

**ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE MEDIACIÓN
INTERLINGÜÍSTICA Y/O INTERCULTURAL
EN LOS CENTROS DE SALUD DE BURRIANA (CASTELLÓN):
ESTUDIO DIAGNÓSTICO**



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

Trabajo investigación final de Máster

AUTOR: Juan Miguel Membrado Trilles

TUTORA: Dra. Dora Sales Salvador

MÁSTER UNIVERSITARIO EN TRADUCCIÓN MÉDICO-SANITARIA

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	6
2. OBJETIVOS	7
Objetivos fundamentales.....	7
Objetivos adicionales	7
3. HIPÓTESIS	8
4. MARCO TEÓRICO: ESTADO DE LA CUESTIÓN	8
5. METODOLOGÍA.....	16
5.1 Muestra	17
5.1.1 Población inmigrante	17
5.1.2 Personal sanitario.....	19
5.2 Criterios de inclusión/exclusión.....	19
5.3 Plan de trabajo	20
5.3.1 Elaboración de encuestas	20
5.3.1.1 Carta de presentación	20
5.3.1.2 Cuestionario	21
5.3.2 Definición de las responsabilidades de los coordinadores de los centros de salud.....	22
5.3.3 Distribución de las encuestas.....	23
5.3.3.1 Distribución al personal sanitario.....	23
5.3.3.2 Distribución a los pacientes.....	23
5.3.3.3 Cronograma	24
5.3.4 Recogida y análisis de datos	25
5.4 Consideraciones éticas	25
6. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	26
6.1. Descripción de la población en Burriana.....	26
6.2. Descripción de los centros de salud de Burriana	27
7. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	29
7.1. Participación en las encuestas	29
7.2 Limitaciones y sesgos	32
7.3 Descripción del análisis y resultados	34
7.3.1 Encuestas al personal sanitario	34
7.3.2 Encuestas a pacientes	49
8. CONCLUSIONES.....	62
9. PROPUESTA PARA LA INVESTIGACIÓN FUTURA	65
10. BIBLIOGRAFÍA	68

11. ANEXOS:.....	70
11.1 CARTAS DE PRESENTACIÓN Y ENCUESTA PERSONAL SANITARIO	71
11.2. CARTAS DE PRESENTACIÓN Y ENCUESTA PACIENTES.....	74
A. Castellano.....	75
B. Francés	78
C. Rumano	81
D. Árabe.....	84
11.3. CERTIFICADO APROBACIÓN DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE LA PLANA	87
11.4 FÓRMULAS PARA HALLAR LA MUESTRA Y PARA HALLAR EL COEFICIENTE DE CONFIANZA	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Zonificación y distribución población centros de salud de Burriana.....	29
Figura 2: Distribución de pacientes por servicios atendidos	31
Figura 3: Veces que los pacientes son atendidos.....	32
Figura 4: Respuestas pregunta 1 sanitarios.....	34
Figura 5: Respuestas pregunta 2 sanitarios.....	35
Figura 6: Respuestas pregunta 5 sanitarios.....	35
Figura 7: Respuestas pregunta 7 sanitarios.....	35
Figura 8: Respuesta pregunta 8 sanitarios	35
Figura 9: Respuestas pregunta 11 sanitarios.....	36
Figura 10: Respuestas pregunta 12 sanitarios.....	37
Figura 11: Respuestas pregunta 13 sanitarios.....	38
Figura 12: Respuestas pregunta 2 sanitarios	40
Figura 13: Respuestas pregunta 4 sanitarios.....	40
Figura 14: Respuestas pregunta 6 sanitarios.....	41
Figura 15: Respuestas pregunta 9 sanitarios.....	41
Figura 16: Respuesta pregunta 10 sanitarios	42
Figura 17: Respuestas pregunta 14 sanitarios.....	42
Figura 18: Respuesta pregunta 16 sanitarios	43
Figura 19: Respuestas pregunta 17 sanitarios.....	43
Figura 20: Respuesta pregunta 15 sanitarios	44
Figura 21: Respuesta pregunta 1 pacientes.....	49
Figura 22: Respuesta pregunta 2 pacientes.....	50
Figura 23: Respuesta pregunta 3 pacientes.....	50
Figura 24: Respuesta pregunta 4 pacientes	51
Figura 25: Respuestas pregunta 5 pacientes	51
Figura 26: Respuesta pregunta 6 pacientes.....	52
Figura 27: Respuestas pregunta 10 pacientes	52
Figura 28: Respuesta pregunta 11 pacientes.....	53
Figura 29: Respuestas pregunta 13 pacientes	54
Figura 30: Respuestas pregunta 7 pacientes	55
Figura 31: Respuestas pregunta 8 pacientes	55
Figura 32: Respuestas pregunta 9 pacientes	56
Figura 33: Respuestas pregunta 12 pacientes	56
Figura 33: Nacionalidades que presentan problema cuando el médico es del sexo contrario	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Total inmigrantes por grupos de países	17
Tabla 2: Muestra ideal por países y sexo.....	18
Tabla 3: Muestra obtenida por países y sexo.....	18
Tabla4: Habitantes extranjeros en Burriana por nacionalidades y sexo.....	26
Tabla 5: Distribución respuestas de sanitarios por edades	29
Tabla 6: Participación de pacientes por nacionalidad y sexo	30
Tabla 7: Respuestas pregunta 1 pacientes por centro de salud.....	58
Tabla 8: Respuestas pregunta 2 pacientes por centros de salud	58
Tabla 9: Respuestas pregunta 3 pacientes por centros de salud	58
Tabla 10: Respuestas pregunta 7 pacientes por centros de salud	59
Tabla 11: Respuestas pregunta 8 pacientes por centros de salud	59
Tabla 12: Respuestas pregunta 11 pacientes por nacionalidad.....	60
Tabla 13: Respuestas pregunta 3 pacientes por nacionalidad.....	61

1. DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO:

La razón principal que ha propiciado el presente estudio es la preocupación que me ha suscitado el hecho de observar cómo en un ámbito tan importante como es el sanitario existen personas en la localidad de Burriana que todavía se encuentran con dificultades para comunicarse con los sanitarios, dándose incluso situaciones de completo desamparo.

Mediante este estudio me gustaría tener la oportunidad de reflexionar sobre la situación actual y demostrar la necesidad de un mediador interlingüístico y/o intercultural que medie entre el paciente y el sanitario.

Hoy en día, y tras un continuo proceso de globalización, nos encontramos en una situación en la que personas de distinta procedencia, distinto idioma y distinta cultura conviven en un mismo lugar. Existen multitud de situaciones cotidianas en las que ciudadanos de distintas culturas tienen necesidades comunicativas específicas que necesitan ser resueltas, y, a menudo, dichas necesidades tienen un componente no sólo lingüístico, sino cultural, que a veces interfiere en el más estricto sentido de la comunicación verbal.

Cuando se trata de culturas distantes –en el amplio sentido de la palabra–, se produce en ocasiones un choque cultural que puede constituir una barrera comunicativa, la cual puede dar lugar desde un simple malentendido hasta un conflicto derivado de un error o confusión en el trasvase de información que puede resultar en una ofensa debido a un matiz cultural desconocido por un interlocutor.

Uno de los ámbitos con mayor número de casuísticas, alejado del ámbito cotidiano, es el médico-sanitario, el cual conlleva un proceso que comienza con la entrada de un paciente en el centro de salud y que termina cuando este paciente sale hacia su casa. Parece además, que los pacientes, una vez en este entorno, se encuentran en una situación de vulnerabilidad y con una sensación de cierta desventaja. Por este motivo, la figura mediadora, interlingüística y/o intercultural, es de gran importancia.

La finalidad de este estudio es plantear, mediante un análisis descriptivo, si existe o no necesidad de mediación interlingüística y/o intercultural de los dos centros de salud de la localidad de Burriana, en la que, hoy en día, aproximadamente el 20% de la población es

inmigrante, y procedente de más de 70 países diferentes. Para ello analizaremos a qué problemas tanto de índole lingüística como cultural se enfrentan el personal trabajador del centro de salud y el propio paciente en el proceso de atención correspondiente –desde la atención en primera instancia en el mostrador hasta la consulta en sí, explicación del diagnóstico e instrucciones posteriores.

Para el estudio de caso hemos tomado como base los dos centros de salud de Burriana, y los dos sectores implicados en la interacción sanitaria: personal trabajador de los centros de salud –ya sea sanitario o no–, y los pacientes inmigrantes.

Para poder llevar a cabo el estudio dentro de los centros de salud hemos elaborado un proyecto, que ha sido aprobado por la Comisión de Investigación Clínica del Departamento de La Plana de Villa Real, avalándolo y autorizando a que se lleve a cabo.

En el Anexo 11.3 se adjunta dicho documento de aprobación del proyecto.

2. OBJETIVOS

Objetivos fundamentales:

El principal objetivo de este estudio es averiguar, mediante un análisis descriptivo, si existe o no necesidad de mediación interlingüística y/o intercultural de los dos centros de salud de la localidad de Burriana. Para ello analizaremos los problemas, de índole lingüística y cultural, a los que se enfrenta tanto el personal trabajador del centro de salud como el propio paciente en el proceso de atención correspondiente –desde la atención en primera instancia bien en el mostrador, o bien por teléfono, hasta la consulta en sí, que comprende tanto el propio examen médico como la explicación del diagnóstico e instrucciones posteriores.

Entenderemos personal trabajador del centro de salud a todo el personal que en el proceso de atención al paciente tenga algún contacto comunicativo con los pacientes inmigrantes.

Objetivos adicionales:

1. Averiguar qué nacionalidad o cultura presenta mayores problemas de comunicación.
2. Averiguar cómo cada parte implicada en el proceso de atención sanitaria (pacientes y sanitarios) resuelven sus barreras lingüísticas y/o culturales.

3.HIPÓTESIS

Los pacientes inmigrantes, cuya lengua y/o cultura distan de la local, encuentran barreras comunicativas y/o culturales cuando acuden a un centro de salud sin ayuda de un mediador interlingüístico y/o intercultural.

4. MARCO TEÓRICO: ESTADO DE LA CUESTIÓN

El contexto en el que se enmarca el presente trabajo parte de la perspectiva integrada entre el ámbito de la traducción y la interpretación en los servicios públicos (TISSPP) y el de la mediación intercultural. De hecho, optaríamos por hablar directamente de mediación interlingüística e intercultural, pero vamos a esbozar un breve panorama descriptivo para ubicarnos.

Las recientemente creadas sociedades multiculturales que se han ido formando en las sociedades occidentales presentan unas necesidades comunicativas tanto interlingüísticas como interculturales en múltiples campos. Estas necesidades, que demandan respuestas, observamos cómo se interrelacionan y se retroalimentan en dos ámbitos: el ámbito de la mediación intercultural y el de la interpretación en los servicios públicos. Es aquí donde se apuesta por la perspectiva integrada de la traducción e interpretación en los servicios públicos (TISSP), y, para dar respuesta a ello, surge la figura del mediador interlingüístico/intercultural.

Sin embargo, uno de los primeros problemas de la traducción/interpretación en los servicios públicos es su definición, la cual revela la falta de acuerdo en lo relativo a la delimitación de su campo de acción. Se puede observar que existe una gran variedad de denominaciones para esta actividad intercultural:

En inglés se conoce principalmente como *Community Interpreting and Translating* o *Public Services Interpreting and Translating*, aunque existen otras denominaciones como *Liaison Interpreting*, *Interpreting and Translating in Social Services*, así como términos diferentes para referirse a sus practicantes: *Health Care Interpreters*, *Medical Interpreters*, *Cultural Interpreters*, *Community Interpreters*, *Legal Interpreters*, etc. No obstante en Inglaterra, y en general en Europa, se prefiere la denominación *Public Services Interpreting* en lugar de *Community Interpreting*, denominación utilizada en otros países pioneros en el desarrollo de esta actividad y a los que debemos la denominación y gran parte de la bibliografía existente, como EE.UU., Canadá, Australia o Nueva Zelanda.

