

IV Jornada de Salud e Inmigración: “El trabajo en el ámbito sanitario con personas de culturas diferentes” Detección de necesidades y recomendaciones



MEDIACIÓN SOCIO SANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Introducción:

Personas asistentes: 68.

La jornada fue organizada por la Fundación La Merced Migraciones, en colaboración con Madrid Salud y otras entidades sociales, en el marco del proyecto: “MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: Gestión de la diversidad cultural y prevención de la discriminación en el ámbito de la salud”, financiado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social y el Fondo Social Europeo. Esta se realizó el día 14 de junio de 2018, de 9:00 a 14:30 horas, en el Salón de actos del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Los objetivos de la jornada fueron sensibilizar a profesionales del ámbito sociosanitario sobre la importancia de incorporar la diversidad cultural y la perspectiva intercultural en la atención a pacientes inmigrantes, así como promover conceptos y experiencias prácticas para desarrollar y fortalecer las competencias interculturales y la mediación intercultural entre los/as profesionales de la salud.



La apertura del evento estuvo a cargo de Doña Elena Castaño, representante de la Fundación La Merced Migraciones, que expresó su agradecimiento tanto a los/as ponentes como a los/as representantes de las administraciones públicas y a las organizaciones sociales participantes en esta jornada. A su vez, describió la evolución del proyecto desde su inicio en 2012, hasta la actualidad y expuso la importancia de la formación a los/as profesionales del ámbito sanitario para mejorar la atención a los/as pacientes de origen extranjero. A continuación fue el turno de la representante del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid y de la representante de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, quienes destacaron relevancia que tiene este tipo de iniciativas, como la

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

que representa esta jornada, para la adquisición de conocimientos, habilidades, e intercambio de experiencias que redunden en una mejor relación y atención hacia los/as pacientes inmigrantes.

La Jornada se dividió en 2 partes. La primera se centró en la detección de necesidades en el trabajo con pacientes inmigrantes y la segunda trató sobre el fomento de competencias interculturales para una adecuada atención a estos/as pacientes.

Ambas partes se distribuyeron cada una en 3 sesiones temáticas a cargo de expertos/as en estas materias. Después de cada exposición, se dejó un tiempo para preguntas y aportaciones del público asistente. Por último, al final de la jornada, se hizo un resumen de todas las presentaciones así como de las principales conclusiones obtenidas.

Se expone a continuación un resumen de la detección de necesidades, recomendaciones y conclusiones efectuadas por los/as 6 expertos/as que intervinieron en este evento.

Primera parte: Detección de necesidades en el trabajo con pacientes inmigrantes.

1) Ponencia: Las influencias culturales en la salud: barreras y oportunidades. Por Miriam Navarro Beltrá. Investigadora de la Universidad Miguel Hernández de Elche y cofundadora de “Salud entre Culturas”.

La ponente realizó una breve presentación sobre el trabajo de la ONG “Salud entre culturas”, en especial la labor que desarrollan en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal. La entidad dispone de un servicio de traducción e interpretación lingüística y de mediación intercultural. Por medio de este programa se busca mejorar la comunicación y la relación entre profesionales sanitarios y pacientes inmigrantes, empleando la salud como una herramienta para la integración social. La barrera lingüística constituye la principal dificultad en lo que concierne al acceso de las personas inmigrantes al sistema sanitario.

Asimismo, hizo referencia al rol de experto/a, que como médica mujer en el caso de la población masculina subsahariana, le ha permitido que la validen como profesional y abordar temas tabúes como los ligados a la sexualidad.

Las concepciones de salud y enfermedad están condicionadas culturalmente. A este respecto, puso como ejemplo las reticencias a los análisis de sangre por parte de un sector relevante de la población subsahariana. En algunos países de esta zona de África, las donaciones de sangre suelen ser privadas y es un familiar del propio paciente quien se ofrece a donar sangre, ya que éste no puede permitirse pagar la sangre de un tercer donante. El personal sociosanitario español al desconocer esta realidad de las sociedades de origen, se sorprende cuando algunos/as pacientes

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

subsaharianos/as se niegan a hacerse un análisis de sangre. Lo que puede interpretarse equívocamente como un acto de rebeldía debiera atribuirse al desconocimiento por parte del paciente de la utilidad de este examen como uno de los medios para detectar enfermedades, el concepto “místico” de la sangre que tiene una parte de este colectivo o incluso la creencia de que su sangre pueda ser vendida.

Por último, la conferenciante hizo referencia a la enfermedad (o mal) de Chagas, la cual está causada por un insecto llamado “vinchuca”. Este insecto vive escondido en las casas de adobe en las zonas rurales más pobres y pica por la noche, para alimentarse con sangre. Sus heces pueden contener un parásito, que al entrar por la picadura puede provocar esta enfermedad. La mayoría de los/as infectados/as no desarrollan nunca el mal de Chagas.

