabajo la solicitud que nos hizo el hospital público de sociabilizar los resultados de este estudio para poder actualizar y trabajar en un posterior estudio para la adecuación y adaptación de los recursos del hospital para la recepción de pacientes con características interculturales.

3.6 Informantes y fuentes de información

En este apartado desarrollaremos cómo se llevó a cabo el proceso de recolección de datos desde el punto de vista de la obtención de “toda la información posible desde diferentes ángulos, fuentes e instrumentos” (Mejía Navarrete, 2014: 288). A tal efecto, se enumerarán y desarrollarán cada una de las técnicas utilizadas para el estudio de la situación de la mediación en el hospital público de la ciudad de La Rioja.

3.6.1 Grupos de Discusión

La situación de mediación en el hospital público poseía ciertos indicios planteados en las preguntas de investigación que permitieron comenzar a explorar la posibilidad de estudio de una realidad que, a primera vista, no era tan clara pero que necesitaba de datos más sólidos y certeros para armar otros instrumentos de recolección de datos como las encuestas y las entrevistas. Para ello se hizo uso de la técnica de grupos de discusión (GD) a través de la cual se llevaría una primera aproximación a situaciones en las que el personal sanitario debe enfrentarse a la atención de pacientes interculturales. Como fue mencionado anteriormente, en un primer momento los grupos estarían conformados tanto

por personal sanitario como por pacientes, pero el registro de los antecedentes de los pacientes a través de las historias clínicas no permitió identificarlos certeramente y por ello, el presente trabajo se centró en el personal sanitario de un hospital público de la ciudad de La Rioja. La conformación de dos grupos de discusión, uno de características heterogéneas en el primer grupo y homogéneas en el segundo, permitieron plasmar en datos cualitativos concretos las vivencias del personal sanitario del hospital público de la ciudad de La Rioja estudiado.

La definición de algunos autores citados por Gil Flores en su trabajo acerca de la técnica de GD o *focus group*, hace énfasis en lo que distingue a esta técnica de otras de tipo cualitativo como “que establece que no se trata de una entrevista a personas, de manera simultánea, sino que se trata de una técnica en la que se propicia una instancia en la que se facilite la discusión de un tema” (Gil Flores, 1992). Visto de esta manera, la elección de esta técnica resulta la óptima para esta primera aproximación ya que la discusión en los GD arroja resultados objetivos sobre los temas a abordar de manera que confirman, refutan o amplían las preconcepciones que tiene el investigador. De esta manera, la técnica permitió que el investigador mantenga su imparcialidad y trabaje a partir de los resultados iniciales que se obtuvieron de los GD y que luego se compararon con los de los otros profesionales participantes entre sí con el objetivo de arrojar una mayor claridad sobre las razones originales que posteriormente se convirtieron en las variables sobre las que indagaríamos en el presente trabajo.

El objetivo del uso de la presente técnica de GD fue llevado a cabo desde el punto de vista en el que se afirma que “la conceptualización [de los grupos de discusión] se basa en la concepción y terapéutica de que las personas que comparten un problema común estarán más dispuestas a hablar entre otras con el mismo problema” (Gil Flores, 1992:

201). Es por ello por lo que la elección de los integrantes del grupo de discusión apuntó a aquellos participantes que “viven” en la misma realidad a partir de la cual proporcionarían datos y apreciaciones para construir otros instrumentos de recolección y control de datos.

3.6.1.1 Selección de los grupos

La selección de los grupos se llevó a cabo teniendo en cuenta la perspectiva de los grupos de discusión como complemento de la investigación cuantitativa que plantean Pérez y Víquez desde la perspectiva de que “los grupos de discusión sirven como insumo inicial para construir o validar cuestionarios a partir de las opiniones, evaluaciones o juicios emitidos por los participantes” (Pérez-Sánchez & Víquez-Calderón, 2010: 94). Como la técnica no fue exclusiva para la recolección de datos en el presente trabajo, sino un punto de partida para la delimitación de los elementos en el resto de las técnicas planteadas, la cantidad mínima de grupos no fue la estipulada como se plantea en la mayor parte de la literatura en la materia, sino que se conformaron dos grupos según las características descritas a continuación. Esta conformación se llevó a cabo teniendo en cuenta, como veremos, el debate que la mayoría de los autores remarca de manera antagónica en cuanto a si conformar grupos con características más bien homogéneas o heterogéneas.

El primer grupo funcionó como prueba piloto ya que no solamente recabamos datos, sino que también se puso en práctica la técnica en sí misma, aplicada por primera vez por esta investigadora. Desde el punto de vista de la conformación del grupo, los participantes del primer grupo contaron con características heterogéneas en cuanto al rol que ocupan en la dinámica de la atención sanitaria al tratarse de profesionales que ocupan diferentes cargos dentro de la institución sanitaria. Para la conformación de este grupo se

tuvo en cuenta la perspectiva de que la heterogeneidad “aumentaría la amplitud de experiencias” (Gil Flores, 1992: 204) por las prácticas de trabajo y que por ello podrían aportar al proyecto de una manera enriquecedora. El segundo grupo, en cambio, estuvo conformado por integrantes más bien homogéneos, en cuanto a sus roles, teniendo en cuenta al mismo tiempo, los lugares que ocupan en la dinámica de la atención médico-paciente como profesionales de la salud que tienen contacto con sus pacientes en situaciones de atención sanitaria.

A continuación, la conformación del primer grupo estuvo integrado de la siguiente manera:

Participante 1: médico generalista, ex-director de hospital público

Participante 2: médica generalista (practicante de la religión del islam)

Participante 3: trabajadora social

Participante 4: médica generalista

Participante 5: médico generalista

Participante 6: trabajadora social

Como se puede apreciar en la conformación del grupo, los profesionales pertenecen a distintas especialidades. Se privilegió el contacto asiduo con los pacientes y los diferentes puntos de vista que pudieren poseer por los diferentes roles que ocupan dentro del centro de salud, como la que desarrollan como trabajadores sociales, autoridad de un centro o como profesionales de salud.

Como dijimos anteriormente, no podemos dejar de lado el involucramiento de una autoridad del hospital, lo que convierte a este GD en un grupo heterogéneo desde el punto

de vista de su conformación. Las perspectivas y prioridades de quienes coordinan la organización institucional cuentan con información muy útil desde el punto de vista de los objetivos de este trabajo. Esta es la razón por la que se convocó a un profesional que ocupara un puesto de gerencia y cuyos aportes podrían resultar muy enriquecedores. Se consideraron, además, los aportes de una médica que forma parte de la comunidad musulmana y otra que también lleva a cabo sus tareas en el área privada. Los aportes de este GD desde una perspectiva privada y pública, además de un factor étnico-religioso pueden llegar a arrojar información enriquecedora para los objetivos de la discusión, ya que el objetivo de la aplicación de la técnica sería en sí misma de tipo exploratorio.

La conformación del segundo grupo de discusión tuvo en cuenta lo que los autores consideran como más adecuado para esta técnica y es que la conformación del grupo sea llevada a cabo de manera homogénea de modo que los integrantes del grupo “sean lo más representativos posibles del grupo poblacional que se está investigando” (Gil Flores, 1992).

De esta manera, se puede crear un escenario lo suficientemente común como para que el personal sanitario pueda expresarse con respecto al tema. Desde esta perspectiva, la elección de los miembros de este segundo GD estuvo orientada a la categoría de profesionales médicos exclusivamente y que hubieran tenido experiencias en la atención de pacientes interculturales, a diferencia del primer grupo en el que solo algunos de los participantes contaban con la característica de atención a este tipo de pacientes. A continuación, la conformación del segundo grupo estuvo integrado de la siguiente manera:

Participante 1: médico oftalmólogo

Participante 2: médica dermatóloga

Participante 3: médica dermatóloga

Participante 4: médica generalista

La característica de cercanía de los integrantes de este segundo grupo de discusión es otro aspecto para tener en cuenta en la dinámica de la técnica propiamente dicha. Existen dos posiciones contrapuestas fundamentales según la cual los grupos deben estar constituidos de la siguiente manera: 1) que no se conozcan entre sí o 2) que el trabajo sea llevado a cabo entre personas que se conozcan. En una ciudad como La Rioja es prácticamente imposible que el personal sanitario no se conozca, al menos, por nombre y/o actividad, pero sin dejar de ser un factor contraproducente. La dinámica de este segundo grupo confirmó lo que Pérez y Víquez manifiestan para la aplicación de la técnica de grupos de discusión en un grupo homogéneo:

así se posibilita aproximarse a los contextos cotidianos y a la producción y reproducción cotidiana de las formas sociales de conocimiento e interpretación del mundo. Se estaría ante un grupo de personas sintiéndose implicadas con el tema y en ese sentido están o podrían estar intrínsecamente motivadas para conversar, sobre el tema. (Pérez-Sánchez & Víquez-Calderón, 2010: 94)

En este punto de la selección de los grupos, es importante señalar que, como será referido más adelante, la población de pacientes queda excluida de la muestra para los grupos de discusión y del trabajo en sí. A este aspecto se le suma el contexto de pandemia que aún persiste en la Provincia de La Rioja y la Argentina, lo que tampoco permitió “buscar” pacientes interculturales para llevar a cabo, al menos, las entrevistas. Como se hará referencia en las conclusiones, se sugerirán modificaciones en los formatos de

registro de las historias clínicas para poder poner en foco la perspectiva de los pacientes en trabajos futuros.

3.6.1.2 La temática

Como herramienta para delimitar la temática, los grupos de discusión permiten dilucidar el tema principal ya que “la confrontación de puntos de vista entre los participantes en un grupo de discusión permite a estos formar y concretar sus posturas o evolucionar en sus planteamientos” (Gil Flores, 1992: 210). La elección del tema principal no fue tan fácil de dilucidar al principio por los tantos matices que hubo que tener en cuenta a la hora de reencauzar la metodología del presente trabajo. Sin embargo, se aplicó la técnica desde la perspectiva que también plantean Pérez y Viquez “como una forma de delimitar el problema de investigación y de generar hipótesis” (Pérez-Sánchez & Viquez-Calderón, 2010: 94). A partir de aquí, se pudo dilucidar que el primer abordaje que debía hacerse dentro de este trabajo era el de la experiencia en mediación intercultural desde la perspectiva del personal sanitario de un hospital público de la Ciudad de La Rioja.

3.6.1.3 El registro

El contexto en el que se llevaron a cabo ambas dinámicas de grupo de discusión influyó en el desempeño y, por ende, en la contribución de los participantes en ambos grupos. Por un lado, el lugar elegido para el grupo de discusión piloto fue el hospital público de la ciudad, donde también se llevan a cabo muchas de las prácticas universitarias de las carreras de ciencias de la salud.

Desde el punto de vista técnico, se tuvo en cuenta lo que Gil Flores sugiere con respecto a “un lugar con las características adecuadas para que el discurso fuera lo más

productivo posible” (Gil Flores, 1992), como las que existen en el hospital elegido: salones amplios, sillas y sillones cómodos y con la posibilidad de orientarlos según la dinámica grupal, dispositivos electrónicos que el moderador llegara a necesitar, como proyectores de pantalla, pizarras, ordenadores, entre otros. Sin embargo, el lugar no contaba con lo que resultó ser determinante para esta prueba piloto: el equipamiento electrónico apropiado para el registro de la discusión. Esto dificultó el registro de las participaciones de los integrantes del grupo de discusión ya que, por un lado, se utilizó un dispositivo de audio simple pero no se contó con un dispositivo visual. A esto debe agregarse la no participación de otro investigador, por lo que cualquier otro tipo de información al respecto de las expresiones o la dinámica misma del grupo, no quedaron registradas, más que en las notas tomadas durante el desarrollo de la sesión.

El aspecto técnico influyó en el registro del primer grupo, pero antes debemos detenernos en una nueva característica asociada al lugar donde se llevó a cabo la convocatoria para la discusión del segundo grupo. Este aspecto del lugar asociado con las características de tipo técnicas y psicológicas, pueden ser atribuidas al contexto de pandemia y que tuvo un resultado positivo en la dinámica del segundo grupo de discusión. La convocatoria para este segundo grupo fue para reunirse con el moderador en una reunión de tipo virtual a través de Zoom.

El contexto de pandemia en la ciudad de La Rioja, mencionado anteriormente, modificó gran parte de las actividades de la ciudad y del país en general que tuvieron que ser llevadas a cabo de manera remota. La presente investigación no fue la excepción y hasta algunos médicos expresaron que realizaron parte de la atención a pacientes a través de herramientas como Zoom.