La razón principal parece ser una cuestión práctica: evitar la confusión con la intensa actividad de traducir documentos e interpretar a todas las lenguas de los países que componen la Unión Europea. En los países de habla hispana se ha optado por la traducción de las diversas denominaciones en inglés, siendo las más comunes *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (T/ISSPP)* o *Traducción e Interpretación Social*. La primera denominación es, como su nombre indica, la que utiliza el Grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (FITISPos) de la Universidad de Alcalá, Madrid, (<http://www2.uah.es/traduccion/>), la segunda ha sido la adoptada por el grupo de la Universidad de Granada hasta hace relativamente poco.

En la Universidad de Granada, donde la cabeza investigadora más visible a este respecto es la profesora Anne Martin, se hablaba de interpretación social, pero desde mediados-finales de 2005 la profesora Martin ha tomado la decisión de homogeneizar las denominaciones, como paso hacia la consolidación de este ámbito, y opta por hablar de interpretación en los servicios públicos.

Al igual que existen diferentes opiniones respecto al campo de acción del intérprete/mediador, también existe divergencia de opiniones sobre su función, yendo desde posturas que defienden el mero trasvase lingüístico, es decir, el mediador como intérprete exclusivo de una lengua, hasta las que defienden la postura en la que prima el trasfondo cultural o defensa activa del usuario (el término inglés que define este último es *advocacy*).

Bischoff (2013) defiende que la acción del mediador es múltiple, y sostiene que tiene que desempeñar trabajos de interpretación (trasladar mensajes e intenciones), mediación intercultural (con el fin de sortear barreras culturales que puedan existir entre los dos interlocutores), apoyo y defensa del paciente (el ya mencionado término *advocacy*) y co-responsabilidad terapéutica (cuando éste tiene formación sanitaria, como puede ser un enfermero bilingüe), y también actuar como agente comunitario de salud, estableciendo puentes entre los servicios de salud y determinados colectivos.

Lo cierto es que tal y como afirma Bischoff, los trabajos empíricos que se han venido desarrollando en este campo demuestran que el traductor o intérprete no sólo lleva a cabo un mero trasvase lingüístico sino que une funciones de coordinación, mediación o negociación de significados culturales o sociales.

Pese a que no existe ningún acuerdo consensuado sobre el campo de acción de esta actividad traductora, algunos investigadores de ámbito internacional postulan al respecto:

Según Wadensjö (1998), T/ISSPP se refiere a un tipo de interpretación que tiene lugar en el ámbito de los servicios públicos para facilitar la comunicación entre el personal oficial y los usuarios: en las comisarías, oficinas de inmigración, centros de ayuda social, centros de salud, escuelas o servicios similares.

Sin embargo, mientras Wadensjö limita su campo de acción a las relaciones de los habitantes de una nación con las instituciones oficiales, Mikkelson (1996) propone una definición mucho más amplia y considera que T/ISSPP es una actividad que permite que personas que no hablan la/s lengua/s oficial/es del país en el que se hallan puedan comunicarse con los proveedores de servicios públicos con el fin de facilitar el acceso igualitario a los servicios legales, sanitarios, educativos, oficiales y sociales.

Según Valero (2003: 5):

(...) se trata de establecer la comunicación con un público específico que responde a una minoría cultural y lingüística, que posee un nivel educativo y adquisitivo generalmente inferior al de la mayoría y que, con frecuencia, desconoce o no domina la nueva realidad social del país en el que se encuentra.

Es decir, la finalidad principal es equilibrar las relaciones de poder entre emisor y receptor. Para Martín (2000) la interpretación social se refiere al acceso a los servicios públicos por parte de sujetos que no dominan la lengua mayoritaria del país. Por ello, «responde a una necesidad *social* de una *comunidad* de inmigrantes o personas que por diferentes razones no hablan el idioma mayoritario y por tanto se ven perjudicadas en su trato con la Administración y en el ejercicio de sus derechos y deberes a la hora de acceder a los servicios públicos».

Hoy por hoy, la situación actual está peligrosamente basada en la improvisación y la actuación de intérpretes *ad hoc*, no profesionales, no formados, cuya falta de rigor puede desembocar en errores que pueden llegar a ser muy graves, como podrían ser diagnósticos erróneos.

El problema emerge de la situación del intérprete-mediador, ya que en gran número de casos se encuentra ejerciendo una labor voluntaria, no remunerada. En ocasiones se trata de miembros de organismos no gubernamentales, vecinos, o incluso familiares que se prestan a realizar la labor de enlace, y que, en la mayoría de los casos, no cuentan con la preparación o formación necesaria para desarrollar su trabajo. Por este motivo, no existe una exigencia rigurosa hacia su labor, tal y como se podría exigir a un profesional. Por ello, para llegar a conseguir una correcta y profesional mediación/interpretación en el ámbito sanitario, es necesaria una correcta y competente formación.

Veamos, pues, cuál es la situación en materia de formación, en la que, no sólo impera de manera generalizada una falta de ofertas de formación, sino que además existe una clara desigualdad de iniciativas formativas.

La formación específica en este ámbito es reciente y comienza de forma visible en los años noventa, pues hasta ese momento al hablar de interpretación se entendía de forma exclusiva la interpretación de conferencia (Pöchhacker, 1999; Martin, 2003).

En el ámbito internacional, Australia, Estados Unidos, Reino Unido y Canadá están a la vanguardia en el ámbito de la formación – entendiendo formación, como “acciones formativas puestas en marcha”, siendo Australia el país más avanzado en este tema.

AUSTRALIA: es el país puntero en cuanto a la profesionalización, acreditación y formación de traductores/intérpretes en los servicios públicos, pues ya desde los años cincuenta empezó a dar solución a las necesidades comunicativas de los inmigrantes que comenzaron a llegar al país tras la Segunda Guerra Mundial. En 1977 se creó un sistema de acreditación nacional (*National Accreditation Authority for Translators and Interpreters*, NAATI), un paso que todavía no se ha conseguido en casi ningún otro país. Desde Australia surge el volumen de Gentile, Ozolins y Vasilakakos (1996), el primer manual que aborda el papel, la función y la práctica de la interpretación de enlace, sus técnicas y asuntos relacionados con este campo, desde la asunción de que las instituciones gubernamentales tienen la responsabilidad de ayudar a los grupos inmigrantes a asentarse satisfactoriamente en el país en el que han escogido hacer su vida (Gentile, Ozolins y Vasilakakos, 1996: 11).

REINO UNIDO: es en la década de los noventa cuando se propone la denominación de Interpretación en los Servicios Públicos (*Public Services Interpreting*) para referirse a esta actividad de favorecer la comunicación entre las autoridades públicas y los grupos minoritarios en la sociedad de acogida.

Así, en 1994 se crea en Reino Unido un «Diploma in Public Service Interpreting», organizado por el Institute of Linguists (con tres especializaciones: médica, servicios sociales y jurídica). <http://www.iol.org.uk/>

Se oferta en multitud de lenguas: árabe, bengalí, mandarín, cantonés, croata, farsi, francés, alemán, griego, gujarati, hindi, italiano, urdu, panjabi, portugués, español, turco y vietnamita. También en 1994 se crea en ese país un *National Register of Public Service Interpreters* (NRPSI), un directorio de intérpretes cualificados, organizados por lenguas, especialización y localización geográfica: <http://www.nrpsi.co.uk/>

ESTADOS UNIDOS: aquí existe un sistema de acreditación, pero las lenguas en las que se ofrece son pocas. No obstante, desde los propios servicios públicos, especialmente en el ámbito sanitario, se están poniendo en marcha proyectos formativos que están dando resultados interesantes, como *The Cross Cultural Health Care Program* (www.xculture.org).

CANADÁ: cuenta también con un sistema de acreditación y existe gran interés investigador y educativo. En 1995 se organizó allí el primer congreso internacional sobre traducción/interpretación en servicios públicos, conocido como *Critical Link*, con el fin de poner en contacto e intercambiar experiencias, formación e iniciativas con representantes de todo el mundo.

De hecho, a nivel internacional el punto de encuentro más relevante en el ámbito que nos ocupa son los congresos de *Critical Link. Interpreters in the Community* (www.criticallink.org), que parten de la idea de intérprete participa en la interacción, es visible y está socialmente definido. El primer congreso *Critical Link* se celebró en 1995 en Toronto (Canadá), donde la mayoría de las contribuciones fueron estudios de casos en diversos países del mundo. En el segundo encuentro, que tuvo lugar en 1998 (en Canadá) siguieron abundando los estudios de casos, pero ya se presentaron algunos trabajos más teórico-reflexivos de carácter panorámico. Del tercer *Critical Link*, en 2001 (también en Canadá), se obtuvieron también varios estudios de casos así como trabajos sobre el estado de la cuestión en diferentes países. El cuarto encuentro se celebró en mayo de 2004 en Suecia, y posteriormente en Australia (2007), Inglaterra (2010), Canadá (2013), y el próximo será en Edimburgo en junio de 2016.

Otros países como Francia, Alemania, Austria y Bélgica, están poniéndose poco a poco a reaccionar frente a este tema, aunque aún tienen un largo camino que recorrer, mientras que en otros países, como Francia, ni siquiera existe concienciación social sobre la necesidad de la figura del intérprete/mediador intercultural.

En lo que a España se refiere, a partir del año 1997 se pasa de forma más evidente a ser un país de emigración a ser un país de inmigración, por lo que comienza a verse una patente necesidad de la figura del mediador. Pero no existe ninguna titulación oficial. Sin embargo, sí se han desarrollado planes de formación que parten de diversos colectivos/organismos sensibilizados con la cuestión.

Como apunta Valero (2009), con los nuevos grados de Traducción e Interpretación, son varias las universidades que incluyen dentro de su plan de estudios asignaturas que guardan de algún modo relación con la traducción e interpretación en los servicios públicos. Destacan la Comunidad de Madrid, Cataluña, Castellón y Vigo, aunque también universidades de Granada, Salamanca, Gran Canaria y Murcia implementan alguna asignatura dentro de sus planes de estudios.

Además, diversas universidades españolas han contribuido a la creación de cursos de postgrado especializados de formación: la Universidad de Granada ofreció los primeros cursos de doctorado en esta materia, y el grupo de investigación GRETI también ha desarrollado diversos estudios para la evaluación de la calidad de los servicios prestados por los intérpretes en servicios sociales.

La Universidad de Alcalá de Henares, junto con la Universidad Jaume I de Castellón son dos focos principales de investigación, aunque también realizan estudios en Alicante, Vic, País Vasco, Salamanca, etc. Pero es sin duda la Universidad de Alcalá de Henares la que ha llevado a cabo una labor más destacada, continuada y comprometida, como ya hemos comentado antes, desde el Grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (FITISPos), coordinado por Carmen Valero Garcés, que es quien más ha publicado sobre el tema en España. Ha sido este equipo de Alcalá el que organizó el primer congreso sobre traducción e interpretación en los servicios públicos en nuestro país, en 2002, y el segundo, celebrado en abril de 2005, el tercero en 2008, el cuarto en 2011, y el quinto y el sexto de manera consecutiva en junio de 2013 y abril de 2014. Es también este grupo el que está llevando a cabo la acción formativa pionera en este campo en España en el nivel de máster.