Esta enfermedad es endémica de América Latina. Se estima que existen entre 8 y 10 millones de personas crónicamente infectadas en el mundo y que 50.000 nuevos casos ocurren cada año. Además, continúa siendo la causa más frecuente de cardiomiopatía o enfermedad del músculo cardíaco en Latinoamérica.

A partir de los años 90, debido principalmente a los movimientos migratorios, la distribución de la enfermedad de Chagas se expandió y hoy en día hay personas afectadas en casi todo el mundo. España cuenta con el mayor número de personas procedentes de América Latina después de Estados Unidos y es el país europeo con más casos confirmados de esta enfermedad. Se estima que en nuestro país hay unas 46.000 personas infectadas, la mayoría procedentes de Bolivia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificó, al igual que otras enfermedades tropicales infecciosas como una de las enfermedades “olvidadas” o “desatendidas”.

En las charlas que ofrece “Salud entre culturas”, en coordinación con la ONG “Mundo Sano” sobre el mal de Chagas, se incluyen pacientes para visibilizar cómo se vive esta enfermedad.

2) Ponencia: La atención sanitaria a personas inmigrantes. Por Aurora González Orero. Mediadora Intercultural de “Médicos del Mundo”.

La expositora se centró en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de *medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*.

Se refirió a éste como la reforma de exclusión sanitaria. La sanidad pública dejó de ser universal y gratuita.

Dividió su presentación en: contexto legal-administrativo y contexto sociocultural.

- **Contexto legal-administrativo:**

Al RDL 16/2012, lo califica como una medida regresiva, injustificada y discriminatoria.

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Su aplicación ha tenido como consecuencia la vulneración del derecho a la salud de más de 700.000 personas migrantes.

El nuevo gobierno, a través de su Ministra de Sanidad, anuncia su futura derogación, y la vuelta a la sanidad universal así como a la eliminación del copago farmacéutico (según Red de Renuncia y Resistencia al RDL 16/2012 – REDER). Pero, a la fecha de esta presentación, el Real Decreto sigue vigente.

A continuación se distingue el Acceso al sistema sanitario de **personas sin permiso de residencia** por:

- “Situaciones especiales”
- Normativas autonómicas.

Asistencia sanitaria en situaciones especiales (DASSE):

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- De asistencia al embarazo, parto y post-parto.
- Los menores extranjeros en las mismas condiciones que los españoles.
- Solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación.
- Víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante dicho período y mientras permanezcan en esta situación
- Asistencia sanitaria en los supuestos de Salud Pública (enfermedades de declaración obligatoria y trastornos mentales graves).

En lo que concierne **a la aplicación del Real Decreto en la Comunidad de Madrid**, la ponente pasa a detallar lo que denomina “parches” a la exclusión, con objeto de **facilitar el acceso al sistema público de salud de personas en situación administrativa irregular**.

Para tal fin, destaca:

- Orden interna de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Instrucciones del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), de agosto de 2015, *para el acceso completo a la asistencia sanitaria y el acceso a la financiación de fármacos*.

Personas extranjeras residentes No Aseguradas Código DAR

Requisitos:

- Fotocopia del pasaporte en vigor.
- Empadronamiento actualizado.
- Declaración responsable sobre ingresos económicos (documento que debe ser facilitado por la administración).
- No es necesario un tiempo mínimo de empadronamiento.
- Acceso a atención primaria y especializada, de urgencia y continuada.

**MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y
PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**

- Acceso a descuento del 60% en la medicación.
- No acceso a la tarjeta sanitaria.

Personas extranjeras residentes No Aseguradas Código TIR

- Ser “transeúnte”.
- Si no cumple requisitos para acceso al DAR (declaración sobre ingresos, empadronamiento, documentación en vigor, situación de “estancia”...).
- Acceso a asistencia sanitaria de urgencia (no debe ser facturada).
- No acceso a descuento en la medicación.

Asimismo, si la persona inmigrante carece de tarjeta sanitaria, la administración exige poseer un seguro médico privado como requisito imprescindible para la obtención de ciertos permisos de residencia.

En resumen, con este Real Decreto se han puesto muchos obstáculos al acceso al sistema público de salud de un número muy significativo de personas, además de provocar situaciones de arbitrariedad por falta de garantías jurídicas, falta de información y rigidez administrativa y burocrática.

- **Contexto sociocultural:**

La ponente presenta como ejemplo un tipo de perfil de una persona de la administración que atiende a las personas inmigrantes, y que puede tener estereotipos negativos o prejuicios sobre este colectivo: mujer, mayor, española, de clase media, de formación administrativa. Nunca ha migrado a otro país, no conoce otras lenguas, sólo tiene contacto con personas migrantes en la administración. Destaca también algunas situaciones de “racismo institucional”.