En varios casos de los integrantes de este segundo grupo, se trató de profesionales que al mismo tiempo son profesores en carreras de las universidades de medicina de la ciudad y por ello también manifestaron sentirse más que “cómodos” con la herramienta. A partir del momento en el que esta investigadora informó acerca del uso exclusivo de la información desde el anonimato, los participantes no mostraron ningún tipo de preocupación y/o importancia a la indicación de la grabación durante la aplicación de la técnica. En este aspecto hay que tener en cuenta lo que Raga Gimeno caracteriza como la “famosa paradoja del observador” (Raga Gimeno, s.f.), en el que existe una influencia de tipo psicológico debido a la presencia de la cámara.

En este sentido, en el primer grupo (prepandemia) hubo una mayor influencia y preocupación al respecto de la grabación, pero para este segundo grupo, no se notó casi ningún rasgo de incomodidad en los participantes, debido a, seguramente, el uso continuo de la herramienta audiovisual. En este sentido, y cuando la dinámica de grupo ya había finalizado, la investigadora sintió curiosidad y consultó a los participantes acerca de si habían sentido algún condicionamiento por la grabación, a lo que los participantes respondieron no haber sentido ningún tipo de incomodidad ante el uso del registro audiovisual, algo que asociaron al contexto en el que deben dictar sus clases y/o realizar la atención de pacientes a través de Zoom, en el contexto de restricciones del contacto social en Argentina.

A esto debe sumarse que, a través del registro audiovisual, no se perdió la oportunidad de registrar todos los aspectos de las expresiones de los participantes. Sin advertirlo, este trabajo tuvo la oportunidad de llevar estos dos tipos de registros en ambos grupos de discusión, el primero de manera “presencial” y el segundo “virtual”, con las conclusiones respectivas.

La guía para los grupos de discusión se encuentra en el Anexo 1 del presente trabajo.

3.6.2 Encuestas

A partir de las conclusiones de los grupos de discusión, desarrolladas en el apartado correspondiente, pudimos focalizar los aspectos más importantes para tener en cuenta durante la elaboración de los cuestionarios y las entrevistas que debían confeccionarse para los apartados a continuación.

3.6.2.1 Cuestionarios

3.6.2.1.1 Elaboración de los cuestionarios

Las experiencias de mediación intercultural del personal sanitario del hospital fueron observadas de manera indirecta a través de un cuestionario propio que se elaboró a partir de los ejes enumerados que se pretendía observar:

- Experiencias del personal sanitario acerca de atención de pacientes interculturales
- Recursos existentes en la institución para la atención de pacientes interculturales

Al mismo tiempo, hubo otras variables que también se tuvieron en cuenta y que completarían la observación del escenario en el que ocurre la atención de pacientes interculturales. Las variables son:

- Exploración de grupos culturales y/o lingüísticos que atiende el personal sanitario
- Atención satisfactoria de pacientes interculturales
- Conocimiento acerca de la tarea de los mediadores

- Conocimiento de protocolos de atención de pacientes interculturales
- Nivel de formación en idiomas del personal sanitario

El diseño de las preguntas que se utilizó en los cuestionarios estuvo orientado a facilitar su relleno. Asimismo, el diseño de las preguntas estuvo planteado según una “secuencia de embudo” (Amérigo, 1993: 266). A través de este planteo para el diseño de las preguntas se evitó que las primeras preguntas “determinaran” o “sesgaran” las respuestas siguientes ya que, como pudimos ver, hay variables secundarias sobre las que también se pretendió recolectar información para el presente trabajo.

Los tipos de preguntas que se utilizaron están contenidos dentro de los siguientes formatos:

- Preguntas cerradas dicotómicas, como las preguntas acerca del conocimiento de la tarea de los mediadores o de los protocolos de atención de pacientes interculturales.
- Preguntas cerradas, como el caso del nivel de formación en idiomas del personal.
- Preguntas de selección múltiple como el caso de las preguntas orientadas a la atención de los pacientes interculturales y los medios utilizados.
- Preguntas de tipo Likert al momento de valorar la participación de un mediador en la atención de pacientes interculturales
- Preguntas abiertas que estuvieron orientadas a conocer acerca del procedimiento para la atención de pacientes interculturales y cualquier otra opinión que el personal quisiera agregar al respecto.

3.6.2.1.2 Cronograma

La elaboración del cuestionario estuvo dividida en dos fases. La primera que funcionó como prueba piloto a través de la cual no solamente se comprobó el contenido y distribución de las preguntas sino la modalidad de contacto de la muestra.

En esta primera etapa se intentó contactar a los participantes en sus lugares de trabajo (consultorios, oficinas, etc.) con la intención de evacuar cualquier duda que surgiera al respecto del contenido del cuestionario. Sin embargo, el tiempo con el que se contaba y la posterior situación de pandemia hizo que esta modalidad se replanteara y se confeccionó el cuestionario en un formulario electrónico que fue enviado a través de correo y desde la oficina de investigación del hospital. En este sentido, el papel que cumplen los investigadores y coordinadores de investigación que ya están trabajando en el hospital es por demás importante para este y otros tipos de trabajos de investigación que pertenecen a áreas que no son de injerencia exclusiva sanitaria.

Esta prueba piloto también nos permitió descubrir que había preguntas que no eran tan relevantes, como las edades o género de los participantes y se las reemplazó por otras más pertinentes para los objetivos del presente trabajo, como la pregunta orientada a explorar el nivel de conocimiento de la tarea del mediador por parte del personal y de opciones de acción ante un caso de situación de atención de pacientes interculturales.

De este modo, se hicieron los cambios necesarios y así se terminó de cumplir con el paso de formulación del cuestionario y pasar de lleno al trabajo de campo una vez hechos los contactos y enviados los enlaces correspondientes.

3.6.2.1.3 Formato del cuestionario

El formato final quedó conformado de la siguiente manera:

Título en el que se consignó área de trabajo “La mediación en el ámbito sanitario” sin ningún tipo de definición o desarrollo del tema. También se consignaron el saludo y las instrucciones para cumplir con los objetivos del trabajo, el tiempo aproximado de llenado del cuestionario y las salvedades pertinentes a los elementos éticos y de anonimato de los resultados del cuestionario. Para finalizar, el saludo también estuvo incluido, así como un contacto en caso de solicitar más información y registro del correo solo si hubiere algún tipo de interés con respecto al tema o a los resultados del presente trabajo.

Todas las sugerencias de confección del cuestionario, así como los tipos de preguntas, formato y etapas de la encuesta pertenecen a los métodos de recolección de datos para una investigación. (Torres et al., 2019)

El modelo de cuestionario se encuentra desarrollado en el Anexo 2 correspondiente.

3.6.2.1.4 Entrevistas

Como dijimos anteriormente, los grupos de discusión sirvieron como punto de partida para la exploración del tema. Sin embargo, necesitábamos hacer un acercamiento aún más profundo a otro “actor” de la mediación cultural para poder seguir indagando sobre el tema del presente trabajo.

Las características de la fuente, en este caso, el informante clave, fue elegido según “las necesidades de conocimiento que la fuente va a satisfacer con respecto a una situación presentada y cuya información será utilizada para lograr los objetivos planteados.” (Torres et al., 2019) [plantados” (Torres el al., 2019).] También se tuvieron en cuenta las variables tiempo del que disponíamos para realizar el trabajo de campo,

costos y ningún personal formado y/o informado en la temática para poder llevar a cabo la recolección de datos en la manera en la que el presente trabajo requería.

Es por ello por lo que en este apartado realizamos una entrevista a un informante clave al que llegamos a través de una información puntual de los GD de un caso clave de necesidad de mediación cultural y para el que debieron buscar a “alguien” que cumpliera con la tarea de mediación. El informante clave en cuestión fue un profesional no formado en mediación cultural y la recolección de datos se llevó a cabo a través de la técnica de entrevista semiestructurada en profundidad.

En tal sentido, se optó por el tipo de informante ya que los cuestionarios estuvieron orientados hacia las experiencias del personal sanitario y no sobre otro de los ejes sobre los que queríamos recolectar información: la perspectiva del mediador o del profesional que cumple con este papel, como es el caso del informante en la presente entrevista.

La identidad, profesión, idioma, situación de atención sanitaria y demás datos que puedan llegar a individualizar a la fuente, fueron cambiados para cumplir con el requisito de anonimato que deben caracterizar a estas técnicas de recolección de datos.

La entrevista se encuentra desarrollada en su totalidad en el Anexo 3 correspondiente.

3.7 Consideraciones éticas

Desde el punto de vista de la práctica de la investigación, el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas argentino (CONICET) estipula que, entre otros principios éticos, “los proyectos de investigación no deben ser realizados sin haber obtenido el consentimiento libre e informado de los participantes” (CONICET, 2006). Este aspecto se tuvo en cuenta y se brindó la información pertinente a todos los

participantes del presente trabajo. En este sentido, también se obtuvo la autorización del hospital estudiado para que la presente investigación sea ejecutada en un marco en el que el Comité de Bioética del hospital consideró como el apropiado para este tipo de investigación y que también acuerda con los principios propuestos por el CONICET arriba mencionados. En el reporte del Comité de Bioética del hospital se hace constar que se informa a los investigadores que el comité avala el requerimiento del acceso a los datos, debiendo respetarse en todas sus formas, la protección de los datos, como así también proveer un informe final del resultado del proyecto.

En segundo lugar, también tuvimos en cuenta la realidad del tipo de estudio del presente trabajo, en cuyo contexto de investigación “la absoluta confidencialidad no tiene sentido” (Meo, 2010: 11) y acordamos con que es verdad que los datos de investigación deben ser revelados porque sin ello una investigación no tendría su razón de ser. Los investigadores publican sus hallazgos y utilizan la información para resolver las problemáticas que observan. Sin embargo, debíamos encontrar un punto medio entre estos dos supuestos e hicimos uso de la información de manera que “no permitiera identificar a los participantes y tratar de proteger su identidad a través de distintos procesos de anonimizarlos” (Meo, 2010: 11). A tal efecto, los informantes y el personal sanitario observado en general tienen asignados lugares, ocupaciones y o distribuciones de tareas diferentes a los de la realidad, con excepciones tales como el caso de una entrevista en la que la entrevistada dio su consentimiento para la publicación de su nombre y el aporte más que importante a la línea de investigación del presente trabajo.

4. Contextualización

4.1 Realidad poblacional de la Ciudad de La Rioja

El último censo poblacional en la República Argentina fue llevado a cabo en el año 2010. Al respecto, el nuevo relevamiento se hubiera implementado en el año 2020 y tendríamos una visión más clara en lo que a este trabajo respecta, pero vamos a utilizar el último censo oficial como punto de partida y tendremos en cuenta las estimaciones poblacionales para determinar algunos aspectos de distribución de la ciudad. También consideraremos las bases de datos de migraciones para el movimiento migratorio en el territorio de la ciudad para poder hacer algunas aproximaciones más a las variables de distribución poblacional y extranjerismo.

En tales circunstancias, la falta de información con respecto a la conformación lingüística y cultural de la población no es determinante ya que extrajimos los datos suficientes de la muestra poblacional del hospital estudiado y al cual nos remitimos, ya que es el contexto al que debemos sumar los aportes necesarios para la atención de pacientes interculturales.

Según el último censo que figura en las bases de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC), el total de población de la Ciudad de la Rioja es de 333.642 habitantes, un 15% de variación relativa con respecto al censo anterior que data del año 2001. Dentro de esta conformación, la composición de extranjeros es de 1.723 habitantes residentes de la ciudad de La Rioja, lo que representa un 0,51% de la composición poblacional extranjera para la ciudad (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina, 2010).

La distribución de los componentes por países para la ciudad de La Rioja es como resulta en la siguiente figura:

Lugar de nacimiento	Población total nacida en el extranjero	VARONES	MUJERES
		Total	Total
Total	1.723	858	865
AMÉRICA	1.458	716	742
Países limítrofes	1.130	562	568
Bolivia	687	358	329
Brasil	101	40	61
Chile	187	83	104
Paraguay	62	26	36
Uruguay	93	55	38
Países no limítrofes (América)	328	154	174
Perú	236	108	128
Resto de América	92	46	46
EUROPA	178	86	92
Alemania	2	-	2
España	66	29	37
Francia	11	7	4
Italia	78	42	36
Resto de Europa	21	8	13
ASIA	80	51	29
China	50	35	15
Corea	8	4	4
Japón	2	2	-
Líbano	9	7	2
Siria	4	1	3
Taiwán	-	-	-
Resto de Asia	7	2	5
ÁFRICA	6	4	2
OCEANÍA	1	1	-

Tabla 1. Población total nacida en el extranjero por lugar de nacimiento. Año 2010

Esta tabla demuestra cuál es el componente de variedad lingüística y cultural, también evidenciado en las encuestas que expondremos en apartados posteriores. Asimismo, los datos resultan particularmente interesantes ya que es en este período y posteriores cuando aumentan las solicitudes de capacitación y personal especializado para el hospital estudiado y otros, que se mencionan anteriormente como los indicios que dan origen a la propuesta de este trabajo.