Gracias a todas estas iniciativas, y al uso de las TIC, tal y como explica Icíar Alonso (2009) se han elaborado multitud de materiales didácticos y recursos para la formación en la traducción e interpretación en los servicios públicos: manuales, guías, glosarios multilingües, herramientas interactivas, portales, enlaces bibliográficos, etc. Incluso empresas privadas están comercializando productos multimedia de soporte a la interpretación.

Fuera del ámbito universitario, otros organismos como la EMSI (Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid), el ayuntamiento de Madrid, mediante el SEMSI (Servicio de Mediación Social Intercultural), la Federación Andalucía Acoge, y otros muchos, han ofrecido también formación y servicios de mediación.

En la Comunidad Valenciana, en el año 2002, la Dirección General de Inmigración puso en marcha el proyecto AMICS (Agencias de Mediación para la Integración y Convivencia Social), que consistía -y consiste- en oficinas de información, mediación, asesoramiento y orientación, al colectivo inmigrante

Finalmente, en julio del 2008 la Generalitat Valenciana / Consejería de Inmigración y Ciudadanía/Dirección General de Inmigración, presentó el Plan Director de Inmigración y Convivencia 2008-2011 (dentro del Plan Autonómico de la Comunidad Valenciana para la Integración Ciudadana), en el que se contempla en el Área Sanitaria la creación de los Mediadores Comunitarios de Salud para facilitar el acceso de los inmigrantes al Sistema Público Valenciano. Lamentablemente, poco más se ha hecho al respecto para dotar de contenido a este Plan, desde la Administración.

Otras entidades también han realizado esfuerzos para dar respuesta a las necesidades de mediación. Destacan CeiMigra (Centro de Estudios para la Integración Social y Formación de inmigrantes, Fundación de la Comunidad Valenciana), Cruz Roja y Fundación PUNJAB con los Cursos de Mediación Intercultural o Cursos de Formación para personal de la Agencia Valenciana de la Salud a través de la EVES.

Por su parte, el Grupo CRIT, de la Universidad Jaume I, coordinado por Francisco Raga, ha llevado a cabo numerosas acciones formativas, como un Curso Superior de Formación Específica en Mediación Intercultural e Interpretación en el Ámbito Sanitario, así como diversas publicaciones, presentaciones en congresos, ponencias, etc., también en el ámbito

internacional. Entre otras cosas han desarrollado una base de datos bibliográficos para la mediación intercultural, y han creado un portal informativo de apoyo a la mediación intercultural e interpretación en el ámbito sanitario (<http://www.saludycultura.uji.es/>).

A nivel local, en Burriana, donde se centrará la presente investigación, se han desarrollado numerosas actuaciones de concienciación y formación de personal laboral de los centros de salud llevada a cabo por un profesional sanitario, el Dr. Adrián Artero Sivera, en colaboración con los Servicios Sociales y el ayuntamiento de la localidad de Burriana.

Por su parte, el Dr. Adrián Artero también realiza sesiones clínicas de inmigración en el entonces único centro de salud de Burriana (Burriana 1), dirigidas a médicos y enfermeros, en los cuales se trabaja: a) las distintas enfermedades que pueden resultar poco conocidas y a las cuales se pueden encontrar en lo sucesivo, b) competencia cultural, y c) competencia lingüística, aportando palabras y expresiones que pueden ser útiles en la práctica médica con pacientes de otros países. Además se crea aun mini-diccionario multilingüe gracias a la colaboración, de nuevo, de profesores de la Universidad Jaume I de Castellón, integrantes del Grupo CRIT.

A partir del año 2002, el grupo EVES se encarga de dar, en la localidad, formación continuada al personal sanitario con el fin que aprendan a tratar con pacientes que no hablan su idioma ni comparten su cultura.

Como el flujo de inmigrantes es cada vez mayor, se crea en el año 2007 un grupo llamado “Grupo de Inmigración de Castellón” el cual, principalmente, toma el testigo del grupo EVES dando cursos de formación a nivel provincial, enseñando a saber atender a pacientes inmigrantes. También imparten cursos, junto con miembros de la Universidad de Castellón, de competencia cultural, comunicación y mediación.

En el año 2010 el grupo AMICS dispone de un mediador perteneciente a la comunidad inmigrante más numerosa de la época, la comunidad marroquí, que se centra, principalmente en mediaciones vecinales, lejos de la mediación en los centros de salud. Este mediador también se dedica a proporcionar ayuda e información a nivel jurídico, y, en ocasiones, realiza acompañamientos esporádicos al hospital y a l centro de salud.

Sin embargo, la figura de mediador en centro de salud apenas tiene consistencia y deja de tener función alguna, por lo que los pacientes siguen estando desamparados.

5. METODOLOGÍA

Como avanzábamos con anterioridad, el presente trabajo consiste en un estudio de caso, tomando como base los dos centros de salud de Burriana, (Burriana 1, y Burriana 2) y los dos sectores implicados en la interacción sanitaria: personal trabajador –ya sea sanitario o no, y a los pacientes inmigrantes.

Hemos realizado un estudio empírico en base a la metodología cuantitativa propuesta por Teruel (2005), aunque siempre ligada a las directrices marcadas por el equipo de investigación del Hospital la Plana, pues era condición imprescindible para poder acceder a realizar las encuestas en el interior de los centros de salud de Burriana.

Para llevar a cabo esta tarea, hemos recabado la información necesaria a través de una serie de encuestas que han contestado, por un lado, el personal de los centros de salud, y, por otro lado, los pacientes, reflejados en una muestra poblacional, que incluye una representación de los principales colectivos culturales presentes en la localidad. Las dos variables que hemos tenido en cuenta han sido:

- a) Variable lingüística: hemos elaborado preguntas cuyas respuestas nos han aportado información acerca de las dificultades lingüísticas que han sufrido pacientes y sanitarios.
- b) Variable cultural: hemos elaborado preguntas cuyas respuestas nos han aportado información acerca de las barreras culturales a las que pacientes y sanitarios se han enfrentado.

Posteriormente hemos analizado los datos desde una perspectiva descriptiva cuantitativa mediante distribución de frecuencias. Éste análisis lo hemos llevado a cabo con la ayuda de la base de datos del programa SPSS aplicando la técnica estadística clasificadora denominada “análisis clúster” o “análisis de conglomerados”, que consiste en agrupar de manera homogénea las distintas variables para clasificar los resultados (Pérez, 2001).

Finalmente, hemos reflexionado sobre las posibles necesidades de mediación interlingüística e intercultural en los centros de salud de Burriana.

Las encuestas han sido elaboradas en base a encuestas realizadas y empleadas en proyectos I+D avalados por el Ministerio de Ciencia y Tecnología por parte del grupo de investigación CRIT de la Universidad Jaume I de Castellón, y están diseñadas para que sus resultados aporten información relevante y concluyente en relación con nuestros objetivos. Además, las hemos traducido¹ a los idiomas mayoritarios entre la población inmigrante (rumano, árabe y francés), para facilitarles su cumplimentación (ver anexo 11.2). Las veremos con más detalle en el apartado 5.3.2.

El tamaño de la muestra de pacientes lo hemos obtenido a partir de una fórmula para tal efecto (Caballero y Gosalbes, 2002) que veremos más detalladamente en el siguiente apartado, y que aportamos en el anexo 11.4.

5.1 Muestra

Para el estudio hemos tomado representantes de los dos sectores implicados en el proceso: pacientes inmigrantes y personal sanitario. Ambos grupos forman parte del proceso de atención primaria en ambos centros de salud de la localidad ("Burriana 1" y "Burriana 2")

5.1.1 Población inmigrante

Según los datos del padrón de Burriana a fecha 30 de abril de 2014 proporcionados por el ayuntamiento, la población total de inmigrantes es de 7.165, y los hemos agrupado por sectores de población de manera que incluyan los colectivos más representativos y mayoritarios de la ciudad de Burriana.

Los datos resultantes por países se distribuyen de la siguiente manera:

PAÍS(ES)	MUESTRA	PORCENTAJE
Rumanía	3.420	(9,3% de la población total, 47,7% de la población inmigrante)
Marruecos	1.902	(5,2% de la población total, 26,5% de la población inmigrante)
Latinoamérica	222	(0,6% de la población total, 3,1% de la población inmigrante)
África Subsahariana	148	(0,5% de la población total, 2,06% de la población inmigrante)
Otras nacionalidades	1.483	Otras nacionalidades (3,8% de la población total, 20,7% de la población inmigrante)

Tabla 1: Total inmigrantes por grupos de países

¹ Los cuestionarios han sido traducido por traductores profesionales nativos de cada lengua, que nos han ofrecido su inestimable ayuda.

A partir de estos datos hemos averiguado cuál debería ser el tamaño de la muestra de estudio para que cumpla con las siguientes premisas:

1. Que tenga un nivel de confianza del 95%, número suficiente para que tenga plena validez
2. Que la proporción sea de un 20% de inmigrantes con respecto a la población total de la ciudad de Burriana.

En base a estas premisas, según la fórmula extraída del manual de Caballero y Gosalbes (2002) (ver anexo 11.4) el tamaño de la muestra debía ser 244 sujetos. De esta cantidad, y por la proporción de la población en la que el 51% de la población inmigrante son mujeres y el 49% son hombres, en la muestra 121 deberían ser hombres y 123 mujeres, todos ellos, obviamente, mayores de edad.

Veamos, según la proporcionalidad de representación de cada país anteriormente mencionada, cuál sería la muestra ideal dividida por nacionalidades y sexo:

PAÍS/PAÍSES	MUJERES	HOMBRES
Rumanía	55	60
Marruecos	27	38
Latinoamérica	4	5
África Subsahariana	2	3
Resto de países	35	15

Tabla 2: Muestra ideal por países y sexo

Al finalizar las encuestas la muestra obtenida ha sido de 107 sujetos, con la siguiente distribución:

PAÍS/PAÍSES	MUJERES	HOMBRES
Rumanía	13	12
Marruecos	24	19
Latinoamérica	7	5
África Subsahariana	3	7
Resto de países	5	12

Tabla 3: Muestra obtenida por países y sexo

Esta muestra es inferior a la muestra deseada, pero aún así nos resulta un grado de confianza del 80% aproximadamente. Más adelante, en el apartado 7 lo veremos más detalladamente.

Las encuestas y cartas de presentación para los pacientes se han traducido a varios idiomas, representativos de las lenguas habladas por la mayoría de inmigrantes de Burriana (francés, español, árabe, y rumano) con el fin de facilitarles su cumplimentación. Además, son sencillas y la mayoría de ellas con respuestas cerradas (ver anexo 11.2).

5.1.2 Personal sanitario

El personal sanitario incluido en la encuesta ha sido el personal de ambos centros de salud que en su trabajo están en contacto con pacientes inmigrantes. Todo el personal, a excepción de los especialistas del centro de salud Burriana 2, ha sido invitado a cumplimentar la encuesta. En total 89 trabajadores, de los que sólo han participado 40, como veremos más detalladamente en el apartado 7.

A los profesionales sanitarios se les ha entregado el material en español, y las encuestas contenían, además de preguntas cerradas, preguntas abiertas para que pudieran desarrollar sus ideas.

Junto con la encuesta, se ha entregado a los pacientes y a los profesionales sanitarios una hoja informativa explicando el motivo y objetivos de la encuesta, y, por otro, la encuesta en sí (ver anexo 11.1).