A su vez, continuando con este tipo de perfil, se señala el miedo a lo desconocido, la falsa equidad transformada en rigidez (“para todos/as igual”), falta de tiempo y nerviosismo, actitud de rechazo, hostilidad y racismo, juicios y cuestionamientos de las decisiones de otras personas, prejuicios sobre la falta de comprensión de manejo del idioma castellano, de las normas, protocolos o trámites.

- **Sugerencias a profesionales y administraciones:**

- Compromiso en la defensa del derecho a la salud para todas las personas.
- Información rigurosa y comprensible sobre alternativas para el acceso de todas las persona por parte de las administraciones.
- Formación de calidad en cuanto a humanización del trato y respeto de la diversidad cultural, de género, etc.

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

- Mediación intercultural en el sistema público de salud.

- **Demandas:**

- Derogación del RDL 16/2012 y de regulaciones que de éste se deriven, para la defensa del acceso universal a la salud.

- Transformación de las normativas, requisitos y procedimientos en materia de extranjería, con el objetivo de garantizar el respeto de los derechos humanos y la acogida digna de las personas.

- Formación y compromiso para la atención con perspectiva de derechos humanos, de género e interculturalidad a las personas en los servicios sanitarios públicos.

3) Ponencia: Salud y género. Situación de la mujer inmigrante: doble exclusión. Por Lucía Romero Abellán. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud.

Como marco introductorio a su intervención, la ponente aludió a las migraciones internacionales. Sostuvo que históricamente los movimientos migratorios se han producido en todas las épocas y en todos los continentes y las motivaciones han sido muy diversas, desde la lucha por la propia supervivencia, mejorar las condiciones de vida, huir de situaciones políticas adversas o conflictos bélicos, etc.

Debido a los cambios sociales, a la globalización y a las mejoras en los medios de transporte, la migración es una opción de vida para millones de personas en todo el mundo y ser inmigrante temporal o definitivamente es un hecho cotidiano y universal. En las últimas décadas hemos asistido a una creciente feminización de las migraciones internacionales.

Los flujos migratorios feminizados en los países occidentales se deben a factores relacionados con las posibilidades de trabajo en los países de acogida (Sallé, 2006): "Ellas han sido las que comenzaron la cadena migratoria, el constante aumento del sector de los servicios personales de las grandes ciudades occidentales favorece el desarrollo de corrientes migratorias feminizadas inicialmente, con un proyecto de ida y vuelta bajo el brazo, que en la mayor parte de las ocasiones se abandona. Muchas de estas mujeres viven solas, sin sus familias, o se han separado".

Por otra parte, la mujer, en todos los países y culturas ha sido considerada una ciudadana de segunda clase. La teoría feminista sostiene que el Estado es masculino: que las leyes y las políticas públicas ven y tratan a las mujeres desde la visión de la masculinidad hegemónica y en el caso de la mujer inmigrante esto se da aún con más crudeza.

La "Comisión sobre los Determinantes Sociales en Salud", creada en 2005 por la Organización Mundial de la Salud, considera el género un eje fundamental de desigualdad y señala que solamente mejorando la salud de las niñas, jóvenes y mujeres, podrían reducirse las desigualdades sanitarias entre los sexos en todo el mundo.

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Por lo tanto, aunque casi la mitad de la población migrante sean mujeres, las teorías y los estudios sobre este tema siguen explicando las causas y los patrones de migración desde el punto de vista masculino, ignorando la especificidad de las mujeres y despreciando el hecho de que las relaciones de género reguladas por el patriarcado, determinan las oportunidades de las mujeres para migrar, el tipo de trabajo al que podrán acceder, el destino final y los riesgos que tendrán que afrontar en el trayecto.

La mujer, por consiguiente, sufre una doble e incluso una múltiple discriminación:

- Por ser mujer.
- Por ser cuidadora y proveedora de cuidados para su familia de origen.
- Por la falta de derechos sociales en origen y en el lugar de llegada.
- Por las condiciones de los trabajos a los que tendrá acceso.
- Por la inestabilidad en la remuneración.
- Por la falta de regulación de sus condiciones laborales.
- Por graves dificultades para denunciar abusos o violencia de género.

El proceso migratorio conlleva, además, para las mujeres, mayores riesgos para su Salud sexual y reproductiva exponiéndola a la violencia sexual durante el trayecto, en los mismos lugares de trabajo y en las complicadas relaciones que pudiera establecer.

Si además de ser mujer e inmigrante, se podrían, en su caso, añadir otras situaciones de desigualdad, como por ejemplo: discriminación etno-racial, por opción sexual, por tener cargas familiares (no compartidas) en el país de origen o en el de residencia, por ser mujeres víctimas de trata, por alguna discapacidad, etc.