A este cuadro de situación se le agrega que el estimado de crecimiento de población para la ciudad para el 2021, es del 19,48% aproximadamente, cuyo resultado es de 398.648 habitantes para el año 2021 (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina, 2010).

No podemos determinar cuál será el componente de extranjerismo en el estimado de crecimiento poblacional, pero hicimos uso de las bases de datos del Registro Nacional de las Personas perteneciente al Ministerio del Interior argentino y pudimos identificar un crecimiento intercensal (2001-2010) de la población extranjera en un 17,9%, para cuyo período, las provincias donde más creció la población extranjera en términos relativos fue en La Rioja y Santiago del Estero (Registro Nacional de las Personas, 2010), marcadas en azul oscuro en el gráfico a continuación:

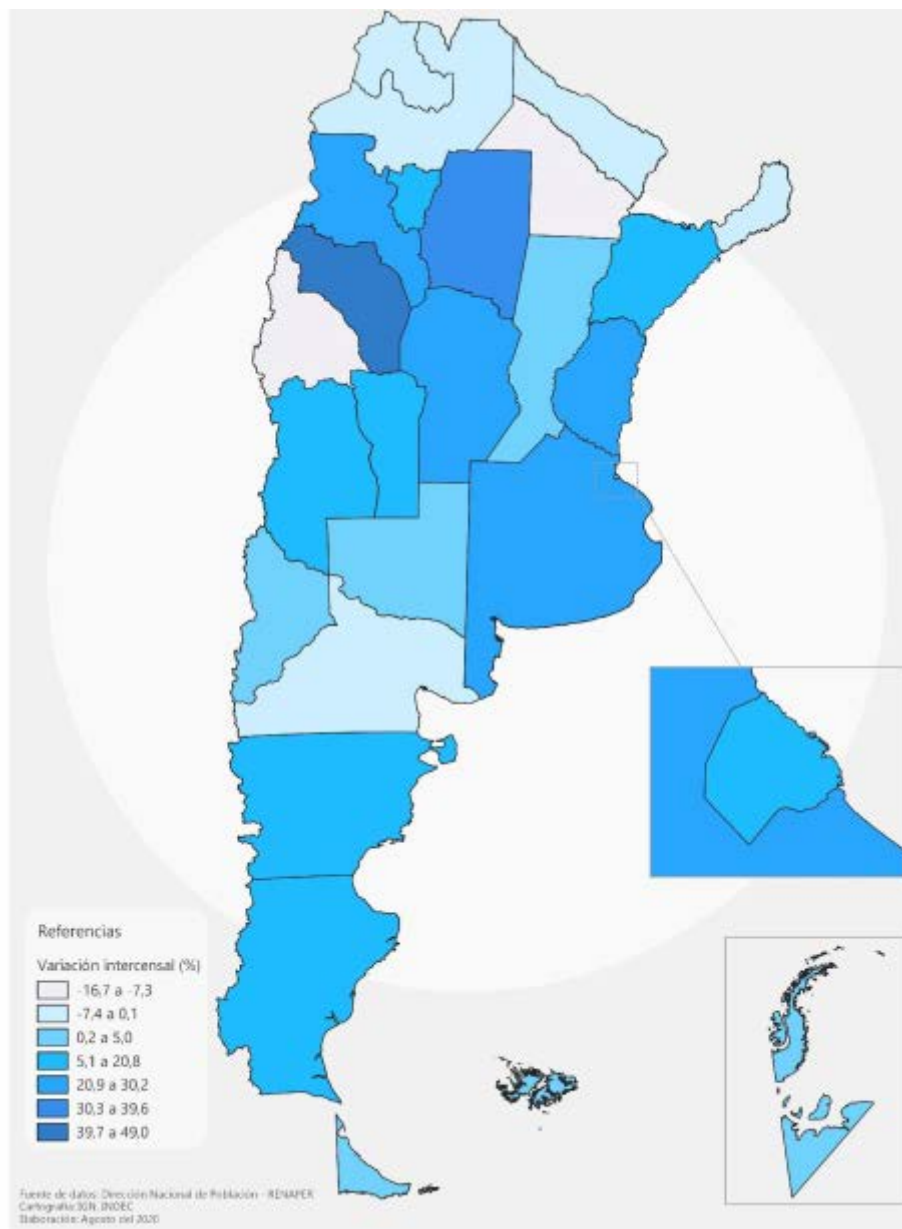


Figura 1. Incremento intercensal de crecimiento de población extranjera (Registro Nacional de las Personas, 2010).

4.2 Descripción del centro de salud

El centro de salud estudiado es un hospital público centrado en la atención integral con un especial énfasis en la atención familiar como el centro de su visión y misión como centro de salud público. El centro depende del Ministerio de Salud Provincial de la Rioja de la República Argentina, con una atención especializada que no será mencionada para la protección de los datos y las identidades, especialmente en los casos en los que los participantes no hayan dado consentimiento para la identificación o individualización personal, de sus pacientes o de las actividades o tratamientos que llevan a cabo profesionalmente.

El hospital en estudio, cuya creación data de aproximadamente 15 años, cuenta con más de 230 plazas para la atención de pacientes en su internación y con la confirmación de una atención ambulatoria de más de 15 especialidades y está integrado por un vacunatorio central, oficina de salud mental, un centro de atención a distancia, especialmente desarrollado y organizado a partir de la situación de pandemia por COVID-19 y una oficina de investigación y articulación con universidades y otras instituciones afines.

Según registros estadísticos, el nosocomio representa aproximadamente el 15% de la atención sanitaria provincial con un total de 1000 empleados distribuidos en sus diferentes áreas. Según el registro, hay una segmentación entre personal matriculado y no matriculado en colegios profesionales, pero para el presente trabajo solo se tuvo en cuenta el cuerpo matriculado conformado por 524 profesionales (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, 2020), ya que el personal sanitario con atención a pacientes es la característica excluyente de la muestra del presente estudio, tal y como figura en el apartado referido a la muestra.

Si bien el hospital cuenta con las especialidades de todo el espectro de atención de pacientes, de internación, tratamiento ambulatorio, cirugía y otras unidades, los mencionados son particularmente evidentes ya que son indicios que nos permiten inferir que el fenómeno de la interculturalidad y la atención de pacientes con características interculturales aún no son tenidas en cuenta como parte de la atención integral del paciente. Por citar algunos ejemplos, existe un área de articulación con investigación y otras instituciones además del centro de atención a distancia, pero la página web aún no cuenta con una versión en otros idiomas además del español. El hospital cuenta con la atención de pacientes pediátricos que, si bien en el presente trabajo no fue tomada en cuenta, hubo menciones referidas al área en las encuestas, aspecto que será considerado en futuros trabajos por las características que este tipo de pacientes posee para la mediación intercultural. Por último, y como se observará en los resultados de las encuestas, la mediación es determinante para el área de salud mental, ya que el lenguaje y la comprensión y conocimiento acabado de ciertos aspectos del lenguaje y las culturas resultan esenciales para la atención satisfactoria de este tipo de pacientes en el área.

5. Análisis de los datos de investigación

Una vez que se cumplieron con los pasos considerados en el plan de trabajo, se procesaron los datos obtenidos para realizar, a posteriori, un entrecruzamiento de información que permita realizar un análisis representativo de la mediación intercultural en el hospital público de la Ciudad de La Rioja.

5.1 Resultados y análisis

Los resultados de las observaciones dieron un gran indicio de cómo comenzar a observar la realidad. Es pertinente decir que solo extrajimos la parte de la información que íbamos a poder utilizar en nuestro trabajo: la realidad de la mediación en el hospital público y no las otras dos porciones de información que quedan pendientes para trabajos futuros, enumeradas a continuación: 1) la necesidad de profesionales especializados para la traducción del material para los centros de investigación y la actividad que llevan a cabo los investigadores y 2) la necesidad de cubrir otros aspectos de la diversidad de pacientes como es el tema de la discapacidad y el analfabetismo.

Entre los resultados de las encuestas, tampoco vamos a tener en cuenta el lenguaje de señas ya que el análisis nos lleva a otros contextos y a la necesidad de analizar otras variables como las instituciones dedicadas al acompañamiento de los discapacitados, la población de discapacidad y el nivel de analfabetismo en La Rioja para el segundo caso en cuestión, entre otras. En tal sentido, acotamos aún más nuestro campo y nos centramos en el tema principal que es el escenario de la mediación y las variables asociadas que se desprenden de este tema principal.

5.2.1 Cuestionarios

5.2.1.1 Preguntas referidas a la distribución de la muestra

En las encuestas participó el personal sanitario médico, cuya muestra representa el 30% de la población médica del hospital que, como figura en el apartado de la muestra, consistió en 169 profesionales matriculados según el registro, distribuidos en áreas de atención según la tabla a continuación:

	N° de encuestas	Porcentaje %
Cardiología	2	1,18
Enfermería en área de internación	20	11,83
Enfermería en área de cirugía	2	1,18
Kinesiología	5	2,95
Kinesiología en sector COVID	4	2,36
Rehabilitación (terapia ocupacional, fonoaudiología)	2	1,18
Dermatología	2	1,18
Alergia e inmunología	1	0,59
Diagnóstico por imágenes	5	2,95
Ginecología y obstetricia	15	8,87
Neonatología	5	2,99
Diabetes	3	1,77
Salud mental	4	2,36
Infectología	1	0,59
Laboratorio	8	4,73
Docencia médica	15	8,87
Nefrología	1	0,59
Neurología	2	1,18
Oftalmología	2	1,18

Pediatría	10	6,00
Traumatología	2	1,18
Servicio de Guardia	20	11,83
Salud sexual y reproductiva	4	2,36
Médico en gestión hospitalaria u otro lugar de coordinación	8	4,73
Vacunatorio	6	3,55
Atención de pacientes	10	5,91
No respondido	10	5,91
TOTAL	169	100,00

Tabla 2. Áreas del hospital donde se desempeña el personal sanitario encuestado

La información de la tabla 2 responde a la pregunta elaborada para indagar sobre el tipo de trabajo o profesión del personal sanitario y el área donde se desempeña. Sin embargo, detectamos que, en algunos casos, la consigna fue malinterpretada ya que había información sobre la atención de pacientes por área, pero sin mencionar cuál es la especialidad del profesional. Lo mismo sucedió con las tareas del servicio de guardia ya que varios profesionales explicitaron que cumplen horas en el área. Para que las respuestas no quedaran duplicadas, extrajimos aquellas que mencionaban las áreas y las colocamos en la casilla correspondiente para que hubiera información acerca de la especialidad y dejamos aquellas respuestas que no tienen información más que el servicio de guardia en su propio grupo.

Un 5.9% no respondió, pero podemos inferir que, al tratarse de una institución establecida en una ciudad pequeña, la especificidad del área o la especialidad del profesional podría llegar a develar algún tipo de identidad y por ello la ausencia de respuesta. En segundo lugar, también pudieron no haber comprendido la pregunta ya que se trató de una pregunta abierta. Por último, la ausencia de respuesta también puede

deberse al tiempo escaso del que dispone el personal sanitario y no hubo respuesta porque se trató de un tipo de pregunta en el que debían redactar.

Estos “inconvenientes” están contemplados en las ventajas e inconvenientes de las encuestas (Torres, et al., 2006) y se mencionan, justamente, la falta de comprensión de las preguntas, el bajo índice de respuestas, entre otros. No obstante, y para los objetivos del presente trabajo, tanta información “desordenada” no representa un problema, ya que como se trata de un trabajo exploratorio, consideramos que mientras más respuestas obtuvimos, más provechoso fue para la información que pudimos recabar.

5.2.1.2 Preguntas referidas a la formación en idiomas del personal sanitario

Las dos preguntas a continuación estuvieron orientadas a indagar sobre el nivel de formación en idiomas del personal sanitario, tal y como figura en las siguientes tablas:

Nivel de formación en inglés

	N° de encuestas	Porcentaje %
Elemental	104	62,13
Medio	37	21,89
Avanzado	15	8,87
Sin conocimiento	8	4,73
Lecto comprensión	2	0,59
No respondió	3	1,77
TOTAL	169	100

Tabla 3. Nivel de formación en idioma inglés del personal sanitario

En esta pregunta se puede apreciar la falta de formación en idioma, en principio, para poder comunicarse en inglés con un paciente, pero existe la posibilidad de que no en todos los casos este idioma “universal” sea compartido por el paciente. Por otro lado, consideramos que se necesita un nivel de conocimiento por encima del elemental para

poder comunicarse fluidamente en un contexto de atención médica y eso no sería posible con un grado de formación elemental o de lecto comprensión como figura en la tabla 3. Asociamos las respuestas no respondidas a la falta de tiempo que suele ser característica del personal sanitario y que por ello excluyeron esta pregunta.

Nivel de formación en otros idiomas

Otros idiomas		
Idioma	Encuestados	Porcentaje %
Francés	5	9,8
Frances elemental	12	23,52
Frances medio	3	5,89
Frances avanzado	2	3,92
Inglés elemental	2	3,92
Inglés avanzado	3	5,89
Inglés	5	9,8
Traductorado médico	2	3,92
Español medio	2	3,92
Español avanzado	3	5,89
Italiano elemental	5	9,8
Italiano	3	5,89
Portugués	2	3,92
Portugués medio	2	3,92
TOTAL	51	100

Tabla 4. Nivel de formación del personal sanitario en otros idiomas, además del inglés

De los 169 encuestados (en Tabla 3), solo 51 respondieron afirmativamente a la pregunta de poseer formación en otros idiomas (reflejado en Tabla 4). Esta información nos permite hacer una inferencia, aunque superficial, importante para el presente trabajo. En primer lugar, casi ninguno de los idiomas resultaría útil para los países de procedencia de los pacientes, salvo el portugués ya que, como pudimos ver en el apartado de realidad poblacional (tabla 1), Brasil se encuentra en el segundo lugar de procedencia de

extranjeros en la ciudad de La Rioja. Nuevamente, el nivel de formación podría llegar a ser insuficiente en el marco de la consulta médica.

La mención del traductorado médico es un dato interesante ya que no existe tal carrera en La Rioja y Argentina, pero de tratarse de un profesional especializado, será más que determinante para la planificación de la mediación en el hospital. Cuando obtuvimos este dato, indagamos sobre la identidad del profesional en la oficina de RRHH e incluso enviamos correos a los profesionales que habíamos contactado para poder entrevistarlos, pero ninguno expresó conocer a algún profesional con tal formación o desempeño en un área específica o idioma del traductor en cuestión.

También descubrimos que en esta respuesta hubo 5 participantes que expresaron tener formación en español y cuando revisamos nuestra base de datos, nos dimos cuenta de que el hospital cuenta con cinco profesionales cuyas lenguas maternas son inglés (2), portugués (2) y alemán (1). Otras respuestas como español-francés, español y “un poco” italiano nos permiten inferir que los conceptos de lengua materna y bilingüismo no están del todo claros, aspecto que deberá revisarse más profundamente en futuros estudios.

5.2.1.3 Preguntas referidas a las experiencias con pacientes interlingüísticos

La información contenida en las tablas 5, 6 y 7 a continuación nos permitió darnos cuenta de un panorama ante el cual el hospital debe estar preparado en caso de contar con pacientes interlingüísticos e interculturales que, de hecho y, como podemos confirmar en este trabajo, es algo que ya está sucediendo en el hospital público estudiado.

En primer lugar, determinamos el número de participantes con ocurrencias de pacientes interlingüísticos a través de una pregunta cerrada como figura a continuación:

	N° de encuestas	Porcentaje %
Si	102	60
No	67	40
TOTAL	169	100

Tabla 5. Número de casos de atención de pacientes interlingüísticos

En segundo lugar, identificamos los idiomas más comunes en las experiencias de atención de pacientes interlingüísticos, es decir pacientes que hablaban otro idioma además del español:

Idiomas	Encuestados	Porcentaje %
Inglés	41	24
Portugués	56	33
Quechua	24	14
Francés	10	6
Chino	8	5
Alemán	10	6
Aimara	2	1,5
Árabe	8	5
Señas	5	3
Dialecto indígena boliviano	2	1,5
Italiano	2	1,5
No respondió	10	6,34
TOTAL	178	100

Tabla 6. Idiomas en casos de atención de pacientes interlingüísticos, además del español

En principio vemos en los resultados de la tabla 5 que solo 102 encuestados respondieron afirmativamente a haber trabajado con pacientes interlingüísticos. No obstante, los resultados de la tabla 6 a continuación parecen evidenciar que 178 participantes respondieron a la pregunta en cuestión. Esta disparidad tiene su razón de ser, y es que cada participante mencionó más de un idioma en su respuesta ya que, evidentemente, han recibido pacientes interlingüísticos en más de una ocasión y de variadas procedencias. Es por ello por lo que los resultados son tan dispares, pero no

menos útiles para la información que pretendemos recabar acerca de la variedad lingüística que caracteriza al grupo de pacientes del hospital. Es importante mencionar en este apartado que la verificación de las bases de datos de pacientes quedará pendiente para futuros trabajos, ya que el hospital no cuenta con los registros tal y como eran requeridos para el presente estudio.

5.2.1.4 Preguntas referidas a las experiencias con pacientes interculturales

Para la información de la tabla 7 a continuación, hubo una pregunta cerrada que indagaba sobre si el personal había tenido experiencias con pacientes interculturales. El número de experiencias afirmativas resultó ser de 137 contra 32 participantes cuya respuesta fue negativa al respecto. En la siguiente pregunta acerca de las religiones/culturas mencionadas, la información quedó distribuida de la siguiente manera:

Religiones/Culturas	Cantidad de menciones⁵	Porcentaje %
Musulmana	36	14,11
Evangelista	23	9,01
Testigos de Jehová	34	13,33
Evangélica	15	5,88
Boliviana	19	7,45
China	6	2,35
Hebrea	2	0,78
Pueblos originarios	15	5,88
Católica	6	2,355
Protestante	2	0,78
Judía	21	8,23
Adventista	13	5,09
Atea	2	1,78
Gitana	15	5,88
Otras	2	0,78
Mormona	9	3,52
Peruana	11	4,31

⁵ Información obtenida a partir de la muestra de 137 participantes con atención de pacientes interculturales

Brasileña	4	1,56
Orientales	2	0,78
Europea	2	0,78
Amish	4	1,56
Yogui	2	0,78
Armenia	2	0,78
Española	2	0,78
Chilena	2	0,78
Paraguaya	2	0,78
Iglesia Universal	2	0,78
TOTAL	255	100%

Tabla 7. Culturas en casos de atención de pacientes interculturales

Nuevamente, la disparidad entre los participantes que mencionaron casos de atención de pacientes interculturales se repite, hecho que representó un número de 255 menciones en total. En esta parte de la interpretación de los datos, consideramos que la “variable” participantes no era tan importante sino qué nivel de ocurrencia había para cada una de las culturas mencionadas.

La experiencia, que involucró un simple análisis para la variedad de culturas en el hospital público, nos permitió verificar la prevalencia de casos interculturales que podrían llegar a ser más complejos que otros a la hora de la atención sanitaria, por las características propias de cada cultura y de cómo podía manifestarse en cada una de las situaciones de atención médica. Al estudiar las maneras en las que se transmiten las culturas, existe un intento clasificatorio en el marco de la mediación intercultural que fue denominado como “ámbitos culturales comunicativos” y definido como una “propuesta de clasificación de los ámbitos de la cultura de acuerdo con su especial naturaleza comunicativa” (Raga Gimeno, 2008). Desde esta perspectiva, la cultura está dividida en los ámbitos a continuación:

- 1) las manifestaciones verbales, 2) la cultura material, costumbres, creencias, 3) las normas administrativas y 4) los patrones de interacción comunicativa. Estos

cuatro ámbitos se caracterizan por su naturaleza continua o discontinua, y por su carácter explícito o implícito, extremos que determinan las formas en que son comunicados. (Raga Gimeno, 2008)

En este marco y para esta pregunta en particular, intentamos determinar en qué culturas hay características que pudieran llegar a obstaculizar la comunicación efectiva entre paciente-personal y por ello intentamos identificar las porciones de información que nos indiquen las características de la variedad de culturas en el hospital público, según cada ámbito mencionado.

La lengua que aparece como primera en la realidad del hospital público estudiado coincide con los ejemplos provistos por los autores, en los que se pone de manifiesto que la lengua árabe y la española presentan “un alto grado de discontinuidad”, lo que significa que entre dos lenguas no hay un término medio. Esta discontinuidad también podría manifestarse en otras lenguas que se observan en el resultado de la tabla, como el aimara, el quechua, o cualquier dialecto de los pueblos originarios o de etnias de países limítrofes que residen en la ciudad de la Rioja y/o que hacen uso del sistema de salud público del hospital. En todo caso, la conciencia de la existencia de estas características tan dispares deberían ser una alerta ya que la lengua árabe y/o la religión musulmana, según la tabla, son cada día más reales por lo que revelan los datos y porque desde el año 2014 se implementó en Argentina y en la Ciudad de La Rioja, el Programa Siria. Este programa, que depende directamente de Presidencia de la Nación, en conjunto con otras organizaciones nacionales e internacionales como la DNM (Dirección Nacional de Migraciones), la OIM (Naciones Unidas para la Migración) y UNHCR-ACNUR (La Agencia de la ONU para los Refugiados), implementó el visado humanitario para dar respuesta al conflicto sirio (Cyment, et al., 2019). El hospital público estudiado no es

ajeno a esta situación en particular, por su incumbencia a través del Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Provincia que juntos implementaron el seguimiento y acompañamiento de los refugiados sirios, aspecto contemplado en la ley que establece el acceso de los refugiados a la Salud (Dirección Nacional de Migraciones, 2016). A pesar de la implementación del programa y de lo que establece la ley, no obtuvimos ningún dato acerca de la existencia de mediadores por tratarse de pacientes con características específicas de idioma y de personas en situación de refugio.

Es importante destacar aquí que aunque parezca que con conocer el idioma resulta suficiente, comprender que hay creencias que llevan a los Testigos de Jehová a no aceptar una transfusión de sangre durante una cirugía, o conocer las características del lenguaje verbal y no verbal de los gitanos, el tratamiento integral del cuerpo, mente y universo de los yoguis o la naturaleza reservada de los amish, demuestra que cada cultura, práctica o creencia que figura en la tabla tiene rasgos arraigados que deben ser estudiados y estar presentes en el ideario de un protocolo de atención de pacientes interculturales con el que debe contar el hospital público.

Mención aparte tienen los pueblos originarios en Argentina que no pueden quedar circunscritos a una zona característica como el norte argentino, ya que, como también vemos en la tabla, hay pacientes que provienen de zonas que cuentan con etnias y grupos que comparten los más variados dialectos provenientes de Perú, Chile, Bolivia y Brasil que también hacen uso del sistema del hospital público estudiado.

5.2.1.5 Preguntas referidas a los recursos para la mediación intercultural

La tabla a continuación evidencia los recursos de los que hace uso el personal sanitario para lograr una atención satisfactoria:

	N° de encuestas	Porcentaje %
Hablaba y entendía el idioma del paciente	74	43,83
A través de un familiar	64	38,35
Aplicaciones tecnológicas	7	4,1
Mediador	2	1,36
Esfuerzo	1	0,68
El paciente hablaba el idioma del personal	2	1,36
Señas	1	0,68
Sin responder	18	9,56
TOTAL	169	100

Tabla 8. Recursos utilizados por el personal sanitario para la atención satisfactoria

La pregunta en cuestión indagaba sobre aquellos casos en los que el personal sanitario consideraba que la atención había resultado satisfactoria y quisimos saber cómo habían resuelto los casos de interferencia intercultural. De los 169 participantes sólo respondieron 155, y como veremos a continuación, la atención no pudo llevarse a cabo en algunos casos o resultó parcial o nada satisfactoria en otros.

Al principio del trabajo de campo, nos tocó dialogar con varios médicos de manera personal acerca de la temática que comenzábamos a indagar y uno de ellos expresó que “la atención de pacientes interculturales no debía ser material de estudio porque la atención está centrada en la dolencia del paciente y para ello no es necesario conocer ninguna otra información” (C.C. emergencias, comunicación personal, 20 de febrero de 2020). La realidad misma del hospital contrasta con esta afirmación ya que la solicitud de capacitaciones y de personal especializado en ciertos casos, nos está demostrando otro escenario.

En un sentido totalmente contrario, otra profesional, pero del área de salud mental también hizo su aporte y expresó que “el conocimiento del idioma y comprender ciertos aspectos de las culturas de los pacientes a veces es determinante para el éxito de los

tratamientos en el área de la salud mental” (M.I. comunicación personal, 20 de febrero de 2020). Una vez más, podemos comprobar los distintos matices que adquiere la interpretación del papel de la mediación según el área a la que pertenecen los profesionales, y también según la visión de cada uno que, evidentemente, está condicionada por la experiencia a la que debe enfrentarse cada profesional en su propio consultorio.

Volvamos a la tabla y hagamos algunas consideraciones más: en primer lugar, la mayoría de los participantes expresó que hablaba y entendía el idioma del paciente. Estos casos, como vimos en las tablas anteriores, se dan en un contexto intercultural y no interlingüístico, es decir que es muy probable que los pacientes hablaran español. Por otro lado, también detectamos que algunos participantes contaban con formación en inglés o cuya lengua “de niño” era el inglés u otras lenguas como el portugués o el francés. La tabla también evidencia que los pacientes hablaban el idioma del personal sanitario o se hizo uso de aplicaciones tecnológicas para la atención.

Teniendo en cuenta todos los casos de comunicación que se evidencian en la tabla 8, consideramos que la atención existió, hasta algún punto, a un nivel satisfactorio. Sin embargo, es importante tener en cuenta que al hacer uso de cualquiera de estas estrategias, “no existe garantía en absoluto de que no vayan a surgir problemas de comunicación, incluso lingüísticos, que puedan desembocar en un conflicto abierto” (Raga Gimeno, 2008) y en las situaciones planteadas, el personal sanitario quedó expuesto a cualquier tipo de desenlace en lo que respecta a la atención de los pacientes en cuestión.

No conocemos los motivos de las consultas de los pacientes en la información que resta considerar, y tampoco pudimos determinar qué significa comunicarse a través de “señas” o con “esfuerzo” al momento de la consulta, como lo señalan los resultados de

las encuestas. La razón de ser de la mediación en su característica de “servir de intermediario en situaciones en las que no existe el conflicto sino más bien la dificultad de comunicación” (Obanos Goñi & Pardo Bailo, 2012) debe ser considerada como primordial y hasta determinante para el contexto de estos casos, como pudimos ver en algunos ejemplos citados en los apartados introductorios del presente trabajo.

5.2.1.6 Preguntas referidas a la figura del mediador intercultural

Las preguntas a continuación estuvieron orientadas a indagar sobre la figura del mediador en el hospital público. En la tabla 9 se anticipó la situación de atención de un paciente intercultural y la pregunta consistió en saber a dónde recurrirían o recurrieron los participantes ante un paciente con las características que impedirían o impidieron la comunicación. La distribución quedó manifiesta en la tabla a continuación:

	Nº de encuestas	Porcentaje %
No sabe	73	43,2
Sector de RRHH del hospital	3	1,78
Universidad	20	11,83
Otro agente sanitario profesional	5	2,96
Psicólogos o Trabajadores Sociales	11	6,51
Coordinador de área del hospital	5	2,96
Traductor	15	8,88
Oficina de orientación al paciente	3	1,78
Centro de Mediación de la Justicia	2	1,18
No hay referencias provinciales para contactar a un mediador	2	1,18
Ministerio de Salud	5	2,96
Colegio profesional	3	1,78
A un familiar que intervenga	3	1,78
Redes Sociales	3	1,78
No hay dónde recurrir	2	1,18
Sin respuesta	14	8,28
TOTAL	169	100,02

Tabla 9. Distribución de solicitud ante la necesidad de mediador

Una de las causas del replanteo de la metodología en el presente trabajo fue la falta de registros de los pacientes interculturales de la manera en la que el presente trabajo requería, de manera que pudiéramos anticipar la atención y poder llevar a cabo la observación correspondiente. De la misma manera, inferimos que la necesidad de un mediador tampoco puede ser anticipada por el personal sanitario y que el mediador deba ser solicitado en el momento, con la posibilidad de que no haya un profesional disponible o con las características requeridas según el paciente. Si este fuera el caso, la tabla evidencia un problema más: el de no saber a dónde recurrir.

Esta pregunta fue pensada, en principio, como una selección múltiple, pero quedó abierta para poder determinar si el grupo estudiado conocía a ciencia cierta a dónde debían recurrir para solicitar un mediador sin tener las opciones a la vista en el diseño de la pregunta. En la tabla [9] el 43% de los encuestados indica que desconoce dónde debe solicitar un mediador. Que la universidad ocupe el segundo lugar en este orden no es casual ya que se ha convertido en un referente del área en los últimos años a partir de las actividades de extensión que desde la Escuela de Lenguas y Extensión e Investigación se realizan para la comunidad. De las actividades llevadas a cabo desde la universidad se desprende la ubicación del traductor en un tercer lugar para dejar al Colegio que nuclea la actividad profesional en un sexto lugar compartido con otros.

	N° de encuestas	Porcentaje %
No	78	46,15
Si	40	23,67
Tal vez	47	27,81
No respondió	4	2,37
TOTAL	169	100

Tabla 10. Nivel de conocimiento de la tarea del mediador

No es una novedad que muchos profesionales deban “defender” o “justificar” la importancia de su profesión. Los mediadores interculturales no son la excepción y prueba de ellos es el trabajo llevado a cabo, a través del cual hemos dejado establecido que es de vital importancia contar con un profesional formado. Aun así, los resultados de nuestro trabajo demuestran, como podemos ver en la tabla 10, que hay que repensar la realidad del mediador en la ciudad de La Rioja, ya que casi la mitad de los encuestados manifestó (46%) desconocer cuál es la tarea concreta del mediador. Un número similar manifiesta duda, con un 47%, en cuanto al papel que desempeña el mediador, pero sabemos que el presente trabajo de campo influyó, en parte, en el resultado de la tabla por el trabajo de campo en el hospital.

La entrevista al informante clave es un claro ejemplo de la situación: en la ciudad de La Rioja hubo un incidente⁶ que involucró al ámbito de la salud y la justicia con la solicitud de un mediador por las características interculturales de las partes involucradas. Para resolver el conflicto se convocó a personal no especializado que actuara como intérprete de varios idiomas según el requerimiento de la justicia. No solamente no convocaron a un mediador profesional, sino que tampoco se reconoció el trabajo de quien “salvó” la situación y, según los datos de nuestra entrevista, obtuvo “apenas el

⁶ El incidente y sus actores referidos no serán mencionados para proteger sus identidades y las de los profesionales y otros participantes involucrados.

reconocimiento económico del transporte hasta el lugar del incidente y nada más.” La transcripción de la entrevista se encuentra en el anexo 3 correspondiente, del presente trabajo.

La última pregunta del cuestionario estuvo orientada a replicar, en parte, uno de los temas polémicos que se debatió en los grupos de discusión y es por qué consideran los participantes que no hay mediadores a disposición para los casos que llegaran a presentarse en el hospital. Los resultados son los siguientes:

	N de encuestas	Porcentaje %
Desconocimiento de la tarea del mediador	75	44,38%
Presupuesto	50	29,59%
Decisiones ejecutivas	33	19,53%
No es necesario	1	0,59%
Desconoce, pero considera que hasta que no sea primordial, no habrá presupuesto.	1	0,59%
Se trata de casos aislados y esporádicos	4	2,37%
Todas	4	2,37%
Sin responder	1	0,59%
TOTAL	169	100%

Tabla 11. Razones de ausencia de mediadores en el hospital público

El primer resultado arroja un 44% de desconocimiento de la tarea del mediador, aspecto que está directamente relacionado con los resultados de la tabla 10: la mayoría no conoce cuál es la tarea y el papel que cumple el mediador en el ámbito sanitario. Las dificultades en la asignación de presupuesto para cualquier área de los servicios públicos en la Argentina son recurrentes. La creciente inflación y la planificación de las áreas prioritarias dejan de lado áreas secundarias, pero no menos importantes como es la de la mediación. En tercer lugar, llama la atención que para algunos participantes la situación pueda ser resuelta de manera muy simple como es una razón ejecutiva y/o que se trata de un área que debería declararse como primordial para el hospital. Evidentemente el grupo

de preguntas restantes contrasta en los resultados en cuanto a que un mediador no es necesario o que los casos de mediación son esporádicos o aislados y por consiguiente no hace falta una intervención por parte de un mediador. Por último, la opción de “todas” también es contradictoria ya que las mismas opciones son elecciones opuestas entre sí.

5.2.1.7 Pregunta referida a las necesidades de mediación

La última pregunta del cuestionario pretendió indagar sobre la importancia de contar con un mediador profesional especializado en casos de atención intercultural. Los resultados quedaron de manifiesto a continuación:

	N de encuestas	Porcentaje %
Muy alta	73	43,2
Alta	35	20,71
Medio	37	21,89
Baja	10	5,92
Muy baja	10	5,92
Sin respuesta	4	2,37
TOTAL	169	100

Tabla 92. Distribución de prioridad asignada a contar con mediador

En la presente tabla hay un acuerdo de casi el 60% con un índice alto de la necesidad prioritaria de contar con un mediador. En todo caso y aunque se trate de un solo paciente intercultural, la participación de un mediador debería ser igual de determinante como lo es el hecho de que un profesional de la salud deba llevar a cabo la tarea de la atención sanitaria. Si la participación de un mediador no es relevante y la atención no tiene lugar, el código profesional que establece que “la salud del paciente será el primer objetivo” en la revisión moderna del código hipocrático (Remis, 2009: 139) no se estaría cumpliendo. Este código en toda su extensión contempla la atención integral del paciente, y por lo tanto es más que pertinente si de un mediador depende su salud, aunque se trate de solo un paciente.

5.2.2 Entrevistas

Atendiendo las recomendaciones al respecto de las entrevistas, diremos que la flexibilidad y la cantidad de información que fue posible reunir a través de la entrevista al informante clave fue excelente (Torres, Paz, & Salazar, s.f.). Sin embargo, consideramos que para este “momento” del trabajo de campo, aún no contábamos con la suficiente información acerca de los detalles del escenario de la mediación cultural en La Rioja y que, para trabajos futuros, llevaremos a cabo este paso después de haber recolectado y analizado la información obtenida a través de otras técnicas como fueron los cuestionarios al personal sanitario en este caso.

La entrevista se llevó a cabo de manera paralela a los cuestionarios al personal sanitario y por ello quedaron pendientes algunas preguntas acerca de, por ejemplo, cuál fue el papel que cumplieron los otros “actores” de la mediación en el incidente mencionado, como el personal sanitario y el/los pacientes. Tampoco indagamos acerca del área o motivo de la consulta del paciente, que en este caso no sería determinante ya que se trató de una emergencia sanitaria, pero sí un dato importante para reunir información acerca de las áreas en las que los pacientes interculturales hacen uso más asiduamente y, por ende, en las que el hospital público debe estar más preparado. Evidentemente, el área de emergencias es una de las prioridades.

En cuanto a los resultados de la entrevista propiamente dicha, podemos, en primer lugar, ratificar lo que ya hemos confirmado en las conclusiones acerca de la figura del mediador: el desconocimiento de la figura del mediador y la desvalorización de su tarea en una situación de atención sanitaria. Por otro lado, los resultados de la entrevista nos permiten validar los datos obtenidos a través de los cuestionarios acerca del contexto de la mediación intercultural en el hospital estudiado: la ausencia de protocolos de atención

de pacientes interculturales, el desconocimiento de la tarea del mediador intercultural, falta de conocimiento acerca de quiénes son los profesionales formados para el tipo de trabajo que requiere la atención de un pacientes con características lingüísticas y/o culturales diversas.

No obstante, lo que más llamó nuestra atención fue la desvaloración del trabajo por el profesional mismo que intervino en el incidente. Asumimos que, en parte, esto se debe a que no se trata de un mediador profesional pero que cuenta con formación profesional que, como cualquier otra, debe ser remunerada. Nuevamente, la mediación es considerada como una mera “transmisión” de mensajes en otro idioma y por ello el pago no es requerido porque se trata de una tarea “sencilla” y se realiza a modo de “colaboración”.

5.2.3 Grupos de discusión

Como dijimos anteriormente, la técnica de recolección de datos a través de grupos de discusión (GD) se llevó a cabo como una manera de hacer una primera aproximación a la temática, previo al paso de la confección de los cuestionarios para el personal sanitario del hospital y las entrevistas a los informantes clave.

La técnica de GD comenzó con un diálogo informal inicial acerca de las actividades a desarrollarse durante la discusión y cuáles serían los objetivos de dicha actividad. A medida que se fue invitando a cada uno de los participantes a participar, se les mencionó las características de anonimato de la actividad, aspecto que fue importante reiterar, especialmente en el primer GD. Esta pequeña introducción que incluyó una presentación por parte de cada uno de los participantes y un momento de preguntas por si

tenían alguna duda, también permitió la distensión de los grupos y la aclaración de detalles a lo largo de la actividad.

Con relación al primer tema de discusión acerca de las tareas de traductores e intérpretes, los participantes de los grupos difícilmente lograron establecer una relación certera entre el trabajo de uno y otro en el primer grupo. El caso del segundo grupo contaba con una mayor experiencia con pacientes interculturales, lo que llevó a un mayor conocimiento acerca de las diferencias entre ambos roles profesionales.

Tampoco se detectó un acabado conocimiento de la profesión en ninguno de los grupos y se destaca una desvalorización de la carrera profesional de los traductores e intérpretes ya que constantemente surgía la noción de “conocimiento de idiomas” como único requisito para poder trabajar en diferentes áreas de la comunicación sanitaria, siempre según el criterio de los participantes del GD. El mediador como profesional no es un rol con el que se hayan encontrado alguna vez ni siquiera en las instituciones sanitarias donde han trabajado, ni de la provincia de La Rioja ni en otras donde también han desarrollado sus profesiones. Se destaca una marcada contradicción entre la importancia del rol de los mediadores y la primera postura del conocimiento del idioma para resolver conflictos de índoles lingüísticas y culturales se reitera. Evidentemente, esto también nos demuestra que a medida que existe un conocimiento más acabado del contexto en el que trabajan los mediadores y cuál sería la contribución que estos harían a la “calidad de la atención sanitaria”, los participantes van evolucionando, por llamarlo de alguna manera, en sus puntos de vista con respecto a la tarea del mediador.

También surge la noción de profesionales médicos con función de mediadores, aspecto que tendremos en cuenta para futuros trabajos, ya que al no tener un conocimiento acabado de la tarea del mediador se mezclan los roles y se hacen sugerencias como la

presente: que los profesionales médicos cumplan, a la vez, la función de mediadores en la atención sanitaria.

Una de las participantes hace referencia al punto de la calidad de atención al paciente e hincapié en la existencia de algunas situaciones en las que una participación más activa y no solo con conocimientos lingüísticos sino culturales, hubieran resuelto de manera más efectiva (y rápida) algunas situaciones de su propia actividad. Como este era un tema central en el presente trabajo y se trataba del participante practicante del islam, se intentó ahondar en la temática, pero no se logró obtener ningún ejemplo de correlación o experiencia desde el punto de vista de una religión o cultura diferente. Se percibe que la sociedad riojana aún tiene vestigios de tradiciones arraigadas y de pocas experiencias en la afluencia de extranjeros, algo que pudo haber influenciado en la participante y, como resultado, no querer quedar expuesta ante el planteo de “problemáticas” de la ciudad en la que ella misma reside. En este sentido, las expectativas generadas a partir de la participación de alguien con una perspectiva cultural diferente no tuvieron los resultados esperados.

Cada uno de los participantes en ambos grupos contó alguna experiencia en la que se encontró y que la participación de un mediador hubiera resuelto los conflictos de una manera más rápida “si es que de verdad los mediadores cuentan con la formación que usted [la investigadora] respondió ante la inquietud en la introducción”, expresado por uno de los participantes. Se evidencia, de esta manera, un grado de descreimiento o hasta asombro al momento en el que la investigadora enumeró las características que poseen los mediadores y su papel en la atención sanitaria.

Desde la perspectiva del consultorio privado no hubo mayor trascendencia, salvo el dato de los *tours* médicos que existen en la actualidad en centros de la ciudad y

provincia de Buenos Aires, aporte hecho por la participante 4, quien expresó “este mercado principalmente existe por las ventajas económicas que ofrece el país al encontrarse en una situación de crisis pero que en ninguno de estos centros de excelencia baja el nivel por el cobro de los honorarios en moneda internacional, aspecto que los beneficia en todo aspecto”. Este planteo se puede llegar a considerar como una nueva perspectiva con respecto a la temática.

Siguiendo con la línea de la participación de los profesionales desde el lugar que ocupa cada uno en la dinámica de atención sanitaria, también se esperaba más del área de trabajo social ya que se pretendía obtener de información acerca de la existencia de protocolos de, por ejemplo, atención al inmigrante. Ninguno de los participantes expresó conocer material de información y promoción o de procedimientos para la atención de pacientes interculturales en las instituciones de salud.

Tampoco hubo un mayor aporte desde la experiencia de uno de los agentes sanitarios dentro de una comisión de género en el hospital público, más que el de la mención de algunas situaciones de interferencia en algunos casos de discapacidad en los que se hacía necesario el uso de lenguaje de señas. El área no formó parte de los objetivos de estudio del presente trabajo, pero será tenido en cuenta para futuros trabajos.

Uno de los participantes hizo un aporte desde la perspectiva del trabajo de los mediadores desde la importancia de contar con un profesional formado exclusivamente para la mediación. Indicó que el factor económico es algo recurrente y manifestó este obstáculo en varias oportunidades. Otra vez surge el requisito “suficiente” de formación en idiomas para el personal del hospital como un aspecto determinante ante dificultades lingüísticas.

Por último, los participantes consideraron que la participación de los mediadores puede “resultar interesante” y en otros casos hasta determinante en ciertas circunstancias como la experiencia aportada por otro participante en el caso de un incidente sanitario “donde hubo que pedir colaboración a otros lugares para que enviaran ‘traductores’ de X y X idiomas”. Para el caso, solo se contaba con traductores (y no mediadores) en un solo idioma en el lugar y que no coincidía con el idioma solicitado para el caso. La situación en cuestión requirió de la participación de, además, un traductor público debido a las actividades de investigación de un equipo extranjero que acudió al país por las características del incidente.

Es importante agregar que los GD dejaron abiertos algunos interrogantes sobre los cuales este trabajo necesita indagar. Para revertir las cuestiones que no se cumplieron con las estrategias planteadas, se consideró que las encuestas en profundidad (EP) podrían llegar a ser una alternativa viable y así reforzar la recolección de datos y utilizar un plan de preguntas semiestandarizadas para mantener la línea del plan original, pero que se siga manteniendo cierta libertad para que los entrevistados hagan todos los aportes posibles al trabajo.

A partir de los sondeos realizados a través de la presente técnica en ambos grupos de discusión, se pudo constatar la necesidad de resolver situaciones que se suscitan día a día en la atención sanitaria de pacientes interculturales y para las que no existe trabajo empírico realizado. Esto nos lleva a la razón principal de la elección de este modelo y es la de llevar a cabo un trabajo de investigación constante para: 1) llevar un registro y asentar los antecedentes en cuanto a experiencias de mediación, 2) hacer un aporte genuino a la investigación en mediación y, por ende, a la atención sanitaria de pacientes interculturales en el hospital estudiado, en principio.

Finalmente, en el sentido pretendido por esta primera aproximación, no se pudo detectar la presencia de mediadores en la ciudad de La Rioja y el hospital público estudiado. En consonancia con la ausencia de profesionales mediadores mencionada, la formación necesaria tampoco trasciende o no es considerada como importante por parte del personal sanitario. No podemos dejar de obviar aspectos de “invisibilidad” de la profesión y del trabajo de los mediadores, a lo que debemos sumar los aspectos presupuestarios que muchas veces suelen ser más que un impedimento para poder lograr un verdadero estudio y trabajo en la temática.

6. Conclusiones y propuestas para la mejora en la atención de pacientes interlingüísticos e interculturales

Debido a que a medida que avanzábamos en nuestro trabajo de investigación, se nos fueron presentando diferentes variables, no nos referiremos en estas conclusiones a las respuestas a interrogantes principales del presente trabajo como un todo sino que nos detendremos en algunas de las instancias que fuimos investigando en el camino y que también arrojaron respuestas parciales sobre los aspectos que consideramos relevantes para poder comprender el panorama completo de la mediación intercultural en el hospital público de la ciudad de La Rioja, estudiado en el presente trabajo.

En este sentido, vamos a extraer los puntos centrales que marcan un paralelismo con los objetivos iniciales desde los que partimos para, de esta manera, poder alinear las conclusiones y los aportes con los objetivos generales y específicos, respectivamente. Es importante mencionar que en algunos casos nos detendremos en el análisis de algunas variables que nos permitan situarnos en el escenario en el que nos encontramos en materia de mediación intercultural en el hospital estudiado y en la ciudad donde está ubicado el hospital en cuestión.

6.1 Conclusiones de los casos de atención y registro de pacientes interculturales

En los objetivos generales se delinearon los ejes referidos a, en primer lugar, determinar la existencia de casos de atención de pacientes interculturales. En consonancia con este primer objetivo, también se intentó identificar en un segundo lugar, si se podía hacer una primera aproximación a las características de los grupos que hacen uso de los servicios de salud del hospital público.

Para responder a estos primeros aspectos, tomaremos como punto de partida, la razón por la que debimos volver a plantear el enfoque metodológico del presente trabajo: el registro de pacientes.

Según un estudio acerca de la Historia Clínica Electrónica (HCE), existe en los diferentes artículos que contempla la normativa de la historia clínica, más específicamente en su Ley 26.529/09, todo el registro y los requisitos con los que debe contar y confeccionarse el registro clínico de un paciente (Donato, 2013: 83). También hay una referencia a la protección de los datos personales en la Ley 25.326/2000 “que revelen origen racial y étnico (...)” y hasta una pequeña referencia a los idiomas en los que deberían ser redactadas las historias clínicas en caso de intercambiar material con organismos internacionales (Donato, 2013: 18). Sin embargo, no existe en la normativa ni en los procedimientos que estudiamos en el presente trabajo de campo, datos que nos permitieran indagar de la manera en la que se requería para el estudio de las instancias de atención intercultural en el hospital público estudiado. No ahondaremos en los detalles, sino que destacaremos en este punto que no pudimos anticiparnos a las situaciones de atención de pacientes interculturales que podrían haber requerido de la presencia de un mediador intercultural, por la simple ausencia de datos de potenciales pacientes interculturales.

En tal sentido, en el trabajo sobre la historia clínica electrónica mencionado más arriba, el Hospital Italiano de Buenos Aires aparece nuevamente como uno de los centros pioneros en la actualización en materia de historias clínicas, aspecto que no llama nuestra atención ya que en la comunicación con la Dra. Mónica Santagata, pudimos corroborar que en los inicios de la implementación del Programa de Asistencia Médica Transcultural

(PAMT) en el Hospital Italiano de Buenos Aires, uno de los primeros aspectos a resolver fue, justamente, el registro (Santagata, M., comunicación personal, 2019).

En el aporte, más que valioso que la Dra. Santagata hizo a este trabajo, fue la revelación de unos de los grandes progresos de su trabajo a través del PAMT que logró, en su implementación, sumar al registro de los pacientes en sus historias clínicas: la ficha de perfil cultural para poder llevar a cabo el registro y seguimiento de pacientes interculturales.

Esta ficha, que debería ser agregada a las historias clínicas del hospital público estudiado permitiría conocer aspectos que a la hora de la mediación cultural resultarían determinantes para el ordenamiento del aspecto intercultural del hospital. A saber:

- preponderancia de los grupos de pacientes interculturales del hospital;
- predominio de los grupos de pacientes interculturales según el país de procedencia;
- preponderancia de las lenguas que predominan en los grupos de pacientes interculturales para una mejor planificación de la capacitación en la diversidad de lenguas que requiere el hospital;
- anticipación de las posibles necesidades de mediación intercultural y preparación de los recursos para la atención de pacientes según sus características idiomáticas, étnicas, culturales, y/o religiosas.

De alguna manera, estas conclusiones estarían respondiendo a los dos primeros objetivos generales. en el hospital público estudiado existen casos de atención de pacientes interculturales, pero aún no se cuenta con la información detallada para poder individualizarlos. Esta individualización permitiría conocer a ciencia cierta cuáles son las

necesidades y los aspectos que deben priorizarse para preparar al hospital público ante posibles situaciones de atención de pacientes interculturales. Asimismo, este registro también permitiría, como fue mencionado en la enumeración, identificar las características de los grupos que hacen uso de la atención sanitaria del hospital. La única aproximación que pudimos llevar a cabo fue a partir de las encuestas al personal sanitario del hospital que denotan un escenario todavía difuso. No obstante, hay que remarcar que el escenario anterior nos sirvió para poder remarcar el aspecto que rescatamos de la experiencia de la Dra. Santagata de la manera en la que debería adaptarse el registro de pacientes interculturales y de los registros que a la materia de atención intercultural concierne con los aspectos más sobresalientes, enumerados más arriba.

6.2 Conclusiones y aportes al campo de la mediación cultural y a la figura del mediador cultural en el ámbito sanitario

Los dos primeros objetivos específicos de 1) conocimiento acerca de las experiencias culturales del personal sanitario, además de 2) las herramientas con las que cuenta el hospital público para el abordaje de los casos de pacientes interculturales están englobados en el último objetivo general: la determinación del conocimiento acerca de la necesidad de la participación de un mediador profesional en la atención sanitaria intercultural.

Los resultados de las encuestas realizadas al personal sanitario del hospital público denotan que no existe en la actualidad información en lo que concierne a la mediación intercultural en sus diferentes aspectos por parte del personal sanitario del hospital público estudiado. El desconocimiento alrededor de este punto, entre otros, queda enumerado a continuación como una lista de falta de conocimiento con respecto a las temáticas de:

- la concepción de la mediación cultural desde su definición misma como una instancia que propicia el entendimiento entre personas y de resolución de conflictos que pudieran suscitarse como resultado de barreras en la comunicación entre el personal del hospital con los pacientes o los familiares de los pacientes que hacen uso del servicio de salud del hospital;
- la concepción de la mediación cultural como una especialización en sí misma para la resolución de conflictos entre individuos o entre grupos debido a la incomunicación por razones lingüísticas y/o culturales;
- la identificación por parte del personal sanitario de ciertas situaciones de atención de pacientes interculturales como instancias de incomunicación cultural en las que debió haber existido un mediador para lograr una atención sanitaria satisfactoria;
- la tarea del mediador profesional y el reconocimiento de su desempeño como resultado de una formación y entrenamiento complementarios de un profesional específicamente formado para el área;
- quiénes son los profesionales que deben intervenir en las situaciones de necesidades de mediación cultural en el ámbito sanitario y las tareas que deben llevar a cabo como personal especializado del área;
- un protocolo de atención de pacientes interculturales ante instancias puntuales de interferencia idiomática y/o cultural;
- los colegios profesionales, profesiones o lugares de consulta acerca de la especialización de un profesional de la mediación y lo determinante de su papel en la atención sanitaria de pacientes interculturales;

- el hecho de que un cierto nivel de formación en idiomas no es suficiente para la atención de pacientes con diferencias lingüísticas y culturales y lo que una situación adversa implicaría;
- la consideración de casos “aislados” o “esporádicos” como mitigantes para considerar la participación de un mediador profesional como poco o nada importante en la atención sanitaria;
- la existencia de datos que confirman que un alto porcentaje del personal sanitario considera que la participación de un mediador profesional sería determinante en la atención sanitaria de pacientes interculturales y aun así no existen políticas orientadas a comenzar a indagar sobre la problemática;
- la concepción por parte de quienes realizan la tarea de mediadores como “tareas sencillas” que no requiere más que una formación en idioma como suficiente para cumplir con el papel de mediador intercultural.

6.3 Protocolos y líneas de acción en materia de mediación intercultural

Este último apartado enmarcaría la última sugerencia que se hace desde la perspectiva aplicada del presente trabajo. Este punto en particular no se encuentra explicitado en los objetivos, pero denota una realidad ante la que estamos parados en materia de mediación intercultural en la ciudad en la que se encuentra enmarcado el hospital estudiado en cuestión.

Según los datos poblacionales en los registros del censo nacional de 2010, la Provincia de La Rioja contaba con una realidad poblacional extranjera de 1.723 habitantes provenientes de las más variadas procedencias de países del mundo y que residían en la Provincia de La Rioja al momento del censo. Ahora bien, cuando conversamos en 2019 con el director de la Dirección Nacional de Migraciones de La Rioja y Catamarca, en ese

momento nos revelaba el incremento en la población extranjera que arrojaba datos de hasta 5000 extranjeros solo para la provincia de La Rioja, datos que pueden ser constatados en declaraciones periodísticas en (El Independiente, 2019).

En parte, este incremento de la población extranjera en la Provincia y Ciudad de La Rioja coincide con el aumento de las solicitudes de personal especializado y de capacitación del personal sanitario del hospital público. Como fuera desarrollado en las consideraciones metodológicas, el presente trabajo no contó con los registros de los pacientes interculturales a través de las historias clínicas del hospital, aspecto que nos hubiera permitido, además de lo explicitado en subapartados anteriores, corroborar la información acerca del incremento, de la atención de pacientes interculturales en el hospital estudiado. No obstante, estimamos que este incremento debe haber existido por las solicitudes referidas al principio de este párrafo.

Además, un protocolo de atención de pacientes interculturales puede confeccionarse a partir de los datos que logren extrapolarse de los registros mencionados y del ordenamiento de las bases de datos. En cuanto a la dinámica de la atención sanitaria en sí misma, también se puede planificar el desarrollo y la confección de un programa de formación de mediadores profesionales. Esto no se llevará a cabo de un momento a otro, pero a partir de los datos e información acerca de cómo y cuáles son las necesidades interculturales del hospital se podrán planificar lineamientos para las acciones, logística y contenidos de los programas de la formación profesional en materia de interculturalidad.

Tanto el análisis del material en materia de modelos de la gestión de la diversidad cultural como las leyes vigentes y la política nacional implementada en torno a la mediación intercultural, nos permite ubicarnos en un escenario que parece promisorio para la implementación de un programa, en principio, de investigación-acción para

futuros trabajos pero que aún es incipiente en cuanto a la participación de mediadores profesionales formados para el ámbito sanitario. Frente a este panorama, el presente trabajo es un puntapié inicial para futuros estudios de índole de investigación-acción para poder comenzar a trabajar concretamente sobre las necesidades de preparación y formación de recursos para casos de necesidad de mediación que llegaran a surgir durante la atención sanitaria de pacientes interculturales.

Para finalizar, es necesario agregar que, durante el proceso de investigación, llamó la atención de esta investigadora que los hallazgos de características “negativas”, por llamarlas de alguna manera, fueron consideradas como aspectos que perjudicarían al funcionamiento o al desempeño del personal que realiza tareas en las áreas estudiadas.

Las instancias y los proyectos de investigación deben ser considerados como altamente positivos para el desarrollo y perfeccionamiento de una institución ya que “la aplicación correcta de herramientas rigurosas legitima la investigación e invita al uso de sus resultados; facilita así la conexión fructífera entre el mundo académico y el industrial” (Yacuzzi, 2005). Tal es así que la investigación debería ser considerada como una herramienta para potenciar la institución y no como un mecanismo que detecta “debilidades” en las instituciones o en las personas que las conforman.

Bibliografía

- Agusti-Panareda, J. (2003). *The complex plasticity of mediation. Intercultural mediators in Catalonia*, Stanford University. Tesis inédita.
- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L., & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8(1), pp. 66-94.
- Américo Cuervo Arango, M. (1993) Metodología de cuestionarios: principios y aplicaciones. Boletín de la Federación Española de Asociaciones de Archiveros, Bibliotecarios, Arqueólogos, Museólogos y Documentalistas, tomo 43, N°3-4, pp. 263-272. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=224222>
- Antonin Martin, M. (2011). *La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña*. Tarragona: Univeritat Rovira i Virgili.
- Arrossi, F., Bengochea, N., Carbonetti, M., González, L., Rusell, G., & Sartori, F. (2017). *Legislación sobre lenguas en la Argentina*. (R. Bein, Ed.) Recuperado de Linguasur: <http://linguasur.com.ar>
- Artaza Barrios, O. (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. *Organización Panamericana de la Salud*, 71.

- Bengochea, N., & Sartori, F. (2017). Lengua de inmigrantes. En R. Bein (Ed.), *Legislación sobre lenguas en la Argentina*, pp. 23-24. Buenos Aires: Linguasur. Recuperado de <http://linguasur.com.ar>
- Bermúdez Anderson, K. (2009). La identidad personal y profesional del mediador mediadora intercultural. En M. Casas, F Collazos y A Qureshi (coords.) *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*, Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa.
- Brown, K. (2016). Mediación en las Naciones Unidas. *Revista de mediación*, pp. 1-8.
- Carbonetti, M., & González, L. (2017). Las lenguas en el ámbito educativo. En R. Bein (Ed.), *Legislación sobre lenguas en la Argentina*, pp. 11-14. Buenos Aires, Linguasur. Recuperado de <http://linguasur.com.ar>
- Carnota, W. (2011). El derecho a la salud en el constitucionalismo provincial argentino. *Revista Jurídica*, 15, 418-442. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1412>
- Comes, Y., & Stolniker, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, XII, pp. 137-143. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941013>
- CONICET. (2006). *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades*. Recuperado de <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/RD-20061211-2857.pdf>

Constitución de la Provincia de La Rioja. (1986). Recuperado de Legislatura La Rioja:

<https://legislaturalarioja.gob.ar/>

Constitución Nacional Argentina. (1994). Argentina.gob.ar. Recuperado de Ley 24430:

<https://www.argentina.gob.ar/>

Cortés, D. E. (2009). La interpretación lingüística. En M. Casas, F Collazos y A Qureshi

(coords.) *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*, pp. 1-15. Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa.

Cresswell, J. W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed method*

approaches (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Cyment, P., Tomé Fuentes, E., Alza, O., Hauptst, L., & Fallas, M. (2019). *Memoria*

Institucional Programa Siria. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones.

Díaz, C. V. (2018). *"Sentirse con derechos": Entre políticas de regularización migratoria*

y prácticas de organización colectiva, una mirada desde la experiencia de la extensión universitaria con migrantes. Facultad de Humanidades y Ciencias de la

Educación. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de

<https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1551/te.1551.pdf>

Dirección Nacional de Migraciones. (2016). *Disposición 4683/2016*. Recuperado de

<https://www.refworld.org/es/pdfid/5a8de1c34.pdf>

Dominguez, C. (2019). *¿Qué conocemos de la salud de las personas migrantes y*

refugiadas? Recuperado de Argentina.gob.ar. Sistema Nacional de Repositorios

Digitales:

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/93994/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Donato, B. M. (2013). *La historia clínica electrónica centrada en el paciente como componente fundamental para la gestión de un sistema de información de salud*.

Universidad de San Andrés, Buenos Aires. Recuperado de Google Scholar.

El Independiente. (2019). *Día del inmigrante: en La Rioja hay cerca de 5000*

extranjeros. El Independiente. Recuperado de

http://www.fenix951.com.ar/nuevo_2013/noticia.php?id=144192

García Beyaert, S., & Serrano Pons, J. (2009). *Recursos para superar las barreras*

linguístico-culturales en los servicios de salud. Madrid: Ergon.

García Beyaert, S., & Serrano Pons, J. (2009). Recursos para superar las barreras

linguístico-culturales en los servicios de salud. En J. Morera Montes, A. Alonso

Babarro y H. Huerga Aramburu (eds.) *Manual de atención al inmigrante*. Madrid:

Ergon, pp.53-66.

García Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la*

interculturalidad. Barcelona: Gedisa.

Gil Flores, J. (1992). *La metodología de investigación mediante grupos de*

discusión. Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica, 10.

Recuperado de <https://revistas.usal.es/index.php/0212-5374/article/view/4179>

Giménez Romero, C. (2007) "¿Por qué estamos aquí y cómo hemos llegado? Sobre las

etapas, retos, oportunidades y riesgos de la mediación intercultural". *De @cuerdo*.

Revista para la divulgación de la mediación, 4, pp. 5–14.

- Giménez, Gilberto (2002). *Globalización y cultura*. Estudios Sociológicos, XX (1), 23-46. ISSN: 0185-4186. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59805802>
- Goldberg, A., & Silveira, C. (2013). Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*, 22(2), pp. 283-297. doi:10.1590/S0104-12902013000200003
- Grupo Triángulo. (s.f.). *Materiales de formación en mediación intercultural elaborados por el Grupo Triángulo*. Recuperado de
<https://www.redesinterculturales.org/wp-content/uploads/2017/06/Formaci%C3%B3n-MI.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. (2010). *INDEC*. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/>
- Kiernan, J. P. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 8(1).
Recuperado de Organización Panamericana de la Salud:
<https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
- La Caixa. (2015). *Juntos por la convivencia. Claves del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural*. Barcelona: Obra Social La Caixa.
- Ley de Migraciones 25871. (2003). *Dirección Nacional de Migraciones*. Recuperado de <http://www.migraciones.gov.ar/>
- Mejía Navarrete, J. (2014). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*, 8(13), pp. 277-299.

- Mendieta Izquierdo, G. (2015). Informantes y Muestreo en Investigación Cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1148-1150. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239035878001.pdf>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. doi:10.1590/S1413-81232003000100014
- Meo, A. I. (2010). Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social. En L. Gómez Encinas (Ed.) *Aposta. Revista de Ciencias Sociales* (44), pp. 1-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495950240001>
- Nevado Llopis, A. (2013). *La comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. Propuestas de mejora desde la interpretación en los servicios públicos y la mediación lingüística y cultural*. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.
- Obanos Goñi, S., & Pardo Bailo, C. (2012). *Programa de mediación lingüística e intercultural itinerante para la comunidad foral de Navarra*. Navarra: Gobierno de Navarra.
- Pérez-Sánchez, R., & Viquez-Calderón, D. (2010). *Los grupos de discusión como metodología*. Costa Rica: Actualidades en Psicología.

- Prats San Román, G., & Uribe Pinillos, E. (2009). La mediación intercultural. En F. Collazos, A. Qureshi, & M. Casas (Edits.), *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*, pp. 1-15. Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa.
- Qureshi Burckhardt, A., Wara Revollo, H., Collazos, F., Visiers Wurth, C., & El Harrak, J. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental*(35), pp. 56-66.
- Raga Gimeno, F. (2008). *Mediaciones interculturales*. Lynx, Universitat de València.
- Raga Gimeno, F. (2014). Introducción: La interacción comunicativa intercultural como realidad integral. Grupo CRIT: *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares.
- Raga Gimeno, F. (2019). Interlinguistic and intercultural mediation at a standstill: causes and effects. En Emilio Di Maria (ed.) *Health right across the Mediterranean tackling inequalities and building capacities*. Génova, Università di Genova, pp. 69-82.
- Raga Gimeno, F. (s.f.). *Material de clase: Metodología cualitativa de la investigación en las ciencias sociales*. Universitat Jaume I.
- Registro Nacional de las Personas. (2010). Recuperado de Ministerio del Interior de Argentina:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/migracion_en_argentina_dnp.pptx_.pdf
- Remis, J. A. (2009). Pasado y presente del juramento Hipocrático. Análisis de su vigencia. *Revista Argentina de Radiología*, 73(2) pp. 139-141.

- Santagata, M. (2005). Diversidad cultural y salud, otra perspectiva para alcanzar la equidad. Efectos de la implementación del “Programa de Asistencia Médica Transcultural” (PAMT) en el Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 25(1), pp. 8-11.
- Sartori, F., & Bengochea, N. (2017). Las lenguas de los pueblos originarios. En *Legislación sobre lenguas en la Argentina*, pp. 15-18. Buenos Aires: Linguasur.
- Sartori, G. (1999). *Homo videns. La sociedad teledirigida*. (A. Díaz Soler, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Taurus.
- Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino. (2020). Recuperado de <https://sis.ms.gov.ar/sisa/>
- Stival, M. (2018). *Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural Un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario*. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras. Recuperado de http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/9980/uba_ffyl_t_2018_se_stival.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Torres, M., Paz, K., y Salazar, F. G. (2006). Métodos de recolección de datos para una investigación. Repositorio UDGVirtual. Universidad de Guadalajara. *Boletín electrónico*, 3, pp. 12-20. Recuperado de http://fgsalazar.net/LANDIVAR/ING-PRIMERO/boletin03/URL_03_BAS01.pdf
- Verrept, H. (2004). Mediación intercultural en la atención sanitaria belga. *Quadern Caps*, 32, pp. 31-39.

Vidal, M. (17 de 09 de 2019). *Las prácticas preventivas en un Centro de Salud de la Red*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de Universidad Nacional de Rosario: <https://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/16689>

Vuori, J., & Hokkanen, S. (2020). Empirical Designs in PSIT Studies. *FITISPos International Journal*, 7(1), 110-137. Recuperado de <https://fitisposij.web.uah.es/OJS/index.php/fitispos/article/view/243>

Williams, J., & Chesterman, A. (2014). *The Map: A Beginner's Guide to Doing Research in Translation Studies*. Londres. Routledge.

Yacuzzi, Enrique (2005) *El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación*. Serie Documentos de Trabajo, No. 296, Universidad del Centro de Estudios Macroeconómicos de Argentina (UCEMA), Buenos Aires.

Anexos

Anexo 1: Guía de grupos de discusión

1) Introducción:

Momento de distensión, preguntas introductorias acerca de profesiones, lugares de trabajo y posición dentro de los centros de salud donde trabajan.

2) Indicaciones acerca de la técnica e implicancias de confidencialidad y anonimato. Descripción e introducción breve a la temática. Momento para hacer consultas y preguntar dudas.

3) Planteos de temas y situaciones a ser tratadas a lo largo de la aplicación de la temática.

4) Temas:

a) Conocimiento acerca de la diferencia entre traductor e interprete.

b) Nivel de conocimiento acerca de la tarea de un mediador interlingüístico e intercultural en el ámbito sanitario.

c) Importancia acerca del papel del mediador, en sus tareas profesionales y desde la perspectiva de las instituciones sanitarias: profesionales, económicas y políticas.

d) Nivel de conocimiento de protocolos para la atención de pacientes interlingüísticos e interculturales.

e) Razones por las cuales no se implementa un programa de mediación profesional en el ámbito sanitario.

Anexo 2: Cuestionario para el personal sanitario del hospital público

Título: La mediación en salud. Tiempo estimado de realización del cuestionario: 1-2 minutos

Saludo:

Estimado participante: el presente cuestionario está destinado al personal que dedique su actividad al ámbito sanitario desde cualquiera de las áreas que conforman el Hospital "X" (personal médico, de enfermería, auxiliar, de laboratorio, técnico y/o administrativo **que esté en contacto con pacientes**) de la Ciudad "X".

Los resultados que se obtuvieren a partir del presente cuestionario son totalmente anónimos y los datos serán utilizados con el único fin de investigación. Agradecemos su participación y quedamos a disposición en la siguiente dirección de correo electrónico: correo@gmail.com para consultas y/o información.

Este cuestionario se encuentra dentro del marco del Proyecto de TFM que pertenece al Máster en Investigación en Traducción e Interpretación de la Universitat Jaume I a cargo de Trad. Trinidad A. Guardia.

Preguntas:

Nacionalidad

Área de trabajo, ejemplos: atención de pacientes en ginecología, recepción de pacientes en administración, atención de pacientes en enfermería, etc. (Si quisiera, puede expandirse en su respuesta.)

Lengua materna [es decir, la lengua (o lenguas) que aprendió de niño]

Nivel de Inglés

Sin conocimiento

Elemental

Medio

Avanzado

Otro

¿Nivel de otro Idioma? (Indicar nivel: elemental, medio o avanzado)

7) ¿Atendió alguna vez a un paciente que hable otro idioma además del español?

Si

No

Si la respuesta es sí ¿qué idioma hablaba el/los paciente/s? (Puede especificar más de un idioma)

¿Atendió a algún paciente de otra cultura o religión?

Si

No

Si la respuesta es sí, ¿a qué cultura o religión pertenecía el/los paciente/s? (Puede especificar más de una)

Si el paciente hablaba otro idioma, ¿cómo se comunicó?

Hablaba y entendía el idioma o cultura del paciente.

Me comuniqué a través de un familiar o allegado que hizo de mediador.

Llamé a un mediador profesional.

Utilicé aplicaciones tecnológicas.

No me comuniqué con el paciente.

Otro

Si no se comunicó con el paciente, elegir una opción a continuación:

No hablaba o entendía el idioma del paciente.

No estaba acompañado de un familiar o allegado que hiciera de mediador.

No hay mediadores en mi institución.

No sé utilizar las aplicaciones tecnológicas.

Otro

Según su experiencia, conocer o no el idioma y/o la cultura del paciente, ¿influye en la atención? ¿Por qué?

¿Escuchó de un protocolo de atención de pacientes de otros idiomas o culturas en su institución sanitaria?

Si

No

Otro

Si su institución no cuenta con mediadores (especialistas en lenguas y/o en culturas) ¿a qué le atribuye su ausencia?

Desconocimiento de la tarea del mediador

Razones presupuestarias

Razones ejecutivas (de decisión)

Otro

¿Ud. conoce cuál es la tarea de un mediador profesional en la atención de pacientes?

Si

No

Tal vez

Otro

Si tuviera que acudir a un mediador profesional, ¿a dónde recurriría?

¿Qué prioridad le asigna a contar con un mediador en la atención de este tipo de pacientes?

Muy alta

Alta

Neutral

Baja

Muy baja

Anexo 3: Guía para la entrevista a informante clave

Entrevista a informante clave:

Se procede a explicar al informante clave cuál es el marco en el que se le hará la entrevista sin profundizar en la temática o al papel de los mediadores culturales. También se le explican los procedimientos para anonimizar el material y su participación en la situación.

¿Nombre y apellido?

-AA

¿Título/profesión?

-Profesor en Lengua

¿Lugar de trabajo?

-Instituto de idiomas

¿Tuvo alguna experiencia con pacientes interlingüísticos e interculturales en contextos sanitarios?

-No sabría responderte porque no sé de qué se trata el tema. Puedo hacer algunas inferencias, pero no estoy seguro de qué se trata.

(La investigadora procede a desarrollar la temática)

¿Estuvo involucrado en la atención sanitaria de pacientes migrantes de procedencia XX?

-Si

¿Cuál fue su papel?

-La de intérprete.

¿Ud. tiene formación en mediación cultural?

-No

¿Conoce de qué se trata o cuál es la tarea del mediador cultural?

-Ahora sí pero antes desconocía.

¿Aplicó algún protocolo o procedimiento para el desempeño de su tarea como intérprete en el caso?

-No, trabajé como me solicitaban o cuando yo consideraba necesario que debía intervenir porque en algunos momentos hablaban en otro idioma.

¿Le solicitaron que hiciera alguna tarea para la que Ud. considera que no estaba preparado?

-Ya había tenido experiencia como intérprete, pero al tratarse de una emergencia no tuve tiempo de prepararme y el uso del vocabulario técnico me complicó un poco la tarea.

¿Cómo resolvió los obstáculos de desconocimiento?

-Considero que no estaba preparado, pero por tratarse de casi la única persona que podía hacer de intérprete lo hice. Recurrí a la tecnología para buscar el significado de alguna terminología demasiado especializada.

También me solicitaron la traducción de material, pero no soy traductor público/jurado.

¿Cuál fue el procedimiento a través del cual lo contactaron?

-A través del instituto. El gobierno le pidió colaboración a mi jefa.

¿Presentó/solicitó el pago de los honorarios correspondiente a la tarea que realizó?

-No

¿Por qué?

-Porque era una colaboración de la institución.

Pero Ud. no es la institución, es un profesional que trabaja para la institución.

-Al ser parte de la institución, debía trabajar gratis porque era un compromiso asumido por mi jefa.

¿Algún otro comentario que considere pertinente?

-Debería haber personal preparado para estas instancias, para mí fue muy estresante. Aprendí mucho, pero me hubiera gustado estar más preparado y además recibir algo más que un “cepillo de dientes” como pago por el trabajo que realicé durante varios días en otro lugar alejado de mi familia y otros compromisos laborales.

Anexo 4: Tablas

Tabla 1. Población total nacida en el extranjero por lugar de nacimiento.

Tabla 2. Áreas del hospital donde se desempeña el personal sanitario encuestado

Tabla 3. Nivel de formación en idioma inglés del personal sanitario

Tabla 4. Nivel de formación del personal sanitario en otros idiomas, además del inglés

Tabla 5. Número de casos de atención de pacientes interlingüísticos

Tabla 6. Idiomas en casos de atención de pacientes interlingüísticos, además del español

Tabla 7. Culturas en casos de atención de pacientes interculturales

Tabla 8. Recursos utilizados por el personal sanitario para la atención satisfactoria

Tabla 9. Distribución de solicitud ante la necesidad de mediador

Tabla 10. Razones de ausencia de mediadores en el hospital público

Tabla 11. Razones de ausencia de mediadores en el hospital público

Tabla 12. Distribución de prioridad asignada a contar con mediador

Anexo 5: Gráficos

Figura 1. Incremento intercensal de crecimiento de población extranjera.