5.2 Criterios de inclusión/exclusión de la muestra

Dentro de la población a estudiar existen diversos tipos de pacientes cuyas características hacen que sus respuestas al cuestionario o bien no aporten información relevante a la investigación, o bien no puedan participar por motivos éticos (ver apartado 5.5), por ello, no se les invitará a que contesten las encuestas.

PERSONAL SANITARIO:

En esta investigación se ha incluido a todo el personal sanitario que, de un modo u otro, tiene contacto lingüístico con los pacientes, ya que la información que éstos nos den será relevante. Obviamente se ha excluido del estudio a todo personal trabajador del centro que, por sus circunstancias laborales, no interactúa en ningún modo, a nivel oral-presencial, con los pacientes, ya que las respuestas que puedan dar carecen de relevancia.

Tal y como hemos mencionado previamente, los especialistas de dicho centro no han participado en la encuesta.

PACIENTES:

Los sujetos incluidos en la muestra han sido aquellos de cualquier nacionalidad distinta de la española que reciben atención sanitaria en uno de los dos centros de salud de Burriana. Además, todos ellos, de ambos sexos, son mayores de edad, es decir, todas aquellas personas que, legalmente, pueden contestar a encuestas, en nuestro caso, anónimas. Además, se espera que una persona mayor de edad conteste a las preguntas desde una perspectiva más madura y, por ello, más enriquecedora. Tampoco se han pasado las encuestas a pacientes que no estén mentalmente capacitados para contestar.

También se han excluido del estudio a los pacientes que, pese a tener nacionalidad extranjera, hayan nacido en España, ya que consideramos que están totalmente adaptados (tanto lingüística como culturalmente), así como aquellos inmigrantes extranjeros que no reciben asistencia sanitaria en alguno de los centros de salud de Burriana.

5.3 Plan de trabajo

5.3.1 Elaboración de las encuestas

5.3.1.1 Carta de presentación

Se elaboró y distribuyó, junto con las encuestas, una carta de presentación, común para personal sanitario y pacientes, en la que se explicaba la finalidad de la encuesta, y se presentaba al investigador (ver anexo 11.2).

También se tradujo a los mismos idiomas que las encuestas (rumano, árabe y francés) para que los pacientes las pudieran entender.

5.3.1.2 Cuestionario

Para cada colectivo se elaboró un cuestionario diferente, de manera que tanto los pacientes como los sanitarios tuvieran una encuesta propia diferenciada, en base a encuestas realizadas y empleadas en proyectos I+D avalados por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, por parte del grupo de investigación CRIT de la Universidad Jaume I de Castellón. Ambos cuestionarios contenían preguntas en las que se intentaba extraer información de dos tipos:

- Dificultades lingüísticas
- Dificultades culturales

Asimismo, se han tenido en cuenta distintas variables con el fin de poder clasificar los cuestionarios. Las variables son:

- edad
- sexo
- centro de salud
- nacionalidad

❖ Cuestionarios de los pacientes:

Con el fin de facilitar la cumplimentación del cuestionario de los pacientes inmigrantes, utilizamos tres tipos de preguntas:

- a) preguntas **cerradas politómicas** de múltiple respuesta, como el servicio de medicina al que acuden (familia, pediatría, etc.).
- b) preguntas de **escala** tipo **Likert** de 5 puntos en la que elegían valores de 0 a 4 dependiendo del grado de acuerdo con la pregunta.
- c) Una pregunta de respuesta **abierta** de desarrollo. Se incluyó solamente una pregunta de este tipo con el fin de hacer una encuesta ágil y rápida de responder. En esta pregunta los pacientes que lo desearan pudieran expresarse de manera más extendida.

❖ **Cuestionarios del personal sanitario:**

Los cuestionarios del personal sanitario, distribuidos solamente en castellano, eran algo más extensos que los de los pacientes dado que disponían de más tiempo para contestar, y consistían en 3 tipos de preguntas:

- a) preguntas de **cerradas politómicas** de múltiple respuesta en las que tenían que seleccionar entre varias alternativas, como rango de edad, categoría profesional, etc.
- b) preguntas **cerradas dicotómicas**, en las que tenían que elegir si o no.
- c) Preguntas de abiertas. Este tipo de preguntas daba pie a que los profesionales sanitarios contestaran de manera libre para aportar mayor riqueza a la encuesta.

Las encuestas al personal sanitario y a los pacientes están disponibles en los anexos 11.1 y 11.2.

5.3.2 Definición de las responsabilidades de los coordinadores de los centros de salud

Con el fin de gestionar de manera correcta la recepción, distribución y recogida de encuestas dentro del centro de salud, se establecieron las responsabilidades que cada coordinador tendría. Así pues, sus responsabilidades eran las siguientes:

- 1) Determinar cuáles serían los sanitarios incluidos en la muestra y cómo se les haría llegar las encuestas. Además, les debía animar a responder.
- 2) Determinar cómo hacer llegar las encuestas a los pacientes, y buscar, si fuera necesario, un lugar para depositarlas una vez cumplimentadas.
- 3) Recoger las encuestas cumplimentadas y custodiarlas.
- 4) Devolver las encuestas al encuestador los días acordados.

5.3.3 Distribución de las encuestas

5.3.3.1. Distribución al personal sanitario

En primera instancia, los documentos (carta de presentación y encuesta) se hicieron llegar simultáneamente al coordinador de cada centro de salud, y a su vez, cada coordinador los entregó a sus trabajadores, quienes dispusieron de un período de 15 días para contestar las encuestas. Además de los documentos, también se entregaron bolígrafos para facilitarles la tarea.

5.3.3.2 Distribución a los pacientes

Las encuestas a los pacientes se pasaron en dos lugares:

1. En el propio centro de salud:

Los documentos (carta de presentación y encuesta) se llevaron simultáneamente a los dos centros de salud para hacerlas llegar a los pacientes. Fue cada coordinador quien decidió de qué manera se haría. En el centro de salud Burriana 1, se determina que las encuestas las tengan los médicos en sus despachos y al finalizar las consultas inviten a los pacientes a cumplimentarlas. En el centro de salud Burriana 2 se determina que las encuestas estén disponibles en el mostrador y que al finalizar las visitas cada médico invite a los pacientes inmigrantes a cumplimentarlos: estuvieron disponibles durante 15 días. Sin embargo, en este periodo de tiempo no se consiguió un número suficiente de muestras, por lo que se amplió el plazo 15 días más.

2. En la calle:

Además, y de forma paralela a las encuestas de los centros de salud, entre tres encuestadores, dos colegas de trabajo, profesores de instituto con conocimiento de inglés y francés, y yo pasamos los cuestionarios en distintos lugares de la población. Éstos se hicieron en forma de entrevista personal, encuestando a los inmigrantes residentes en Burriana, pacientes de uno de los dos centros de salud.

Los lugares donde se pasaron las encuestas fueron:

- A) Aledaños de los centros de salud
- B) Lugares de concurrencia pública (mercado, calles céntricas)
- C) Alrededores de la nueva Mezquita
- D) Caritas Burriana
- E) Cruz Roja Burriana: las encuestas se centraron en los inmigrantes residentes en el asentamiento de búlgaro en las afueras de la población

5.3.3.3 Cronograma

El proceso de cumplimentación y recogida de encuestas se realizó desde el mes de mayo hasta el mes de agosto de 2014.

1) Encuestas al personal sanitario

23/05: Las encuestas para el personal sanitario se depositan en los centros de salud Burriana 1 y Burriana 2.

Del 26/05 al 10/06: Durante este período, las encuestas están a disposición del personal sanitario para contestarlas.

13/06: Recogida de encuestas.

2) Encuestas a pacientes

a) Encuestas en el centro de salud:

20/06: se depositan las encuestas para los pacientes en ambos centros de salud.

Del 23/06 al 25/07: Durante este período, las encuestas están a disposición de los pacientes de ambos centros de salud para que puedan contestarlas.

28/07: Recogida de encuestas cumplimentadas. Al finalizar este plazo recogemos las encuestas cumplimentadas de los centros de salud para poder comenzar con el análisis de los resultados.

b) Encuestas en la calle:

Del 1/05 al 15/06: Durante este período dos colaboradores y yo pasamos las encuestas a inmigrantes que afirman recibir asistencia sanitaria en alguno de los dos centros de salud de Burriana. Las encuestas se pasan en los distintos lugares de la localidad previamente mencionados.

5.3.4 Recogida y análisis de datos

Una vez recogidas todas las encuestas, llevamos a cabo la introducción de información en la base de datos, su análisis, y redacción de las conclusiones.

5.4 Consideraciones éticas

Todas las personas que han participado en la encuesta han sido debidamente informadas, y por escrito, de la finalidad de la encuesta. Además, han tomado parte en ella de manera voluntaria y, puesto que un pilar fundamental del trabajo consiste en encuestas a sujetos, se ha mantenido en todo momento el anonimato. (Dado que son encuestas de carácter anónimo, no es necesario aplicar la confidencialidad según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de ni los derechos ARCO. Tampoco han firmado ningún consentimiento por escrito).

Como hemos avanzado, no se pasan encuestas a menores de 18 años ni a personas que no estén mentalmente capacitadas para contestarlas.

Una vez finalizada la investigación, los documentos utilizados serán destruidos.

6. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

6.1 Descripción poblacional en Burriana:

A fecha 30 de abril de 2014, y según datos del padrón municipal, Burriana cuenta con 36.811 habitantes, de los cuales 29.646 (un 80,53%) son de nacionalidad española, mientras que el resto, 7.165 (un 19,47%) son de otras 72 nacionalidades.

A continuación podemos observar la tabla por nacionalidades y número de habitantes:

PAÍS	M	H	TOT	PAÍS	M	H	TOT	PAÍS	M	H	TOT
Afganistán	0	1	1	Filipinas	2	0	2	P. Bajos	1	4	5
Albania	1	0	1	Francia	39	39	78	Pakistán	18	73	91
Alemania	11	17	28	Ghana	0	2	2	Panamá	1	0	1
Argelia	114	208	322	Grecia	0	1	1	Paraguay	8	2	10
Argentina	19	13	32	Guatemala	4	0	4	Perú	11	7	18
Australia	0	1	1	G. Ecuat.	6	0	6	Polonia	26	44	70
Austria	0	1	1	G.-Bissau	0	4	4	Portugal	33	57	90
Bangladesh	0	2	2	Honduras	4	5	9	R. Unido	26	28	54
Bélgica	6	4	10	Hungría	4	7	11	R.D. Congo	1	1	2
Bielorrusia	1	0	1	India	0	12	12	Rep. Checa	6	1	7
Bolivia	4	1	5	Irán	0	1	0	Rep. Corea	1	3	4
Brasil	47	17	64	Irlanda	2	0	2	Rep. Domin.	9	2	11
Bulgaria	71	89	160	Italia	38	52	90	Rumanía	1635	1785	342
Camerún	0	3	3	Japón	1	0	1	Rusia	14	8	0
Chile	4	2	6	Libia	1	1	2	Senegal	13	49	22
China	42	48	90	Lituania	13	7	20	Serbia	4	2	62
Colombia	66	62	128	Madagascar	1	0	1	Sudáfrica	0	1	6
Costa Rica	1	1	2	Marruecos	798	1104	1902	Suecia	2	1	1
Cuba	8	9	17	México	10	6	16	Suiza	2	3	3
Ecuador	10	10	20	Moldava	4	4	8	Tailandia	3	0	5
El Salvad.	8	4	12	Nepal	0	3	3	Turquía	0	4	3
Eslovaquia	6	9	15	Nicaragua	2	0	2	Ucrania	26	17	4
Eslovenia	1	0	1	Nigeria	34	46	80	Uruguay	8	4	43
EEUU	13	4	17	N. Zelanda	1	0	1	Venezuela	15	10	12
											25

Tabla 4: Habitantes extranjeros en Burriana por nacionalidades y sexo

Esta tabla refleja la cantidad de personas de tan distante procedencia que conviven en Burriana y que, en un momento dado, pueden requerir asistencia sanitaria.