Asimismo, las personas que atraviesan por un proceso migratorio deben no sólo abandonar y dejar atrás su país, su familia y su cultura de origen; además afrontan una situación de duelo múltiple:

- Por el lugar de origen, su país, sus tradiciones, su paisaje, su gastronomía.
- Por su lengua, el idioma, el habla, los significados que conforman nuestra interpretación del mundo desde la infancia, la cultura, los recuerdos, etc.
- Por la separación de sus seres queridos: familia, amigos.
- Por la posición social; el planteamiento para emigrar es lograr mejorar la situación social y personal, y en principio, en muchas ocasiones, no se da ninguna mejora, el trabajo y la posición social empeoran, al menos inicialmente.
- Por la pérdida de su grupo étnico, costumbres, rechazo en la población de acogida.

Las mujeres inmigrantes pueden presentar diversas problemáticas en tanto van adaptándose a su nueva situación

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Pueden reproducir, en principio, la forma de vida de sus países de origen, sobre todo las que han llegado acompañadas por familiares varones que las “protegen / aíslan” del espacio público, con lo que aumenta su temor por desconocimiento de costumbres que confrontan con sus tradiciones.

En el caso de mujeres que llegan por reagrupación familiar, no tienen permiso de trabajo, sino de residencia y dependen de la permanencia legal con su marido para continuar en el país de acogida.

Prevención de la Salud de la mujer inmigrante

La Salud según la O.M.S. es: “el estado de bienestar físico, psíquico y social no solamente la ausencia de enfermedad”.

La salud está relacionada con diversos factores como: trabajo, vivienda, alimentación, las relaciones con otras personas (pareja, hijos/as, amistades), lo que se piensa y se siente, etc.

La forma en que nos socializamos mujeres y hombres, incide de modo directo en la manera de enfermar, de vivir la salud y expresar el malestar o dolor.

La falta de información sobre la forma de acceso a los derechos sociales del país de acogida, instituciones, sistema educativo, protección de su salud, vivienda, trabajo y derechos laborales, que puede llevar aparejada condiciones de infravivienda y hacinamiento, extensas jornadas de trabajo, dificultades en la convivencia y si hay hijos o hijas en la crianza y adaptación de éstos/as, produce en las mujeres una sobrecarga física y emocional muy importante que desemboca en alteraciones de la salud.

Los problemas de salud por lo general tienen que ver con los dolores musculares y articulares consecuencia de trabajos que requieren gran esfuerzo muscular y extensas jornadas laborales, como en el caso de las empleadas internas al cuidado de personas mayores y/o dependientes así como las mujeres que trabajan en hostelería, lo que conlleva esfuerzos físicos, cargas pesadas y posturas forzadas.

El estrés y los síntomas depresivos son porcentualmente más elevados entre la población inmigrante (en especial, los que llevan poco tiempo de residencia en su nuevo país), que en la población autóctona.

Toda esta situación se presenta en ocasiones como una intensa situación de malestar con síntomas como: cefaleas, cansancio crónico, insomnio, molestias gastrointestinales, etc., que constituyen manifestaciones de la somatización de su sufrimiento emocional.

En el caso de las mujeres hay que añadir sus problemas específicos de salud sexual y reproductiva, salud ginecológica, control de embarazo, parto y crianza, además de la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Debido a la precariedad de sus trabajos y condiciones laborales estas mujeres además no pueden acceder de forma adecuada a las consultas médicas, a la realización de pruebas o medicación, por

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

lo cual la adherencia a los tratamientos y la asistencia a sus controles de salud son muy inconsistentes, recurriendo a menudo a la automedicación y a remedios inadecuados.

Es imprescindible mejorar el acceso de las mujeres inmigrantes a sus derechos laborales y sanitarios, el acceso de sus hijos e hijas a las acciones preventivas como la vacunación y el acceso a la medicación. A su vez, es necesaria la capacitación de los/as profesionales sanitarios en lo que concierne al conocimiento de su cultura y costumbres, su forma de expresar y vivir la enfermedad, sus miedos, y las condiciones sociales en el país de origen y en el de acogida. Todo esto protegería y favorecería enormemente la salud de las personas inmigrantes así como de aquellos que la rodean.

El auge y la diversidad de países de procedencia de la población inmigrante en España, nos obliga como no podría ser de otra manera, a recabar información, formación y apoyo de otros/as profesionales como mediadores/as interculturales que pueden acercar a los/as profesionales socio-sanitarios a las dificultades en salud que puedan presentar las mujeres inmigrantes.



Segunda parte: Fomento de competencias interculturales entre el personal sanitario.

1) Ponencia: Sistema sanitario y gestión de la diversidad cultural. Por Francisco Collazos Sánchez. Jefe del Área de Salud Mental, Hospital San Rafael y Hermanas Hospitalarias y Psiquiatra del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.