Además de los inmigrantes censados, viven en la localidad de forma ilegal, según fuentes del ayuntamiento, cientos de inmigrantes, entre los se encuentran unos asentamientos de inmigrantes búlgaros (de etnia gitana), los cuales son asistidos por Cruz Roja Burriana. Éstos no conocen el idioma ni las costumbres, y son atendidos en el centro de salud Burriana 2, acompañados por voluntarios de Cruz Roja.

La variedad de sus lenguas y culturas, y, en el último caso expuesto, el desconocimiento lingüístico y cultural, puede representar una dificultad a la hora de ser atendidos, es decir, unas necesidades comunicativas que pretendemos diagnosticar en este trabajo.

6.2 Descripción de los centros de salud de Burriana

Burriana cuenta con dos centros de salud permanentes: “Burriana 1” y “Burriana 2”. Según información facilitada por sus coordinadores, ambos centros de salud atienden a pacientes procedentes de diversas nacionalidades, y muchos de ellos únicamente hablan su lengua materna, lo cual, a priori, justifica la necesidad de la figura mediadora.

El Centro de Salud “Burriana 1” cuenta con 60 trabajadores sanitarios, de los cuales 25 son hombres y 35 son mujeres. Las consultas son básicamente de atención primaria: medicina familiar, pediatría, odontología, salud mental y enfermería.

En cuanto al centro de salud “Burriana 2”, se creó el 11 de septiembre de 2011 con el objetivo principal de descongestionar el único centro de salud que atendía a toda la población de Burriana y de dar servicio, no sólo de atención primaria, sino de dar respuesta a las diferentes especialidades. Por ello, además de atención primaria, este centro de salud ofrece consultas externas de cardiología, neumología, Dvo, ORL, oftalmología, ginecología, urología, nefrología, traumatología, y endocrinología, así como odontología pediátrica y planificación familiar.

Para todo ello, el centro de salud cuenta con 49 trabajadores sanitarios, de los cuales 29 están en atención primaria y 20 en especialidades. 34 son hombres y 15 mujeres.

La localidad, hoy en día, está dividida en dos zonas de influencia, y cada centro de salud atiende a los pacientes que viven en cada una de las zonas adscritas a éste. A continuación podemos ver la distribución por zonas de ambos centros de salud, en un mapa proporcionado por el coordinador del centro de salud Burriana 2.

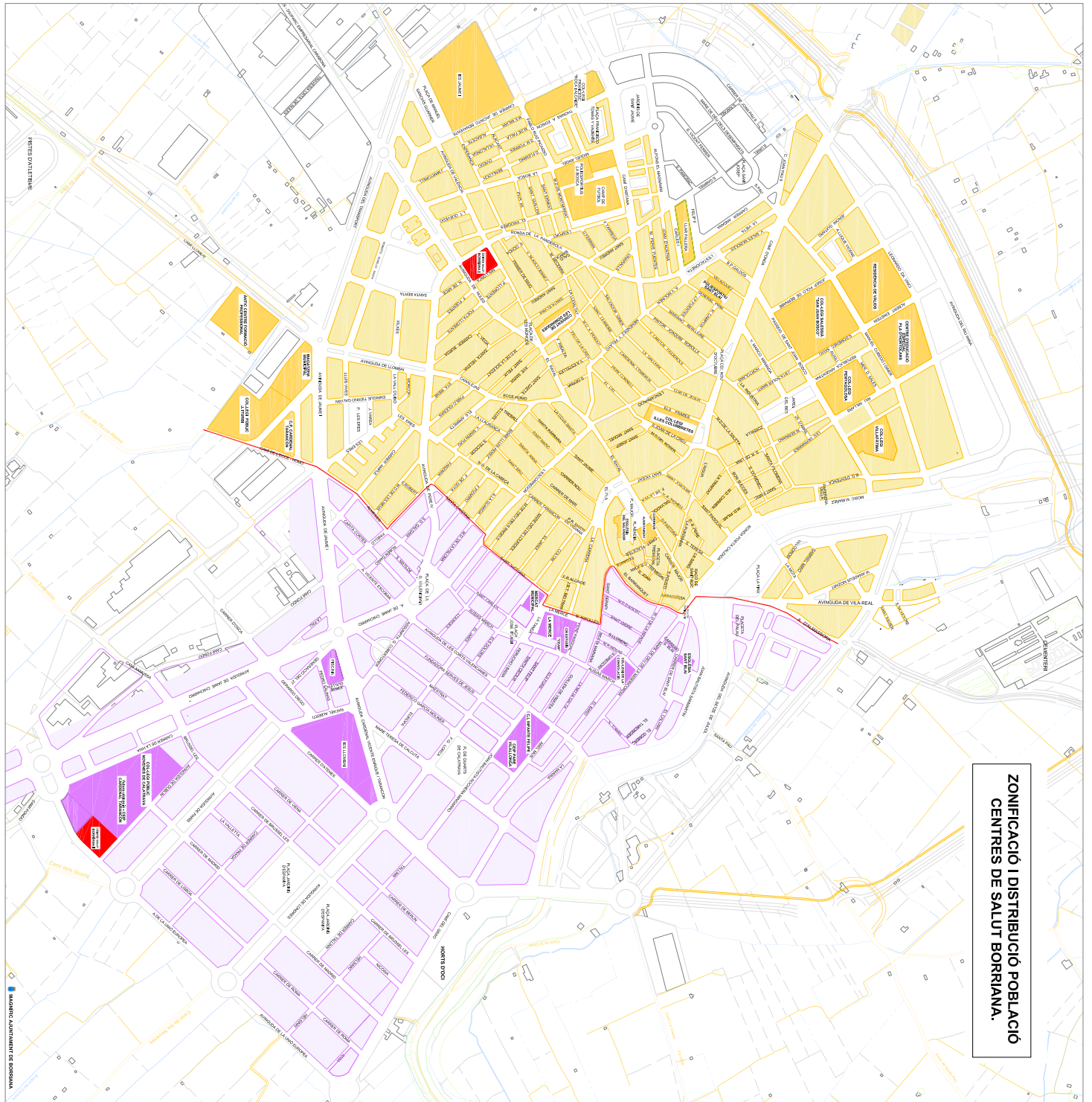


Figura 1: Zonificación y distribución población centros de salud de Burriana

Todos los centros de salud, según ambos coordinadores, atienden a pacientes inmigrantes a diario, aunque, lamentablemente, afirman no tener constancia de las nacionalidades exactas ni al número de pacientes inmigrantes que atienden. Sí que dicen ambos atender a pacientes de prácticamente todas las nacionalidades residentes en Burriana.

7. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

7.1 Participación en las encuestas:

Personal sanitario:

Entre los dos centros de salud de Burriana, han participado en la encuesta un total de 40 profesionales sanitarios (9 hombres y 31 mujeres) de 89 sujetos incluidos en el estudio, que representan un 44,95% del total.

En el centro de salud Burriana 1 se pasó la encuesta a los 60 trabajadores, de los cuales 27 personas (22 mujeres y 5 hombres) participaron en la misma (un 45%) y en el centro de salud Burriana 2, se pasó la encuesta a 29 trabajadores (un 44,82%), de los cuales participaron 13 personas (10 mujeres y 3 hombres).

En su mayoría se trata de médicos entre 31 y 45 años.

Por franjas de edad han contestado de la siguiente manera:

Edad	Nº Encuestas	Porcentaje
18-30 años	4	10,0
31-45 años	17	42,5
45-55 años	12	30,0
Mayor de 55 años	7	17,5
Total	40	100,0

Tabla 5: Distribución respuestas de sanitarios por edades

Con estas cifras extrapolaremos los datos al resto de la muestra, pues los resultados nos parecen suficientemente representativos.

Pacientes inmigrantes:

Finalmente han contestado las encuestas un total de 107 inmigrantes, todos ellos adscritos a uno de los dos centros de salud de Burriana (cabe decir que los encuestados búlgaros no están empadronados, pero sí, gracias a un acuerdo con Cruz Roja Burriana, son atendidos en un centro de salud de la ciudad, por lo que se han tenido en cuenta sus respuestas). El número obtenido es casi la mitad del número ideal para que el estudio tenga un grado de confianza del 95%. Con la cantidad de sujetos encuestados, y de acuerdo con la fórmula estadística utilizada según el manual de Caballero y Gosalbes (2002), el grado de confianza está por encima del 80%, lo cual, para nuestra investigación actual nos parece aceptable.

El total de encuestas recabadas, clasificadas por nacionalidades y sexo, según la clasificación propuesta en el proyecto, queda de la siguiente manera:

- Rumanía: 13 mujeres y 12 hombres
- Marruecos: 24 mujeres y 19 hombres
- Latinoamérica: 7 mujeres y 5 hombres
- África Subsahariana: 3 mujeres y 7 hombres
- Resto de países: 5 mujeres y 12 hombres

Desglosado por países y sexos queda como sigue:

		Sexo	
		hombre	mujer
País	Marruecos	19	24
	Senegal	4	0
	Rusia	3	1
	Italia	0	1
	Ucrania	2	0
	Chile	1	0
	Bulgaria	3	1
	Francia	1	1
	Rumanía	12	13
	Bélgica	1	0
	Brasil	2	3
	Cuba	1	1
	Colombia	1	3
	Nigeria	2	2
	Camerún	1	1
	Pakistán	2	1
Total		55	52

Tabla 6: Participación de pacientes por nacionalidad y sexo

Las nacionalidades que mayoritariamente han contestado a la encuesta coinciden con las nacionalidades mayoritarias establecidas en Burriana: marroquíes y rumanos. Además, otras nacionalidades con culturas de la mayoría de continentes (Europa, América, África y Asia) están, también, representadas.

Por servicios en los que son atendidos:

La mayoría han sido pacientes que acudían a su médico de cabecera (86%) o pediatría (12,1%) para atender a un menor.

□

	Nº Encuestas	Porcentaje
Medicina general	92	86,0
Pediatría	13	12,1
Enfermería	1	0,9
Odontología	1	0,9
Total	107	100,0

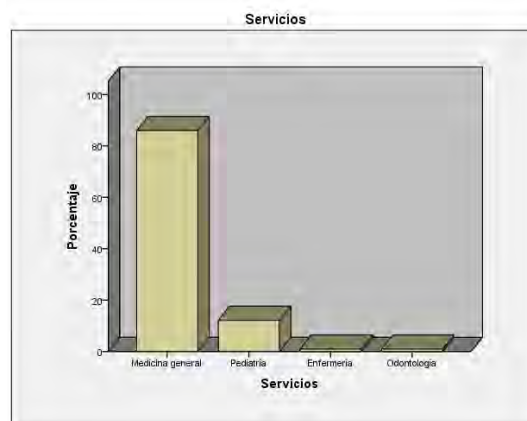


Figura 2: Distribución de pacientes por servicios atendidos

Las secciones de atención en medicina general y pediatría son las que más personas inmigrantes atienden, por ello son las áreas en la que más han contestado los inmigrantes. Los adultos que llevaban a pediatría a los menores se han mostrado más reticentes a contestar las encuestas, por ello no hay demasiadas respuestas por parte de los pacientes que acudían a este servicio.

Por número de veces que son atendidos al año se ha obtenido la siguiente información:

La mayoría de encuestados acuden al médico entre 0 y 6 veces al año (un 78,5%)

□

	Nº Encuestas	Porcentaje
de 0 a 3 veces	59	55,1
de 4 a 6 veces	25	23,4
de 7 a 12 veces	9	8,4
más de 12 veces	14	13,1
Total	107	100,0

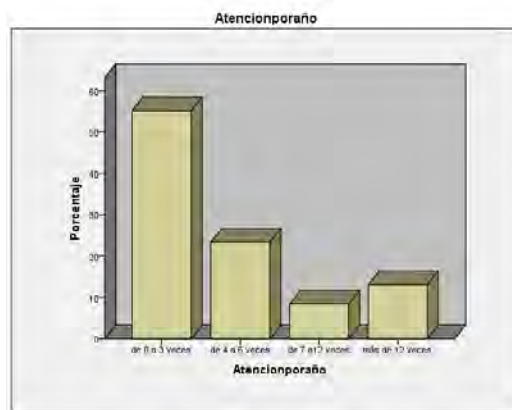


Figura 3: Veces que los pacientes son atendidos por año

Esta información, tal y como pone de manifiesto el coordinador del centro de salud Burriana 1, es importante, ya que, según su criterio, los pacientes crónicos necesitan de un seguimiento mayor y necesitan entender correctamente las instrucciones de los médicos.

7.2 Limitaciones y sesgos:

A) Encuestas al personal sanitario:

El hecho que todos los profesionales sanitarios no participaran. Finalmente lo hizo alrededor de un 50%. Esto se debe, en parte, a la coincidencia de algunas encuestas con períodos vacacionales, y a la sobrecarga de trabajo a la que muchos de ellos están sometidos, que no les deja demasiado tiempo para poder contestar con calma a las preguntas de la encuesta. Además, los especialistas tampoco participaron, y su aporte hubiera podido ser enriquecedor. También percibimos una falta de motivación, incluso, en muchas de las encuestas contestadas se notaba un cierto desinterés, ya sea por las escuetas respuestas o por la ausencia de respuesta (pregunta en blanco) en muchos casos.

La motivación es, sin duda alguna, esencial para obtener resultados precisos y fiables, y es importante saber desarrollar estrategias y recursos para conseguir motivar al encuestado.

B) Encuestas a pacientes:

El número de muestras no ha sido suficiente para conseguir una fiabilidad del 95% (esperado), aunque sí hemos conseguido un 80% aproximadamente.

Desde el padrón municipal no nos han facilitado las edades de los inmigrantes, por lo que no hemos podido realizar una agrupación por edades para que también quedasen porcentualmente representadas.

En Burriana existen 72 nacionalidades diferentes, mientras que hemos obtenido respuestas de 16. La dificultad principal a la hora de realizar las encuestas fue la negativa por parte de muchos pacientes inmigrantes a contestar las encuestas, sobre todo mujeres marroquíes y chinas, así como personas procedentes de países subsaharianos, China, Japón y Turquía entre otros. Las razones principales fueron:

- a) Idiomas de las encuestas y/o de los encuestadores: a pesar de que las encuestas se tradujeron a las lenguas mayoritarias, muchas lenguas como el búlgaro, el ruso, chino, japonés o turco, entre otras, no se encontraban representadas, y por desconocimiento del idioma no las pudieron contestar. Los encuestadores tampoco teníamos conocimiento de su idioma.
- b) Confianza en el encuestador: muchas personas manifestaron un alto grado de desconfianza hacia el encuestador y por ello no contestaron. Posiblemente alguien perteneciente o cercano a cada colectivo hubiera desempeñado un mejor papel a la hora de ganarse la confianza del encuestado. En este sentido, sería recomendable que hubiera tanto hombres como mujeres encuestando con el fin de ganar la confianza de aquellos colectivos que suelen confiar más en personas de su mismo sexo.

No están todas las nacionalidades de pacientes representadas. Aunque los colectivos de la muestra encajan con las agrupaciones de colectivos propuestas, faltan muchos colectivos por representar, por lo que en el resultado final, en el que se explica qué nacionalidades tienen dificultades comunicativas o diferencias culturales, pueden faltar nacionalidades que realmente tienen estas dificultades.

7.3 Descripción del análisis y resultados

7.3.1 Encuestas al personal sanitario

Para observar mejor los resultados y hacer un análisis más estructurado dividiremos las preguntas en dos bloques principales:

- 1) Preguntas de respuesta cerrada
 - a. referentes a aspectos o dificultades lingüísticas
 - b. referentes a aspectos o dificultades culturales
- 2) Preguntas de apoyo, con respuesta abierta
 - a. referentes a aspectos o dificultades lingüísticas
 - b. referentes a aspectos o dificultades culturales

Las preguntas de apoyo son preguntas que dan pie a que los sanitarios se expresen con sus propias palabras y pensamientos, y puedan justificar y razonar sus respuestas.

Veamos a continuación los resultados obtenidos en base a las preguntas con respuesta **CERRADAS** que hacen referencia a:

a) dificultades o dificultades LINGÜÍSTICAS:

□

¿Tiene conocimientos lingüísticos para atender a pacientes extranjeros?

PREGUNTA 1	Nº Encuestas	Porcentaje
Sí	12	30,0
No	25	62,5
NS/NC	3	7,5
Total	40	100,0

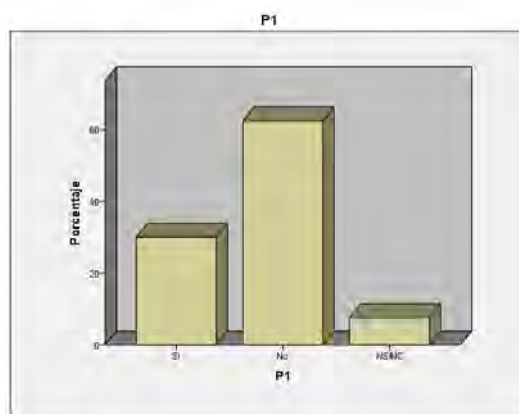


Figura 4: Respuestas pregunta 1 sanitarios

Podemos observar que la mayoría de los profesionales (un 70%) admiten no tener formación en lenguas extranjeras, o no han querido contestar a la pregunta. Este dato revela la existencia de una barrera comunicativa a la hora de dirigirse a los pacientes que no saben hablar la lengua de la localidad.

□

¿Ha recibido formación en otras lenguas?

PREGUNTA 3	Nº Encuestas	Porcentaje
Sí	15	37,5
No	25	62,5
Total	40	100,0

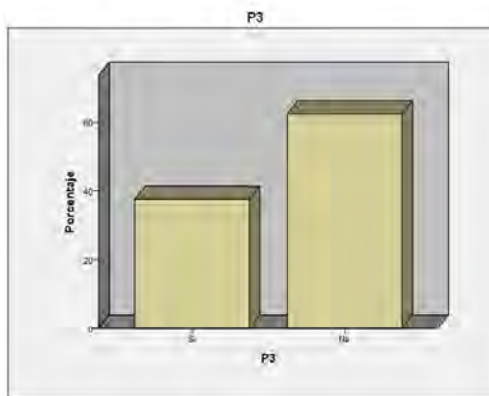


Figura 5: Respuestas pregunta 2 sanitarios

Los resultados de esta pregunta muestran que un 62,5% no ha recibido formación lingüística. Únicamente, en su mayoría, la recibida en su vida académica, tal y como comentaban algunos trabajadores al encuestador.

□

¿Le gustaría recibir formación lingüística?

PREGUNTA 5	Nº Encuestas	Porcentaje
Sí	23	57,5
No	10	25,0
NS/NC	7	17,5
Total	40	100,0

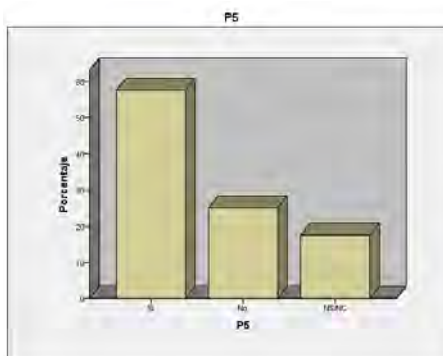


Figura 6: Respuestas pregunta 5 sanitarios

El hecho que al 57,5% le gustaría recibir formación lingüística resulta indicador de que ellos mismos detectan una carencia lingüística en su comunicación diaria con los pacientes inmigrantes. Un mediador podría suplir esa carencia, así como un buen programa de formación.

¿Cree que si recibiera formación lingüística y/o cultural podría serle útil en su trato con los pacientes inmigrantes a los que atiende?

PREGUNTA 7	Nº Encuestas	Porcentaje
Sí	31	77,5
No	1	2,5
NS/NC	8	20,0
Total	40	100,0

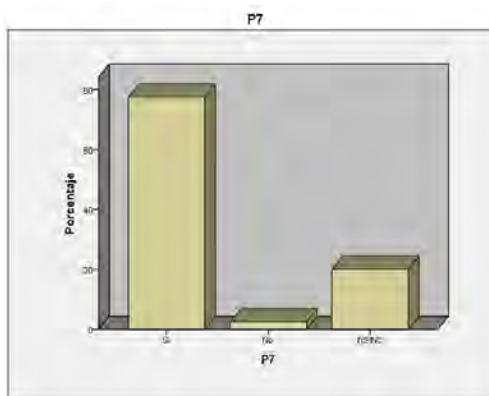


Figura 7: Respuestas pregunta 7 sanitarios

Claramente, los profesionales sanitarios son conscientes de la necesidad que tienen, y de la utilidad de aprender una lengua extranjera para comunicarse con los pacientes. Este dato, independientemente de las posibles conclusiones finales, revela la falta de entendimiento actual entre muchos pacientes y los trabajadores del centro de salud, y, por tanto, la necesidad de mediación interlingüística.

¿Se encuentra con barreras de índole lingüística en su trato con el paciente?

PREGUNTA 8	Nº Encuestas	Porcentaje
Sí	35	87,5
No	2	5,0
NS/NC	3	7,5
Total	40	100,0

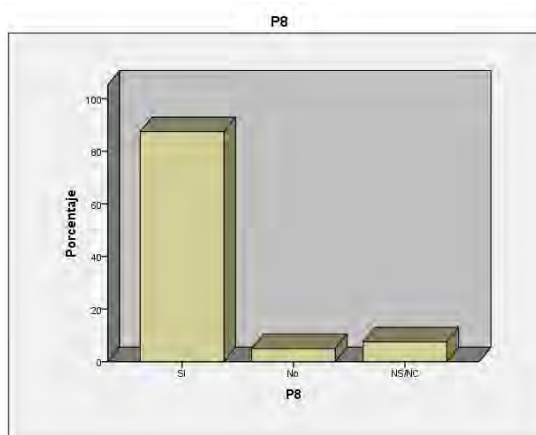


Figura 8: Respuestas pregunta 8 sanitarios

Además, un elevado número de trabajadores -un 87,5%- expresan el hecho de que, en definitiva, existen barreras lingüísticas en el acto comunicativo dentro del centro de salud con pacientes extranjeros.

□

¿Recibe ayuda de algún mediador **profesional** en su atención a los pacientes?