La exposición se inicia con la presentación de un cuadro sobre los principales colectivos de inmigrantes que viven en España. Muchos de estos colectivos no tienen el castellano como lengua materna, como por ejemplo, entre los ciudadanos no comunitarios, el colectivo marroquí y chino.

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

A continuación, el ponente describe la situación de la gestión de la diversidad en el ámbito sanitario e identifica algunas dificultades: infrautilización de los servicios, altos niveles de discontinuidad, pobre adherencia y resultados, errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

Por consiguiente, el conferenciante se pregunta ante lo que está pasando: ¿Reciben todos/as los/as usuarios/as una asistencia sanitaria de calidad similar?, ¿No se estará discriminando, sin pretenderlo, a las personas que no pertenecen a la cultura mayoritaria?, ¿Fallamos los/as profesionales, falla el sistema, o fallan «ellos/as»? ¿Somos conscientes de la importancia de la cultura en la relación entre los/as profesionales de la salud y los/as pacientes? En lo que respecta a la Competencia intercultural, organizacional e institucional, se interroga: ¿Es necesario crear servicios especializados o mejor un modelo de salud comunitaria?, ¿Llegaremos a tener Centros de salud de excelencia intercultural? Y por último: ¿Qué sabemos de la cultura de las personas inmigrantes? ¿Y si “culturizamos” en exceso?, ¿Cómo debo abordar como profesional sociosanitario mis “dudas culturales”?

Es importante ser conscientes de nuestro sesgo cultural. Las personas tenemos nuestros prejuicios, apriorismos, y somos seres culturales e interpretativos. Por tanto, existe el peligro de caer en proyecciones e interpretaciones etnocéntricas que pueden filtrarse e influir en nuestras decisiones y tener consecuencias sobre las personas que atendemos. Para evitar que esto ocurra deberíamos realizar un ejercicio de cuestionamiento de nuestros sesgos etnocentristas y preguntarnos qué necesitan estas personas (las dudas culturales se solucionan preguntando), cómo llevamos a cabo las intervenciones con las mismas, y si nos estamos coordinando de forma adecuada.

Con posterioridad, el ponente se centró en el tema de las Competencias interculturales en el ámbito de la clínica y de la salud mental. Distingue entre el ámbito de los Conocimientos (qué hay que saber), Habilidades (qué hay que hacer) y Actitudes (cómo hay que ser y estar).

En lo que concierne a la **Estrategia de Salud Mental Psicosocial**, existe un protocolo que se fundamenta en el enfoque de la intervención en salud mental/psicosocial que propone ACNUR, que se desarrolla en niveles múltiples, según la pirámide de intervención del IASC (“Inter-Agency Standing Committee”) sobre “Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes” del año 2007, que es muy útil para trabajar la gestión de la diversidad en situaciones difíciles o extremas.

En cuanto a las Habilidades para promover la competencia intercultural, los/as profesionales sanitarios/as necesitan desarrollar determinadas destrezas que les permitan trabajar de forma eficiente con pacientes culturalmente diferentes. Claves para ello son: la comunicación intercultural, la relación asistencial/alianza terapéutica (la adherencia al tratamiento, en lo referente

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

al cumplimiento del programa prescrito), las intervenciones culturalmente apropiadas y trabajar en conjunto con un/a mediador/a intercultural cuando las situaciones así lo requieren.

Es imprescindible la correcta comunicación y la coordinación entre los/as profesionales sanitarios/as, el tercer sector (las entidades de acogida) y la comunidad. Esta última debe participar de forma activa. En este sentido, hay que potenciar la figura del Agente de Salud Comunitaria. Este/a es un/a profesional, miembro de la comunidad con la que trabaja, integrado/a dentro de un equipo del personal sanitario. La finalidad de esta figura es convertirse en puente entre los servicios de atención e información sanitaria y dicha comunidad, con el fin de mejorar la circulación de la información, las iniciativas y los recursos entre ambas partes. A su vez, se encarga de dinamizar acciones de promoción de la salud realizadas desde cada uno de estos ámbitos, o de forma conjunta. Busca además influir tanto en el individuo como en la comunidad.

La otra figura fundamental es la del Mediador/a Intercultural en el ámbito de la salud, que desarrolla las labores de puente o enlace entre los/as profesionales sanitarios/as y los/as pacientes inmigrantes, en especial cuando hay conflictos y problemas de comunicación efectiva entre ambas partes. Sería ideal su presencia en los centros de salud, ya que es un/a profesional clave para la mejora de la gestión de la diversidad cultural. Esta figura profesional está consolidada desde hace muchos años en varios países europeos y en Estados Unidos.

Por último, en lo que respecta a las Actitudes que se deben tener en cuenta para incrementar las competencias interculturales entre los/as profesionales sanitarios/as, éstos/as deben reconocer que como seres culturales, es posible que tengan actitudes, valores y creencias que pueden tener una influencia perjudicial en su percepción o interacción con pacientes que sean culturalmente diferentes. Para actuar de manera culturalmente competente, es preciso, entre otros aspectos:

- Tener conciencia de uno mismo como ser cultural.
- Entender el papel que tiene la cultura sobre un/a usuario/a, requiere entender el papel que la cultura tiene sobre tu propia persona.
- Ser conscientes de que igual que cualquier persona, el/la profesional sanitario/a experimenta el mundo a través de su cultura.
- Necesidad de autorreflexión y autoanálisis: ¿son así las cosas o sólo es cómo las vemos o percibimos?
- Tener Humildad cultural: ésta nos recuerda nuestras limitaciones.

La competencia intercultural es un ideal, pero nos orienta a superar barreras y evitar fracturas en la comunicación.

No se debe “psiquiatrizar” innecesariamente. No sólo hay que mirar los síntomas del paciente, sino que hay que centrarse en la persona. De esta manera, la persona sabrá que tú realmente te has preocupado de lo que le pasa o afecta.

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

2) Ponencia: La competencia intercultural: habilidades cognitivas, afectivas y conductuales para los/as profesionales de la salud. Por María del Pilar Munuera Gómez. Profesora de la Universidad Complutense.

La ponente durante su exposición interrelaciona y aplica la competencia intercultural al método y al enfoque de la mediación intercultural.

Hace referencia a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, planteados por la ONU en la Agenda 2030, centrándose en el N° 16 que apunta a: “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas”.

Asimismo, las circunstancias en las que están llegando en la actualidad muchos/as inmigrantes a España y a Europa se caracterizan por ser particularmente difíciles. Algunas de estas personas son las candidatas a padecer lo que el psiquiatra Joseba Achotegui denominó “Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple” o “Síndrome de Ulises”, cuyo nombre hace alusión al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de su tierra y de sus seres queridos.

En lo que concierne a la asistencia sanitaria, los/as inmigrantes en muchas ocasiones acuden a los centros de salud con escasos conocimientos lingüísticos, y con temor a no saber por una parte si van a ser comprendidos en su enfermedad o en sus dolencias por el/la profesional y por otra si van a ser capaces de transmitir lo que realmente les sucede. Algunas preguntas que se formulan, son: ¿cómo funciona el sistema sanitario?, ¿cómo se accede al mismo?, ¿debo ir a un centro de atención primaria o a un hospital?, ¿será un impedimento para que te atiendan el no tener papeles?, ¿será la atención gratuita?, ¿qué hay que hacer para realizar las pruebas complementarias?, etc.

Se produce una barrera idiomática que dificulta la comunicación. Además, se producen diferencias culturales que el/la profesional debe conocer y comprender para ofrecer una atención sanitaria correcta al paciente.

Debe establecerse un vínculo que permita la continuidad asistencial, un seguimiento del tratamiento, la instauración de pautas preventivas, y se ha de tener en cuenta el proceso de adaptación del inmigrante al nuevo entorno con unas normas sociales y culturales diferentes de las propias, etc.

Todo lo anterior, sin duda supone todo un reto tanto para los/as profesionales como para la población extranjera.

Si gestionamos mal el conflicto, este puede escalar y generar: malas relaciones, violencia, estrés y absentismo laboral.

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Debemos mejorar habilidades como: la comunicación, la asertividad, la escucha empática, aceptar las diferencias, etc.

Una definición de **Competencia intercultural** es: “Conjunto de conocimientos, estrategias y habilidades necesarias para manifestar comportamientos apropiados y afectivos en un contexto social y cultural concreto, que favorezcan un grado de comunicación eficaz entre culturas diversas” (Vilá, R., 2005).

La habilidad de desarrollar con naturalidad el atributo de la empatía es fundamental. La actitud empática es la disposición de una persona a ponerse en la situación existencial de otra, a comprender su estado emocional, a adentrarse en su experiencia y asumir su situación. Más que sentir lo mismo que el otro (simpatía), es cuestión de recepción y comprensión de los estados emotivos. Es ponerse a sí mismo entre paréntesis momentáneamente; es caminar con los zapatos del otro durante una parte del camino (Casera, D., 1982).

La relación asistencial entre profesional sanitario-paciente, también requiere de la creación de una atmósfera de aceptación capaz de reducir las reticencias y las desconfianzas del usuario/a, además de actuar de una manera humana y humanizada, con autenticidad, como una persona real y no como alguien que se oculta tras una máscara o un rol profesional. Cada paciente, cada ser humano es único, singular. Todos/as nacemos con diferencias: culturales, por género, familiares, religiosas.

Formación por competencias:

España es cada vez más una sociedad multicultural, por tanto, los/as profesionales sanitarios/as deben desarrollar las habilidades necesarias para establecer relaciones interculturales.