PREGUNTA 11	Nº Encuestas	Porcentaje
No contesta	1	2,5
Nunca	37	92,5
Bastantes veces	1	2,5
Siempre	1	2,5
Total	40	100,0

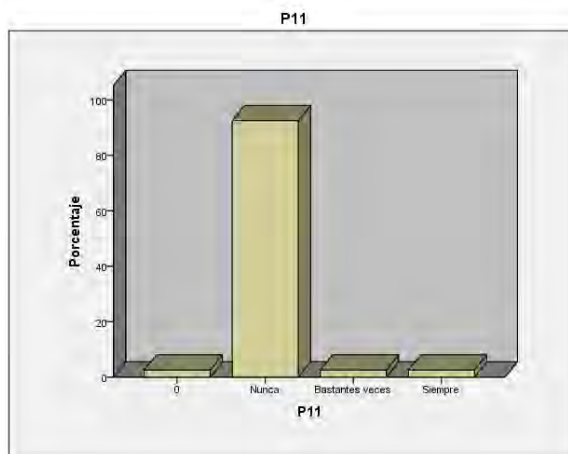


Figura 9: Respuestas pregunta 11 sanitarios

El 92,5% de los trabajadores no reciben ningún tipo de ayuda por parte de profesionales mediadores en su atención diaria con los pacientes inmigrantes. Este hecho claramente obstaculiza la comunicación y puede dar pie a malentendidos y confusiones.

□

¿Atiende a pacientes inmigrantes con los que no comparte el idioma?

PREGUNTA 12	Nº Encuestas	Porcentaje
Nunca	1	2,5
A veces	1	2,5
Bastantes veces	8	20,0
Casi siempre	17	42,5
Siempre	13	32,5
Total	40	100,0

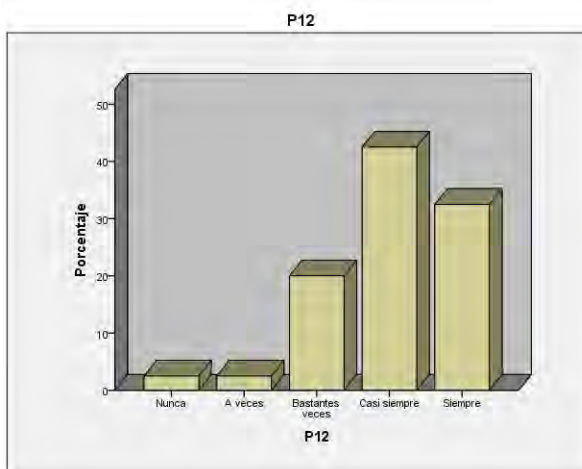


Figura 10: Respuestas pregunta 12 sanitarios

El 75% de los trabajadores de los centros de salud de Burriana atienden siempre o casi siempre a pacientes con los que no comparten su idioma, es decir, prácticamente a diario se enfrentan con situaciones comunicativas que pueden ser difíciles de resolver y a pesar de ello no cuentan con ayuda mediadora.

□

Los pacientes que no hablan el idioma local, ¿acuden acompañados por alguien que sí lo habla?

PREGUNTA 13	Nº Encuestas	Porcentaje
No contesta	1	2,5
A veces	14	35,0
Bastantes veces	11	27,5
Casi siempre	13	32,5
Siempre	1	2,5
Total	40	100,0

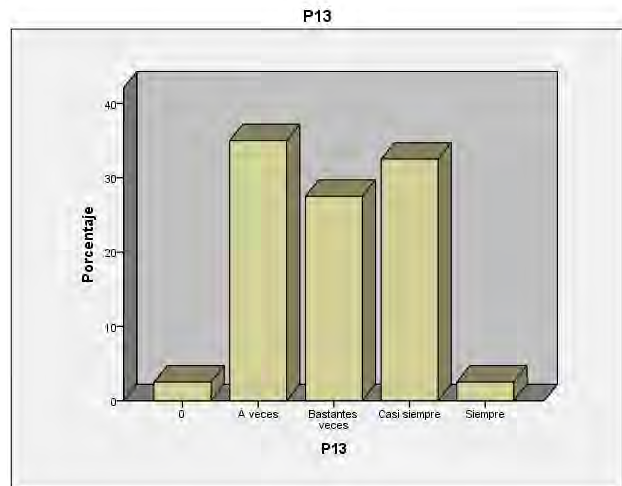


Figura 11: Respuestas pregunta 13 sanitarios

Los pacientes que no hablan el idioma local, ante la necesidad de expresar sus dolencias o entender a los profesionales sanitarios, suelen asistir acompañados por alguien, generalmente un familiar, que hace de enlace entre el profesional sanitario y el paciente.

Hagamos, pues, un breve resumen a partir de las respuestas cerradas obtenidas en las encuestas del personal sanitario:

El 75% de los sanitarios manifiesta que atiende pacientes con los que no comparte el idioma, y además, el 87,5% dice que se encuentra con barreras lingüísticas en su trato con los pacientes. Este dato que es realmente significativo, ya que implica el hecho que no pueden comunicarse con fluidez y acierto con los pacientes que no comparten el idioma. Por ello, la figura de un mediador interlingüístico sería clave para facilitar su trato diario.

El 62,5% no tiene conocimientos lingüísticos, y al 57,5% le gustaría recibir formación lingüística con el fin de poder comunicarse mejor con los pacientes con los que no comparten el idioma. Además, es realmente significativo que, según el personal sanitario, un 62,5% acuden al centro de salud con un acompañante para que le ayude en el proceso comunicativo dentro del centro de salud. El hacer uso de un familiar o miembro conocido de su comunidad, no es una buena herramienta, pues puede dejar de lado la objetividad del proceso y actuar desde un punto de vista demasiado subjetivo. Pueden emitir juicios o dar consejos que influyan de una u otra manera en el paciente, todo lo contrario de lo que debe ser un mediador profesional, teniendo en cuenta que:

Los mediadores no son jueces ni consejeros, por lo tanto, no deben buscar "la verdad" ni juzgar lo que se les narra, su función restablecer e incrementar la capacidad negociadora que todos poseemos. (Suarez, 2002: 29)

Existen ejemplos del peligro que entraña que un intérprete no formado. Martín (2000: 217) recoge algunos como el caso de un niño obligado a interpretar para sus padres en reuniones con los profesores, diagnósticos médicos erróneos, un marido que interpreta a la esposa que él mismo ha apaleado, una mujer que pasa cuatro años en la cárcel hasta que un recurso revela que el intérprete en su juicio no hablaba el mismo dialecto que ella, etc.

También Pöchlhammer y Kadric (1999) demuestran que la actuación de un intérprete circunstancial es problemática por cuanto no mantiene un papel, una actuación traductora coherente, introduciendo modificaciones de consideración en la forma y el contenido de la comunicación.

Por ello, y aunque en ocasiones al sanitario le parezca una buena idea recurrir a un familiar o alguien cercano al paciente para hacer de mediador, no siempre es una medida acertada ni óptima para su fin. Sería, pues, el mediador lingüístico/cultural profesional quien debería tomar parte en este acto comunicativo.

B) Preguntas en referencia a las dificultades CULTURALES:

□

¿Tiene conocimientos culturales para atender a pacientes con diferente cultura?

PREGUNTA 2	Nº Encuestas	Porcentaje
Sí	24	60,0
No	12	30,0
NS/NC	4	10,0
Total	40	100,0

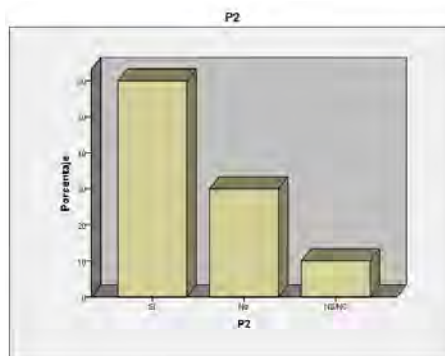


Figura 12: Respuestas pregunta 2 sanitarios

El 60% de los encuestados cree tener conocimientos culturales suficientes para atender a los pacientes inmigrantes. El 40% restante o no ha querido contestar o admite no tener conocimientos suficientes.

Esta respuesta contrasta con la respuesta a la pregunta número 1, a la que el 62,5% manifiesta no tener conocimientos lingüísticos. Creen tener competencia cultural suficiente, pero da la impresión que le dan muy poca importancia a los aspectos culturales de cada comunidad. El hecho de creer que se tienen unas competencias que en realidad no se tienen es peligroso ya que puede derivar en malas interpretaciones por parte del sanitario.

□

¿Ha recibido formación cultural?

PREGUNTA 4	Nº Encuestas	Porcentaje
Sí	6	15,0
No	34	85,0
Total	40	100,0

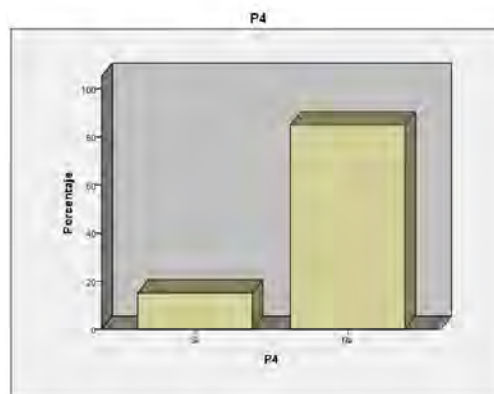


Figura 13: Respuestas pregunta 4 sanitarios

No obstante, un porcentaje muy elevado, el 85% de los encuestados no ha recibido formación cultural. Este hecho puede contradecirse con la respuesta a la pregunta anterior. Además, el hecho de presuponer que se tiene un conocimiento cultural puede dar lugar a errores graves, como decíamos. Por ello, es fundamental la formación en materia cultural.

□

¿Le gustaría recibir formación cultural?

PREGUNTA 6	Nº Encuestas	Porcentaje
Sí	27	67,5
No	7	17,5
NS/NC	6	15,0
Total	40	100,0

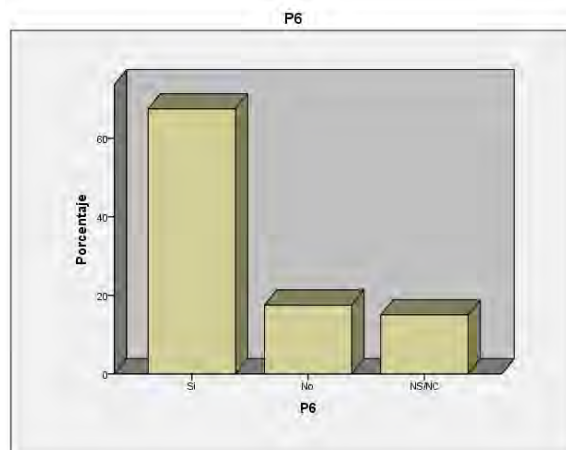


Figura 14: Respuestas pregunta 6 sanitarios

Al 67,5% de los profesionales les gustaría recibir formación cultural. Este dato, importante, denota el hecho que el conocimiento más profundo de la cultura de los pacientes ayudaría a atenderles mejor y a conocer mejor sus situaciones personales frente al personal sanitario.

□

¿Se encuentra con barreras culturales en su trato con el paciente?

PREGUNTA 9	Nº Encuestas	Porcentaje
Sí	22	55,0
No	15	37,5
NS/NC	3	7,5
Total	40	100,0

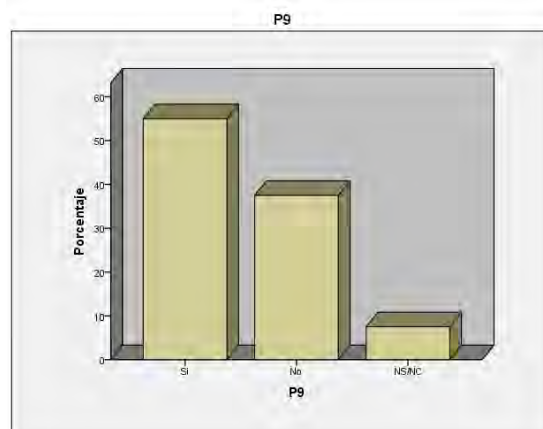


Figura 15: Respuestas pregunta 9 sanitarios

En definitiva, además de las barreras lingüísticas, los profesionales también manifiestan encontrarse con barreras culturales. Son un 55% de los encuestados los que encuentran en los aspectos culturales una barrera que, en ocasiones, es difícil de salvar.

□

¿Ha sufrido algún malentendido a causa de las diferencias lingüísticas o culturales?

PREGUNTA 10	Nº Encuestas	Porcentaje
Nunca	3	7,5
A veces	23	57,5
Bastantes veces	11	27,5
Casi siempre	3	7,5
Siempre	0	0
Total	40	100,0

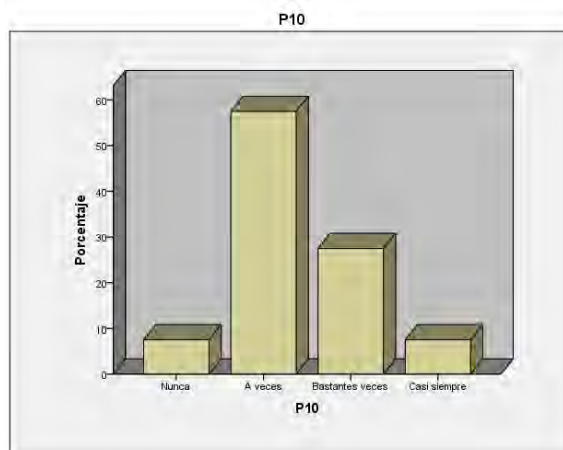


Figura 16: Respuesta pregunta 10 sanitarios

Pese a las barreras culturales manifestadas en preguntas anteriores, sólo un 35% ha sufrido alguna vez algún malentendido a causa de las diferencias culturales o lingüísticas.

□

¿Cree que los pacientes inmigrantes son sinceros con usted en lo que cuentan respecto a sus enfermedades?

PREGUNTA 14	Nº Encuestas	Porcentaje
Nunca	3	7,5
A veces	7	17,5
Bastantes veces	18	45,0
Casi siempre	9	22,5
Siempre	3	7,5
Total	40	100,0

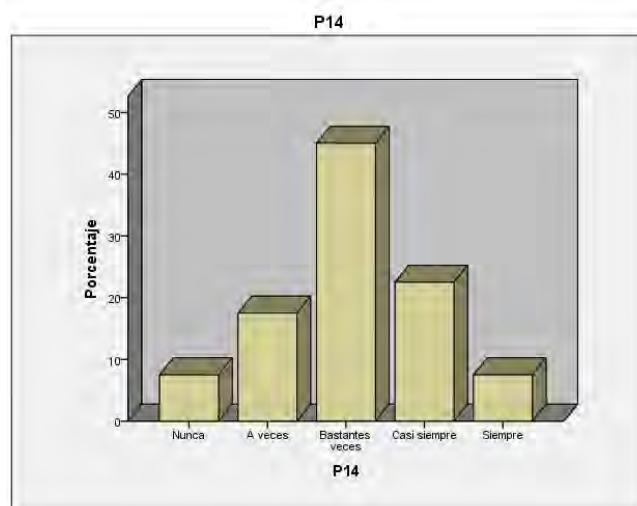


Figura 17: Respuestas pregunta 14 sanitarios

Los profesionales sanitarios sienten, en rasgos generales, que los pacientes son sinceros con ellos en lo que a las enfermedades se refiere, lo cual da a entender que el paciente confía en el sanitario.

Sin embargo existen culturas en las que hablar de ciertos temas resulta incómodo a ciertas personas, como son temas íntimos o temas sexuales (más adelante, en el subapartado 2b, cuando comentemos las preguntas de apoyo referentes a dificultades culturales, veremos ejemplos de ello), y más cuando el paciente y el médico son de sexo contrario.

- ¿Cree que los pacientes inmigrantes son diferentes a los pacientes españoles?

PREGUNTA 16	Nº Encuestas	Porcentaje
Nunca	9	22,5
A veces	12	30,0
Bastantes veces	8	20,0
Casi siempre	8	20,0
Siempre	3	7,5
Total	40	100,0

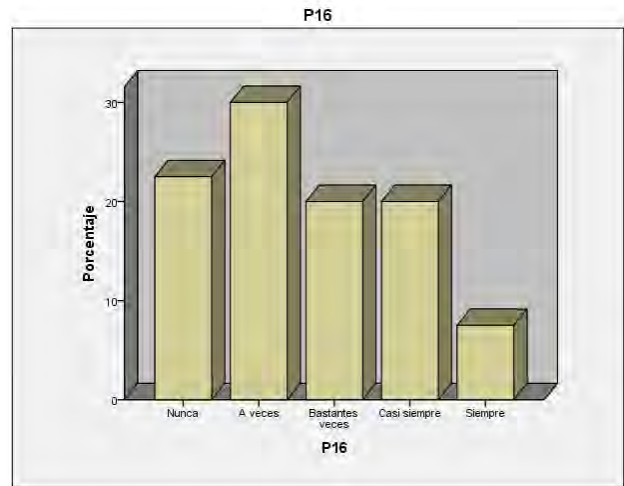


Figura 18: Respuesta pregunta 16 sanitarios

Un 47% de los profesionales encuentra diferencias significativas entre los pacientes españoles y los pacientes inmigrantes. En la encuesta no explican el por qué ya que es una pregunta cerrada, pero, tal y como manifestó alguno de los entrevistados, la diferencia puede radicar en las diferencias culturales que hacen que el paciente de una comunidad concreta tenga unas peculiaridades distintas al paciente de otra comunidad.

Un ginecólogo varón encontrará dificultades a la hora de pasar consulta a una mujer paquistaní (Pérez, 2013). O un médico se encontrará con problema recomendando una cierta pauta alimentaria a un paciente de Marruecos en época del Ramadán.

- ¿Cree que, en general, los pacientes inmigrantes confían en el personal sanitario?

PREGUNTA 17	Nº Encuestas	Porcentaje
No contesta	1	2,5
Nunca	1	2,5
A veces	8	20,0
Bastantes veces	13	32,5
Casi siempre	11	27,5
Siempre	6	15,0
Total	40	100,0

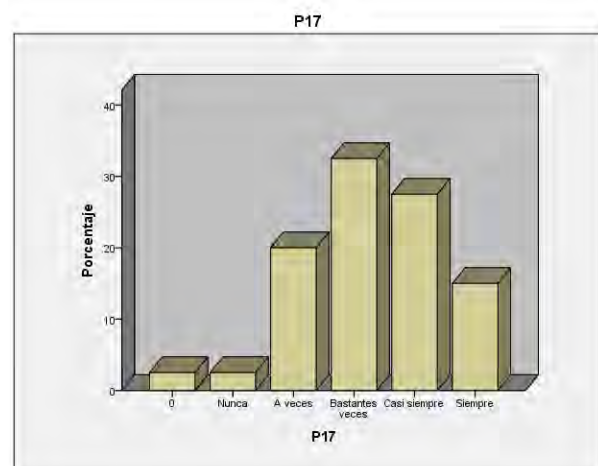


Figura 19: Respuestas pregunta 17 sanitarios

El 75% de los profesionales sienten que los pacientes inmigrantes confían en ellos. Este dato es sumamente importante en la atención diaria, pues la confianza es el primer paso para romper las barreras culturales y los prejuicios que pueden surgir en el contacto diario con los pacientes. Por todas las respuestas obtenidas de las preguntas referentes a las barreras culturales, podemos extraer lo siguiente:

El 30% de los sanitarios no tiene suficientes conocimientos culturales para atender a los pacientes, y al 65% de los encuestados les gustaría recibir formación cultural para entender mejor las peculiaridades culturales de cada comunidad a la que atienden.

Además, el 55% manifiesta encontrarse con barreras culturales en su trato con el paciente, algo que, con formación, podría subsanarse. De hecho, el 35% ha sufrido en numerosas ocasiones malentendidos a causa de las diferencias lingüísticas o culturales.

Los datos obtenidos manifiestan, pues, una necesidad a nivel lingüístico y a nivel cultural.

Además, en la encuesta hay una pregunta que resume y engloba la situación actual:

¿Cree que la figura del/a mediador/a le podría facilitar su trabajo en la atención a pacientes extranjeros?

PREGUNTA 15	Nº Encuestas	Porcentaje
Nunca	2	5,0
A veces	8	20,0
Bastantes veces	8	20,0
Casi siempre	10	25,0
Siempre	12	30,0
Total	40	100,0

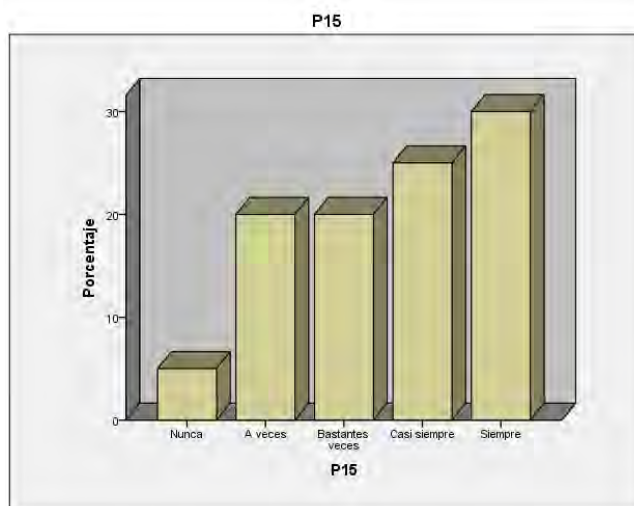


Figura 20: Respuesta pregunta 15 sanitarios

Esta pregunta es, quizá, la pregunta clave: el 55% de los encuestados, es decir, más de la mitad, opina que siempre o casi siempre el mediador lingüístico/cultural podría ser de gran ayuda en su trabajo atendiendo a pacientes inmigrantes. Sólo el 5% (2 sujetos de la muestra) opinan que no es necesario en ningún caso.

Por ello, cabe destacar que el propio personal considera que la figura del mediador lingüístico sería de gran importancia en los centros de salud de Burriana, ayudando a los profesionales en su día a día.

2) Preguntas ABIERTAS.

a) Referentes a problemas o dificultades lingüísticas:

18. Si recibe pacientes que no hablan su idioma, ¿cómo hace para que le entiendan?

Las respuestas han sido muy variadas, y todos los que han contestado a la pregunta han explicado las estrategias que utilizan para ser entendidos. Esto, además del interés que muestran los profesionales hacia los pacientes, también demuestra la situación que se vive en los centros de salud atendiendo a personas con las cuales no se comparte el idioma.

Las estrategias más utilizadas son la de expresarse mediante gestos (45% de respuestas) y la de recurrir a alguien (familiar, acompañante, etc.) para que haga de intérprete *ad hoc* (35% de respuestas).

Otras estrategias utilizadas son:

- hacer dibujos explicativos (15%)
- Utilizar frases cortas (15%)
- Utilizar otros idiomas como inglés o francés (10%)
- Utilizar herramientas de traducción online, como el “Google Translator” (10%)
- Hablar más despacio (10%)

Además, un médico ha mostrado interés en hacerse su propio glosario terminológico y de expresiones más útiles en árabe para poder comunicarse con la comunidad con la que más dificultades lingüísticas se encuentra.