El sentido de la formación en competencias hace que la persona adquiera la capacidad de internalizar la empatía, el análisis crítico, la capacidad de valoración de situaciones complejas, como una condición básica en la relación de ayuda que define el “Ethos” profesional.

Existen los saberes eminentemente técnicos y los relacionados con la puesta en marcha de los mismos (saber y saber-hacer), y por otro, elementos clave en la conducta del individuo como las creencias, valores y actitudes, que se reflejan en el saber-estar y el saber-ser.

Clasificación por Competencias:

Competencias de conocimiento: saber, “know how”, información, actualización profesional, superación constante.

Competencias de perspectivas: saber hacer, visión personal de las cosas, manera práctica de aplicar el conocimiento en la solución de problemas.

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Competencias de actitud: énfasis en la acción y en lograr que las cosas sucedan, comportamiento activo y proactivo, espíritu emprendedor y de equipo, liderazgo y comunicación.

Las Competencias requieren:

- **Conocimientos y capacidades intelectuales:** adquisición sistemática de conocimientos, clasificaciones, teorías, etc., relacionados con disciplinas científicas o área profesional.
- **Actitudes y valores:** actitudes y habilidades necesarias para el ejercicio profesional: responsabilidad, autonomía, iniciativa ante problemas complejos, coordinación, etc.
- **Habilidades y destrezas transversales:** entrenamiento en procedimientos metodológicos aplicados, relacionados con disciplinas científicas o área profesional (organizar, aplicar, diseñar, planificar, realizar, etc.).

La interculturalidad como objetivo:

El término interculturalidad es polisémico. Puede ser entendida como un proyecto con vistas a establecer relaciones interpersonales y sociales, en las cuales no se discrimine por motivos de etnia, cultura, lengua, religión y nacionalidad, y los sujetos se reconocen como interlocutores, se comunican de manera adecuada y se enriquecen mutuamente.

La Competencia intercultural es clave para superar barreras de comunicación, estereotipos negativos, prejuicios, etc. También colabora para el desempeño profesional en las relaciones interculturales y es la base para el ejercicio de una ciudadanía responsable. Dicha competencia tiene un carácter multidimensional que incluye: Competencias cognitivas, Competencias afectivas y Competencias comportamentales (o conductuales). Todas ellas precisan del desarrollo de habilidades específicas.

A continuación, la ponente se refiere a la **Mediación Intercultural**. Muchas de las competencias y habilidades interculturales mencionadas se pondrán en juego en el proceso de la mediación, incluido el papel de facilitador/a que cumple el Mediador/a.

Esta es necesaria y pertinente en situaciones como las siguientes: cuando existen dificultades de comunicación entre personas inmigrantes y autóctonas, hay un desconocimiento de los códigos culturales tanto de una como de la otra parte, cuando se produce una falta de adecuación de la metodología de intervención a las especificidades culturales, cuando se requiere cierto empoderamiento ante la desigualdad en la atención a las necesidades de las personas inmigrantes y cuando la mediación natural muestra sus límites.

La labor del Mediador/a es acercar posturas y hacer que las dos partes en conflicto se entiendan. Esta es una persona que conoce los giros, las expresiones hechas, los lenguajes no verbales, los gestos corporales, pues muchos de ellos son culturales y facilitan mucha información sobre el estado, la actitud o la reacción de una persona en una situación dada. El ser humano está inmerso

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

en todo momento en una red de significados; la búsqueda de esos significados es parte de la tarea del Mediador/a.

Algunos Objetivos de la Mediación Intercultural:

- Superar la barrera lingüística (lengua, códigos y significados).
- Favorecer la interpretación de las concepciones culturales de las partes para lograr un entendimiento común.
- Reducir la hostilidad entre las partes y establecer una comunicación eficaz.
- Ayudar a éstas a comprender las necesidades y los intereses del otro.

La tarea del Mediador/a es servir de puente entre el personal sanitario, el sistema de salud y los inmigrantes para ayudar a resolver las situaciones de conflicto que se pueden presentar por las diferencias culturales, lingüísticas o de interpretación cultural en/con el ámbito sanitario.

Funciones de los/as mediadores/as interculturales:

- Traducción lingüística.
- Interpretación de choques culturales. Cuando alguna de las partes plantea una situación no entendida o a la cual no se encuentra explicación y que está dificultando el proceso de atención sanitaria.
- Asesoramiento a profesionales, acompañamiento a los/as usuarios/as o charlas con grupos.
- Participación en proyectos comunitarios.

El Mediador/a además de actuar como intérprete, debe también ayudar a explicar la cultura del hospital y del médico al paciente, y el mundo del paciente al médico. Su figura debe ser un instrumento al que acudir cuando existen situaciones muy complicadas sanitariamente, dado que muchas veces se producen momentos de gran tensión en los hospitales.

Por último, la ponente aludió a **la Medicina Transcultural**, que pertenece al área humanística y científica de estudio sobre las diferencias y similitudes entre culturas, con respecto a los cuidados de salud y enfermedad de las personas, asumiendo los valores, creencias y comportamientos culturalmente diversos para proveer cuidados específicos.

La Medicina Transcultural pretende que los/as profesionales adquieran y refuercen habilidades especiales que se basen en el conocimiento y aceptación de los factores diferenciales del país de origen del inmigrante con respecto a la cultura de la sociedad de recepción y los diferentes modos de enfermar.

3) Ponencia: La relación entre personas en contextos multiculturales. Por Mercedes Valladares Pineda. Directora de “Transculturality”.

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La ponente destacó la gran diversidad cultural que existe en el mundo actual, globalizado e interconectado, apoyándose en imágenes que ilustraban esta realidad. A cada persona le es imposible pertenecer a una sola cultura, porque nuestra vida diaria está llena de estímulos culturales de carácter plural. Debemos concebir la cultura como un sistema dinámico y abierto, en constante cambio y movimiento. Existen influencias, intercambios y “préstamos” culturales que los individuos incorporan y hacen suyos, y cada persona a través de su proceso de individuación, va creando su “cultura particular”.

Ampliar el conocimiento sobre otras culturas nos permite interpretar nuestros propios comportamientos desde una perspectiva distinta, que puede enriquecer nuestra forma de pensar y de percibir la sociedad y el mundo, a la par que ampliamos la perspectiva que tenemos sobre nuestra propia cultura.

La atención efectiva de usuarios/as en el ámbito sanitario con personas de diferentes culturas, debe utilizar una perspectiva comparativa, sólo para entender la forma en la que la cultura influye en los procesos psicológicos de distintas sociedades, partiendo de la base de que se está tratando con individuos con antecedentes personales diversos, y de esta manera, evitar el riesgo de etiquetarlos en categorías que pueden llegar a ser perjudiciales o discriminatorias. Los/as profesionales sociosanitarios/as, no deben asumir que la “forma de ser” de sus pacientes se corresponde de forma estricta y mecánica con sus antecedentes culturales. Por consiguiente, siempre hay que centrarse en la singularidad de la persona-paciente.

El reto actual es dejar de clasificar a las personas en base a conceptos binarios y estáticos, no podemos clasificar a los individuos por su nacionalidad. Si bien es cierto que hay características objetivas compartidas por los miembros de un determinado país, esto no significa que una persona comparta todos los valores de su cultura de origen. Más aún, esto sería desconocer los nuevos procesos de socialización que la persona inmigrante tiene en la sociedad y cultura de recepción.

Conclusiones:

- Se hizo hincapié en promover el diseño de programas sociosanitarios que incluyan la perspectiva o enfoque de la interculturalidad y también que incorporen la perspectiva de género.
- Se consideró fundamental la presencia de Mediadores/as Interculturales en los centros sanitarios; su labor va mucho más allá de la traducción e interpretación.
- Otra figura relevante es la del Agente de salud comunitario, ya que vincula el hospital o centro de atención primaria, con la comunidad.
- Se destacó la necesidad de adaptación y adecuación institucional que debe hacer el sistema público sanitario en su proceso de atención a personas procedentes de otras culturas.

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

- Se consideró de máxima importancia que el personal sociosanitario incremente y ponga en práctica sus habilidades y competencias interculturales en su relación y atención a los/as pacientes de origen extranjero.
- Se resaltó que a las personas culturalmente diversas no hay que categorizarlas ni encasillarlas en tópicos y estereotipos “culturalistas”, sino que hay que considerarlas como personas únicas, que deben ser tratadas en la atención sanitaria desde su singularidad.
- Necesidad de ver al paciente inmigrante no sólo como usuario/a, sino como ciudadano/a, es decir, un sujeto con derechos y deberes.
- Se aludió a la dificultad en el cambio de “rutinas” de un sector del personal sociosanitario. No hay que confundir nunca “diversidad cultural” con “desigualdad social”. La primera es positiva, hay que promoverla porque enriquece al conjunto de la sociedad; en cambio la segunda puede conducir a la discriminación, en este caso, al trato desigual en el ámbito de la atención sanitaria.

Esta jornada propició un espacio de encuentro, reflexión y trabajo en red, destinado a profesionales sociosanitarios/as de diversos centros de salud y de organizaciones sociales, con el fin de identificar las principales necesidades que surgen al trabajar con personas de culturas diversas así como incorporar y promover el desarrollo de competencias interculturales entre estos/as profesionales para una mejor atención a los/as pacientes inmigrantes.

MEDIACIÓN SOCIO SANITARIA: GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD