



**LA MEDIACION INTERCULTURAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE
CATALUÑA**
Montserrat Antonin Martín

ISBN: 978-84-693-9438-0
Dipòsit Legal: T.65-2011

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI
Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social
Programa de Doctorado en Antropología de la Medicina (2001-2003)

LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE CATALUÑA

Montserrat Antonin Martin

Tesis Doctoral
Dirigida por el Dr. Josep M. Comelles Esteban



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2009

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA MEDIACION INTERCULTURAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE CATALUÑA

Montserrat antonin Martín

ISBN:978-84-693-9438-0/DL:T.65-2011

*A Ricardo, Guillem y Júlia
por caminar en silencio junto a mí sin reprocharme el tiempo robado.
A los tres un millón de gracias !!.*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA MEDIACION INTERCULTURAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE CATALUÑA

Montserrat antonin Martín

ISBN:978-84-693-9438-0/DL:T.65-2011

ÍNDICE

Se hace camino al andar...

I. Introducción	1
1.1. Introducción	3
II. La realidad como punto de partida. El contexto como elección	9
2.1. Problemas de investigación, objetivos e hipótesis del estudio.....	11
2.2. Enfoque y planteamiento metodológico.....	13
2.3. El Hospital del Mar como unidad de análisis. Historia y contexto de un hospital singular	17
2.3.1. El Hospital del Mar en cifras.....	20
2.4. El desarrollo de la investigación.....	25
2.4.1. Trabajo de Campo y consideraciones metodológicas.....	25
2.4.2. Grupos focales. Diseño y justificación metodológica	30
2.4.3. Control de calidad y métodos de triangulación	32
2.4.4. Aproximación cuantitativa: diseño y aplicación del cuestionario	36
2.5. Limitaciones del estudio y consideraciones éticas	39
III. Marco teórico y conceptual	41
3.1. Los antecedentes históricos y culturales de la mediación.....	43
3.2. La Mediación como concepto. Origen y fundamentos teóricos	54
3.2.1. De la mediación política a la mediación social y cultural.....	66
3.2.2. Mediación y poder o el poder de la mediación.....	71
3.3. De la Mediación como instrumento para la resolución de conflictos a la Mediación Intercultural	76
3.3.1. La Mediación Intercultural	87
3.3.2. Mediadores Interculturales. Perfil y ámbitos de intervención...	93
3.3.3. La Mediación Intercultural, una ¿profesión? Emergente.....	98
IV. La Mediación Intercultural en Salud.....	117
4.1. La Mediación Intercultural en Salud.....	119

4.1.1 Mediación y voluntariado; un significativo paralelismo	119
4.1.2. Mediadores interculturales, intérpretes lingüísticos y agentes comunitarios de salud.....	129
4.1.3. Género, Mediación Intercultural y Salud	144
4.2. Experiencias en Mediación Intercultural en Salud.....	153
4.2.1. Experiencias en EEUU y Canadá.....	155
4.2.2. Experiencias en Europa	160
4.2.3. Evaluación de los servicios de Mediación en Salud.....	172
4.3. La Mediación Intercultural en el Sistema de Salud de Cataluña	177
4.3.1. Asistencia Sanitaria e Inmigración. El Modelo Sanitario Catalán.....	179
4.3.2. El “Pla Director d’Immigració en l’Àmbit de la Salut” (PDIAS).....	192
4.3.3. Experiencias previas de mediación intercultural en Cataluña y situación actual en España	199
V. La etnografía como representación. Describir, explicar, interpretar	217
5.1 La etnografía como representación. Describir, explicar, interpretar	219
5.1.1. Hospital del Mar. Servicio de Mediación Intercultural. 9.00 a.m.	223
5.1.2. 10.30 a.m. Procesos de mediación y seguimiento de las intervenciones.....	226
5.1.3. Registro de las intervenciones. 13.00 a.m.	237
5.1.4. Al margen de la rutina cotidiana	240
5.1.5. 2008. El Servicio de Mediación Intercultural tres años después. Tiempo para el desencanto y la autocrítica	243
5.1.6. Evaluación de la calidad asistencial y la satisfacción en mediadoras y profesionales	252
5.1.7. El incierto futuro de la mediación intercultural	258
VI. Conclusiones	265
6.1. Conclusiones.....	267
VII. Consideraciones finales: El futuro de la Mediación Intercultural. Crítica, tendencias y nuevas interpretaciones en salud	277
7.1. El futuro de la Mediación Intercultural. Crítica, tendencias y nuevas interpretaciones en salud.....	279

7.1.1. Mediación apreciativa y mediación resiliente. Modelos emergentes de mediación	282
7.1.2. Ampliando el perfil de los mediadores interculturales o como afrontar la interculturalidad en el ámbito de la salud	287
VIII. Fuentes y Bibliografía. A modo de explicación.....	293
IX. Índice de figuras, tablas y gráficos.....	319
X. Anexos	323

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA MEDIACION INTERCULTURAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE CATALUÑA

Montserrat antonin Martín

ISBN:978-84-693-9438-0/DL:T.65-2011

Se hace camino al andar...

Al andar se hace camino y aunque a veces tienes la sensación de andar en solitario pronto reparas en la cantidad de personas que están haciendo este camino junto a ti. Acompañándome unos, en silencio otros, con amistad, paciencia y, también sacrificio, todos habéis aportado lo mejor para que mi camino pudiera llegar a su fin. No sería justo no referirme a todos vosotros aun temiendo que pueda olvidarme de alguien. Si así fuera os envío mis más sinceras disculpas.

Si de algo me enorgullece esta tesis es de la posibilidad que me ha brindado de caminar al lado de dos personas que en estos últimos años han sido un referente para mí, a nivel profesional y, lo que es más importante, en el personal, a las que respeto y admiro profundamente: Josep M. Comelles, director de esta tesis, por la confianza y apoyo mostrado desde el primer momento en que le asalté con mis miedos y mis dudas, *“que... més teràpia Comelles?”*, y a Joaquín Tomás-Sábado... simplemente por todo, por su ciencia, y por su infinita paciencia.

Paciencia y más paciencia es lo que ha tenido Pilar Flor, todos estos años, que como siempre y en silencio, ha *“suavizado”* mi camino. Para ella, todo mi afecto y gratitud.

Mi agradecimiento para Ana Sancho, Responsable del Servicio de Atención al Usuario del Hospital del Mar. Fue ella la que, sin pedir nada a cambio, me abrió las puertas del hospital y del Servicio de Mediación Intercultural. Gracias, también, a la Institución por su apoyo y a todas las mediadoras (también a ti, Manolo) por dedicarme vuestro tiempo tan escaso.

Gracias a Ana Rodríguez, Coordinadora del Servicio de Mediación Intercultural del Hospital Arnau de Vilanova. Su intervención fue crucial para mi trabajo. Y, también, muchas gracias a las mediadoras por su disponibilidad y simpatía.

Badía, Fatou, como expresar mi agradecimiento por dejarme caminar a vuestro lado y por todo lo que me habéis enseñado en el camino.

Durante mucho tiempo he pensado a mil por hora, he cambiado de "lunas" y con ellas de humor. No he podido dejar a un lado todas estas idas y venidas personales que me han acompañado en mi trabajo más de lo que hubiera querido. Mi agradecimiento a todas mis compañeras y compañeros de la EUI Gimbernat: Amor, Cristina, Diego, Gemma, Lúdia, Mirèia, Montse, Pilar y Susana por animarme constantemente (y soportarme estoicamente). Gracias, también, a David Ventura por facilitarme siempre el camino. ...

Agustí, Amparo y Dolores, muchas gracias. No, no me olvido, *gràcies, Noemí, per compartir amb mi més que un doctorat.*

Gemma B, gracias por nuestro "reencuentro" y por añadir notas de color a esta última fase de mi doctorado y a Maribel, Anna y Mercè, por soportar, durante años, mis disertaciones... tan divertidas!!

Por último, aunque ellos saben que también son los primeros, mi gratitud hacia mis padres, por su ayuda incondicional y por saber esperar, todo el tiempo que he necesitado.

I. INTRODUCCION

1.1. INTRODUCCION

...¿Mediación intercultural? Esta claro que tu ámbito de estudio es la salud, pero ¿porque la mediación intercultural?...

Esta es una pregunta que me realizaron en diversas ocasiones y siempre con cierta dosis de asombro ya que mi relación con el ámbito de la mediación antes de iniciar esta tesis era, ciertamente, nula. Fue en 1999, en el marco de una Jornada de Enfermería, Salud y Diversidad Cultural organizada en la EUI Gimbernat donde conocí a dos profesionales de la mediación intercultural. Nuestra relación no terminó al finalizar la Jornada sino que a partir de ella iniciamos nuevos contactos profesionales que me permitieron no sólo saber de su trabajo, sus experiencias, o su situación profesional sino también conocer sus realidades, sus luchas, logros y, por que no, también sus fracasos en una sociedad que a pesar de los años sigue siéndoles aun bastante hostil. Ellas fueron las que, sin saberlo, generaron en mi la necesidad de conocer y cuestionar la mediación intercultural en el contexto de nuestro sistema sanitario, de nuestros profesionales y, en definitiva, de nuestra sociedad. Afortunadamente lo que se inició como una relación profesional se ha convertido, con los años, en una sólida amistad.

Antoine Gailly fue, en los inicios de esta tesis, mi autor de referencia. Afortunadamente tuve la oportunidad de compartir en diversas ocasiones sus experiencias y críticas respecto a la mediación intercultural que me ayudaron a configurar el punto de partida de mis reflexiones iniciales.

*“La mediación intercultural abarca todas las actividades que ayudan a garantizar que hay, por un lado una **comprensión** real entre el profesional sanitario y el*

*cliente y, por el otro, que en la práctica se cumple el **derecho** a una sanidad apropiada". A. Gailly (2001)*

Comprensión y derecho, dos conceptos que en el ámbito de la salud no pueden contemplarse de forma aislada. Gran parte de los problemas actuales, en todos los ámbitos de la vida, vienen generados por la falta de entendimiento en el difícil arte de la comunicación. Es complicado ejercer el *derecho a una sanidad apropiada* si no se produce una comunicación efectiva que permita una relación sólida basada en el entendimiento y comprensión entre profesional y paciente.

En Cataluña se ha comenzado a prestar especial atención al "fenómeno" de la mediación intercultural a raíz de la creciente llegada de inmigrantes extranjeros en la última década. Al plantear este estudio, a finales del año 2003, la mediación intercultural se reducía a un número relativamente bajo de asociaciones, ONG's y hospitales que, con escasos recursos pero con mucha voluntad y esfuerzo comenzaban a introducir esta nueva figura profesional en el ámbito de la salud. En los años siguientes, la evolución seguida no difiere sustancialmente de la que se produjo en Francia, en los años 80 descrita por Six (1997, p. 21) quien diferencia tres periodos: el primero de ellos, que denomina la *década de la mediación*, entre 1980 y 1990, comprende los años de *exploración, siembra y espera*; en el segundo, a partir de 1990, la mediación aparece como el *descubrimiento de una planta milagrosa, a la manera de panacea universal*; y, por último, un tercer periodo que, iniciándose a finales de los 90 se afianza en el siglo XXI, dotando al campo de la mediación en general y de la mediación intercultural, en particular, de un corpus conceptual capaz de delimitar, entre otras, el perfil, las funciones, los ámbitos de acción e, incluso la profesionalidad de esta figura emergente.

La mediación intercultural en salud en Cataluña se encuentra todavía en un proceso de consolidación profesional si se la compara con la situación en otros países o con otras profesiones de ámbitos sociales. En nuestro contexto, la mediación como profesión, las funciones de los mediadores, la necesaria formación en competencias interculturales de todos los profesionales de la salud, la mediación realizada por autóctonos o inmigrantes o las relaciones que los mediadores establecen con el resto de los profesionales, asociaciones o voluntarios son sólo algunos de los aspectos que necesitan consolidarse. Aunque, las políticas sanitarias comienzan a dar pasos que permiten pensar que nos encontramos en el inicio de un nuevo contexto y se constata que el número de centros sanitarios que solicitan la intervención de un mediador sigue aumentando, la mediación intercultural en salud no está aún reconocida como una actividad socialmente valorada.

Este estudio pretende aproximarse a la compleja situación en la que se encuentra la mediación intercultural, especialmente en el ámbito de la salud. Dicha complejidad sólo puede abordarse de forma transdisciplinar. Por ello he considerado necesario incorporar las aportaciones que a este campo han realizado disciplinas como la sociología, la psicología, el *management* o la antropología. No obstante, es esta última disciplina la que marca el enfoque teórico y conceptual de la primera parte del estudio. No hubiera sido posible analizar el origen y los fundamentos teóricos de la mediación sin la revisión sistemática de la literatura aportada, a este campo, por la *antropología política*. Desde los años 40, los sistemas políticos, especialmente los sistemas africanos, centraron la estructura social en las alianzas y conflictos manteniendo a las sociedades en equilibrio dentro de un proceso dialéctico y en el marco de una red de relaciones que facilitaron el desarrollo de agentes intermediarios o *brokers políticos*, sentando las bases del arbitraje y la mediación.

El texto se estructura, básicamente, en siete capítulos. Tras esta introducción, el segundo capítulo muestra el planteamiento metodológico, el contexto como punto de partida y los problemas de investigación, objetivos e hipótesis que constituye el diseño del estudio empírico. En el tercer y cuarto capítulos presento el marco teórico y conceptual que recorre la mediación desde sus orígenes históricos y culturales y la mediación como concepto configurando el hilo argumental que nos sitúa en la mediación intercultural y en la mediación intercultural en salud, en un intento por identificar, claramente, la figura profesional. Era imprescindible realizar, además, una revisión de la situación y experiencias llevadas a cabo tanto en EEUU como en Europa para llegar, finalmente, hasta el Sistema de Salud de Cataluña, en diálogo con el sistema de salud nacional y el resto de experiencias en España. La etnografía propiamente dicha constituye el capítulo quinto donde se analiza y discute el estudio realizado y los resultados obtenidos. Las conclusiones (sexto capítulo) enlazan con el séptimo y último capítulo donde presento, a modo de reflexión final, una crítica de la mediación actual ofreciendo nuevas orientaciones y tendencias de futuro.

Quisiera hacer una mención especial a la bibliografía revisada. Como he comentado anteriormente la revisión de la literatura internacional ha constituido la base para la conceptualización y marco teórico pero es importante destacar el compromiso dirigido a realizar una revisión y actualización de la bibliografía que existe en nuestro país sobre mediación intercultural con especial interés por centrar la búsqueda en este último decenio. He mostrado los trabajos y reseñas publicadas en el marco de la mediación en salud en un intento por describir de forma panorámica este ámbito de actuación y estudio tanto en Cataluña como en el resto de España con el objetivo, espero conseguido, de que sirva como punto de partida, como herramienta inicial, para todas aquellas personas que estén

interesadas en profundizar en los diversos aspectos que plantea la mediación intercultural en salud en nuestro país.

Desde sus inicios me planteé este estudio desde una perspectiva cualitativa, intentando analizar la singularidad del fenómeno, aunque reconociendo la naturaleza holística del mismo. Aun teniendo claro este planteamiento no quise renunciar a complementar el estudio con la obtención y análisis de datos estadísticos propios de la metodología cuantitativa, considerando que ayudaban a confirmar su validez. Elegí el Hospital del Mar como unidad de análisis para el estudio de caso por tratarse de una experiencia pionera, de un *modelo institucional en mediación intercultural en el ámbito de la salud* (AEP Desenvolupament Comunitari & Andalucía Acoge, 2002, pp. 136-137). El estudio de caso, como método de investigación para el análisis de la realidad, fue particularmente, apropiado ya que permitió describir el servicio de mediación intercultural así como los distintos procesos interactivos que se producían en situaciones naturales tanto, desde un punto de vista intensivo o de carácter cualitativo como extensivo o cuantitativo.

En la actualidad, la mediación intercultural se plantea la necesidad de analizar y posicionarse ante las nuevas tendencias, interpretaciones y modelos emergentes de mediación que están surgiendo en el ámbito de la salud. Se plantean nuevos escenarios que intentan captar nuevas miradas conceptuales y márgenes de actuación hacia donde dirigir la mediación intercultural en salud.

Indudablemente, este es el reto más importante que se deberá de afrontar en un futuro inmediato.

II. LA REALIDAD COMO PUNTO DE PARTIDA. EL CONTEXTO COMO ELECCIÓN

2.1. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Dada la escasez de datos empíricos que permiten evaluar las tareas llevadas a cabo por los mediadores interculturales en salud, en nuestro país, resultaba de especial interés adquirir conocimientos empíricos sobre esta figura “emergente” en nuestro sistema de salud. Mi experiencia profesional y la observación en diversos contextos del ejercicio de la mediación, especialmente en el ámbito de la salud me hicieron plantear los siguientes problemas de investigación que permitieron delimitar el trabajo de forma más precisa:

- *¿Es la mediación intercultural un recurso sanitario que garantiza el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud y aumenta la equidad y la calidad de la asistencia sanitaria?*
- *¿Deben ser los mediadores interculturales en salud considerados como nuevos profesionales en los equipos interdisciplinarios en salud?*

O, por el contrario,

- *¿Hemos de entender al mediador intercultural en salud como un “profesional” temporal y, en consecuencia a la mediación como un recurso transitorio en el sistema de salud de Cataluña, para conseguir la normalización de las relaciones multiculturales en nuestra sociedad?*

En este sentido, el estudio formula los siguientes objetivos:

OBJETIVO 1 – *Analizar el actual contexto socio-político en el que se inscribe la mediación intercultural en el sistema de la salud de Cataluña.*

En relación al primer objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la evolución de la sanidad en Cataluña que configura las características y determinantes de su actual sistema de salud.
- Conocer las actuaciones generales y específicas que se están llevando a cabo en el campo de la mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña.

OBJETIVO 2 - Analizar la figura del mediador intercultural identificando el rol que desempeña incidiendo, especialmente, en las aportaciones que realizan en la salud de los inmigrantes así como en el sistema de salud de Cataluña.

En relación con el segundo objetivo:

- Conceptualizar la figura del mediador intercultural en salud en nuestro contexto
- Contextualizar el rol que el mediador intercultural realiza en el Sistema de Salud de Cataluña
- Concretar los límites de los mediadores interculturales y sus ámbitos de actuación,
- Valorar la mejora que proporciona como profesional del equipo interdisciplinario de salud respecto a la equidad y calidad de la atención sanitaria dispensada a inmigrantes de diversos orígenes culturales

- Identificar las diferentes relaciones (*agency relations*) que se originan en el marco de los procesos de mediación,
- Definir a los mediadores interculturales como una figura profesional a contemplar dentro del equipo interdisciplinario de salud con roles y ámbitos de actuación propios,

Así, se plantearon, finalmente, las siguientes hipótesis de la Investigación

Los mediadores interculturales en salud facilitan el acceso a los recursos, servicios y dispositivos asistenciales¹ mejorando la comunicación lingüística y, especialmente cultural, entre los inmigrantes y los profesionales de la salud, aumentando, en consecuencia, la equidad y la calidad de la atención sanitaria.

La incorporación del mediador intercultural en el equipo interdisciplinario de salud permite la orientación de los dispositivos asistenciales y de salud hacia una asistencia culturalmente competente.

2.2. ENFOQUE Y PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

La elección del paradigma en el que se inscribe la investigación es una de las decisiones estratégicas básicas de cualquier estudio (Ruiz Olabuénaga, 2007). A diferencia de las ciencias naturales, en las ciencias sociales coexisten diversos paradigmas, sin que puedan reducirse unos a los otros. Kuhn (1975) introdujo en la discusión epistemológica el concepto de paradigma de una ciencia:

¹ Se toma de Comelles (1997) el concepto de *dispositivo asistencial* con que el autor refiere al conjunto de representaciones y prácticas que organizan y mediatizan la asistencia confiriéndole así el sentido más amplio al concepto *complejo asistencial*.

“Una concepción general del objeto de estudio de una ciencia, de los problemas que deben estudiarse, del método que debe emplearse en la investigación y de las formas de explicar, interpretar o comprender, según el caso, los resultados de la investigación. El paradigma reúne y relaciona ejemplos y teorías que se formulan dentro de él. Su aceptación por parte de un conjunto de investigadores diferencia a una comunidad científica de otra y constituye el fundamento válido de su práctica científica”

Guba y Lincoln (1994), analizan los paradigmas² a través de tres dimensiones: la dimensión *ontológica*, referida a la naturaleza del objeto de investigación, de la realidad, la *epistemológica*, referida al proceso del conocimiento y la relación entre lo que se observa y lo que se puede observar potencialmente y la dimensión *metodológica* referida al procedimiento o estrategia de investigación de la realidad, es decir, el proceder adecuado para proporcionar el conocimiento deseado (Gürtler & Huber, 2007). En este sentido, Páramo y Otálvo (2006), defienden que es la postura epistemológica³ que se adopta la que determina el uso que hacemos de las técnicas y de la interpretación de la información recogida.

Desde un punto de vista epistemológico este estudio se inscribe en el *paradigma constructivista*. Según este paradigma, existen múltiples realidades construidas por los actores en su relación con la realidad social en la que están inmersos. La verdad surge como la configuración de diversos significados que las personas dan a las situaciones en las cuales se encuentra. El paradigma constructivista, junto a la *Teoría crítica*, se identifica habitualmente con la metodología cualitativa lo que permite afirmar que este estudio se inscribe metodológicamente, en el *paradigma*

² Guba y Lincoln (1994) definen paradigma como aquellas creencias básicas que tiene que ver con los principios últimos o primeros. Representa una visión del mundo que define, para quien la sustenta, la naturaleza del “mundo”, el lugar del individuo en él y la extensión de las posibles relaciones con ese mundo y sus partes. Estos autores proponen cuatro paradigmas o marcos epistemológicos: el positivismo, el postpositivismo, la teoría crítica y el constructivismo.

³ Los autores entienden por postura epistemológica o paradigma el conjunto de suposiciones de carácter filosófico de las que se vale un investigador para aproximarse a la búsqueda del conocimiento, la noción que comparte de realidad y de verdad, el papel que cumple, el mismo, en dicha búsqueda y como asume al sujeto de estudio.

*hermenéutico*⁴ o *interpretativo* desarrollándose a través de la contextualización y donde la experiencia se define en términos del significado.

Las características de esta investigación permiten plantear el *estudio de caso* como estrategia de investigación cualitativa. Los estudios de casos destacan por su flexibilidad y aplicabilidad a situaciones y contextos naturales. Para Yin (1994, p. 13) un estudio de caso es:

.../... una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. (...) Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación .../...

Se trata de un *estudio de caso contemporáneo* tal y como lo define Eisenhardt (1989), es decir, como “una estrategia dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”. No obstante, Perry (1998) afirma que el estudio de caso como estrategia de investigación opera dentro del *paradigma del realismo* o *realista* ya que este se centra, básicamente, en la descripción y comprensión del fenómeno con el objetivo de comprender la realidad desde diversos ángulos, desde una perspectiva dinámica, múltiple y holística.

De acuerdo con Mercado, Villaseñor y Lizardi (1999) cabe asumir que no hay un único estilo en el momento de hacer investigación cualitativa, especialmente en el ámbito de las ciencias sociales o de la salud, ya que se puede reconocer la existencia de diversos paradigmas que guían las distintas formas de acercarse a la realidad tanto en términos ontológicos, epistemológicos y metodológicos así como la existencia de múltiples

⁴ También llamado paradigma fenomenológico, humanista o etnográfico.

enfoques, orientaciones, perspectivas o movimientos teóricos. Flick (2004) defiende que las diferentes perspectivas teóricas pueden ser comprendidas como aproximaciones distintas para acceder al fenómeno en estudio.

El planteamiento de la investigación y la propia naturaleza de los datos permiten un diseño *cualitativo fenomenológico interpretativo* dado que el principal objetivo fue estudiar el “fenómeno” en el contexto mismo donde se producía tratando de captar, además, la perspectiva de los diferentes actores implicados que ejercían su actividad profesional. No obstante, este planteamiento no excluye las aportaciones que el análisis cuantitativo podía realizar en la investigación. Los datos cuantitativos en una estrategia de estudio cualitativo permiten profundizar, complementar y comparar resultados hecho que, a su vez, aumenta la validez del estudio (Sautu, 2003).

Para Ruiz Olabuénaga (2007, p. 57), esta posición teórica delimita una estrategia orientada a *descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación, un significado imponiendo un contexto de descubrimiento y de exploración*. Este tipo de estrategia es la que llevó a Glaser y Strauss⁵ a desarrollar, a finales de la década de los años 60, la *Teoría Fundamentada o Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967).

García Caro (2008, p. 30) resume los fundamentos de esta teoría basándose en autores como Flick (2004), Strauss y Corbin (1997, 2000), Jones, Manzelli y Pecheny (2004) o Vallés (2000):

⁵ Glaser y Strauss descubrieron, mientras estudiaban la muerte de pacientes, las categorías centrales de la muerte consciente así como la trayectoria de la muerte. Definieron tres elementos básicos en la formulación de su Teoría Fundamentada: los conceptos, unidades básicas de análisis, las categorías y las proposiciones que indican relaciones generalizadas entre una categoría y sus conceptos y entre categorías.

La teoría fundamentada representa un estilo de investigación cualitativa en el que la construcción de la teoría está basada en los datos empíricos que la sustentan siguiendo un procedimiento de análisis inductivo. El procedimiento de análisis tiene el propósito de generar conceptos y desarrollar teoría a partir del material procedente del estudio de casos. Parte de la necesidad de aprehender el punto de vista del actor, esto es, le interesa una perspectiva que recoja el problema desde el punto de vista de los sujetos investigados, como estos lo perciben y lo categorizan. Además pertenece al tipo de metodologías cualitativas que aspiran a responder tanto al requisito de rigurosidad empírica como el de dar cuenta de la diversidad significativa (diversidad de significados).

El Método Comparativo Constante (MCC) y el Muestreo teórico son las técnicas metodológicas propias de este modelo.

2.3. EL HOSPITAL DEL MAR COMO UNIDAD DE ANÁLISIS. HISTORIA Y CONTEXTO DE UN HOSPITAL SINGULAR

El Hospital del Mar de Barcelona, por su trayectoria histórica, sus años de experiencia en la atención especializada a usuarios inmigrantes de diversas procedencias culturales y, especialmente, por ser uno de los hospitales pioneros en la introducción formal de un programa de mediación intercultural, constituía el marco más adecuado y representativo. Sus características y dimensiones me permitían realizar, además, una aproximación intensiva y cualitativa.

El Hospital del Mar⁶, situado en pleno barrio de la Barceloneta, se encuentra emplazado en el mismo lugar en el que, en el siglo XVI, se encontraba la llamada "*Casa de Sanitat*"⁷. En el siglo XIX, Barcelona es asolada por sendas epidemias de fiebre amarilla y cólera. El ayuntamiento decide construir un pequeño centro sanitario que, inaugurado en 1905, va a constituir el núcleo primigenio del futuro HdM. En 1930, dado su origen

⁶ En adelante HdM

⁷ Institución que servía como centro donde poner en cuarentena a todas aquellas personas llegadas de ultramar, posiblemente contaminadas.

y ubicación, se convierte en un hospital para el tratamiento de enfermedades infecciosas, rol que va a desempeñar decisivamente tras la guerra civil⁸.

Tras unas décadas marcadas por la expansión y la innovación⁹ y tras convertirse en hospital universitario¹⁰ el *Consell Plenari de la Corporació Municipal de Barcelona* crea en 1983, *l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària* (IMAS), con la finalidad de facilitar la integración de los recursos asistenciales municipales en una única red y actuar así como proveedor del *Servei Català de la Salut*¹¹. El anexo 1 muestra el área de influencia y la actividad asistencial del IMAS.

⁸ Barcelona vuelve a sufrir graves epidemias (viruela (1940), tifus exantemático (1941-1942) y poliomielitis (1950) que perduran hasta inicios de la década de los años 70 con la epidemia de cólera. Ello hace que el HdM focalice su atención exclusivamente en luchar contra las enfermedades infecciosas, especialmente la poliomielitis, convirtiéndose, con el tiempo, en un hospital pionero y de referencia en este ámbito.

⁹ En los años 50 se convierte en el primer hospital de Cataluña en adquirir un pulmón de acero. Así mismo, en las décadas de los años 60 y 70 se convierte en hospital de referencia para casos de tétanos y gangrena gaseosa al disponer de una cámara hiperbárica monoplaça. Es también en estas décadas cuando se pone en marcha la primera unidad de cuidados intensivos existente en España. La expansión del antiguo hospital iniciada en estas décadas hace que se dote de, prácticamente, todas las especialidades, tanto médicas como quirúrgicas y, nuevamente, vuelve a ser el primer hospital en España que dispone de una Unidad de Deshabitación de Toxicomanías.

¹⁰ En 1973 el HdM firma un convenio con la *Universidad Autónoma de Barcelona* (que renovará años más tarde, en 1990 y 2001) convirtiéndose en un hospital universitario. La Unidad Docente de la Facultad de Medicina (UDIMAS) ha supuesto la academización progresiva del hospital que cuenta, en la actualidad, con un total de 97 profesores que imparten docencia a estudiantes de tercer, cuarto, quinto y sexto año de la Licenciatura de Medicina.

¹¹ El encargo fue la gestión directa de los servicios hospitalarios y de asistencia primaria del Ayuntamiento de Barcelona coincidiendo, en el tiempo, con la concreción del mapa de salud catalán, al cual se ha hecho referencia anteriormente. Actualmente el IMAS es una organización sanitaria que integra centros asistenciales, de docencia y de investigación: así el Hospital del Mar, el Hospital de la Esperanza, el Centre Fòrum de l'Hospital del Mar, con servicios psicogeríatrics, y el Centre Perecamps d'Urgències representan los centros hospitalarios, cuya oferta asistencial supone, aproximadamente, un 15% del total de camas hospitalarias de la ciudad. Cuenta, además, con un amplio despliegue de centros de atención primaria gracias a la gestión directa de Áreas Básicas de Salud (ABS), Programas de Atención en Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR), de especialidades RAE (Reforma de Atención Especializada), de Centros de Salud Mental y de equipo de PADES. A todos ellos se suman centros docentes y de investigación como la Escuela Universitaria de Enfermería, adscrita recientemente a la Universidad Pompeu Fabra, la Unidad Docente del IMAS, en convenio con la Universidad Autónoma de

En 1986 se inicia una nueva etapa en la historia del Hospital del Mar al ser propuesto como centro sanitario de referencia para la familia olímpica hecho que implicó una remodelación arquitectónica de gran magnitud provocando, a su vez, un importante salto cualitativo no tan solo respecto a las infraestructuras sino también respecto a la organización de sus actividades¹². En el año 2005, se adhiere al proyecto europeo “*Migrant-Friendly Hospitals*”, suscribiendo el compromiso de trabajar en pro de una asistencia sanitaria y promoción de la salud culturalmente competente.¹³

En el año 2008 se materializan sus dos últimos proyectos: asumir la coordinación de la Red Catalana de Hospitales y Servicios Sanitarios Promotores de la Salud e iniciar un nuevo plan de crecimiento que consiga su modernización definitiva¹⁴ (Anexo 2).

Barcelona, la Escuela Bonanova de Formación Profesional o el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM).

¹² La superficie útil del Hospital del Mar pasa de 26.000 a 42.707 metros cuadrados. El HdM se convierte en uno de los principales hospitales catalanes en dotación y calidad asistencial. Por otra parte, la Llei de Sanitat promulgada en 1986 clasifica los hospitales en tres categorías, hospitales generales básicos, generales de referencia y hospitales generales de alta tecnología. El HdM se clasifica, por aquel entonces, en la segunda categoría. Butlletí Informatiu (2003) Vol 7. Barcelona: Institut Municipal d'Assistència Sanitària.

¹³ Patrocinado por la Comisión Europea, la Dirección General de Sanidad y la Protección de los Consumidores. www.mfh-eu.net/public/home.htm

¹⁴ Dicha red es coordinada por la Dirección del HdM y se inscribe en el marco de la Red Internacional de Hospitales y Servicios Sanitarios Promotores de la Salud (HPH-Network) promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1992. Presentada oficialmente en junio de 2008, la Red Catalana de Hospitales y Servicios Sanitarios Promotores de la Salud está integrada por los hospitales del Mar, Bellvitge, General de l'Hospitalet, Sant Joan de Deu, Sant Rafael, Sant Pau, Joseph Trueta, Grupo Sagessa, Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona, Sant Joan de Deu-Servicios de Salud Mental, las escuelas universitarias de enfermería de la UdG y del Mar, y la Fundación Avedis Donabedian. Entre sus principales objetivos se encuentra el de convertir los centros en agentes activos de promoción de la salud entre la población e incorporar en su cultura y estructura organizativa los valores y estrategias propios de la promoción de la salud. Por otra parte, en el año 2006, se concreta esta nueva reforma que se inicia en junio de 2008 y que debe permitir al Hospital duplicar su superficie, aumentar su capacidad de atención llegando a las 537 camas convencionales, concentrar servicios y aumentar áreas ambulatorias, entre otras actuaciones, estimándose un incremento de la actividad del centro entre un 30% y un 40%. (www.imasbcn.com/publicacions/)

2.3.1. El Hospital del Mar en cifras

El área de referencia del HdM está formada por los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí con unas características socioeconómicas y epidemiológicas considerablemente peores que las generales de la población de Barcelona (Cots et al., 2002).

El distrito de Ciutat Vella se corresponde con el centro histórico de la ciudad. Es el distrito número 1 de Barcelona. Abarca 4 barrios; el Raval, Gótico, la Barceloneta y el barrio de Sant Pere, Santa Caterina y la Ribera. Por su parte, el distrito de Sant Martí, distrito número 10 de la ciudad, comprende un total de 10 barrios: Clot, Camp de l'Arpa, Verneda, Poblenou, Besos y Maresme, Diagonal Mar, Provençals, La Llacuna i el Parc, Vila Olímpica, y Sant Martí de Provençals. Este distrito presenta, en la actualidad una proyección de futuro importante para la ciudad de Barcelona ya que, en él, se han centrado los esfuerzos de la ciudad por transformar el antiguo Poble Nou, viejo barrio industrial, por un nuevo distrito tecnológico. Este hecho ha transformado, en la última década, su fisonomía y su población, aunque sigue siendo uno de los distritos con mayor población envejecida de Barcelona (que posee una media de 530.861 personas mayores de 65 años) y con una elevada densidad de población (tabla 1).

Tabla 1.
Densidad de población según cifras oficiales - año 2008

Densidad de Población			
Distritos	Población	Superficie Km²	Densidad Hab/Km²
Ciutat Vella	111.891	4.2	26.480
Sant Martí	228.480	10.3	22.145
Barcelona	1.595.110	100.8	15.825

Fuente: Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona

Ciutat Vella se encuentra en el segundo lugar del ranking respecto a la población extranjera residente en Barcelona, por detrás, únicamente, del distrito de l'Eixample. Los datos más recientes de los que se dispone, a 1 de enero de 2008¹⁵, estiman en 41.572, los extranjeros residentes en Ciutat Vella y en 33.296 los residentes en Sant Martí. La figura 1 muestra el porcentaje de población extranjera de ambos distritos siendo del 40.6% en el distrito de Ciutat Vella, respecto a su población total. El distrito de Sant Martí, representa el 14.78% de población extranjera respecto a la población total de dicho distrito.

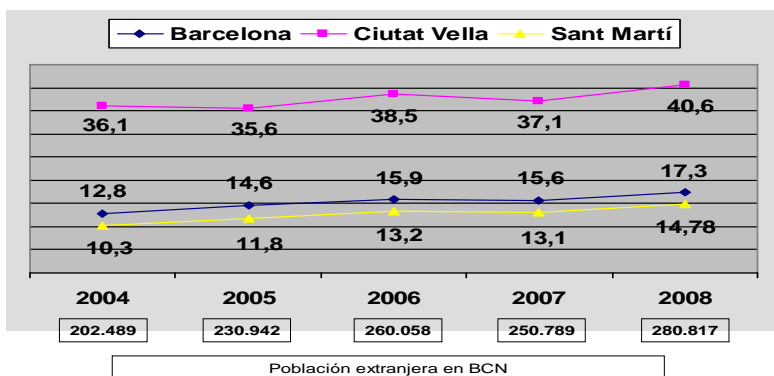
¹⁵ La població estrangera a Barcelona. Informes estadístics. Gener 2008 (2008). Vol 15. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

Figura 1
Porcentaje de población extranjera sobre la población total del barrio



El gráfico 1 muestra los datos evolutivos del crecimiento de población extranjera en ambos distritos, en los últimos cinco años, respecto a la población de Barcelona.

Gráfico 1
Tasas de población extranjera en los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí respecto a la población de Barcelona. Datos evolutivos 2004-2008



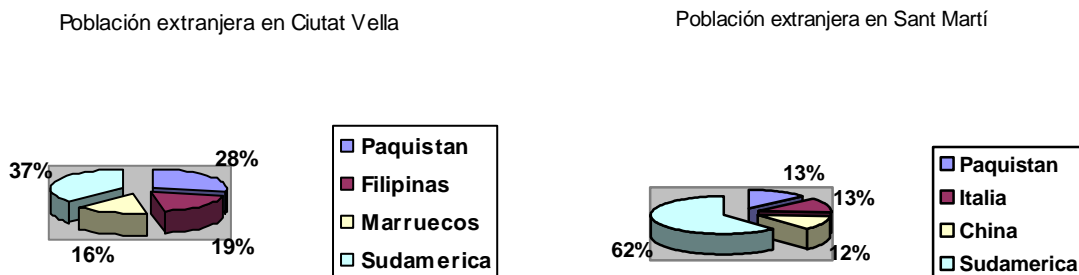
Fuente: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. Enero 2008

El perfil de la población extranjera en los distritos de referencia del HdM ha ido variando en los últimos años. Así, Pakistán encabeza el ranking de las nacionalidades más frecuentes en el distrito de Ciutat Vella con 6.079 personas que suponen un porcentaje del 14.6%. Este distrito se caracteriza, además por tener una importante presencia del colectivo filipino, que en el año 2008, ha llegado a ser la segunda nacionalidad más numerosa, llegando a representar el 10.2% de la población extranjera. El colectivo marroquí, que ha sufrido un ligero descenso en los últimos dos años supone, en 2008, el 8.7%. Aun así, en porcentajes absolutos, el colectivo más numeroso es el formado por personas provenientes de sud-américa que cuenta con un total de 8.102 individuos, entre los cuales destacan principalmente nacionalidades como Ecuador¹⁶, Bolivia, Argentina, Brasil, Chile y Perú. Todas estas nacionalidades representan un 19.32% del total de la población residente en dicho distrito. Por su parte, el distrito de Sant Martí tiene 3.126 residentes ecuatorianos. Esta nacionalidad, que representa un 9.4%, ostenta el número uno en el ranking de nacionalidades afincadas en este distrito. Así, el colectivo latino-americano representa, el 35%, 11.771 individuos, repartidos entre las siguientes nacionalidades: Ecuador, Perú, Colombia, Bolivia, Argentina, Brasil y Chile. Pakistán representa el 7.6% de la población seguido de Italia que representa el 7.2% de la población total de extranjeros en el distrito de Sant Martí. Es importante destacar el cada vez más numeroso colectivo chino que en este distrito alcanza el 6.7% con una población de 2.255 personas. En el distrito de Ciutat Vella sólo alcanzan el 2% de la población residente tal y como se muestra en el gráfico 2.

¹⁶ Ecuador ocupa el número 1 en el ranking de nacionalidades de la población extranjera en Barcelona durante el periodo comprendido entre los años 2007 y 2008. Le siguen las naciones de Italia, Bolivia y Pakistán. Por su parte, Italia y Pakistán son las nacionalidades que más han aumentado durante este último año en cifras absolutas. *La població estrangera a Barcelona*. Gener 2008. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

Gráfico 2

Perfil de la población extranjera en los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí.



Fuente: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. Enero 2008

Sin duda, el HdM se encuentra en un contexto de inmigración y de nuevas realidades que ponen en evidencia una gran heterogeneidad cultural de difícil abordaje para los profesionales sanitarios. La tabla 2 destaca las áreas y el porcentaje de asistencias realizadas al colectivo extranjero durante el año 2006:

Tabla 2

Principales áreas de asistencia realizadas al colectivo extranjero. Periodo 2003 - 2006

Iniesta, C (2007). L'Hospital del Mar orientat a la multiculturalitat. Congreso Internacional sobre la acogida de personas recién llegadas. Barcelona

Áreas	2003	2004	2005	2006
Urgencias	19.3%	22.8%	23.5%	29.24%
CCEE	6.2%	7.2%	7.4%	11.06%
Hospitalización	11.1%	12.6%	12,2%	16.37%

Fuente: Datos del Departamento de Documentación del Hospital del Mar

De estas cifras se desprende que alrededor de un 25% de las urgencias atendidas son personas inmigrantes que paulatinamente van incorporándose a los circuitos de atención lo cual implica, necesariamente,

cambios en las necesidades y en los patrones de asistencia del propio hospital y de sus profesionales, que implican, a su vez, nuevos indicadores en los estudios poblacionales (Sancho, Antonin, Iniesta, & Tomás-Sábado, 2007).

2.4. EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. Trabajo de campo y consideraciones metodológicas

El trabajo de campo es una situación de investigación que facilita el desarrollo de técnicas flexibles y múltiples. En ello radica su riqueza: una situación de investigación que permite obtener información por medio de un extenso abanico de procedimientos, algunos especializados respecto a determinados sectores o ámbitos de la cultura, otros, sorprendentemente versátiles, capaces de registrar la información más diversa. .../... La heterogeneidad es la impresión dominante del conjunto. (Velasco & Díaz de Rada, 1997, p. 41)

El trabajo de campo llevado a cabo en el Hospital del Mar describe, de acuerdo con Velasco y Díaz de Rada (1997), una *situación de investigación* diseñada con la finalidad de obtener el máximo de información mediante diversos procedimientos en función de los ámbitos y profesionales de la Institución. Se trata de una estrategia que incluye, además, diversas técnicas de investigación que implican una preparación previa y una aplicación sistemática y que, en definitiva, son las que van a conferir carácter científico al propio trabajo de campo (Roigé, Estrada, & Beltran, 1999).

Realizar trabajo de campo requería de una estrategia bien definida de aproximación y acceso al escenario. Como fase previa era preciso diseñar un protocolo de actuación que permitiera poner en marcha las estrategias necesarias para realizar una aproximación a la institución, a las personas y profesionales implicados en el estudio. Este protocolo, que se desarrolla a

principios del mes de noviembre de 2004 (justo antes de iniciar formalmente el trabajo de campo propiamente dicho), gracias al apoyo recibido por la dirección del Servicio de Atención al Usuario, plantea diferentes reuniones con los diversos estamentos del Hospital con el objetivo de presentar, formalmente, el proyecto de investigación y la metodología a seguir en los próximos meses. De acuerdo con ello, se realizan dos primeras reuniones, con la Directora del Hospital de Mar, y la Directora de Enfermería. Posteriormente se planifica una reunión general con diversos directores y jefes de servicio; la directora del servicio de atención al usuario, la jefa del área infantil, el jefe del servicio de medicina infecciosa, el coordinador del servicio de urgencias y los adjuntos de las áreas de obstetricia y ginecología y pediatría. Por último se efectúan diversas reuniones informales con otros miembros destacados del equipo asistencial¹⁷.

De las diversas reuniones surge el diseño del trabajo de campo que se estructura en dos fases. La primera fase puede considerarse como el período de trabajo de campo, propiamente dicho, llevado a cabo desde el mes de noviembre de 2004 hasta julio de 2005, con una periodicidad prácticamente diaria, en correspondencia con el Servicio de Atención al Usuario¹⁸. Este servicio dirige, desde sus orígenes, el Servicio de Mediación Intercultural. Tras la finalización “formal” de esta primera fase, inicio una segunda fase *de permanencia en el campo* que finaliza en el mes de diciembre de 2008. Esta permanencia con una periodicidad mensual supuso mantener las relaciones establecidas con el servicio de mediación intercultural, con el de atención al usuario y, por extensión con la

¹⁷ Es importante destacar formalmente la buena acogida y colaboración de todos los profesionales del hospital en esta fase previa al inicio del trabajo de campo.

¹⁸ Todos los permisos, datos y documentos fueron concedidos, sin dificultad alguna, por la dirección del hospital y, muy especialmente, por la directora del Servicio de Atención al Usuario.

institución permitiéndome actualizar continuamente la información obtenida en la primera fase.

Las etapas diseñadas para llevar a cabo el trabajo de campo fueron ajustadas a los requerimientos y necesidades de la Institución dado que nos hallábamos ante un estudio reflexivo y flexible en su desarrollo que dependía de la planificación establecida así como de las personas, procesos y situaciones objeto de estudio. Las diferentes etapas del trabajo de campo se exponen cronológicamente con el objetivo de facilitar su progresión. Ello no significa que algunas de ellas se desarrollaran simultáneamente.

Las tablas 3 y 4 recogen a modo de síntesis las dos fases diseñadas para la realización del trabajo de campo destacando, a su vez, la metodología y las técnicas de investigación propuestas para la obtención y recogida de la información, técnicas que serán descritas posteriormente. La segunda fase se propuso como método para la actualización continua de los datos obtenidos durante el desarrollo del trabajo de campo, propiamente dicho. Se estimó oportuno obtener nuevamente información en la fase final del estudio, noviembre de 2008, con el objetivo de conocer la evolución del servicio de mediación en el hospital, el de las propias mediadoras y comparar los datos obtenidos con anterioridad.

Tabla 3
Diseño del Estudio de Campo
 Trabajo de Campo. Fase 1

	Fases	Etapas		Actores	Técnicas	Método	Metodología	
Trabajo de Campo	1ª Fase	Descripción Unidad de Análisis (HdM)				Análisis Descriptivo Textual	Estudio Cualitativo	
		Revisión documental y acceso a los datos directos	Programa IMAS-Mediadores					
			Datos propios del SMI					
			Traducción de Informes y Material Divulgativo					
			Primeras evaluaciones del SMI					
		Comunicación de Resultados, Premios y Organización de Actividades						
		Observación de los Procesos Asistenciales	Círculo y Gestión de la Demanda				Observación no participante	
			Proceso de Mediación y seguimiento a los pacientes/usuarios					
			Registro de las Intervenciones					
		Información de los principales actores del HdM		Mediadores	Grupo Focal (1)	Análisis del contenido	Estudio Cuantitativo	
	Profesionales		Encuesta	Análisis Cuantitativo de los Datos				
2ª Fase	Fase de Permanencia en el Campo (septiembre 2005 a diciembre 2008)							

Tabla 4
Diseño del Estudio de Campo
 Trabajo de Campo. Fase 2

	Fases	Etapas		Actores	Técnicas	Método	Metodología
Trabajo de Campo	2ª Fase	Actualización de los datos y nuevas revisiones documentales					Estudio Cualitativo
		Nuevas observaciones de los Procesos Asistenciales	Círculo y Gestión de la Demanda			Observación No participante	
			Proceso de Mediación y seguimiento a los pacientes/usuarios				
			Registro de las Intervenciones				
Información de los profesionales del HdM		Mediadores	Grupo Focal (2)	Análisis del contenido			

La *observación de los procesos asistenciales* se realizó de forma *sistemática y no participante* y permitió llevar a cabo la recogida y producción de información respecto a los procesos y tareas cotidianas que se realizan de forma sistematizada desde el servicio de mediación.

Ruiz Olabuénaga (2007, p. 135) utiliza la terminología de R.Gold¹⁹ para describir la observación no participante:

.../... el investigador no participa de la vida "social" del grupo al que observa, no es un "participante al completo", sino que participa como observador. La diferencia básica entre ambos comportamientos (participante y no participante) estriba en que aquí tanto el investigador como los "observados" saben, son conscientes de los objetivos y planes del investigador, cosa que no sucede cuando éste participa al completo.../...

Las informaciones obtenidas fueron registradas a través de notas etnográficas y diario de campo donde se registró la descripción de los acontecimientos observados, contenido de entrevistas casuales así como de otros comentarios e interpretaciones sobre los procesos asistenciales o la propia investigación.

La observación sistemática del proceso asistencial de las mediadoras interculturales me permitió clasificar sus actividades diarias en 3 actividades que serán posteriormente analizadas:

- generación, circuito y gestión de la demanda del servicio de mediación
- proceso de mediación y seguimiento de los pacientes/usuarios
- registro de las intervenciones realizadas

¹⁹ Gold, R. (1958), *Roles in Sociological Field Observations* en *Social Forces*, 36.

2.4.2. Grupos focales. Diseño y justificación metodológica

El grupo focal (*focus group*) es una de las técnicas cualitativas más utilizadas en el ámbito de la salud (J.A Haro, 2004; Pérez Andrés, 2002)²⁰ ya que permite realizar en grupo una entrevista semiestructurada y dirigida.

Analizar el discurso de las mediadoras tenía como objetivo describir el contexto en el que desarrollaban sus intervenciones, conocer y comparar los beneficios (si es que estos existen) que reportaban en el proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes (Menéndez, 1993) así como conocer como las mediadoras se articulan dentro de la gestión de la institución, cual es su situación laboral, su relación con el resto de profesionales y cuales son las limitaciones que encuentran en el desarrollo de sus tareas. Además permitía analizar las percepciones de las mediadoras sobre su situación, sus intereses o sus preocupaciones.

El grupo focal es, en si mismo, provocador, ya que la interacción de las personas da especial relevancia a los datos, creando, además, un contexto en el que se promueve el diálogo y la participación y se generan reflexiones, afirmaciones, ideas que adquieren un sentido más real, al ser analizado su contenido. No pretende ser un espacio “cerrado” donde todo está previsto y regulado. Al contrario, se trata de un espacio donde la dinámica del grupo siga su propio curso dejando paso a la discusión, espontánea y natural, que refleje la situación, el contexto y la problemática de las mediadoras interculturales en su ámbito de actuación. No obstante, era necesario diseñar el encuentro. Con este objetivo se planteó el enfoque

²⁰ Haro (2004) sitúa la década de los años setenta como el inicio de la utilización de los grupos focales en el campo de la salud. En sus inicios esta técnica fue utilizada, particularmente, en el estudio de la prevención de enfermedades y promoción para la salud. Con los años se ha ampliado el objeto de las investigaciones: desde las relaciones entre conducta y estado de salud hasta estudios de evaluación comparativa de los modelos de atención o estudio de redes sociales.

técnico de la sesión, es decir, el plan operativo y el diseño de una guía temática para la discusión con el objetivo de reorientar la entrevista, en caso necesario, así como evitar vacíos en la conversación y en la información obtenida. Esta guía pretendía ser, además, un marco de referencia para la transcripción y análisis del contenido (Anexo 3).

Ambos grupos focales fueron conducidos por dos investigadoras que ejercieron el papel de moderadora y de observadora. Como investigadora principal introduje los temas relevantes, según el guión diseñado y moderaba las intervenciones mientras que la observadora recogía de forma sistemática y pautada informaciones verbales y no verbales en una hoja de registro de la información (Anexo 4).

La institución facilitó una sala de reuniones donde poder llevar a cabo las entrevistas. Tras las presentaciones se introdujo el propósito y objetivo general de la reunión y tras una breve explicación de carácter general se iniciaron las sesiones. Las preguntas se plantearon de forma no directiva y, por supuesto, sin que estas llevaran de forma implícita juicios de valor. La dinámica de ambos grupos focales se desarrolló en un clima de cordialidad, confianza y espontaneidad por parte de todas las mediadoras. La información generada por el grupo focal fue grabada (previa autorización) para su posterior transcripción e interpretación de los datos.

El proceso de análisis e interpretaciones de los datos cualitativos obtenidos de las transcripciones de los grupos focales ha sido llevado a cabo a través del programa *Atlas-ti*. Este programa basado en el enfoque de la teoría fundamentada facilita la aplicación del método comparativo constante ya que trabaja con diferentes “niveles de trabajo textual” de lectura y de selección de un texto convencional. Para Casasempere (2004) el programa supone una aproximación al concepto de *gestión del conocimiento* ya que

enfatisa la transformación de los datos en conocimiento útil. La asignación de códigos (codificación) de las transcripciones de los grupos focales y de las entrevistas en profundidad realizadas fue el punto de inicio para la sistematización y análisis de los datos. Las citas extraídas de los textos se clasificaron, inicialmente, bajo 49 códigos, depurados posteriormente hasta llegar a 35 que fueron los que constituyeron la clasificación final. A su vez se agruparon en diferentes familias de códigos o categorías en base a la guía para la discusión temática anteriormente citada. El anexo 5 muestra dicha clasificación.

2.4.3. Control de calidad y métodos de triangulación.

Ruiz Olabuénaga (2007, pp. 85-87), afirma que *el control de calidad puede y deber ser aplicado a la investigación cualitativa* aunque cabe precisar en que consiste dicho control, cuales son los criterios a seguir y las técnicas para ponerlo en práctica. Para el autor, toda investigación debe de ser evaluada y dicha evaluación *equivale a un control de calidad al que el investigador somete su propia producción*.

Los criterios determinados por el positivismo, es decir, validez, fiabilidad, consistencia interna, precisión y parsimonia han sido considerados tradicionalmente como los únicos criterios de excelencia. El constructivismo, según mantienen Guba y Lincoln (1994), propone un cambio y sostiene que criterios como los de validez, fiabilidad y generabilidad deben ser sustituidos por criterios de calidad tales como *credibilidad*, que mira al valor verdad de la investigación, *transferibilidad*, o aplicabilidad de los resultados, *dependencia*, que aporta la consistencia de los datos y, por último, la *confirmabilidad*, que se refiere al problema de la neutralidad. La tabla 5, muestra como Ruiz Olabuénaga (2007) resume los

criterios de excelencia según se emplee una metodología cuantitativa o cualitativa.

Tabla 5
Criterios de Excelencia según la metodología empleada
Ruiz Olabuénaga, 2007

Criterios de Excelencia	
Metodología Cuantitativa	Metodología Cualitativa
Validez interna	Credibilidad
Validez externa	Transferibilidad
Fiabilidad	Dependencia
Objetividad	Confirmabilidad

La metodología cualitativa accede a estos criterios de control de calidad a través de lo que se ha dado en llamar *triangulación* definido por Denzin en 1970. Según el autor, *la triangulación es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular*. El principal objetivo de todo proceso de triangulación es *incrementar la "validez" de los resultados de la investigación mediante la depuración de las deficiencias intrínsecas de un solo método de recogida de datos y el control del sesgo personal de los investigadores*. Denzin (1970) distingue entre triangulación de datos, de investigadores, de métodos, triangulación teórica y, finalmente, múltiple que resume, en 1978, en tres tipos de triangulación: la referida a los datos (la de los investigadores), la de las teorías, y la de las técnicas (o métodos).

Tabla 6
Tipos de Triangulación
Ruiz Olabuénaga, 2007, basado en Denzin 1978

TIPOS DE TRIANGULACIÓN	
DE DATOS	Cuando se recurre a datos diferenciados por haber sido recogidos y analizados en diferentes tiempos, espacios o por diferenciación de múltiples investigadores.
DE TEORÍAS	Cuando se recurre al uso de varias perspectivas o paradigmas teóricos
DE TÉCNICAS	Cuando se recurre al contraste de estas dentro del mismo método o con la comparación de varios de estos.

El propósito de llevar a cabo una triangulación de datos y técnicas no fue otro que el aumento de la validez/credibilidad de los resultados para mitigar, así, los problemas de sesgo de la investigación. Autores ya referidos anteriormente como Denzin (1978) o Flick (2004) defienden esta combinación de datos y/o métodos de investigación como *tratamiento holístico para la comprensión y la interpretación del estudio* al aumentar la productividad en el análisis y recolección de los datos lo que a su vez ofrece una mayor validez de los resultados.

“La triangulación, es vista más bien como una herramienta heurística con la que el investigador controla la calidad del primer estudio <enriqueciendo su contenido> elevando al mismo tiempo su nivel de garantía de calidad. Con la triangulación se busca descubrir nuevos elementos de un objeto ya analizado, aumentar su estándar de precisión y corroborar su consistencia” (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 332)

La tabla 7 muestra sintéticamente el diseño y el planteamiento de la triangulación de este estudio.

Tabla 7
Planteamiento de la triangulación

	Fases	Etapas		Actores	Técnicas	Método	Metodología
Trabajo de Campo	1ª Fase	Descripción Unidad de Análisis (HdM)				Análisis Descriptivo Textual	Estudio Cualitativo
		Revisión documental y acceso a los datos directos	Programa IMAS-Mediadors				
			Datos propios del SMI				
			Traducción de Informes y Material Divulgativo				
			Primeras evaluaciones del SMI				
			Comunicación de Resultados, Premios y Organización de Actividades				
	Observación de los Procesos Asistenciales	Circuito y Gestión de la Demanda			Observación No Participante		
		Proceso de Mediación y seguimiento a los pacientes/usuarios					
		Registro de las Intervenciones					
	Información de los profesionales del HdM		Mediadores	Grupo Focal 1	Análisis Cualitativo del contenido	Estudio Cuantitativo	
			Profesionales	Encuesta	Análisis Cuantitativo de los Datos		
	2ª Fase	Actualización documental					Estudio Cualitativo
Observación de los Procesos Asistenciales		Circuito y Gestión de la Demanda			Observación No Participante		
		Proceso de Mediación y seguimiento a los pacientes/usuarios					
		Registro de las Intervenciones					
Información de los profesionales del HdM		Mediadores	Grupo Focal 2	Análisis Cualitativo del contenido			

Triangulación de datos en espacio y tiempo

Grupo Focal 3
Triangulac. de Técnicas

Entrevistas en Profundidad

Con el objetivo de “enriquecer” el estudio y aumentar su calidad diseñé, una vez finalizado el trabajo de campo, una segunda aproximación cualitativa que permitiera la obtención y posterior comparación de los datos. Para ello se planteó la necesidad de realizar un nuevo grupo focal con mediadoras interculturales vinculadas a otro servicio de mediación. Dadas las características similares a las del Hospital del Mar, se consideró idónea la elección del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, hospital de referencia de la región sanitaria de Lleida²¹.

²¹ El Hospital Universitario Arnau de Vilanova es el centro de referencia de la sanidad pública en las tierras de Lleida y algunas comarcas de la Franja de Ponent. Cuenta con 450 camas, aproximadamente y su gestión corresponde al *Institut Català de la Salut* (ICS)

El diseño y guión para el desarrollo de este nuevo grupo focal siguió las mismas directrices, tanto en su diseño como en la metodología, que las descritas anteriormente²² aunque, en este caso, no se realizó una observación externa.

Finalmente, se realizaron dos entrevistas en profundidad a dos reconocidas mediadoras de larga trayectoria y experiencia en el ámbito de la salud. El objetivo de dichas entrevistas fue obtener información adicional mediante una conversación de carácter profesional cuyo análisis permitió la comparación de todos los datos obtenidos. La guía metodológica diseñada para llevar a cabo las entrevistas en profundidad se presenta en el anexo 6.

2.4.4. Aproximación cuantitativa: diseño y aplicación del cuestionario

Diseño preliminar del cuestionario. Consultive breafing.

A principios de junio de 2005 se realiza un pre-test con el primer diseño del cuestionario (cuestionario piloto) que se administra en forma de entrevista semiestructurada. La finalidad de dicho pre-test fue la validación del cuestionario desde diferentes perspectivas: la validez del constructo y la validez interna. Con la validez del constructo se pretendía comprobar que el cuestionario contemplara todas las dimensiones del fenómeno objeto de estudio. La validez interna permitía comprobar que las preguntas diseñadas fueran entendidas por los entrevistados de la misma manera que fueron formuladas para obtener preguntas comprensibles, pertinentes, unívocas y, por consiguiente, útiles para la finalidad con la que se habían elaborado.

²² Ver anexo 3.

La muestra, representativa de los diferentes servicios y facultativos del hospital, fue compuesta por 10 personas: un jefe de servicio (Unidad de Cuidados Intensivos), una médico del servicio de urgencias, un residente (MIR), una trabajadora social, una administrativa, una jefa de enfermería (de hospitalización), dos enfermeras (de consultas externas y hospitalización) y dos auxiliares de enfermería (servicio de ginecología y hospitalización).

La observación directa de las preguntas, respuestas y comentarios de dichos profesionales permitió el intercambio personal con los interlocutores lo que propició la obtención de otras informaciones, percepciones y observaciones que permitieron valorar la relevancia y pertinencia de las preguntas diseñadas. Estas “observaciones” fueron registradas con el objetivo de realizar un análisis posterior de las mismas. Como resultado de este proceso de validación se modificó la redacción de algunas preguntas, respuestas, se añadieron algunos aspectos que no habían sido contemplados y se omitieron algunos otros.

Diseño definitivo del cuestionario

El diseño de la versión final se estructuró en 5 secciones con el objetivo de obtener la siguiente información: el primer apartado estuvo dirigido a obtener *datos de carácter general de los encuestados* como su filiación, el servicio o unidad donde se desarrolla su ejercicio profesional, categoría laboral y años de ejercicio profesional.

El segundo apartado, presentaba los ítems 1 al 9 diseñados con el objetivo de conocer la *frecuencia con la que los profesionales atienden a usuarios inmigrantes* y el *conocimiento de los mismos respecto a la mediación intercultural*. Los ítems 10 al 15 constituyen las preguntas del tercer

apartado siendo diseñados para obtener *información sobre el servicio de mediación intercultural y su utilización. Evaluar el ejercicio y calidad asistencial una vez utilizado el servicio de mediación* es el objetivo con el que se formularon las preguntas de este cuarto apartado. En él se diseñaron preguntas específicas para médicos y enfermeras, ítems del 16 al 19, y preguntas generales para todos los profesionales del hospital, ítem 20 al 22. Por último, el apartado quinto se diseñó con el objetivo de obtener *información respecto al nivel de formación de las mediadoras y el grado de satisfacción de los profesionales respecto al servicio de mediación intercultural*. Este apartado se corresponde con los ítems 23 al 25. Se creyó oportuno diseñar una última pregunta de control, ítem 26, que permitiera evaluar la coherencia entre algunas de las preguntas anteriormente formuladas respecto a la figura del mediador intercultural en salud.

Fueron susceptibles de participar en estudio todos los profesionales del hospital (100% de la muestra) en horario de mañana²³. Aunque se trataba de una muestra elevada, 429 personas²⁴, consideré oportuno (previa consulta con el departamento de estadística del IMAS) incluir a todos aquellos profesionales, facultativos o no, que pudieran necesitar el servicio de mediación intercultural²⁵ entendiéndolo que habría un número relativo de pérdidas durante el periodo de administración de la misma. La muestra inicial estaba configurada por 250 médicos y residentes de cuarto y quinto año, 104 enfermeras, 56 auxiliares, 3 trabajadoras sociales, 2 fisioterapeutas, y 1 maestra, 4 administrativas del servicio de admisiones, 5 administrativos del servicio de información y telefonía y 5

²³ Puesto que el Servicio de Mediación Intercultural solo está disponible en horario de mañana.

²⁴ 100% de los profesionales sanitarios y administrativos que trabajaban en el turno de mañana.

²⁵ Lo que hizo que desestimara a médicos residentes de primer y segundo año y celadores ya que entre sus tareas no se contemplaba la posibilidad de poder gestionar de forma directa una demanda de mediación al servicio de mediación intercultural.

administrativas del servicio de atención al usuario. Pude, finalmente, entrevistar a un total de 302 profesionales.

El anexo 7 recoge el proceso de diseño y validación del cuestionario desde el *consultive breafing* hasta su diseño definitivo.

2.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

El hecho de tomar el HdM como único caso para el estudio podría parecer, a priori, una limitación importante si se tiene en cuenta recomendaciones de autores como Eisenhardt (1989; 1991) o Smith (1990) que abogan por reunir múltiples casos siendo óptimo un rango de entre 4 y 10 casos. Contrariamente, Perry (1998), argumenta que no existen indicaciones precisas a cerca del número de casos que deben de ser incluidos manteniendo que la decisión debe recaer exclusivamente en el investigador. Se considera la elección del HdM como caso único, de dimensión holística (unidad de análisis única) por cuanto dicho centro, tal y como afirma Yin (1994), es apropiado para estudiar una situación novedosa donde indagar un *fenómeno contemporáneo en su entorno real*. De acuerdo con Chetty (1996) la metodología del estudio de caso puede ser considerada rigurosa ya que es adecuada para aquellos estudios que buscan responder al porqué y como ocurren los fenómenos, porque se puede delimitar un ámbito de estudio demostrando, además, su eficacia en aquellas investigaciones cuyas teorías han sido inadecuadas, porque permite explorar los fenómenos desde diversas perspectivas y con una mayor profundidad lo que va a favorecer la obtención de un mayor conocimiento.

Respecto a las consideraciones éticas cabe mencionar que todas las personas entrevistadas fueron informadas sobre el estudio y sus características, el tratamiento de la información y de la confidencialidad de los datos. En el caso de los grupos focales y las entrevistas en profundidad se pidió su autorización para grabarles en audio y sus comentarios se presentan bajo un nombre ficticio.

III. EL MARCO TEÒRICO Y CONCEPTUAL

3.1. LOS ANTECEDENTES HISTORICOS Y CULTURALES DE LA MEDIACION

“El camino recto del universo es el centro, la armonía es su ley universal y constante”

Chun-Yung - El arte de la estrategia

K'ung Ch'iu²⁶

La mediación tiene profundas raíces históricas (Wall, Stark, & Standifer, 2001, p. 133) y ha sido utilizada de forma extensa para resolver problemas y conflictos. Diversos autores (Brown, 1982; Cohen, 1966; Munné & Villanueva, 2004) sitúan en la antigua China el origen de la mediación como principal recurso en la resolución de desavenencias. Esa tradición cultural, impregnada de las enseñanzas de Confucio, hizo de la armonía natural la virtud que debía guiar las relaciones humanas. Este pensador chino desarrolló un sistema de principios éticos y reglas de conducta basadas en el respeto mutuo entre semejantes y hacia el prójimo. Para él, el concepto de armonía contiene, en si mismo, el conflicto y su resolución (Yao, 2001). Los cambios constantes crean tensiones que provocan conflictos y estos deben ser reconciliados. La persuasión y el acuerdo entre las partes son los medios más adecuados para llegar a una solución óptima, sin recurrir a la coacción.

Así pues, en la antigua China, la conciliación y la mediación habrían sido los principales recursos para resolver desavenencias. Durante más de dos

²⁶ K'ung Ch'iu, Kung-Fu-Tsu o Confucio, este último nombre utilizado en Occidente, (551-479 a.C.) recoge, en el segundo libro clásico, las reglas de la conducta humana, del ejemplo de los buenos monarcas y la justicia de los gobiernos. *“La situación en que nos hallamos cuando todavía no se han desarrollado en nuestro ánimo la alegría, el placer, la cólera o la tristeza se denomina “centro”. En cuanto empiezan a desarrollarse tales pasiones sin sobrepasar cierto límite, nos hallamos en un estado denominado “armónico” o “equilibrado”. El camino recto del universo es el centro, la armonía es su ley universal y constante”.*

milenios, la influencia del confucianismo se ha reflejado no sólo en el quehacer cotidiano y el modo de pensar de sus habitantes, sino también en el poder político de China, que ha desarrollado un sistema judicial que concede una considerable importancia a la autodeterminación (Grinsberg, 1978) y a la mediación en la resolución de conflictos. El sistema de mediación popular de la antigua China se constituyó como tal en el periodo de la Guerra de Resistencia con Japón (1937-1945), instituyéndose oficialmente en 1950, en los inicios de la República Popular China a través de los Comités Populares de Conciliación (Carulla Benítez, 2001)

Un proceso similar en su historia y fundamento, puede observarse en la ley y las costumbres populares japonesas. La sociedad japonesa prima el bien común y el servicio a los demás, siendo de vital importancia las cuestiones morales donde la honorabilidad esté en juego. Es por ello que contemplan la conciliación y la mediación como la vía principal para la resolución de conflictos y desavenencias personales. Al igual que en la República Popular China, las disposiciones legales para la conciliación en los tribunales de Japón, fueron aprobadas antes del final de la Segunda Guerra Mundial. Benedict (1954) hace referencia a la mediación y a la figura del mediador como institución omnipresente en la vida japonesa.

“Es indispensable un intermediario en cualquier situación en que un hombre podría sentir vergüenza por no llegar a la altura exigida y, en consecuencia, se usan mediadores en numerosas ocasiones: en los contratos matrimoniales, para ofrecer los servicios de alguien que quiere conseguir un empleo, o para dejarlo, y para muchos otros asuntos cotidianos”.

La mediación es imprescindible en las relaciones que se establecen entre las personas en cualquier ámbito cotidiano como, por ejemplo, el trabajo o la familia. Según Benedict (1954), uno de los deberes de los mediadores es concertar matrimonios, haciendo que las familias no tengan que “negociar” directamente y evitar así detalles y pretensiones

inconvenientes, lo que ayuda a suavizar las negociaciones y, en última instancia, las futuras relaciones familiares. Saito (2006) describe como, incluso los jefes, en las empresas, ejercían un rol de mediación en aquellos jóvenes empleados que no tenían pareja. Dado que la mediación y el arbitraje se utilizan también en la mayoría de los casos civiles, la administración local otorga escasa importancia a los juzgados en conflictos de esta índole.

En el *Nuevo Testamento*, (1 Corintio 6: 1-4) la mediación y el arbitraje se contemplan como un modo aceptable de vida (Folberg & Taylor, 1992), al ser congruente con los valores bíblicos más representativos, como el perdón y la reconciliación, siendo Jesucristo la figura mediadora por excelencia. Bajo estos preceptos, nace la *Sociedad de los Amigos*, movimiento sectario religioso que emerge como una escisión de la reforma Protestante, en la Inglaterra del siglo XVII. Los cuáqueros²⁷, como son conocidos en Estados Unidos, ejercían la mediación y el arbitraje para resolver sus desavenencias comerciales, encontrándose registros escritos de sus procesos de toma de decisiones por consenso, que se remontan en más de trescientos años.

El continente africano, con su gran diversidad de grupos étnicos y religiosos, se ha caracterizado históricamente por el establecimiento de sus propios sistemas alternativos para la resolución de los conflictos (Carulla Benítez, 2001). En muchas etnias existía (y aún hoy persiste) la costumbre de reunir a todos los miembros del poblado en asambleas o reuniones, con

²⁷ La *Sociedad Religiosa de los Amigos* o *Cuáqueros* se encuentra presente, aunque de forma muy minoritaria, en todo el mundo. Se caracterizan por promover la práctica de la no violencia y la justicia social. Sin jerarquías, ni formas organizativas, no poseen símbolos y ritos y, no ejercen con regularidad proselitismo siendo considerado como el movimiento religioso, menos sectario de todos los que existen en la actualidad. A principios de los años 70 organizan el programa "*The Children's Project for Friends*" con el objetivo de formar maestros y profesores en la cultura de la paz y la transformación de conflictos (Vinyamata, 2003)

el único propósito de dar solución a los problemas o desavenencias interpersonales. La convocatoria de *asamblea* podía ser requerida por cualquier miembro de la sociedad.

Son numerosas las culturas que asocian edad con sabiduría, especialmente en aquellas sociedades cuyos índices de longevidad suelen ser bajos. En este sentido, parece lógico que la elección del mediador recayera siempre en la persona de mayor consideración o autoridad, que, por lo general, coincidía con la más longeva, quien aceptaba este rol como una forma de cooperación con la colectividad.

Garb (1990), en su ensayo sobre *La mediación en el Cáucaso*, hace una minuciosa descripción de las tradiciones de la República de Abkhazian en mediación y resolución de conflictos. También en este contexto, la figura del mediador está tradicionalmente ligada a la edad y al estatus. Los primeros mediadores eran ancianos respetados socialmente y el Consejo de Ancianos la institución donde formalizar la mediación, aunque únicamente cuando fueran requeridos a tal efecto. Algunos ancianos incluso podían ser requeridos aun no formando parte del Consejo. En la mayoría de Repúblicas del Cáucaso los ancianos siguen jugando un importante papel en la actualidad. Incluso, antes de que se institucionalizara la Asamblea formada por diversas Repúblicas Caucásicas, algunos de los ancianos de grupos diversos fueron consultados ante las crecientes disputas por sus territorios entre Ossetians e Ingush. Como mediadores entre las dos partes consiguieron mantener controladas las disputas a pesar de sus “elevadas pasiones” (Garb, 1990).

Otro ejemplo actual es la etnia gitana, que dirime sus desavenencias a través de los ancianos de su comunidad. Cuando se produce un conflicto entre personas de diferentes linajes, los miembros del linaje ofendido

tienen la obligación de defender al miembro o miembros de su propio linaje. Se generan, así, actitudes colectivas de compromiso activo con el objetivo de “defender” a su pariente o miembro del linaje. Lógicamente, la exigencia de defensa mutua se presenta en ambos linajes, lo que podría generar una espiral de represalias por ambas partes. La intervención de los ancianos de otros linajes, que actúan como jueces, frena este proceso. Estas “*personas de respeto*” son elegidas de común acuerdo por los ancianos de los linajes implicados. Son ancianos con prestigio, conocedores de la tradición, importantes socialmente, que, con su mediación, llegan a un acuerdo negociado entre ambas partes en conflicto (Blay, Lisbona, Salinas, & Salvador, 1990)

En Occidente, la mediación ha seguido diferentes trayectorias. Doo (1973) argumenta que la creación de la *Chinese Benevolent Association*²⁸ por los inmigrantes chinos llegados a EEUU, a principios del siglo XX, propició la introducción de la mediación para resolver desavenencias entre los miembros de distintas comunidades, siendo las relaciones laborales el área donde extiende su práctica. Y es, precisamente, en EEUU donde la mediación ha conocido un extraordinario desarrollo tanto teórico como práctico, profesionalizándose, no sólo en el ámbito de los conflictos laborales, sino también en campos como la escuela, la familia, y los conflictos de índole social, comunitarios y vecinales. Como ya se ha destacado anteriormente, la mediación, como sistema de resolución de conflictos subyace en el trasfondo cultural de la sociedad norteamericana

²⁸ La *Chinese Consolidated Benevolent Association* es la organización de servicios más antigua establecida en Chinatown (New York City) en 1883. Desde sus inicios ha representado y ha dado servicio a las necesidades de la comunidad china afincada en América. En la actualidad siguen manteniendo como objetivos principales, entre otros: proporcionar recursos de mediación y resolución de conflictos a nivel personal y comercial y servir de puente entre los inmigrantes chinos y los principales grupos influyentes. www.ccbnyc.org

(Butts, 2007)²⁹, introduciéndose formalmente en la década de los años setenta del siglo XX, como una nueva institución encaminada a la resolución alternativa de los conflictos (Suarez, 1996). Asociaciones como la *American Arbitration Association* (AAA), la *Society of Professionals in Dispute Resolutions* (SPDIR) o la *American Bar Association* (ABA), establecieron criterios, ofrecieron capacitación, formaron comités de mediación y arbitraje con el objetivo de profundizar en el estudio y aplicación de la resolución alternativa de disputas³⁰. Los buenos resultados obtenidos contribuyeron a su amplio despliegue y rápido crecimiento facilitándose, así, su incorporación al sistema legal. Así, se establecieron, a nivel nacional y bajo la administración del *Justice Department*, programas alternativos para la resolución de disputas (Folberg & Taylor, 1992).

Un ejemplo similar, lo encontramos en Canadá, donde aún sigue vigente el *Federal Mediation and Conciliation Service*³¹ (FMCS), creado en 1947 por el gobierno con la finalidad de intervenir en problemas de índole laboral. Este servicio fue ampliado en 1978 para extender su jurisdicción a los conflictos no laborales (Otero Parga, 2007). Su influencia y rápida

²⁹ La mediación se encuentra muy arraigada en los países anglosajones que, como Estados Unidos, poseen una cultura influenciada por la *Common Law* o derecho consuetudinario, término utilizado para designar al conjunto de reglas y normas de carácter jurídico no escritas aunque sancionadas por la jurisprudencia. Los jueces no fundamentan sus sentencias basándose en preceptos legales sino que parten de casos concretos anteriormente juzgados (sentencias judiciales previas) con el objetivo de obtener un veredicto justo y equitativo para ambas partes litigantes practicándose así, la conciliación judicial de forma sistemática y elaborada (metodología de la mediación) y distinguiéndose del Sistema del Derecho Continental europeo.

³⁰ La *American Arbitration Association*, es una de las asociaciones, sin ánimo de lucro, que goza de mayor reputación. Fundada en 1926, ha desarrollado su actividad principal en la utilización de la mediación como mecanismo alternativo en la resolución de disputas previo, incluso al arbitraje, estableciendo nuevas reglas y procedimientos como la "*Comercial Mediation Rules for Financial Planning Disputes*", la "*Drafting Dispute Resolution Clauses*" o la "*Construcción Industry Mediation Rules*". (Carulla Benítez, 2001).

³¹ *Federal Mediation and Conciliation Service* (FMCS) es responsable de proveer servicios en la resolución de conflictos así como asistencia preventiva bajo la jurisdicción del *Canada Labour Code*. La intermediación del gobierno para resolver disputas surgidas en las relaciones laborales tiene una larga historia datada con anterioridad a la Acta de Conciliación de 1900. www.hrsdc.gc.ca/en/lp/fmcs

expansión hacia el Reino Unido, propicia su llegada a Europa donde destacan asociaciones como la *ICC Internacional Court of Arbitration* o la *CPR Institute for Dispute Resolution* que establecen reglas, procedimientos y modelos adaptados al contexto europeo (Carulla Benítez, 2001)³².

Lentamente, se van ampliando los ámbitos de actuación, aunque es en el ámbito jurídico donde se desarrolla y se promulgan leyes específicas relacionadas con la mediación. Así, estados como Texas, New Jersey o Colorado, en EEUU, o países como Gran Bretaña³³ regulan la obligación de sus abogados de asesorar a sus clientes en las diferentes alternativas existentes para resolver conflictos (Galeote Muñoz, 2006).

Suares (1996) se centra en la figura del *Ombudsman*³⁴, como intermediario entre los ciudadanos particulares y los distintos organismos oficiales, situándolo en los inicios de la figura del mediador en Francia³⁵. Así mismo, la mediación judicial en Francia, viene regulada en el *Nouveau*

³² La *ICC Internacional Court of Arbitration*, con sede en París, reglamentó una serie de reglas de conciliación que recogió en "*The ICC Rules of Opcional Conciliation*". www.iccwbo.org. Por su parte, la *CPR* desarrolló nuevos modelos de mediación como el "*CPR Model Mediation Procedure for Bussiness Disputes in Europe*" o "*Detailed CPR Clauses for Bussiness Agreements*". www.cpradr.org.

³³ Suares (1996, p.48) atribuye a un pequeño número de abogados independientes los inicios de la mediación en Inglaterra distinguiendo dos tipos de mediación como rasgo diferenciador respecto a Estados Unidos; mediación desarrollada en el sector público, que suple el trabajo de los trabajadores sociales para apoyar las tareas de los tribunales y la mediación del sector voluntario que atiende alrededor de 3000 casos por año a través de múltiples agencias. Destaca la figura de los trabajadores sociales (*social workers*) por ser los profesionales en quienes recae, en gran parte, la mediación nutriéndose esta de sus propias teorías.

³⁴ El *Ombudsman* es un oficial del Estado, nombrado generalmente por el Gobierno o el Parlamento, encargado de representar los intereses de los ciudadanos ante posibles abusos que puedan ser cometidos por los funcionarios de un Estado. La figura procede de la Constitución Sueca de 1809 para dar respuesta inmediata a los ciudadanos ante abusos de difícil solución por vía democrática o judicial. En Francia es conocido como *Médiateur de la République*. En España el *Defensor del Pueblo* es el alto comisionado de las Cortes Generales al servicio de cualquier ciudadano para defender sus derechos y libertades frente a la actuación de cualquier Administración. Para información más detallada al respecto consultar la página web: www.defensordelpueblo.es

³⁵ Six (1990; 1997), inspirado en autores norteamericanos, es quizás, el autor más influyente en este país. Cabe destacar la creación de su propia escuela de mediación que ha ejercido una considerable influencia en los países de la Europa más meridional.

*Code de Procédure Civile*³⁶ siendo la mediación extrajudicial, exenta de regulación, la que experimenta un mayor auge, como sucede también, en países como Alemania, Portugal, España (Soletto Muñoz, 2007) o Noruega (Ross, 1995, p. 70)³⁷.

Argentina destaca como uno de los países de América del Sur donde la mediación juega un rol determinante, especialmente, en los campos de la mediación familiar y de las prácticas judiciales, llegando incluso a ser declarada de interés nacional, la institucionalización y el desarrollo de la mediación como método alternativo a la resolución de disputas. En la ciudad de Buenos Aires llegó a ser de obligado cumplimiento antes de interponer una demanda ante los Tribunales³⁸. En 1992 se crea el Cuerpo de Mediadores pertenecientes al sistema judicial a instancias del Ministerio de Justicia de la Nación.

El Tribunal de las Aguas de Valencia³⁹ constituye un precedente en la regulación de conflictos en España. Desde 1238, esta institución popular, una de las más antiguas, media entre los agricultores que presentan problemas para el riego de sus terrenos. Este peculiar tribunal tiene por función el reparto equitativo del agua en toda la comunidad. De forma similar, las cooperativas rurales constituyen otro precedente ya que, para

³⁶ www.lexinter.net/NCPC/index.htm

³⁷ Este autor muestra la sociedad noruega como un claro ejemplo de sociedad poco conflictiva donde, la toma de decisiones y el ejercicio de la autoridad, se ejercen con la finalidad de reducir, al mínimo, la violencia. Hay una gran voluntad, en esta sociedad, de llegar al consenso privado, cuanto más amplio mejor, antes de tomar una decisión que pueda trasladarse a un contexto público. Así, los Consejos de Conciliación, instituciones comunitarias locales administradas por ciudadanos, cuya representatividad ostentan durante cuatro años, ven las causas civiles, antes de que lleguen a los tribunales de justicia, intentando resolverlas por “simple mediación”.

³⁸ Artículo 1 de la *Ley 24.573 de Mediación*.

³⁹ El Tribunal de las Aguas de Valencia, es una institución encargada de dirimir los conflictos por el agua de riego entre los agricultores de las Comunidades de Regantes de las acequias que forman parte de él. El conjunto de estas acequias forman la denominada Vega de Valencia sobre la que tiene jurisdicción el Tribunal, que junto a la Acequia Real de Montcada, con jurisdicción aparte, forman la Huerta de Valencia.

su funcionamiento, exigían la aceptación por parte de todos sus miembros de un proceso interno para la resolución de desacuerdos y toma de decisiones (García García, 2003)⁴⁰.

En la actualidad, comunidades autónomas como Cataluña, Valencia, Galicia y Canarias⁴¹ han promulgado leyes, circunscritas al ámbito familiar, que regulan la mediación, pudiendo considerarse la Ley 30/1981, denominada de Divorcio, el antecedente de todas ellas. Aunque la mediación familiar, al igual que en el resto de Europa, se evidencia como un proceso imparale, existe todavía un escaso conocimiento, más allá de los círculos jurídicos.

Si bien, los orígenes históricos de la mediación se circunscriben básicamente a aquellas intervenciones derivadas de la necesidad de conciliar y resolver disputas y conflictos entre sociedades, etnias o individuos, no podemos olvidar el origen de la mediación bajo la perspectiva cultural.

El Siglo XVI fue un importante periodo de expansión para Europa que juega un papel fundamental de apertura al ponerse en contacto con culturas lejanas de América del Sur o Asia. Loureiro (1997) describe cómo la Compañía de Jesús, considerada una de las órdenes religiosas más “modernas” de su época, dadas las características de su organización institucional, desempeñó “*verdaderas funciones de mediación cultural*” en el continente asiático. Fueron, principalmente, los misioneros jesuitas quienes introdujeron en Europa y, por extensión, en occidente, los

⁴⁰ Otero Parga (2007) recoge de forma sintética pero exhaustiva los antecedentes históricos de la mediación en España.

⁴¹ J. Redorta, publicó en 1996 un artículo titulado; La Mediación en España, orientado a dar una perspectiva amplia del estado de la mediación en nuestro país hasta ese momento. Redorta, J. (1996). La Mediación en España, en Gottheil y Schiffirin (eds). Mediación, una transformación en la cultura. Buenos Aires, Paidós.

primeros informes, fruto de sus observaciones y trabajos de campo más o menos informales⁴². Estos misioneros, además de sus elaborados trabajos de “traducción”, mostraron en sus informes sus reflexiones e interpretaciones con el objetivo de “comprender” y “reformular” en términos de su propia experiencia esa nueva cosmovisión. A su vez, se erigieron como agentes difusores de la cultura europea, dadas sus pretensiones de superioridad cultural⁴³.

En una línea similar Ares (1997) describe la figura del mestizo, de la América hispana y colonial del siglo XVI, como un “*potencial mediador cultural*” argumentando que su experiencia vital, que transcurre entre dos culturas, y las actividades que desempeñaban, vinculadas mayoritariamente al papel de intermediario en diversos ámbitos: económico, religioso e incluso en el entramado político-administrativo del gobierno colonial, describen un perfil muy concreto de agente mediador⁴⁴. A su vez, Lux Martelo (2006), aporta una amplia descripción del rol del médico como mediador cultural implicado en la transmisión y transferencia de saberes en el campo de la medicina, a través del estudio de la figura del licenciado Méndez Nuñez, (Cartagena de Indias, siglo XVI).

⁴² Loureiro (1997 p.322), describe en su ensayo sobre el descubrimiento de la civilización indiana los “*imperativos morales*” que los misioneros jesuitas respetaban. La obligación de registrar por escrito todas sus observaciones y trabajos con el objetivo de favorecer una amplia difusión, al ser enviados a Europa, era uno de ellos. Así, y sin que ese fuera su propósito inicial, ejercieron de observadores desinteresados, que transmitían a Europa informes sobre noticias de carácter antropológico y prácticas indianas que, con el tiempo, llegaron a constituir un importante patrimonio documental.

⁴³ Para un amplio panorama del debate sobre procesos de mediación cultural en las tareas misionales antes del s.XIX ver: Rubies, Joan-Pau (2007), *Travellers and Cosmographers Studies in the History of Early Modern Travel and Ethnology*. Aldershot, Ashgate y Delacroix, Mgr, ed. (1956) *Histoire Universelle des Missions Catholiques*, 4 vols., Paris, Grund.

⁴⁴ Una referencia más explícita sobre mediadores interculturales en el siglo XVII la encontramos en Meuwese, MP (2003), “For the peace and well.being of the country: intercultural mediators and Dutch-Indian relations in New Netherland and Dutch Brazil, 1600-1664.” http://etd.nd.edu/etd_data/theses/available/etd-09272003-005338/unrestricted/MeuweseMP092003.pdf

Para completar esta revisión histórica es preciso hacer referencia al rol de la mujer como figura mediadora. Históricamente, la mujer ha desempeñado un papel activo en la regulación de los conflictos por medios pacíficos, que se reproduce en relatos, tanto históricos como literarios, y cuya trayectoria puede seguirse hasta la actualidad⁴⁵. Se destaca, a modo de ejemplo, el siguiente texto de Martínez López (2000, pp. 281-282):

“Las mujeres romanas, como mediadoras de conflictos, como hacedoras de la paz, aparecen en leyendas de los orígenes de Roma cuando estaban construyendo los cimientos del futuro Estado romano. .../... Aparecen aquí las mujeres⁴⁶ no sólo como mediadoras a favor de la paz, sino como las únicas capaces de relacionar y unir pueblos, etnias diferentes, pues a través de ellas, incluso a pesar del rapto, se integran grupos y formas culturales distintas que componen el basamento del pueblo romano; son, por tanto, copartícipes en la construcción del futuro poder romano”.

La autora, mantiene que muchos de los comportamientos y acciones cotidianas de las mujeres se constituyen como “*prácticas reguladoras de conflictos*”. Esta capacidad reconocida de mediación social puede ser entendida, según Muñoz (1998), como un valor, lo que comporta el reconocimiento de las mujeres como reguladoras de conflictos en las relaciones humanas. Un ejemplo actual, aunque enmarcado en este mismo contexto, es el que nos describe Garb (1990, p. 36) con respecto al tradicional rol pacificador que las mujeres ejercen en diversas repúblicas del Cáucaso, incluso en aquellas regidas políticamente bajo la influencia

⁴⁵ Para obtener una visión amplia sobre la aportación de las mujeres en la cultura de la paz véase: Martínez López, C (2000). Las mujeres y la paz en la historia. Aportaciones desde el mundo antiguo. en Muñoz, Francisco A. y López Martínez, Mario. Historia de la Paz. Tiempos, Espacios y Actores. Granada Universidad pp 255-290.

⁴⁶ En referencia al mito del Rapto de las Sabinas que describe la mediación de las mujeres sabinas en el conflicto creado entre su pueblo y Roma. Las sabinas, tras vivir y tener hijos con sus raptos ven como su antigua familia, en aras de restablecer su honor, y la nueva, creada junto a los romanos, emprenden el combate. Cuando se inicia la confrontación, las Sabinas se interponen en el conflicto. Mediante la razón evidencian, en ambos combatientes, el valor de las pérdidas humanas que iban a producirse al ser todos padres, hermanos, maridos o hijos de estas mujeres. Consiguieron, así, una alianza que unió, a los dos pueblos, para siempre.

del Islam. Las mujeres son activas mediadoras con poder de decisión respecto a la resolución de los conflictos, aunque sólo una minoría de ellas pertenece a los consejos formados, como ya se ha descrito anteriormente, por personas ancianas y con mayor reputación. La autora enfatiza el reconocimiento que estas mujeres tienen al ser consideradas “*personas de particular sabiduría*”.

En la actualidad, la mediación está ocupando nuevos espacios, y no se circunscribe específicamente a los ámbitos político, judicial o social. La evolución de la mediación en Europa y, particularmente en España, presenta una perspectiva ciertamente optimista dadas sus interesantes posibilidades de desarrollo. La necesidad de armonizar las relaciones, en una sociedad sumamente diversa, ha favorecido la tendencia a adoptar la mediación como signo de identidad (Ortuño, 2005) haciéndose progresivamente más visible en algunas áreas específicas como, por ejemplo, el ámbito de la salud (Sancho et al., 2007).

3.2. LA MEDIACION COMO CONCEPTO. ORIGEN Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los sistemas alternativos de resolución de disputas y la mediación han sido objeto de amplio estudio y análisis desde disciplinas diversas, como el Derecho, la Sociología o la Antropología. Esta última disciplina, especialmente desde su vertiente política, ha sido la que, sin lugar a dudas, inspira los inicios del análisis de los fundamentos teóricos y la mediación como concepto.

La publicación de *African Political Systems*, dirigida por Fortes y Evans-Pritchard (1940), firmes representantes del estructural-funcionalismo, marca, sin duda, un punto de inflexión en los estudios sobre los sistemas

políticos africanos, sentando los fundamentos teóricos y metodológicos de las numerosas investigaciones británicas coloniales, iniciadas en la primera mitad del siglo XX. En este trabajo, que contiene un estudio comparativo acerca de los sistemas políticos de 8 pueblos africanos, se establecen dos tipos de sistemas políticos: los estados que ostentan autoridad centralizada y mantienen instituciones jurídicas; y las sociedades primitivas, sin estado, que carecen de instituciones y autoridad (Lewellen, 1994). Para referirse a estas sociedades sin estado, Fortes y Evans-Pritchard (1940) introducen, en base a dicha "autoridad", la noción de *segmentariedad* (González Alcantud, 1998). Es decir, las alianzas y los conflictos surgen eminentemente entre segmentos de linajes parentales. Dichas alianzas y/o conflictos son, como ya había propuesto Radcliffe-Brown (1940), las que mantienen a las sociedades en equilibrio⁴⁷. Un ejemplo está en la obra clásica de Evans-Pritchard, (1977, pp. 190, 191), *Los Nuer*, donde relata cómo esta sociedad, sin gobierno centralizado, mantiene el equilibrio, es decir, el orden político, a pesar de sus constantes rivalidades y "vendettas" (*feud*)⁴⁸.

Estos sistemas políticos no centralizados mantienen un tipo de liderazgo basado en la figura de líderes informales y, ocasionalmente, provisionales. Son "cabecillas" que actúan como árbitros en la toma colectiva de decisiones, ostentando una relativa autoridad en estas cuestiones. De esta manera, se introduce, aunque de forma embrionaria, la noción de arbitraje y mediación.

⁴⁷ Las explicaciones dadas por Radcliffe-Brown se basan en su concepto de "oposición complementaria" donde demuestra como el equilibrio del conjunto se puede mantener no a pesar de las partes en conflicto sino gracias a ella.

⁴⁸ Evans-Pritchard usa la expresión "vendetta" (*feud*) en el sentido de hostilidad mutua entre comunidades locales, dentro de una tribu. Las vendettas de sangre, constituyen una institución tribal. En la actualidad, D. Montgomery (Montgomery Hart, 1996), en su estudio sobre las sociedades bereberes del Rif distingue entre *feud* (lucha entre linajes) y *vendettas* (venganzas personales con trasfondo familiar).

“.../...La vendetta (feud) es una institución política, pues es un modo de comportamiento aprobado y regulado entre comunidades dentro de una tribu.../... se resuelven con la mediación del jefe “piel de leopardo”⁴⁹, quien desempeña un papel menor en el arreglo de disputas cuya causa no sea el homicidio.../... No obstante, su función es política, pues las relaciones entre los grupos políticos quedan reguladas gracias a su mediación, aunque no sea una autoridad política que los controle” (Evans-Pritchard, 1977, pp. 190-191)

En el mismo sentido Clastres (1977), describe la sociedad aborígen tupí-guaraní donde el grupo niega a sus jefes el poder coercitivo y la posibilidad de acumular riquezas materiales presentando a sus jefes como “pacificadores” cuya palabra hablada constituye su principal recurso mediador.

Lowie (1979) también describe funciones de arbitraje y mediación en sociedades tan lejanas de las africanas como los *karaya* y los *nambikuara*, en Brasil. En estas sociedades el jefe únicamente disfruta de una relevante posición social, pero carece de soberanía lo que sugiere que las personas que ostentan la jefatura en estas sociedades deben poseer otros atributos positivos que les permitan adquirir y mantener dicha representatividad. Lowie subraya que estos jefes se abstienen de utilizar la fuerza física y que es, precisamente, esta capacidad y su actuación como pacificadores la característica principal para ejercer este rol⁵⁰.

“.../... Supondría una contradicción de términos que impusiera castigos cuando su trabajo consiste en suavizar los malos ánimos, convencer al recalcitrante, instar e incluso sobornar al recién agraviado para que no prosiga la venganza. De hecho, es un intermediario en el orden yurok o ifugao, pero con la diferencia de ser un moderador oficial, permanente y reconocido en lugar de uno autodesignado *ad hoc*. Con el objeto de cumplir este fin –en mantenimiento de la armonía comunitaria–, puede rebajarse hasta humillarse y hacer sacrificios personales .../...” (Lowie, 1979, p. 116)

⁴⁹ Entre los Nuer, el jefe “piel de leopardo” es un personaje sagrado que se asocia con la fertilidad de la tierra. Gledhill (2000) lo define como “mediador ritual” en las disputas sin que este pudiera imponer acuerdos o llevar a juicio a las partes enfrentadas y, por lo tanto, sin función política.

⁵⁰ El principal problema, según Luque Baena (1984), radica en que un árbitro de estas características sólo puede intervenir en aquellas disputas que interesa resolver a las partes en litigio.

Service (1990)⁵¹ argumenta que las sociedades de jefatura, al estar más centralizadas que las tribus igualitarias y las bandas, cuentan con mucha más capacidad y ocasiones para llevar a cabo intervenciones en mediación, aunque esto no significa, tal y como refiere el autor, que se creen códigos, leyes o procedimientos judiciales formales. La capacidad de intervención de una sociedad jerárquica es mayor que la de una sociedad igualitaria, puesto que la autoridad funciona, precisamente, en el contexto de la resolución de aquellos conflictos que supongan una amenaza para la integridad de la sociedad.

“Nuestro problema es que la mediación en las sociedades de jefatura está situada en algún punto entre los modernos tribunales institucionalizados y las primitivas costumbres familiares con sus informales sanciones públicas. Todos ellos tienen las mismas funciones mediadoras, pero los medios son distintos. Las sociedades de jefatura parecen contener los inicios de unas instituciones semejantes a la ley, de forma que incluso la definición más estricta de ésta puede admitir caracterizaciones tales como “ley incipiente” o “ley en bruto””. (Service, 1990, p. 117)

A mediados de los años cincuenta, el paradigma estructural-funcionalista comienza a desmoronarse paralelamente al derrumbe del colonialismo británico. Las mayores críticas se dirigen hacia la escasa atención que prestaron los antropólogos representantes de esta corriente a las iniciativas individuales, las estrategias, los procesos, las luchas por el poder o el cambio político (Reay, 1967). La publicación de libros como *Custom and conflict in Africa* (1956) y *Order and Rebelión in Tribal Africa* (1963) de Max Gluckman, abrieron nuevas perspectivas y, en consecuencia, un periodo de consolidación de la antropología política.

⁵¹ Aunque sus trabajos sobre las jefaturas lo enmarcan en este contexto, Elman Service no puede considerarse adscrito a la corriente estructural-funcionalista sino, que junto a sus maestros J. Steward y L. White, se inscribe en el marco de las teorías neoevolucionistas. Estos autores, con un abordaje crítico de teorías evolucionistas clásicas promovieron nuevos enfoques y nuevas formas de conceptualizar la evolución cultural aportando conceptos diferenciadores como los de “multilinealidad”, “adaptación al medio”, “desarrollos convergentes o divergentes”, “dominio tecnológico del ambiente” ect.

Gluckman (1956; 1963) fue uno de los primeros en estudiar el conflicto, contribuyendo, especialmente, al conocido argumento antropológico sobre el efecto restaurador y benéfico del orden, que aporta el conflicto en la vida social. Este autor postula que la armonía y el equilibrio social dependen de una posición equilibrada en las instituciones y el comportamiento social (Reay, 1967). Este equilibrio surge de un proceso dialéctico en el que los conflictos dentro de una red de relaciones son “absorbidos” e integrados en una red de declaraciones (Lewellen, 1994). Gluckman (1963), insiste en el conflicto, más que en la cohesión, como factor del mantenimiento y transformación del grupo y contempla la estructura como redes relacionales analizables bajo la conceptualización de la teoría del conflicto.

“Los hombres riñen con el objeto de garantizar sus intereses habituales, pero -por su experiencia en otros conflictos de intereses, también impuestos por la costumbre- se previenen contra la violencia. El resultado es que los conflictos en parte de las relaciones -dentro de un rango más amplio de la sociedad o a través de periodos de tiempo más largos-, llevan al restablecimiento de la cohesión social. Los conflictos son una parte de la vida social y la costumbre aparece para exacerbarlos; pero al hacerlo así, la costumbre también evita que los conflictos destruyan el orden social más amplio”. (Swartz, Turner y Tuden, 1996, p. 121)

En definitiva, Gluckman (1963) propone que el conflicto es influenciado directamente por la naturaleza de las relaciones entre los litigantes, introduciendo la mediación como vía de resolución de dichos conflictos, al sugerir que aquellas sociedades donde predominan los vínculos que conectan de forma diversa a los mismos individuos (vínculos *múltiples*), presentan un mayor uso de la negociación o de mediación, y por tanto, de acuerdos favorables, que aquellas otras donde los rivales tienen vínculos *símplices* o de un solo interés.⁵²

⁵² Las teorías de M. Gluckman han estado ampliamente debatidas por Ross calificándolas de “simplicidad intelectual” (1995, p12)

Los postulados de Gluckman fueron rápidamente desarrollados por colegas y discípulos, constituyendo el origen de la que fue conocida como “Escuela de Manchester”⁵³ que representó una nueva orientación del estudio de las estructuras sociales, basada en el análisis del proceso y la toma de decisiones observadas en situaciones de crisis. El término “proceso” se constituye en el concepto clave que va a marcar y dirigir el futuro de los estudios de la antropología política. De esta forma, la antropología focaliza sus análisis en las estructuras políticas intersticiales paralelas y sus relaciones con el poder formal, centrándose, principalmente, en las contradicciones, rivalidades y conflictos (Vincent, 1998).

En 1966, tres autores vanguardistas y en franca reacción contra el estructural-funcionalismo, Marc Swartz, Victor Turner y Arthur Tuden, recogen, en su introducción al volumen colectivo *Political Anthropology*, diversos artículos de Middleton, Colson, Nicholas y el propio Turner⁵⁴, donde, siguiendo los principios teóricos de la Escuela de Manchester, dirigen su atención hacia los conflictos de intereses, introduciéndose, especialmente, en los mecanismos utilizados para resolver dichos conflictos y reconciliar a las partes involucradas. Estos autores describen, a su vez, ciertos mecanismos de enmienda o “despliegue de ajustes” para las situaciones de crisis o ruptura, estableciendo las diferencias entre los mecanismos utilizados cuando la solución de la crisis se desarrolla en campos de relaciones políticas, o cuando sucede en ámbitos intra o intersociales (Swartz, Turner, & Tuden, 1966). Cuando las situaciones

⁵³ Los orígenes de la Escuela de Manchester se encuentran en el Rhodes-Livingstone Institute dirigido por Godfrey Wilson. Gluckman asumió provisionalmente la dirección del Instituto durante la II Guerra Mundial. De vuelta a Inglaterra fundó el departamento de antropología de la Universidad de Manchester ostentando su cátedra pero continuó su relación con sus nuevos directores, Colson y Mitchell e investigadores, Barnes, Turner, Epstein, Kapferer y Bosseivan entre otros. De esta relación surgió la Escuela de Manchester.

⁵⁴ Este libro recoge los conceptos fundacionales para toda una generación de “teóricos procesualistas”

conflictivas no pueden resolverse mediante procesos o recursos formales (como tribunales constituidos o enmiendas rituales), pueden llegar a resolverse gracias a la intervención de lo que describen como un “tercer partido”, que tiene por finalidad proponer un compromiso. En este contexto, se introduce el *concepto de mediación* como mecanismo de enmienda o recurso para la resolución de conflictos.

“Si la decisión del tercer partido tiene que aceptarse, podemos hablar entonces de *arbitraje*, lo cual implica que la decisión del árbitro será suscrita, ya sea por medio de la fuerza legal o por severas sanciones religiosas. Si las negociaciones están condicionadas a la aceptación voluntaria de ambos contrincantes del acuerdo propuesto por un tercer partido, entonces podemos hablar de *mediación*. La mediación involucra la intervención continua del mediador, que debe preocuparse por más cosas que las cuestiones legales en juego y que debe utilizar variedad de técnicas pragmáticas –desde el consejo amistoso y la presión hasta la formulación de términos nuevos– para propiciar una reconciliación de intereses de los partidos de oposición. En disputas intersociales un mediador es generalmente una persona de gran status o reputación quien ocupa con frecuencia un lugar dentro del campo político de los competidores pero que no tiene interés directo en los asuntos que los constituyen. En otras situaciones podemos hablar de *intermediarios* más que de mediadores: cuando ningún partido acepta el reclamo de un tercero de ser imparcial. En tal instancia la posibilidad de un brote de hostilidad abierta es tan fuerte que las negociaciones deben proceder entre intermediarios que representen a cada partido, ya que una confrontación cara a cara de los líderes de las facciones no es posible ni práctica”. (Swartz, Turner y Tuden, 1996, p. 122).

Paralelamente, la aplicación de este enfoque procesual⁵⁵, propició el desarrollo de dos corrientes de investigación claramente diferenciadas. La primera de ellas, “Teoría de la Acción”⁵⁶, centra su atención en las acciones de los individuos dentro de sus sistemas políticos y es aplicada, fundamentalmente, por Abner Cohen (1979) en el campo de la antropología política, erigiéndose, en aquellos momentos, como paradigma dominante. De esta Teoría de la Acción surge una influyente variante conocida como “Teoría del Juego”, desarrollada por Bailey en

⁵⁵ También llamada Teoría Procesual, aunque no tenga la suficiente entidad como para constituir un cuerpo teórico coherente.

⁵⁶ Término que procede del sociólogo alemán Max Weber y que estudia las estrategias de los individuos para conquistar y mantenerse en el poder. Posteriormente fue llamada, también, Teoría de la Práctica (*practice theory*) o Teoría de la Agencia (*agency*).

Stratagems and Spoils (1969) donde presenta y discute sobre los conceptos de “facciones”, “red egocéntrica” y “grupo de acción”, en el contexto del análisis de los procesos de interacción política. Así mismo, Bailey (1969) clasifica en “reglas normativas” y “reglas pragmáticas” las normas para la manipulación y el juego político⁵⁷. Las reglas normativas se declaran públicamente y suelen considerarse como el baremo por el que las acciones se juzgan éticamente correctas o equivocadas. Las reglas pragmáticas, por su parte, son aquellas con las que se gana realmente el juego político, ya que lo importante en ellas no es recibir el beneplácito del público, sino que la acción sea eficaz.

En el mismo contexto, la estructura política, considerada como un juego, contiene cinco elementos: los premios u objetivos, el personal implicado en el conflicto, el liderazgo, la competición y, por último, los jueces que marcan las reglas. Cabe destacar dos de estos elementos; en primer lugar, el liderazgo, que incluye tanto a los individuos apoyados por un grupo de adeptos, como a aquellos que realmente toman las decisiones y zanján las disputas. De esta manera, para que un individuo pueda ser considerado líder, debe cumplir ciertas funciones, como la toma de decisiones, el reclutamiento y mantenimiento del grupo y la continua interacción con el exterior. En segundo lugar, la competición por el poder político, sea esta de confrontación o por enfrentamiento, puede suponer que los “equipos” que luchan regularmente por el poder, queden en una situación de encapsulamiento (Mayer, 1962). Es, en estas situaciones o procesos de encapsulamiento, donde Bailey (1969) visualiza la figura del *intermediario*, que asumirá un rol político decisivo como mediador entre ambas estructuras.

⁵⁷ La política es considerada como un juego con “equipos” compitiendo por conquistar “premios”.

“.../...El rol de la red puede ser importante al facilitar el desarrollo y operación de los agentes o intermediarios que deben mediar en conflictos entre los grupos”
“.../... Los mediadores deben ser la tercera parte quienes en virtud de su posición o su manipulación de los valores y las redes pueden reunir reconocimiento, físico como moral, forzando a “poner talón” a los recalcitrantes”
(Bailey, 1969).⁵⁸

Bailey (1969) desarrolló la idea de que los conflictos son gobernados por reglas que se encuentran estrechamente ligadas a los grupos y a los valores de la comunidad, enfatizando la importancia de la red de relaciones interpersonales entre los mecanismos a través de los cuales los valores e intereses del grupo operan en los límites de los conflictos.

Aunque en un principio había sido utilizado de forma metafórica y con escasa utilidad desde el punto de vista del análisis social (Requena Santos, 1989)⁵⁹, a partir de los años cincuenta, algunos autores, como Barnes (1954), Bott (1957), Mitchell (1969) o Boissevain (1974), desarrollan el concepto de red (*network*) de forma analítica y sistemática, aplicándolo a todos los vínculos existentes entre un conjunto de individuos, de manera que permite establecer nuevas orientaciones en el estudio de las estrategias y la toma de decisiones. Paralelamente, se produce un aumento notable del interés por las interacciones que realizan aquellos individuos que generan pautas a partir de iniciativas y de decisiones propias, en los distintos marcos de interacción (Rivoir, 2007).

Barnes es considerado el primer antropólogo en definir el concepto de *red* en un sentido analítico, a raíz del estudio llevado a cabo en Bremnes, una pequeña aldea de pescadores al oeste de Noruega. Según Barnes (1954):

⁵⁸ En: Moore, R. & Sanders, A. (1996). The Limits of an Anthropology of Conflict: Loyalist and Republican Paramilitary Organizations in Northern Ireland. In W. Wolfe and H. Yang (Eds.). *Anthropological Contributions to Conflict Resolution* (pp.131-143). Georgia: The University of Georgia Press.

⁵⁹ Para Requena Santos, el concepto de red social había sido utilizado, en sus inicios, de forma vaga e imprecisa por autores como Radcliffe-Brown y, por tanto, carente de sentido analítico.

“[...] es como si cada persona estuviera en contacto con otra serie de personas, algunas de las cuales están directamente en contacto mutuo y otras no. [...] Creo conveniente llamar *red (network)* a un campo social de este tipo. La imagen que tengo es de una serie de puntos, algunos de los cuales están unidos por líneas. Los puntos representan a las personas o a veces grupos, y las líneas indican cuáles son los contactos entre unos y otros” (Barnes, 1954, pp. 39-58)

Barnes (1954) subraya que el concepto de *red* es simplemente una herramienta para el análisis del fenómeno de la clase social, exponiendo las ideas de red personal, red extendida y red de clase, entendida esta última como aquellos lazos de igualdad aproximada que se establecen entre personas consideradas iguales en términos sociales. Una de sus principales conclusiones es la constatación de la existencia de diferencias en la malla de la red entre sociedades tradicionales y modernas.

Este trabajo inspiró la investigación de Bott (1957) sobre la familia, donde define el concepto de *intervinculación*⁶⁰ o densidad reticular, y su papel en la imposición de normas, señalando que no todos los componentes de una red social tienen una relación directa con los demás, sino que también se establecen contactos de tipo indirecto entre ellos (Requena Santos, 1991, 1996).

La idea de “*red social*” comenzó siendo un concepto operativo (Molina, 2001) que servía para describir y definir estructuras sociales de amplia magnitud, siendo el concepto de “*redes personales*” el que despertó un mayor interés en los estudios urbanos, centrados mayoritariamente en las redes sociales que se podían delimitar a partir de una persona, *ego*, así como en los diferentes tipos de relaciones existentes.

Desde esta perspectiva, es evidente que los estudios de Barnes (1954) y Bott (1957), abrieron una nueva dimensión en el desarrollo teórico del concepto de mediación desde una perspectiva analítica, muy diferente a la

⁶⁰ “Connectedness”, hoy reconceptualizado como “densidad”.

que se había realizado hasta el momento desde las diversas corrientes teóricas de la antropología política, en las que el conflicto y sus diversas estrategias de resolución se contemplaban como fuentes de posibles cambios, muchos de ellos beneficiosos, que hacían avanzar a las personas, grupos o sociedades en las que se producían. Estos autores sentaron las bases para el análisis centrado en la orientación social.

Mitchell (1969), en su obra *Social networks in urban situations*, recoge el tratamiento sistemático más importante realizado hasta ese momento, aportando la separación conceptual de tres tipos u órdenes de relaciones sociales, que se consideraron significativas en el análisis del comportamiento de las personas en la ciudad, al clasificar las relaciones sociales en tres categorías: “*estructurales*”, a través de las cuales el comportamiento de las personas es interpretado en términos de acciones apropiadas según la posición jerárquica que ellas ocupan en una organización, como por ejemplo, una fábrica, una familia, una mina, una asociación voluntaria, una asociación sindical o un partido político; “*categoriales*” a través de las cuales el comportamiento de las personas en situaciones desestructuradas debe ser interpretado en términos de estereotipos sociales como la clase o la etnicidad; y, en último lugar, “*personales*” mediante las cuales el comportamiento de las personas en otras situaciones, estructuradas o desestructuradas, deben ser interpretadas en términos de enlaces personales que los individuos mantienen con un grupo de personas y los enlaces que esas personas tienen, a su vez, entre ellos y con los demás, tales como las redes sociales de las familias del estudio de Bott (1957). Esta división permitió estructurar una primera matriz compleja entre estos tres elementos.

Mitchell (1973) concluye afirmando que la red de relaciones en las que está inserto el individuo y los grupos sociales corporativos a los que pertenece son fenómenos con diferentes niveles de abstracción. Bajo estos preceptos,

Boissevan y Mitchell (1973) desarrollaron el concepto de *red social*, convencidos de que la conducta se puede explicar, a menudo, a partir del estudio de las interacciones individuales y las relaciones sociales⁶¹. Así mismo, Boissevain (1974), argumenta que las personas son capaces de interactuar de modo significativo entre ellas y que su conducta no depende únicamente de su posición en una sociedad abstracta.

Es, precisamente, el análisis de redes sociales⁶² y, particularmente, de las relaciones sociales que en ellas se establecen el que va a centrar gran parte de los estudios modernos de la antropología política y social. Estos estudios inciden, entre otros aspectos, en *los lazos que relacionan a las personas en la vida económica, social y política, dando una nueva centralidad a los estudios de las relaciones de familia, parentesco, amistad o clientelismo como articulaciones privilegiadas de los actores sociales y políticos.* (Imízcoz, 2001)

Boissevain, (1986, p. 124), concibe las relaciones establecidas en *términos de asimetría entre una persona (el patrono) que proporciona directamente la ayuda y protección (patronazgo), y/o que influye sobre aquellos que pueden proporcionar tales servicios (intermediarios, brokers) a agentes (los clientes) que necesitan este*

⁶¹ Requena Santos (2003), resume que las diversas nociones básicas de las redes sociales, pueden agruparse en dos niveles que podrían representar los dos extremos de un continuo. En un polo encontramos la "interacción individual", es decir, el nivel donde se establece la influencia de la estructura de la red sobre las acciones de los individuos y en el polo opuesto se sitúa el grupo, que manipula a los individuos de su propia red para alcanzar los fines colectivos. Se trata, en definitiva, de dos niveles de abstracción. Bott (1957) con sus estudios sobre la familia, representaría un primer nivel que se situaría cercano a la teoría de la interacción, mientras que, por el contrario, los estudios políticos se encontrarían en un segundo nivel de abstracción, más cercanos a la teoría del intercambio y a la teoría de juegos, al referirse de una forma más concreta a procesos de negociación. Requena Santos (2003), concluye afirmando que, la teoría de redes mantiene vínculos simultáneos con las teorías micro, como la del intercambio, y con las teorías macro, como las del conflicto.

⁶² Para Sanz Menéndez (2003) el Análisis de Redes Sociales (ARS) es un método, un conjunto de instrumentos para conectar el mundo de los actores (individuos, organizaciones ect.) con las estructuras sociales emergentes que resultan de las relaciones que los actores establecen. Para el autor, el ARS debe ser visto más como un conjunto de técnicas con una perspectiva metodológica compartida que como un nuevo paradigma en las ciencias sociales.

tipo de ayuda. Los clientes, a su vez, corresponden con su lealtad y su apoyo cuando se les necesita. Tras sus estudios realizados en el área mediterránea, este autor ofrece un completo análisis de la categoría social de los “mediadores” cuya característica común es ocupar, en un momento determinado, una posición de centralidad que les coloca estratégicamente en el núcleo de varias redes. También advierte de la transformación que, en los últimos años, se está dando en dichas relaciones de patronazgo, relacionando la pérdida de poder de los patronos con el aumento de la demanda de *brokers* especializados que representan la oportunidad de conseguir nuevas ventajas.

3.2.1. De la mediación política a la mediación social y cultural

La figura del *broker*, o mediador, surgida del análisis de las relaciones clientelares, adquiere una importante dimensión en los estudios sobre clientelismo y patronazgo desarrollados, como se ha descrito anteriormente, desde la antropología política. No obstante, parece oportuno aclarar la diferencia conceptual entre clientelismo y patronazgo. El término “clientelismo” se circunscribe al análisis de las relaciones patrón-cliente en el ámbito político es decir, “clientelismo político” se referiría a la utilización de las relaciones de clientela en el marco de la política (Corzo, 2002, p. 10). Por su parte, el concepto de “patronazgo” es mucho más amplio, ya que puede abarcar tanto lo económico como lo religioso o lo político. Hecha esta distinción cabe añadir que ambas categorías tienen como objeto estudiar relaciones personales entre individuos de estatus sociales desiguales.

Wolf (1980) concibe las relaciones patrón-cliente⁶³ como relaciones de intercambio y reciprocidad entre dos actores que se ubican en desiguales

⁶³ Es preciso realizar una diferenciación conceptual entre clientelismo y patronazgo. “Clientelismo” circunscribe el análisis de las relaciones patrón-cliente al ámbito político.

posiciones estructurales. Es lo que denomina *intercambio diádico desigual*. Este autor observa que las relaciones patrón-cliente son diferentes estructuras no institucionales paralelas al poder de los estados surgidas en los intersticios de las sociedades complejas. La relación entre clientes y patronos es una relación asimétrica donde los clientes esperan fundamentalmente de sus patronos la obtención de beneficios derivados de su rol de *brokers*, de intermediarios, ante el Estado. Según una descripción anterior de esta relación de mediación, realizada por Scott (1986), el patrón utiliza su poder y su influencia para obtener recursos del exterior en favor de sus clientes. De la misma manera que la protección es el papel (defensivo) que juega el patrón para defender a sus clientes del entorno, la mediación es su "*papel agresivo*", ya que no se trata, tan solo, de distribuir recursos internos sino de "*arrancar*" recursos externos que, al distribuirlos, favorecerán y, a la larga aumentarán, su poder y su clientela.

Para Auyero (1996), el clientelismo político⁶⁴ representa una "*doble vía analítica*", en el sentido de que conforma un sistema de intercambio de bienes y servicios a cambio de apoyo político y lealtades a nivel estructural, pero presenta un nivel propiamente subjetivo que representa la percepción y acción de las personas involucradas en este tipo de vínculos. Se trata, así mismo, de relaciones informales donde se combinan intercambios diversos: afectivos, económicos, políticos, selectivos, desiguales e incondicionales. En definitiva, el clientelismo político se define como una relación social que se produce en un espacio microsocioal, de forma personal, voluntaria y legítima, entre quien detenta poder

El concepto de "Patronazgo" es mucho más amplio ya que puede abarcar tanto lo económico como lo religioso o lo político. Hecha esta distinción cabe mencionar que ambas categorías tienen como objeto estudiar relaciones personales entre individuos de estatus sociales desiguales.

⁶⁴ Gran parte de la literatura define el "clientelismo político" como una práctica social y política que consiste en un intercambio de bienes, servicios o incluso favores de parte de líderes políticos partidarios por apoyo o lealtad política por parte de los ciudadanos, los cuales adquieren, en esta relación, el carácter de cliente.

político desde una estructura política partidaria o desde un organismo estatal y la ciudadanía.

La diada de Wolf se convierte así en una estructura más compleja, apareciendo redes y mediadores, sin que ello suponga la desaparición de las relaciones interpersonales. Es lo que Auyero (2002) define, en términos generales, como una *relación de dominación, compleja y anclada*⁶⁵. Los patronos delegan autoridad en los mediadores, quienes, no son sólo intermediarios sino *figuras cardinales en la producción y reproducción de una manera "especial" de distribuir bienes, servicios y favores* (Auyero, 1997), a través de los cuales se imbrican intereses mutuos, pero también, como se ha mencionado anteriormente, relaciones afectivas, cooperación y sentimientos de solidaridad recíprocos.

Wolf (1956), desarrolló el concepto de *culture broker* en el contexto de su trabajo de campo sobre los vínculos, el ensamblaje de las comunidades de campesinos y la vida "nacional" en México, describiendo el *broker* cultural como aquella persona que sirve como eslabón entre dos sistemas culturales. En este sentido, la importancia del *broker* radica en su función básica de establecer relaciones entre los individuos de la comunidad que quieren estabilizar o mejorar su nivel de vida, pero que carecen de seguridad económica y conexiones políticas con los individuos que manejan las estructuras culturales complejas estandarizadas, como las instituciones nacionales. Willigen (1986), argumenta al respecto, que la intervención a través de este modelo es un modo de reestructurar relaciones culturales, no sólo para resolver conflictos multiculturales, sino también para prevenirlos. Para este autor, *Culture Brokerage*, es una

⁶⁵ Auyero (2002) concluye que la literatura sobre clientelismo político, presenta una descripción bastante acertada del sistema de relaciones objetivas en las que están ubicados, como actores participantes de una red clientelar; patronos, mediadores y clientes.

estrategia de intervención de investigación, de entrenamiento y servicio que une a personas de dos o más sistemas socio-culturales iguales a través de un individuo, con el objetivo principal de hacer más abiertos los programas de servicio comunitario, de manera que respondan a las necesidades de la comunidad y mejoren el acceso a sus recursos.

Trotta (2003), por su parte, analiza la figura del *broker* basándose en la centralidad⁶⁶ del rol del mediador, constatando la escasa importancia que se ha atribuido al papel que este desempeña, manteniendo, en la línea

⁶⁶ El análisis estructural y de redes ha desarrollado un conjunto de índices estadísticos para mostrar tanto las características de los actores como de la red en la cual se configuran. Así, por ejemplo, la *centralidad*, constituye un importante atributo estructural de las redes sociales que nos permite conocer la posición de cada uno de los actores participantes en la estructura general, lo que se relaciona estrechamente con el poder, más que con cualquier otra categoría (Sanz Menéndez, 2003).

Freeman (2000), aún reconociendo que no existe unanimidad sobre las bases conceptuales y los procedimientos más adecuados para medir la centralidad, concluye, tras un proceso de revisión conceptual, que existen tres tipos de centralidad que responden a tres teorías alternativas que explican, en definitiva, cómo la centralidad puede afectar a los procesos grupales. La centralidad admite dos medidas básicas diferentes, el grado de un punto y el nivel de mediación de un punto en la totalidad de las conexiones indirectas o *"betweenness"*. En este sentido, Rodríguez, (1995), destaca la importancia que supone la identificación de los actores más importantes de la red/estructura social. Para este autor: *estos índices, hacen referencia a la centralidad, prestigio y, en definitiva, el poder de los actores. El grado, la cercanía, la "betweenness" (estar en medio) tratan de identificar a los actores centrales de la red, a los que destacan más, y en definitiva, a los que ocupan posiciones de relevancia y poder. y añade, la betweenness de un punto mide en qué medida un punto puede hacer de "broker" (intermediario) o "gatekeeper" (portero), con el consiguiente poder y potencial para controlar a otros puntos.*

Requena Santos (1996) habla de *intermediación*, como indicador de centralidad, atribuyéndole, de igual forma, atributos de poder y control y resume claramente esta idea: *La centralidad como intermediación puede ser vista no sólo como concatenación de dos actores a través de un tercero, sino como posición de poder. El actor intermediario es un agente que controla la comunicación y que toma en cuenta el interés de los individuos a los que sirve de canal de comunicación, de forma que su posición intermediadora le confiere una ventaja de poder.*

Marsden (1982; 1983), por su parte, especifica las condiciones en las que surge la conducta de *"intermediación"* en las redes positivamente conectadas y que, según su criterio, condicionan la relación esperada entre centralidad y poder. De esta manera, la intermediación define claramente cómo el poder estructural es transmitido a los actores situados en las posiciones centrales. La capacidad de estos actores para *"intermediar"* con información u otros bienes valorados es lo que hace que controlen el flujo de los recursos importantes (Cook, 2003, p. 485). Las interrelaciones existentes entre intercambio y poder han sido motivo de discusión teórica para diversos autores (Blau, 1964; Coleman, 1972, 1973; Marsden, 1982), que han desarrollado estructuras teóricas que se pueden considerar como *teorías sociales del intercambio*. Es evidente que ejercer como mediador supone, en muchos casos, ostentar ciertos atributos de poder.

argumental de Auyero (1997), que el mediador es el actor clave para poder entender las interrelaciones que se producen entre el sistema local y nacional, aunque su posición es ciertamente compleja.

Para Lomnitz (1998), las relaciones patrón-cliente son relaciones de intercambio y poder, ya que, en definitiva, se intercambia lealtad por acceso a recursos e incluso por protección. Determina, así, que el elemento principal de la relación clientelar es el intercambio⁶⁷.

“Las relaciones sociales, políticas y económicas se basan en intercambios en los que también intervienen factores culturales, tales como los conceptos de lealtad y confianza y estos intercambios estarán, condicionados por la posición relativa de los protagonistas en las estructuras de poder” (Lomnitz, 1998).

La autora diferencia entre *relaciones horizontales*, aquellas que ocurren entre iguales, a un mismo nivel jerárquico y que permiten la existencia de un intercambio recíproco; y *relaciones verticales*, jerarquizadas, que se establecen entre un individuo y su superior o sus inferiores constituyendo canales de capital y poder cuando los flujos descienden o trabajo y lealtad cuando los flujos son ascendentes. En este sentido, Lomnitz (1998) cuestiona el carácter de reciprocidad de las relaciones clientelares, dadas sus características de asimetría, generando un espacio y un flujo en las relaciones, que justifica la necesidad del mediador.

En un estudio reciente, Peralta (2006, p. 71) aborda el fenómeno del clientelismo desde una perspectiva sociológica, describiendo las estrategias que los sectores populares utilizan para resolver sus necesidades en el campo de las actuales políticas sociales. La autora defiende que la búsqueda de estrategias para resolver las necesidades

⁶⁷ Para un análisis del tema, contextualizado en España, véase: Corzo, S (2002). El clientelismo político como intercambio. Barcelona. Institut de Ciències Polítiques i Socials.

cotidianas ha tejido un gran número de redes horizontales y verticales, donde el intercambio es el elemento estructurante de las relaciones sociales. Así pues, el clientelismo social se expresa en el cruce entre redes de intercambios horizontales y verticales (Lomnitz, 1998) y es, precisamente el contexto, el que propicia la emergencia de mediadores sociales. La relación que se establece entre mediadores y clientes va más allá de la esfera estrictamente política para instalarse en la esfera de lo social, en referencia al ámbito político, social y cultural.

Peralta (2006, p. 133) define al mediador social como *“un habitante del barrio que ha ido ganando en el juego clientelar a través de la acumulación de capital social y cultural; la fortaleza de este mediador no está determinada por su vinculación previa con las estructuras políticas sino por haberse diferenciado, gracias, precisamente, a la acumulación de capital social y cultural, que le permite mediar en una diversidad de instituciones y organizaciones del ámbito público. Este mediador juega, también, un rol determinante en la transmisión de valores, símbolos e ideologías; en definitiva, pautas culturales que transmite junto con los bienes y servicios. De esta forma, el mediador consigue un relativo poder respecto a sus paisanos, parientes o colegas que están situados en el mismo plano jerárquico.*

3.2.2. Mediación y poder o el poder de la mediación

En torno al concepto de poder se han construido muchas y diversas teorías que comparten un espacio semántico poco definido, lo que comporta dificultades para llegar a un acuerdo sobre su definición, de manera que, conceptos como “coacción”, “autoridad”, “legitimidad”, “fuerza” o “decisión”, aún teniendo significados sensiblemente diferentes, son utilizados como términos de influencia o diferentes expresiones de poder

(Sánchez Picanyol, 2001). “Poder”, en su sentido más amplio, incorpora dichos conceptos, es decir, fuerza, legitimidad y autoridad.

Smith (1960) define el poder como la “*capacidad de influir efectivamente sobre las personas y sobre las cosas, recurriendo a una gama de medios que se extiende desde la persuasión hasta la coerción*”. Estas capacidades o cualidades pueden incluir, dependiendo de la sociedad y de sus valores culturales, el éxito personal, los poderes de adjudicación, el poder sobrenatural para predecir el futuro o invocar la ayuda de lo sobrenatural, la valentía militar, el éxito en la búsqueda de alimentos, la apariencia física, la formación de coaliciones con éxito o la actuación como mediador entre diferentes políticas.

Service (1990), por su parte, define el poder como la capacidad de una persona o grupo para no obedecer, o dicho de otra forma, la capacidad para no ceder. En este contexto, introduce el concepto de *autoridad*, en contraposición al concepto de *coerción*. La autoridad se diferenciaría de la coerción, en el sentido de que los individuos acatan las órdenes de un líder al estar convencidos de que sus planteamientos son los más correctos, y de ahí su obediencia. Ronald Cohen (1979, p. 39), a su vez, define el poder como la “*capacidad para influenciar la conducta de otros o influenciar el control sobre las acciones valoradas*”.

Como puede observarse, en las definiciones de Smith (1960) y Cohen (1979) se introduce un nuevo término: el *concepto de influencia*. French (1956) define la *influencia directa* como aquella que se ejerce en otra persona mediante la comunicación directa no canalizada a través de una tercera persona. Por otro lado, aquella que se ejerce en un individuo mediante la mediación de una o más personas, la define como *influencia indirecta*. En

cualquier caso, podemos referirnos a la influencia como la capacidad para ejercer poder sobre alguien que a su vez lo tiene (Redorta, 2006).

Bajo una perspectiva socio-estructural, French y Raven (1959) desarrollan lo que denominan "*las cinco bases del poder*", donde distinguen entre cinco tipos o categorías de poder; el *poder de atracción*, basado en el poder o habilidad de un individuo para persuadir o influir en otros individuos; *poder experto*, basado en el poder que un individuo tiene gracias a sus propias habilidades o pericia y de las necesidades de la organización o sociedad de dichas habilidades; *poder de recompensa*, es la capacidad que tiene un individuo para otorgar recompensas materiales a terceros; *poder de coerción*, basado, en este caso en la capacidad para imponer castigos o para eliminar o no dar recompensas; y por último, el *poder legítimo*, poder que un individuo o grupo desarrolla gracias a la posición que este ocupa dentro de una organización o sociedad.

Parsons (1963b, p. 237) sostiene que el poder descansa en la legitimidad, ya que el poder es la "*capacidad generalizada para asegurar el desempeño de obligaciones ineludibles*". Por su parte, Swartz, Turner y Tuden (1966, p. 111), definen el concepto de poder como "*algo que incluye la legitimidad*". Fombrun (2003, p. 401)⁶⁸, sostiene que en los sistemas sociales, *estas dimensiones confunden los individuos y las bases estructurales de poder ya que mezclan características personales con atributos de las posiciones formales, especialmente en los entornos organizados* de manera que las atribuciones de poder vienen más determinadas por los roles que ostentan los individuos

⁶⁸ Fombrun, en su artículo "*Attributions of Power Across a Social Network*", en *Human Relation*, 1983, vol.36-6 pp.493-508, investigó la relación entre las atribuciones de poder a individuos específicos de una organización y su fundamento en medidas objetivas de poder, derivadas, bien de las propiedades de los miembros, o del contexto en el que están implicados. Concluyó afirmando que las atribuciones de poder están más influidas por el contexto en el que los individuos están implicados por lo que, a los individuos, se les atribuye más poder según se encuentren incluidos en proyectos que les unan a individuos poderosos.

y no tanto por las características de sus miembros. De acuerdo con Sanchez Picanyol (2001), el ejercicio del poder difícilmente se puede entender sin el concepto de legitimidad, calidad que se deriva de la aceptación social que el sistema político, gobernante o una tercera persona tienen. Díez y Tapia (1999), por su parte, defienden que crear un contexto de confianza en la mediación, y por tanto, legitimar al mediador va a establecer las condiciones para que la gente pueda acceder a la participación, alentando y facilitando la comunicación. Según estos autores, en el contexto de la mediación el concepto “*legitimación*” tiene otros significados disociados de la idea de tener, o no, derecho; en el sentido de tener razones, definiéndolo genéricamente como *la posibilidad de justificar, o al menos explicar, las razones o las causas que hacen que alguien adopte actitudes, comportamientos o posiciones*.⁶⁹ En este sentido, la autoridad que se le reconoce al mediador emana del poder legitimado y, retomando a Cohen (1979), “*es un aspecto de todas las relaciones sociales jerárquicamente ordenadas*”⁷⁰.

Esta idea enlaza directamente con los conceptos centrales de las teorías desarrolladas por Gramsci (1972b; 1974), uno de los pensadores fundamentales del siglo XX, en el ámbito de la teoría política, según el cual cada grupo social genera sus propios intelectuales⁷¹ que dan unidad y

⁶⁹ Díez & Tapia, 1999 p.100

⁷⁰ Cohen define “sistema político” como un aspecto de las relaciones sociales. Este aspecto concierne al poder y a las relaciones de autoridad que afectan la vida social de una “polity”, en la medida en que ese grupo se define en las tradiciones y prácticas de la sociedad. Este autor sugiere el concepto de “polity” para hacer referencia al tamaño y naturaleza de la comunidad jurídica la cual varía de sociedad a sociedad e incluso dentro de la misma sociedad según las épocas no coincidiendo, necesariamente, con los conceptos de “sociedad”, “sistema económico” o con cualquier otra categoría social analíticamente importante.

⁷¹ Gramsci estudió, en profundidad, el rol que los intelectuales jugaban en la sociedad preguntándose ¿cuáles son los límites “máximos” del concepto de “intelectual”? ¿Puede encontrarse un criterio único para caracterizar igualmente las diversas y dispares actividades intelectuales y para distinguirlas al mismo tiempo y de modo esencial de las actividades de los demás grupos sociales? (Gramsci, 1972a). Para el autor, haber buscado un criterio de distinción entre las características intrínsecas de las actividades

conciencia de su función en los distintos ámbitos en los cuales se encuentran: político, económico, cultural y social. Para Gramsci (1972a) todos los hombres pueden ser intelectuales en tanto que todas las personas pueden desarrollar sus facultades intelectuales y/o racionales, aunque sólo algunos de ellos llegan a ocupar este rol social.

“Se podría decir, pues, que todos los hombres son intelectuales; pero no todos los hombres tienen en la sociedad la función de intelectuales” (Gramsci, 1972a, p. 31).

Los “*intelectuales orgánicos*” juegan, pues, un rol como *mediadores* de cultura y de consenso entre los diversos grupos sociales ya que es, precisamente, a través de la cultura como un grupo subordinado puede llegar a obtener autonomía política e ideológica. Crehan (2004), por su parte, añade que los intelectuales orgánicos son, tanto un producto de las realidades económicas de esa clase, como el *medio* que posibilita a dicha clase emerger como tal. Gramsci (1972b) define la organicidad intelectual en función de la mayor o menor conexión que mantiene el intelectual con el grupo social. Por otra parte, los intelectuales median entre el grupo dominante y la sociedad, al ser los “*empleados del grupo dominante para el ejercicio de las posiciones subalternas de la hegemonía social y del gobierno político*” (1972b, p. 16). Según Mercadé (1981), Gramsci hace una distinción entre los intelectuales en el poder, los que legitiman el poder, y los que combaten al poder. Así pues, el intelectual como categoría política, pero también como *broker*, no puede entenderse al margen de un contexto de poder, que bien podría identificarse con la idea del *poder experto* de French y Raven (1959) mencionado anteriormente.

Como afirma Bolaños (2005, pp. 86-87), *una parte importante de la responsabilidad del mediador radica en la capacidad para reconocer el poder que le*

intelectuales y no entre el conjunto de sistema de relaciones sociales en el que se encuentran es un error metodológico.

otorga su conocimiento sobre las técnicas y el proceso; al mismo tiempo que el que le atribuyen las partes.

3.3. DE LA MEDIACIÓN COMO INSTRUMENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS A LA MEDIACION INTERCULTURAL

Como se ha descrito anteriormente, el conflicto ha sido estudiado desde la perspectiva antropológica, fundamentalmente desde las perspectivas políticas y sociales. Ahora bien, aunque la violencia es una de las características principales de los conflictos políticos no todos los conflictos son políticos.

En la actualidad, diversos autores, entre los que cabe destacar a Ross (1995), estudian el conflicto a través de una perspectiva intercultural, identificando aquellos factores que ayudan a explicar las diferencias en los niveles globales de conflictividad. Ross (1995) ha estudiado los factores psicoculturales y socioestructurales del conflicto, con el objetivo de determinar cómo dichos componentes, con sus dinámicas y sus manifestaciones, obedecen a pautas que varían en las distintas sociedades teniendo en cuenta que en el conflicto son tan importantes los elementos conductuales como los perceptuales.

Donahue y Bresnahan (1997) inciden en la teoría del conflicto cultural, enfatizando las diferencias en cuanto al enfoque y tratamiento que se da a los conflictos en Oriente y Occidente. Las culturas de estilo occidental tienden a interpretar el conflicto como catarsis y mecanismo positivo para canalizar las angustias y vigorizar las relaciones. Por el contrario y, como

se ha ejemplificado anteriormente, en oriente la norma es la evitación del conflicto. En este sentido Wall y Blum (1991, p. 19) observan:

“Para los occidentales, la mediación es una excepcionalidad social. Recurrir a la mediación es como recurrir a la medicina occidental: se visita al médico cuando alguien está enfermo; se administra una cura para la enfermedad del paciente y, el médico, por lo general un extraño, desaparece del horizonte hasta la próxima enfermedad. Si la cura no da resultado, el paciente va a ver a un especialista. Para los chinos, la mediación está integrada en su sociedad”.

Suares (1996, p. 70), por su parte, argumenta que son precisamente las relaciones el marco dentro del cual se dan las interacciones, siendo estas últimas las acciones que se establecen dentro de una relación. Es por ello que la autora defiende la idea de que *la mediación se da en el campo de los conflictos interaccionales*.

No obstante, definir el concepto de mediación puede resultar una tarea compleja si se pretende analizar su significado y práctica de manera rigurosa. El uso indiscriminado del concepto de mediación en los últimos años, para describir múltiples y diferentes prácticas (Six, 1995) y contextos profesionales, ha generado un cierto grado de confusión al respecto. Como afirma Boqué (2003, p. 21), definir el concepto de mediación “*implica entrar en un discurso teórico complejo*” que se origina en “*ámbitos disciplinarios discordantes engrosado por un cúmulo de prácticas inconexas*”.

Con frecuencia la terminología y conceptos que se refieren al ámbito de la mediación y la gestión de los conflictos se utilizan de forma indiscriminada y equívoca. Sin embargo, el hecho de que los métodos de prevención y resolución de conflictos⁷², estén adquiriendo un lugar cada vez más prominente en nuestra sociedad, hace imprescindible definir

⁷² enmarcados en la Resolución Alternativa de Disputas (RAD) (Alternative Dispute Resolution: ADR) o la Gestión Alternativa de Conflictos (GAC).

sinécticamente los conceptos más representativos con el objetivo de entender su significación precisa.

Suares (1996, pp. 78-79; 2001, p. 62) realiza una primera distinción al diferenciar entre “conflicto” y “disputa”. Para esta autora, *disputa*, sería una parte del proceso conflictivo, que puede ser caracterizada como la fase pública del conflicto, explicitada a través de las acciones y de las conversaciones⁷³ de las personas. En este sentido, la *disputa* no puede ser utilizada como sinónimo de *conflicto*, sino como una parte del mismo. Respecto al concepto “alternativa” argumenta que, la misma palabra en sí, indica la existencia de otro camino que debe ser considerado “principal”, lo cual minimiza la importancia de los procesos de mediación y negociación. En una línea similar, Schiffrin (1996), propone la utilización del concepto de “Técnicas Adecuadas de Resolución de Conflictos” (TARC) entre las que destaca la negociación, el arbitraje y la mediación.

Como se ha descrito en el capítulo anterior, el concepto de mediación y, por tanto, la figura del mediador, se generan a partir de un análisis claramente antropológico, ligado a la categoría del conflicto y su resolución. La definición que Swart, Turner y Tuden (1966) realizaron sobre la noción de “mediación”⁷⁴ puede ser de utilidad para el análisis de aquellas situaciones conflictivas que no pueden resolverse mediante procesos o recursos formales y, dichos autores, describen como un “tercer partido”, cuya finalidad es proponer un compromiso. Su texto, *Political*

⁷³ Suares prefiere hablar de conversación más que de comunicación, divergiendo así de muchos de los autores que trabajan en el ámbito teórico de la mediación, como veremos posteriormente. Para la autora el cambio obedece a que considera que la palabra conversación refleja mejor, en los países latinos, las prácticas que se llevan a cabo en los procesos de mediación por estar estas, “cargadas de emociones”.

⁷⁴ Dicha definición se encuentra recogida textualmente en el capítulo anterior hecho por el cual no se vuelve a reproducir en este apartado.

Anthropology recoge, además, definiciones ya clásicas de conceptos como *negociación* y *arbitraje*.

En este mismo sentido, Touzard (1981) realiza un análisis exhaustivo sobre la mediación, el conflicto y su resolución, que inicia con unas consideraciones preliminares sobre el conflicto social, para discernir, posteriormente, a través de diversos estudios descriptivos, teóricos y experimentales, entre las nociones de mediación, negociación, conciliación y arbitraje.

“Conciliación y mediación definen dos situaciones afines pero teóricamente distintas. La conciliación define una función menos activa por parte de un tercero: consiste en juntar a las partes en unas circunstancias y un ambiente más propicios para una discusión serena en busca de acuerdo. [...] La mediación define una función que comprende a la precedente pero que le añade una parte más activa del mediador: puede intervenir en las discusiones hacer sugerencias o propuestas e incluso formular recomendaciones con vistas a un acuerdo. [...] La única distinción válida es la que existe entre mediación y arbitraje. El árbitro tiene la autoridad y la responsabilidad de tomar decisiones para resolver el conflicto y su decisión es vinculante para las partes. El mediador no tiene ese poder de decisión: son las partes las que toman las decisiones” (Touzard, 1981, p. 136).

Para Grover (1996), autor referente en temas de mediación en Estados Unidos, la negociación implica un encuentro cara a cara entre las partes, en el que cada una de ellas hace concesiones hasta que se alcanza el acuerdo. Según Martínez de Murguía (1999), la crítica más interesante que se puede hacer a esta técnica es que no tiene suficientemente en cuenta que las partes no son siempre igualmente poderosas, creándose una diferencia, una desigualdad grave, que puede llegar a generar un acuerdo injusto.

Otra de las técnicas utilizadas en la resolución de conflictos, es el *arbitraje*, proceso donde el árbitro, después de escuchar los hechos específicos acontecidos, toma una decisión de obligatoriedad jurídica que puede, o no, satisfacer a ambas partes. El arbitraje, según Boqué (2006, p. 5),

comporta la pérdida del poder de decisión de las personas en conflicto. A diferencia del mediador, esta tercera persona, parte neutral en el proceso, es quien decide el resultado. Para la autora, arbitraje y mediación son dos tipos de intervención, *complementarios y privilegiados*, que mantienen una relación inversamente proporcional donde ninguno de los dos sustituye al otro ya que ambos tienen sus propios espacios para *la creación y mantenimiento de un clima de convivencia positivo* (Boqué, 2006, p. 10)

Un concepto cercano al de *arbitraje* es el de *adjudicación*, que describiría aquella situación donde ambos “contendientes” apelan a una tercera persona experta y externa que debe de tomar una decisión de obligado cumplimiento. En el caso de la adjudicación es el juez, con un perfil claramente diferenciado del árbitro, quien dictamina la solución, realizando, con frecuencia, un veredicto de culpabilidad frente a uno de inocencia.

Por último, cabe destacar el concepto de *reconciliación*, definido por Vinyamata (2003, p. 16), como el proceso mediante el cual se toma conciencia de lo acontecido lo que induce a actuar en la reparación del daño inflingido, estando, en cierto modo relacionado, con la idea de perdón.

“La reconciliación es aquel concepto que asegura resultados durables y la misma finalización del conflicto.[...] Reconciliarse va más allá del establecimiento de un acuerdo objetivo, incluye aspectos emocionales y psicológicos que los acuerdos no incluyen y garantizan que éstos lleguen a ser comprendidos y respetados”.

Tras este breve repaso conceptual, se retoma el concepto de mediación.

Se considera que una de las primeras definiciones formales fue la realizada en 1984 por Folberg y Taylor (1992, p. 27), pioneros en la

resolución de conflictos como disciplina integradora de todos estos procedimientos. Para ellos:

“La mediación es una alternativa a la violencia, la autoayuda o el litigio que, difiere de los procesos de counseling, negociación y arbitraje. Es posible definirla como el proceso mediante el cual los participantes, junto con la asistencia de una persona o personas neutrales, aíslan sistemáticamente los problemas en disputa con el objeto de encontrar opciones, considerar alternativas y llegar a un acuerdo mutuo que se ajuste a sus necesidades. La mediación es un proceso que hace hincapié en la propia responsabilidad de los participantes de tomar decisiones que influyen en sus vidas. Por lo tanto, constituye un proceso que confiere autoridad sobre sí misma a cada una de las partes”.

Grover (1996, p. 52), por su parte, define este concepto como:

“La intervención en un conflicto de una tercera parte neutral que ayuda a las partes opuestas a manejar o resolver su disputa. La tercera parte imparcial es el mediador, quien utiliza diversas técnicas para ayudar a los contendientes a llegar a un acuerdo consensuado con el fin de resolver su conflicto. Este acuerdo es, con frecuencia, un contrato mutuamente negociado, de obligatoriedad jurídica entre los contendientes. La palabra “ayuda” es importante en este contexto. Se supone que los mediadores no fuerzan ni imponen la resolución. En lugar de ello, un mediador capacita a los contendientes para llegar a su propio acuerdo sobre el modo de resolución del conflicto, propiciando la discusión cara a cara, resolviendo el problema y desarrollando soluciones alternativas”.

Como puede observarse, para estos autores, la mediación constituye un instrumento para solucionar conflictos una vez estos se han originado, especialmente en contextos sociales. Como remarcan Folberg y Taylor (1992, p. 28) *“la mediación está más orientada hacia la forma en que las partes pueden resolver el conflicto y crear un plan, que a las historias personales”*. No obstante, estas definiciones *reactivas* (Cohen-Emerique, 1993; F.J. García Castaño & Barragan, 2004) limitan el contexto de actuación de la mediación, ya que la circunscriben y asocian, exclusivamente, al campo de la resolución de conflictos.

Six (1997, p. 186), principal exponente de la corriente que el mismo denomina *“vía europea”*, en contraposición a los autores americanos,

expone “*el concepto abierto de la mediación*” desde una perspectiva radicalmente opuesta, inspirada por la tradición cultural europea.

“No es, primero, asunto de arreglo de conflictos, sino de trabajo de regulación constante de las relaciones entre unos y otros; eso sin olvidar nunca el parecido fundamental. Se trata, entonces, en la mediación, de poner en práctica sin cesar lazos nuevos entre unos y otros, en una verdadera creatividad; o de reparar los lazos que están flojos o que han sufrido algún accidente; o de gestionar ruptura de lazos, diferencias”.

Six (1990, p. 164), sostiene que debe diferenciarse claramente entre la mediación y la negociación o la resolución de conflictos. Define cuatro clases de mediación; la *mediación creativa*, y la *mediación renovadora*, destinadas ambas a hacer nacer o renacer “un lazo” o nexo de unión, y las mediaciones *preventiva* y *curativa*, destinadas, estas últimas, a prevenir un conflicto. Todas ellas establecen una comunicación, previamente, inexistente o perturbada, entre personas o grupos.

En sintonía con las propuestas de Six, Cohen-Emerique (1993), establece tres dimensiones de la mediación; la *mediación reactiva* para gestionar los conflictos, la *mediación preventiva* para la accesibilidad y adecuación de los servicios y, por último, la *mediación proactiva* para la prevención de los conflictos y promoción de las relaciones adecuadas entre grupos culturalmente diversos. Estas dimensiones se traducen, en cuatro tipos de mediación “*sobre el terreno*”; la mediación destinada a facilitar la comunicación y la comprensión entre las personas o grupos de culturas diferentes, la mediación como ayuda, más allá de la comunicación estricta, con el objetivo de crear lazos sociales entre la sociedad de acogida y los inmigrantes, la resolución de conflictos de valor y, por último, la mediación como proceso de creación de nuevas normas o transformación de las existentes, así como plataforma para la creación de nuevas aproximaciones o enfoques creativos que permitan a las instituciones tener en cuenta la especificidad de las personas (Cohen-Emerique, 2006).

Entre los autores españoles que han trabajado este tema, destaca Vinyamata (2003, p. 17), quien en sintonía con los preceptos de Six se refiere al proceso de comunicación, destacando el concepto de *prevención*. Este autor define la mediación como:

“El proceso de comunicación entre partes en conflicto con la ayuda de un mediador imparcial, que procurará que las personas implicadas en una disputa puedan llegar, por ellas mismas, a establecer un acuerdo que permita recomponer la buena relación y dar por acabado, o al menos mitigado, el conflicto, que actúe preventivamente de cara a mejorar las relaciones con los demás”.

En estos últimos años, el concepto de prevención⁷⁵ propuesto por Six (1990; 1997) o Vinyamata (2003) está adquiriendo plena vigencia, al imponerse la idea de que la mediación sea practicada anticipadamente, es decir, como método de prevención de conflictos (Martínez de Murguía, 1999)⁷⁶. El objetivo, en general, es que la mediación vaya más allá del propio conflicto para indagar en otros aspectos de la relación o bien, para detectar posibles problemas de comunicación. En palabras de Petitclerc (2002, p. 13) *la mediación debe remontarse hacia el origen del conflicto, buscando la manera de recrear y de restaurar los vínculos*. Esta noción mucho más amplia del ejercicio de la mediación diverge de la mediación “más tradicional” que mantiene una concepción *stricto sensu*.

⁷⁵ Punto 2 de la Carta de Mediación, CNM. “Creemos que la mediación es también prevención o capacidad de anticipar, de discernir dónde se encuentran los escollos y, de esta manera, evitar que una persona o un grupo se comprometa en un camino sin salida. La mediación exige inteligencia y lucidez.

⁷⁶ A modo de ejemplo cabe citar el reciente Programa *City to City* de la Unión Europea, que consiste en un conjunto de iniciativas que ponen en relación gobiernos locales para el intercambio de experiencias y metodologías para abordar la inmigración en lo que se refiere al mercado de trabajo, discriminación social e integración socio-cultural. Las entidades implicadas en el programa intentan realizar mediación preventiva con la promoción del encuentro y la participación social para reducir distancias entre sujetos pero también entre instituciones. Concretamente, el Ayuntamiento de Valencia miembro de la Federación de Municipios y Provincias, realiza una convocatoria que incluye un subprograma titulado “Municipios multiculturales y multiétnicos e integración sociocultural” entre cuyos objetivos específicos se encuentra el de crear redes de mediación natural en los barrios con el fin de promocionar la diversidad y las relaciones interculturales. <http://interregc2c.net> (LLevot, 2004)

Boqué (2006, p. 8), reafirma el concepto de mediación como proceso transformativo, al considerarlo un importante proceso de aprendizaje.

Para esta autora,

“La mediación proporciona un escenario formal de comunicación, donde la construcción compartida de significados facilita la salida positiva al conflicto. Un auténtico proceso mediador genera aprendizaje sobre uno mismo, sobre los demás y sobre la situación, modelando actitudes de respeto y diálogo. Por lo tanto sería erróneo confundir la mediación con un simple método para solucionar problemas”.

De acuerdo con Suares (1996), Díez y Tapia (1999) o Esteban Soto (2007) es, precisamente, la comunicación la que sustenta el rol trascendental de la mediación, al constituirse en vehículo a través del cual el mediador desarrollará su labor, facilitando, así, el adecuado desarrollo del proceso. En este sentido, cabe citar la Carta de la Mediación⁷⁷ propuesta por el *Centre National de la Médiation* de Francia⁷⁸, que recoge en su punto número 4 la importancia de la mediación como “espacio de comunicación” (Six, 1997).

Para concluir, hay que destacar la reciente y exhaustiva revisión, que Puy (2007), realiza en su artículo *La expresión mediación jurídica. Un análisis tópico*, sobre las definiciones que el denomina *legales, doctrinales, usuales y etimológicas* de la mediación. Este autor, construye su propia definición, a partir, como el mismo argumenta, de las últimas y novedosas propuestas que otros autores españoles han realizado en los últimos años. Se recoge su definición por ser una de las más recientes:

“La mediación es: un proceso transformativo de comunicación circular que coloca a las personas descentradas en su centro, y ordena el fluir de los conflictos

⁷⁷ recogida en Six J.F. (1997). *Dinámica de la Mediación*. Barcelona. Paidós.

⁷⁸ El *Centre National de la Médiation* (CNM) es una asociación sin adscripción política o confesional, que reúne mediadores cualificados y desarrolla estudios e investigaciones sobre ética o pedagogía, entre otros temas de índole más diversa. Fundada bajo el régimen de la Ley de 1901 mantiene su compromiso en la promoción de la función de la mediación en todas sus formas. (Six, 1997 Anexo 1).

que las enfrenta al hallazgo de la misma cosa justa, evitando la recaída en espiral de la venganza" (Puy Muñoz, 2007, p.26).

De la misma manera que, como se ha apuntado, existen diversas definiciones de mediación son también numerosas las clasificaciones que se han propuesto sobre los modelos de mediación.

En la actualidad, son tres los modelos de mediación⁷⁹ que destacan y que reflejan otras líneas de pensamiento, epistemológicamente distintas (Suarez, 1996).

El primero de ellos, *Modelo Tradicional-Lineal*, define la mediación básicamente como una negociación cuya meta final es lograr el acuerdo. Se trata de un método de mediación para la negociación asistida más que un modelo de mediación propiamente dicho, al surgir de una escuela de negociación y resolución de conflictos⁸⁰. Este modelo es conocido también como el *Modelo Harvard* y su aplicación resulta muy eficaz en el ámbito empresarial.

El *Modelo Transformativo* creado por Bush y Folger (1994) no se centra en la resolución del conflicto como el anterior, sino que se orienta hacia la comunicación y las relaciones interpersonales. Este modelo no tiene como objetivo principal lograr el acuerdo sino que trata de conseguir una transformación, una modificación de la relación existente entre las partes. Se trata de un modelo propicio cuando las relaciones personales se ven fuertemente involucradas. Es por ello que se concibe bajo un enfoque

⁷⁹ Para un mayor análisis sobre los modelos de mediación consultar Suarez, M (1996). *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Buenos Aires. Paidós.

⁸⁰ Folberg y Taylor (1992) refieren autores como Fuller (1963, 1971), Sander (1976, 1977, 1982) y Fisher (1978, 1983) como los principales exponentes de la Harvard Law School que ha dado nombre a este modelo tradicional.

terapéutico ya que, dichos autores, conceptualizan el conflicto como una oportunidad para crecer, tanto personal como en relación a los demás.

Por último el denominado *Modelo Narrativo*, también conocido como *Modelo Circular Narrativo de Cobb*⁸¹. La concepción circular que la autora presenta, tanto de la comunicación como de la causalidad, así como la introducción de la *narración* como elemento central, da nombre a este modelo orientado tanto hacia la modificación de las relaciones como de los acuerdos. Este modelo se centra en las narraciones que las personas hacen en el proceso de mediación, fomentando la reflexión y apoyando su metodología en una amplia gama de técnicas cualitativas nutriendose, para ello, de otras áreas de las ciencias sociales.

Tabla 8.
Tipologías de Mediación. (Vinyamata, 2003).

TIPOLOGIAS DE MEDIACIÓN	LÍNEAL (HARVARD)	CIRCULAR-NARRATIVO (SARA COBB)	TRANSFORMATIVA (BUSH Y FOLGER)
BASES DE LAS QUE PARTE	Inspirada en la negociación bilateral. Causalidad: La causa del conflicto es lineal, es el de acuerdo. El contexto no de termina el conflicto. Conviene eliminar la noción de "culpa" para encarar soluciones de futuro. La persona como cúmulo de necesidades e intereses.	Fundamentada en la comunicación. Las causas se retroalimentan creando un efecto circular de causa i efecto constantemente. Principios sistémicos.	El centro de interés son los aspectos relacionales del conflicto. La causalidad es circular. Causas y efectos se suceden sin cesar.
MÉTODOS QUE UTILIZA	Ordenamiento del proceso conflictual. Proceder a esclarecer las causas.	Creación de contextos favorables para facilitar las soluciones asumidas por las partes.	Procurar que las partes adquieran conciencia de sus propias capacidades de comunicación y de la transformación de sus conflictos.
OBJETIVOS QUE PERSIGUE	Reducir las causas del desacuerdo, aproximar los objetivos de las diferentes partes. Determinar un acuerdo	Promover la reflexión de las partes con la finalidad de modificar un proceso negativo en positivo.	Se trata de que las partes encuentren formas de cooperación, de reconciliación, al margen de pretender solucionar el conflicto.
RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS QUE LA DEFINEN	El acuerdo es esencial.	Los acuerdos son tácticos. Lo importante es la mejora de las relaciones, los acuerdos son únicamente circunstanciales.	Los acuerdos carecen de importancia; la adquisición de capacidades de gestión y la transformación de los conflictos es lo que importa desarrollar.

⁸¹ Sara Coob, es mediadora y profesora de la Universidad de California y, desde los años 90, lleva desarrollando sus investigaciones en el ámbito de la mediación.

Actualmente, la mediación se caracteriza por su aplicación a nuevos ámbitos que, como se ha visto, van más allá del conflicto y su resolución. Paralelamente a su desarrollo social, la mediación está creciendo como campo específico de teorización de diversas disciplinas como la antropología social y cultural, la sociología o el derecho; disciplinas que, a su vez, aportan nuevas perspectivas y orientaciones teóricas. En el campo de la antropología, como hemos descrito anteriormente, el *Cultural Brokerage*, representa una estrategia útil para su aplicación en una amplia gama de contextos dentro del campo de la antropología aplicada al conocimiento. Sirva como ejemplo, Jezewsky (Jezewsky & Sotnik, 2001), quien ha desarrollado un modelo que denomina *Culture-Broking Model*, donde define el *culture-broking* como el proceso de facilitación y mediación entre la cultura de una persona nacida en el extranjero y la cultura del país anfitrión, el acto de unir o mediar entre grupos con backgrounds culturales diferentes con el propósito de reducir conflictos o producir cambios. El modelo de Jezewsky ha sido reconocido como un modelo práctico que se ofrece como guía o dirección para realizar cuidados culturalmente competentes. Aunque desarrollado inicialmente en el contexto de los cuidados de salud, este modelo se está aplicando, en la actualidad, en campos diversos.

3.3.1. La mediación intercultural

Giménez⁸² (2001), ha realizado un exhaustivo análisis de la aplicabilidad de los modelos de mediación antes referidos a la mediación intercultural. Según este autor los modelos trasformativo y narrativo son los que presentan los planteamientos más interesantes en contextos

⁸² Carlos Jiménez Romero, profesor de antropología de la Universidad Autónoma de Madrid, es sin duda, el autor de referencia en mediación intercultural en España. Ha sido pionero en el análisis teórico-práctico de la mediación intercultural y dirigió, desde sus inicios, el Servicio de Mediación Social de la Comunidad de Madrid (SEMSI).

interculturales, aunque es evidente la necesidad de “*avanzar en la fundamentación teórica y metodológica*” que consiga una “*metodología integradora o unificadora*” de la mediación intercultural (Giménez, 2001, pp. 104-105).

El término “intercultural” surge en Europa en las últimas décadas, inicialmente en el contexto pedagógico, a partir de un modelo educativo (educación intercultural) necesario para dar respuesta a la convivencia en diversidad cultural. Desde este ámbito inicia su expansión a otros campos de las ciencias sociales (Cuadros, 2005). No obstante antes de realizar una aproximación a la mediación intercultural, es obligado hacer referencia a los diversos campos de mediación, que autores como Folberg y Taylor (1992), distinguen diferenciando entre: mediación laboral, terapéutica, legal, de supervisión, de fuerza, de redactor, estructurada, relacionada con los tribunales, en la comunidad, de vaivén, de crisis, de celebridades, y, por último, de equipo. Los autores presentan esta clasificación como *variaciones o estilos de prácticas*⁸³, puntualizando que las diferenciaciones, como los estilos, no siempre se producen de una forma clara, sino que se combinan y se mezclan. Cabe destacar, no obstante, que dicha clasificación ha quedado circunscrita al marco más teórico y conceptual de la mediación. Grover Duffy (1996), por su parte, denomina *extensiones de la mediación*, a todos estos ámbitos de aplicación que han ido surgiendo paulatinamente.

El concepto de *mediación aplicada* se utiliza para referirse a los distintos contextos en los que actúa la mediación social, entre los cuales destaca la

⁸³ Estos autores puntualizan que los estilos y variaciones de mediación que presentan han sido exagerados en algunas de sus características y reducen, al mínimo, factores comunes. Su objetivo es diferenciar un estilo de otro teniendo en cuenta que las diferencias no siempre son claras y los enfoques pueden llegar a ser eclécticos.

mediación familiar⁸⁴ (García García, 2003; Suares, 2001), la escolar, educativa o pedagógica (Van Slyck & Stern, 1996, Boqué, 2002, 2003, Llevot, 2004); la mediación comunitaria (Davis, 1996; Redorta, 2005; Soletto, 2007), penal (Eiras Nordenstahl, 2005; Revilla, 2007), la mediación empresarial o laboral (Green, 1996; Singer, 1996) o la mediación internacional o política (Bercovitch & Houston, 1996; Doob, 1971, 1993).

De entre todos estos ámbitos destaca el de *mediación intercultural*, surgida principalmente a raíz de la llegada significativa de inmigrantes y, por tanto, de la necesidad de crear puentes de entendimiento entre la sociedad autóctona y las culturas que en ella se han ido estableciendo, favoreciendo la creación de sociedades multiculturales. Se trata del ámbito que ha irrumpido con mayor fuerza en la última década y que está alcanzando un considerable desarrollo en las sociedades occidentales contemporáneas, cada vez más diversas culturalmente. Para Giménez (1997) lo más relevante no es su emergencia como nuevo ámbito de aplicación, sino el hecho de que se trate de un nuevo enfoque y de una metodología específica para mediar en contextos multiculturales.

Cohen-Emerique (1997) destaca la “dimensión intercultural” como:

“Aquella dimensión que permite superar los conflictos ya que conoce y cuestiona nuestras propias evidencias y las de los otros, para construir conjuntamente, gracias a un proceso de negociación, una plataforma común donde sea posible la relación, siendo coherente con uno mismo, a la vez que se descubre, se comprende y se respeta al otro”.

⁸⁴ La mediación familiar es, sin duda, el ámbito de mediación más desarrollado en España. Un buen ejemplo lo encontramos en la monografía “*Mediación familiar. Prevención y alternativa al litigio en los conflictos familiares*” de García García (2003) que realiza un documentado y exhaustivo repaso histórico y jurídico acerca de los orígenes y evolución de la mediación familiar.

En base a la propuesta realizada por Cohen-Emerique, las organizaciones *Desenvolupament Comunitari* y *Andalucía Acoge* (2002, p. 101)⁸⁵ proponen una definición, ya clásica, del concepto de mediación intercultural:

“La Mediación Intercultural es un recurso al alcance de personas de culturas diversas, que actúa como puente con el fin de facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración entre las personas o grupos, pertenecientes a una o varias culturas. En coherencia con lo expuesto anteriormente, la mediación entre personas o grupos culturalmente diversos actuaría preferentemente en la prevención de conflictos culturales, favoreciendo el reconocimiento del otro diferente, el acercamiento entre las partes, la comunicación y comprensión mutuas, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la búsqueda de estrategias alternativas para la resolución de conflictos culturales y la participación comunitaria”.

Como se ha comentado anteriormente, Giménez (1997), es el primer autor en realizar una aproximación y definición de la Mediación Intercultural en nuestro país:

“Entendemos la Mediación Intercultural -o mediación social en contextos pluriétnicos o multiculturales- como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento entre las partes, la comunicación y la comprensión mutua, el aprendizaje y el desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados”

Aunque existen situaciones de confrontación multicultural propiciadas, en muchos casos, por una falta de entendimiento y comunicación, lo cierto es

⁸⁵ AEP *Desenvolupament Comunitari* es una entidad, con sede en Barcelona, sin ánimo de lucro que gestiona servicios de investigación y desarrollo en el ámbito de las políticas sociales. Respecto a la mediación intercultural ha abierto diversas líneas de trabajo; diseño y aplicación de la formación básica y continuada de mediadores interculturales, asesoramiento y supervisión en contextos de trabajo, sensibilización de profesionales que actúan en contextos de inmigración, y, por último, apoyo a la creación y consolidación de una asociación profesional de mediadores interculturales. La *Federación Andalucía Acoge* nace en el año 1991, al unirse las asociaciones de Almería, Granada, Málaga y Sevilla Acoge. Se define a sí misma como una entidad sin ánimo de lucro, no gubernamental, apartidista y aconfesional, que trabaja en el ámbito de la inmigración. En la actualidad cuenta con diez Asociaciones federadas de la Comunidad Autónoma de Andalucía y de Melilla, siendo, nacional, su ámbito de actuación.

que la mediación intercultural opera más allá del conflicto, especialmente y como cabría esperar, en aquellos ámbitos donde es mayor la presencia o el contacto entre personas y grupos culturales diferentes. Es frecuente que se establezca una relación entre diversidad cultural y mediación intercultural, ya que ésta ha ido tomando protagonismo de forma paralela al aumento de la presencia de colectivos procedentes de otros contextos culturales. También es frecuente, en nuestra sociedad, el hecho de asociar diversidad con malestar social y con conflicto. Para García Castaño et al. (2004) no es la diversidad en si misma la causa de este malestar, sino el estilo de percepción de las diferencias en cuestiones tan importantes como la lengua, la religión y las emociones que se generan al respecto. En otras palabras, el contacto entre personas y grupos con códigos culturales diferentes es lo que provoca, en ocasiones, respuestas de rechazo e importantes resistencias, así como la necesidad de tomar distancia, activándose estrategias de separación que, en muchos casos, se traducen en iniciativas o estrategias de segregación y/o exclusión. Son estas situaciones las que provocan la necesidad de establecer puentes de entendimiento y comprensión entre las culturas y donde el concepto de prevención se presenta en toda su dimensión.

Desde esta perspectiva, la mediación intercultural se concibe como una actividad orientada a promover y facilitar las relaciones entre grupos culturalmente diversos (Hernández, 2006, p. 96). Según Giménez (1997, p. 135) los nuevos flujos migratorios y la globalización social, económica y tecnológica, entre otros factores, han propiciado situaciones sociales de *multiculturalidad significativa orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro*. Este autor se refiere a dichas situaciones como *aquellas en las que la distintividad sociocultural de los actores sociales se convierte, por el motivo que sea, en claramente relevante y central o, al menos, especialmente influyente*, destacando cuatro rasgos específicos de la mediación intercultural: (1) la

naturaleza de la diferenciación etnocultural en la relación existente entre las partes, (2) la incidencia de la diferenciación etnocultural en dicha relación, (3) la relevancia del propio bagaje cultural del mediador, y (4) la interculturalidad como objetivo.

Anteriormente se han analizado algunas de las orientaciones teóricas que diversos autores han realizado sobre mediación y como esta era definida en términos de *proceso*. Giménez (1997; 2001) plantea las relaciones entre dichos modelos y sus aplicaciones a la Mediación Intercultural que se recogen en la tabla siguiente:

Tabla 9. Modelos de Mediación Intercultural.
 (Adaptado de Giménez, 2001)

LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL MODELO	CARACTERISTICAS	APLICACIONES EN LA MEDIACION INTERCULTURAL
HARVARD (Fisher-Ury)	La negociación desde 4 puntos básicos: - personas - intereses - opciones	- Practicidad en el día a día (aporta soluciones directas, rápidas) - Potencialidad terapéutica (mejora la relación) - Al separar "personas de problemas" evita la estigmatización de las personas - Puede servir como una fase más del proceso de MI
TRANSFORMATIVO (Bush-Folger)	- El conflicto como oportunidad de crecimiento y la transformación de la relación como objetivo	- Revaloriza las perspectivas posiciones de la minoría étnica y la mayoría - Revaloriza las habilidades de cada parte - Revaloriza los recursos (la parte más débil ve aumentados y diversificados sus recursos) - Revaloriza la toma de decisiones, permitiendo a las partes evaluar puntos fuertes / puntos débiles
CIRCULAR-NARRATIVO (CooB)	- La comunicación como un "todo" - Valorización de las diferencias - Legitimización de las personas Identificación, análisis y valoración de los contextos de mediación	- Especial acento en la narrativa y las historias, a efectos de la interdependencia - Tiene en cuenta el contenido como las relaciones - Resalta la imposibilidad de "no comunicarse" - Multiplicidad de factores incidiendo en la comunicación interétnica: actitudes personales, componentes sociopolíticos, valores, rituales, modos de identidad...

En la actualidad, la mediación intercultural es concebida no sólo como un proceso sino, también, como un *recurso* (AEP Desenvolupament Comunitari & Andalucía Acoge, 2002) que debe ponerse al alcance de personas y grupos de culturas diversas, con la finalidad de establecer

puentes de comprensión que faciliten la comunicación, las relaciones y, en definitiva, ayuden a la integración de los diversos colectivos.

Para Lozares (2001, p. 45), la mediación intercultural, *“trata de buscar fórmulas, de establecer cauces de entendimiento y conocimiento mutuo de las distintas realidades de cada comunidad desde la tolerancia y el respeto a la identidad cultural de cada una de las partes”*.

En definitiva, nos hallamos ante un nuevo contexto, que aunque mantiene el mismo denominador común que el resto de los ámbitos de la mediación social, se hace especialmente relevante, al introducir el complejo concepto de cultura⁸⁶ y de diversidad cultural y, con ellos, todo un conjunto de factores étnicos, lingüísticos y religiosos, entre otros⁸⁷.

3.3.2. Mediadores interculturales. Perfil y ámbitos de intervención

Los mediadores interculturales trabajan, principalmente, en este contexto de diversidad cultural que Roux (1993, p. 11) define como *contextos culturales complejos*.

⁸⁶ Conceptos polisémicos como los de “cultura” o “interculturalidad” adquieren un rol fundamental en las orientaciones teóricas sobre mediación. No es mi propósito realizar un análisis de dichos conceptos dada la complejidad de los mismos. Autores como Giménez (1997), García Castaño y Barragán (2004) o Aranda (2006) han realizado un exhaustivo análisis teórico sobre los conceptos y discursos sobre cultura y mediación intercultural. Cabe destacar, también, el análisis que Pulido (2006) realiza sobre el concepto de cultura como “red”, y la “red” como cultura.

⁸⁷ Bajo este enfoque contextual se inscriben los recientes estudios de Agustí-Panareda sobre la mediación y, concretamente, sobre los mediadores interculturales en Cataluña. Para una revisión teórica del mismo ver : Agustí-Panareda, J. (2003). The Complex Plasticity of Mediation. Intercultural Mediators in Catalonia. www.law.stanford.edu/publications/dissertations_theses/diss/Agusti_PanaredaJordi2003.pdf y Agustí-Panareda, J. (2005). An attempt to mediate immigrant integration intercultural mediators in Catalonia. www.law.stanford.edu/publications/dissertations_theses/diss/Agusti_PanaredaJordi2003.pdf

La figura del mediador intercultural es relativamente nueva y ha emergido paulatinamente en diversos ámbitos y contextos de actuación claramente definidos, tomando diversas denominaciones en función del país en el cual desarrolla sus tareas. Del concepto de “broker” llegado de Estados Unidos, al de trabajador de enlace o “linkworker” en Inglaterra o Suecia, “mediadores lingüístico-culturales” en Italia, “mediadores interculturales” en España, o, más genéricamente, “Mediadores Culturales” en muchos otros países en Europa. Ello confiere diversos matices interpretativos respecto a sus tareas y roles a desempeñar.

Favaro (2002, p. 28), realiza una clasificación de las diversas nomenclaturas en relación a las diferentes funciones que el mediador puede realizar. Así, distingue entre las funciones de “trámite o puente”, las realizadas como “portavoz y defensor” o, las de “traducción y facilitación”.

En el primer caso se utilizan términos como; mediador lingüístico-cultural, mediador cultural o intercultural, animador intercultural⁸⁸ o agente de desarrollo. Para las funciones de portavoz o defensor, clasifica las denominaciones como; mediador étnico, de “proveniencia”, agente comunitario o de desarrollo comunitario, y, finalmente, líder o representante de grupo. Finaliza su clasificación mencionando las denominaciones asociadas a las funciones de traducción y de facilitación, como mediador lingüístico, intérprete, traductor, facilitador lingüístico, mediador social o mediador del conflicto.

Muchas de estas denominaciones, algunas ya en desuso, surgen cuando, a principios de la década de los años 80, se introducen diferentes procesos de mediación, en un intento de concretar y definir las diferentes tareas que

⁸⁸ Utilizado particularmente en Italia.

realiza el mediador, así como los ámbitos de actuación donde el mediador desarrolla sus funciones. Como refiere Favaro (2002), los campos semánticos de muchas de estas denominaciones han ido *“ensanchándose hasta comprender una variedad de prácticas y de atenciones que tienen en común la característica de mediación entre grupos, sujetos e instituciones”*.

Intentar definir el perfil del mediador intercultural presenta, como ocurría al definir la mediación de forma genérica, las mismas disyuntivas conceptuales, al depender, en gran medida, del propio concepto de mediación y de la orientación teórica con la que estemos trabajando. Resulta muy limitador concebir al mediador intercultural como aquel profesional que actúa sólo cuando el conflicto ya ha ocurrido, ya que en estas circunstancias el rol que puede ejercer se circunscribe, básicamente, a conseguir una conciliación entre las partes, de la misma manera que resulta limitador acotar sus funciones a la traducción e interpretación meramente lingüística.

Cabe destacar, por su exhaustiva revisión bibliográfica y su estudio sistematizado sobre el perfil del mediador, el trabajo realizado al respecto por García Castaño, Granados y Martínez Chicón (2002; 2006), quienes, tras realizar una aproximación conceptual a la mediación intercultural, hacen una revisión de diversas fuentes bibliográficas, especialmente españolas, francófonas e italianas, comprobando que *“no siempre que se habla de perfil, se termina determinando o precisando aspectos sobre el mismo”* (F.J. García Castaño et al., 2002, p. 194). Consecuentemente, apuntan la necesidad de construir una estructura de información a partir de la cual se pueda delimitar dicho perfil, basada en recoger las diversas experiencias formativas, delimitar, en segundo lugar, las funciones que se atribuyen a la mediación y al mediador intercultural y, en tercer y último lugar, precisar las características y calificaciones que se esperan del actual y futuro mediador y mediadora intercultural. Los autores proponen *“un*

nuevo orden lógico, concreto y resumido” que ofrecen como “propuesta para la reflexión sobre el denominado perfil” (F.J. García Castaño et al., 2002, p. 235) para concluir que “una posible vía para la definición del perfil profesional de la mediación intercultural podría pasar por marcar sus características y lo que se entiende como sus competencias”(F.J. García Castaño et al., 2006, p. 12). En este sentido, los autores destacan cuatro aspectos fundamentales que deben tenerse en cuenta y que hacen referencia: a las competencias lingüísticas del mediador y la actividad de traducción e interpretación que se le atribuye, sus características personales, la práctica imparcial y neutral de la acción mediadora y su necesaria formación como mediador intercultural.

Nuevamente hacemos referencia a *Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge* y a la definición del perfil del mediador intercultural que ambas instituciones proponen, fruto de dichas experiencias y reflexiones:

“el perfil del/la mediador/a que más se ajusta a las necesidades actuales en los países europeos, es el de una persona –hombre o mujer-, mayor de 25 años (ya que a edades más tempranas es difícil haber logrado un estatus de reconocimiento y respeto dentro de la propia comunidad), con un origen cultural común al del colectivo de personas inmigradas con el que interactúa (o al menos con una vinculación a dicho colectivo), con experiencia migratoria, y con un largo tiempo de residencia en la sociedad receptora. Se trata de personas con una competencia en las lenguas de mediación (originarias, vehiculares y del país receptor), vinculadas a las estructuras organizativas y de redes de su comunidad y que, preferiblemente, tienen experiencia en mediación natural. Suelen tener una formación académica media-alta en su país de origen, habiendo participado en cursos de formación de diversa índole en la sociedad receptora”.(AEP Desenvolupament Comunitari & Andalucía Acoge, 2002, p. 109)

Esta concepción del mediador ha suscitado un considerable debate, ya que limita en gran medida el perfil y hace imprescindible que mediador y usuario tengan en común sus orígenes y, por tanto, su cultura. Este debate ha generado preguntas como ¿debe ser, el mediador originario del país de procedencia del colectivo en el cual interviene?, ¿puede mediar una persona autóctona en procesos interculturales?, ¿tienen, los “inmigrantes de

*segunda generación*⁸⁹, el perfil adecuado para desarrollar el rol de mediador intercultural? ... Aunque es evidente que no hay una respuesta unívoca al respecto, Cohen-Emerique (1997) afirma que el mediador ha de haber experimentado en si mismo la interculturalidad y los procesos culturales, que van más allá, del conocimiento teórico sobre culturas y migraciones. En este sentido define al mediador/a intercultural como:

“Aquel hombre o mujer, autóctono o inmigrante, de primera o segunda generación, hijo de un matrimonio mixto o que ha vivido en el extranjero que ha de haber experimentado la interculturalidad en si mismo y ha de ser sensible o estar sensibilizado con el mestizaje cultural que le ha llevado a construir una identidad formada por múltiples pertinencias y experiencias”.

En cuanto a los ámbitos de intervención, Pérez Crespo (2005, p. 252), sitúa la intervención de los mediadores en cuatro ejes; (1) el acceso a los recursos por parte de la población inmigrante y la adaptación de los servicios existentes a este nuevo perfil poblacional, (2) el apoyo a profesionales en su intervención con población extranjera, (3) motivar y potenciar la participación ciudadana y (4) colaborar activamente para la consecución de la convivencia intercultural entre todas las partes implicadas.

En definitiva, el mediador intercultural se constituye como un *profesional*⁹⁰ capaz de gestionar la diversidad cultural, facilitando, fundamentalmente, la comunicación, fomentando la cohesión social y promoviendo la autonomía y la inserción social de las minorías (Bermúdez et al., 2002).

⁸⁹ Para Delgado (1998, p. 42) no es sorprendente el uso paradójico con el que se denomina inmigrante para designar alguien que no está desplazándose. Para dicho autor, esto explica también que el inmigrante pueda ser de “segunda o tercera generación” ya que la “tara” de los padres se ha heredado como si se tratara de un pecado original que impregna a las generaciones posteriores.

⁹⁰ Se discute, en el siguiente apartado, la noción de la mediación intercultural como profesión y, por extensión, el mediador intercultural como profesional.

3.3.3. La mediación intercultural, una ¿profesión? emergente

No hay duda de que la mediación se ha presentado a lo largo de los años como una profesión en alza, especialmente si nos referimos a ella en contextos jurídicos o internacionales, donde el mediador juega un rol realmente importante. Oyhanarte (1996) y Belpiede (2002), entre otros, se refieren a la mediación como profesión y al mediador como profesional, debido, en gran parte, al reconocimiento que le otorga la formación y su propia experiencia, adquirida en el desarrollo de su disciplina genérica como, en ocasiones, la abogacía o la psicología, que se traduce en la adquisición de cualidades personales, capacitación y manejo de diversas habilidades específicas.

A pesar de este reconocimiento a favor de la profesionalidad del mediador, hablar de mediación intercultural en términos de profesión ha suscitado, en los últimos años, un amplio debate⁹¹. No se puede obviar que la mediación intercultural se encuentra muy cercana a otros ejercicios profesionales bien delimitados en diversos ámbitos de la intervención social, muy especialmente con el trabajo o la educación social. Esta proximidad da lugar a confusiones tanto en los roles de estos profesionales como en los límites de sus actuaciones, las cuales, a su vez, generan preocupación a estos otros colectivos con una trayectoria profesional mucho más dilatada. Por eso, la idea del intrusismo profesional respecto a los mediadores interculturales planea siempre en el fondo de este discurso y García Castaño, Granados y Martínez Chicón

⁹¹ Sirva como ejemplo, el debate, organizado al respecto por la Fundació Jaume Bofill, celebrado el 30 de Marzo de 2000 presentado íntegramente en la monografía "La Mediació Intercultural. Ofici o Funció" y que contó con la participación de una amplia representación de entidades y asociaciones catalanas dedicadas todas ellas a la mediación comunitaria y a la mediación intercultural. La Fundació Jaime Bofill, www.fbofill.cat tiene entre sus objetivos el de impulsar en la sociedad civil catalana ámbitos de reflexión, diálogo y debate sobre temas importantes de la vida colectiva.

(2002) defienden que los problemas sociales no deben ser propiedad de un profesional determinado, sino de aquella profesión, o de aquellos profesionales, que pueden o deben resolverlos.

No es mi intención realizar un análisis exhaustivo respecto al concepto de profesión propiamente dicho, aunque sí intentar sentar las bases que nos permitan dilucidar respecto a si la mediación intercultural puede, o no, considerarse a todos los efectos una profesión.

Etimológicamente, la palabra “profesión” proviene del latín *professio, -onis*, que significa acción y efecto de profesar. El DRAE (2001) recoge diferentes acepciones, entre ellas, *empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución*. El concepto “profesión” se ha ido desarrollando a través del tiempo, paralelamente a la evolución y desarrollo de las sociedades. Aunque podríamos establecer una cronología del término⁹² que nos llevaría a iniciarla en antiguos textos hebreos, el concepto, en su sentido actual, no se remonta más allá de la época preindustrial, como producto de la división del trabajo en el proceso de industrialización (Fernández, 2001).

Freidson (1978), reconocido sociólogo experto en el análisis de las profesiones modernas, teoriza sobre la naturaleza del concepto de profesión siendo de especial interés su análisis de la profesión médica. Para el autor, el concepto presenta dos usos o sentidos (Freidson, 2001): en primer lugar *“profesión” entendida como un amplio estrato de ocupaciones relativamente prestigiadas, pero de muy diversa índole, cuyos miembros han*

⁹² Fernández Pérez (2001), realiza una exhaustiva cronología del concepto “profesión” en su artículo: *Elementos que consolidan al concepto profesión. Notas para su reflexión*. En dicho artículo destaca las aportaciones a la definición del concepto de autores como Weber (1901), Saunders y Wilson (1933), Cogan (1953), Wilensky (1964), Millerson (1964), Schein (1970), Moore y Freidson (1970), Johnson (1972), Parkin (1979), Starr (1982), Cleaves (1985), Brunner y Flisfich (1989), , Gómez y Tenti (1989), Burrage (1990), Pacheco (1994), Dingwall (1996) y Barron (1996).

tenido algún tipo de educación superior y se identifican más por su estatus educativo que por sus habilidades ocupacionales específicas y en segundo lugar “profesión” como un número limitado de ocupaciones que tienen más o menos en común rasgos característicos institucionales e ideológicos particulares. Es este segundo uso el que da sentido al “profesionalismo” ya que sus miembros comparten características que van más allá de haber recibido cierta educación superior. Friedson (1978), define el concepto “profesión” como:

Un grupo de personas que realiza un conjunto de actividades que proveen su principal fuente de recurso para la subsistencia; actividades llamadas “trabajo” más que “ocio” y “vocación” más que “pasatiempo”. Dichas actividades se realizan a cambio de una compensación y no por sí mismas. Se las considera útiles o productivas por eso aquellos que las llevan a cabo son compensados por los otros. Cuando una cantidad de personas la misma actividad y desarrolla métodos comunes, que a su vez son transmitidos a los nuevos miembros y llegan a ser convencionales, podemos decir que los trabajadores se han constituido en un grupo ocupacional, o una ocupación.

No obstante, argumenta que una profesión debe ser considerada una clase especial de ocupación de modo que cada profesión debe desarrollar diferencias analíticas que le permitan diferenciarse de las demás ocupaciones siendo la autonomía, la principal característica formal que legitima su diferenciación respecto a otras ocupaciones ya que esta confiere a la profesión el *“derecho a controlar su propio trabajo y ejercerlo legítimamente”*.

Por su parte, Wilensky (1964)⁹³, en un análisis de las secuencias características de 18 profesiones, confirma la existencia de una secuencia típica de sucesos que determinan, en última instancia, los elementos necesarios para que una profesión se constituya como tal. Resumimos

⁹³ Citado en Pilone, J. (2001). La profesión como emergente en proceso de cambio entre capitalismo liberal y capitalismo, monopólico. Conferencia dictada en el marco de la Unidad Académica: “Currículum Universitario: Demandas y Propuestas”.

http://www.unne.edu.ar/institucional/documentos/j_pilone_profesiones.pdf

brevemente, la secuencia que este autor recoge en el proceso de profesionalización:

- (1) La creación de una actividad de tiempo completo. Esto tiene, en su origen, dos condiciones que deben cumplirse: que haya una demanda suficiente para que eso sea más que una circunstancia transitoria y que, esa demanda permita que quien responda a ella pueda obtener un equivalente que le permita subvenir sus necesidades
- (2) La aparición de un sistema estable de formación/entrenamiento.
- (3) La creación de asociaciones profesionales como instrumento interno de la comunidad profesional y externo constituyéndose como grupo de presión y de difusión de ideas y proyectos
- (4) Búsqueda de apoyo de la Ley.
- (5) La elaboración de un Código Ético⁹⁴

Pilone (2001) resume en tres las acepciones del concepto de profesión, que considera básicas para su definición; (1) el concepto *profesión* marca un nivel de estudios, (2) tiene un tipo específico de tareas que utilizan procesos intelectuales complejos y (3) es una forma de comportamiento social característico de un grupo de personas dotado de una homogeneidad caracterizada por la formación y por la actividad laboral.

Pardell (2003), por su parte, enumera las siguientes características que considera esenciales para ejercer una profesión:

- (1) dominio de un cuerpo complejo de conocimientos y habilidades específicas, adquirido tras un período largo de formación.
- (2) control, con capacidad normativa, sobre el trabajo basado en aquel conocimiento, (3) dispone de organizaciones profesionales reconocidas

⁹⁴ Wilensky observa que aquellas profesiones que inician su singladura como tal, recogen el código ético al inicio de la secuencia. Aún así puntualiza que, este, suele aparecer al final de la secuencia como "broche final" que cierra las condiciones para una profesión completa.

legalmente, con capacidad reguladora del acceso a la profesión y todo lo concerniente a su práctica,

(4) posee un código ético y tiene la potestad exclusiva para aplicarlo. Todo el grupo profesional ha de profesar un conjunto de valores que muchos autores coinciden en resumir en: altruismo, integridad, disciplina, eficiencia, y compromiso.

En definitiva, podemos concluir definiendo el concepto de profesión como aquella actividad u ocupación especializada de trabajo, dentro de la sociedad, que requiere un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas.

A partir de estas consideraciones, que resumen las propuestas de los autores anteriormente mencionados, analizaremos si la Mediación Intercultural puede considerarse, o no, una profesión.

Como se ha visto, Pardell (2003) considera como primera característica el *dominio de un cuerpo complejo de conocimientos y habilidades específicas a través de un largo período de formación*. En este contexto, podría hacerse una crítica global a la formación impartida, en los últimos años, a los aspirantes a mediadores interculturales. El importante aumento de inmigrantes en nuestro país ha evidenciado la necesidad de contar, en las instituciones, con un mayor número de traductores, intérpretes lingüísticos y mediadores interculturales. Esta necesidad ha generado, a su vez, un aumento de las aportaciones económicas realizadas por las instituciones políticas y gubernamentales⁹⁵, dirigidas, especialmente, a proyectos destinados a desarrollar actuaciones en aquellos ámbitos relacionados con la integración o la inserción laboral de los inmigrantes llegados a nuestro

⁹⁵ Como el Fondo Social Europeo, por poner sólo un ejemplo.

país. Así se puede constatar la proliferación de cursos y talleres ocupacionales de índole y orientaciones muy diversas, que mantienen el común denominador de “formación en mediación intercultural”. Estos cursos y talleres suelen estar bajo el patrocinio de diversas asociaciones de carácter benéfico, sociales o de voluntariado que no han dudado en poner en marcha diversas iniciativas en materia de formación, sin contar, en muchos casos, con el asesoramiento y la experiencia necesaria para este desempeño. Generalmente, estos cursos, de corta duración, no tienen muy en cuenta el perfil de estudios y formación de las personas que a él acceden. En consecuencia, estos nuevos “mediadores interculturales”⁹⁶ aportan poco a la consolidación de la imagen de aquellos mediadores que ejercen la profesión, con una formación sólida. Las evaluaciones realizadas en este ámbito (Gailly et al., 2001) evidencian la necesidad de dotar a los mediadores interculturales de una amplia, y a la vez cuidada, formación. De esta forma, se evitarían intervenciones mediocres consecuencia de un déficit por parte del mediador de los recursos personales y las estrategias necesarios para extraer todo el potencial necesario en un proceso de mediación, donde una preparación insuficiente incide directamente en la calidad de las interpretaciones culturales que, en muchas ocasiones, pueden resultar inadecuadas.

Cohen-Emerique (1997) introduce el concepto de “*competencia intercultural*” que va a permitir a los mediadores:

“.../... desarrollar una capacidad de comunicación y comprensión intercultural, un enfoque que permite identificar, tomar plena conciencia y controlar los factores de fracaso o riesgo para una interacción cultural y, por tanto, para una acción social adecuada con la población inmigrante.../...”

Para desarrollar competencias interculturales, el mediador intercultural ha de recibir formación básica en tres niveles; un primer nivel de adquisición

⁹⁶ Cuyo perfil se aleja demasiado del perfil descrito en el capítulo anterior fruto de la reflexión conceptual y de la experiencia.

de conocimientos y de cómo aplicarlos; en segundo lugar, el aprendizaje de habilidades cognitivas e interpersonales; y, por último, el aprendizaje de valores y actitudes que le permitan desarrollar un perfil profesional ético y comprometido con las dos concepciones culturales que interactúan. Solamente de esta manera se podrá estructurar un espacio común donde dinamizar las relaciones entre los profesionales y los usuarios más allá de la traducción lingüística. Para Cohen-Emerique (1997), la formación de mediadores/ras es indispensable para transformar sus potenciales en profesionalidad evitando desarrollos incontrolados en este ámbito de actuación. La formación aporta estas competencias que son las que, en definitiva, legitiman su intervención.

La formación universitaria en Mediación Intercultural no se inicia, como tal, en nuestro país hasta principios de esta década⁹⁷. Ejemplo de ello son los numerosos diplomas de postgrado y master que se imparten, en la actualidad, en diversas universidades españolas, de los cuales citaremos, a modo de ejemplo, sólo algunos de los más representativos; el *Master en Mediación Social e Intercultural* de la Universidad Autónoma de Madrid que viene impartándose desde el año 2001; el *Curso Experto/a Universitario/a y Master en Mediación Intercultural* enmarcado dentro de una iniciativa comunitaria Equal conjuntamente con el Laboratorio de Estudios Interculturales de la Universidad de Granada y la Universidad de Málaga, el Master Oficial en *Traducción y Mediación Intercultural en Entornos Profesionales* que imparten de forma conjunta las Universidades de Salamanca y Valladolid o el *Master en Mediación Intercultural desde la*

⁹⁷ Anteriormente varios son los cursos, diplomas y masters que se empezaron a impartir en diversas universidades españolas. Cabe citar, por ejemplo, el Master en Gestión y Resolución de Conflictos. Mediación que, desde 1997, viene impartándose en la Universidad de Barcelona como primer programa universitario de tercer ciclo de España. No obstante no vamos a entrar en detalles respecto a la formación "genérica" en mediación y resolución de conflictos sino que se trata de abordar la formación en mediación intercultural, propiamente dicha, circunscrita específicamente a nuestro ámbito nacional.

Perspectiva de Género que imparte la Universidad de Valencia desde 2004. Cabe pensar que, como formula Pardell (2003), estos estudios capacitan a las personas que los cursan en el *dominio de un cuerpo complejo de conocimientos y habilidades específicas, adquiridos tras un período largo de formación..*

Respecto a las funciones y tareas de los mediadores interculturales, remitiéndonos nuevamente a las reflexiones y análisis que realizan autores como Belpiede (2002, pp. 29-58) o instituciones como AEP *Desenvolupament Comunitari* y *Andalucía Acoge* (2002, pp. 79-137), el perfil del mediador intercultural se define en base a sus conocimientos, sus habilidades y, más importante si cabe, sus actitudes, siendo sus funciones principales la facilitación de la comunicación, (la interpretación lingüístico-cultural o la información de sus derechos y deberes, en términos de Belpiede), el fomento de la cohesión social y la promoción de la autonomía e inserción social de las minorías. García Castaño, Granados y Martínez Chacón (2006) añaden un cuarto conjunto de funciones: la negociación y la conciliación, prácticas tradicionales de la mediación que no podrían ser llevadas a cabo sin ser asumidas, de antemano, las anteriormente citadas.

La Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994⁹⁸, no contiene en ninguno de sus capítulos referencia alguna a la mediación como ocupación, lo que ha condicionado, en gran medida, su escaso reconocimiento legal, situación que experimenta un cambio sustancial cuando, en el año 2007, el Instituto Nacional de Cualificaciones (INCUAL) inscribe la *Mediación Comunitaria* en el marco de la familia profesional de Servicios Socioculturales y a la Comunidad. El I Convenio Colectivo Marco Estatal

⁹⁸ La CON-94, del Instituto Nacional de Estadística se encuadra dentro del marco conceptual de la CIUO-88, (Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones 1988). El objetivo de esta clasificación es garantizar el tratamiento uniforme de los datos estadísticos sobre ocupaciones en el ámbito nacional y su comparabilidad internacional y comunitaria.

de Acción e Intervención Social⁹⁹, publicado en el BOE en el mes de junio, menciona, por primera vez, en su artículo 2, los *servicios de mediación (vecinal, cultural, jurídica, familiar)* enmarcados dentro del Área de Intervención socio-comunitaria y sociocultural. Cabe destacar, por un lado, la “laboralización” que este convenio supone respecto a la figura del mediador, entendido, hasta el momento, como un profesional liberal, y, por otro, el bajo nivel de retribución que se contempla. Por último, el Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE) aprueba, en el mes de noviembre, a propuesta de la Xunta de Galicia, la creación profesional de la figura del mediador intercultural y, por extensión, su inclusión en los servicios públicos de empleo de las comunidades autónomas. Esta nueva ocupación fue aprobada en base al estudio de la Secretaria Xeral de Emigración¹⁰⁰, los informes del SPEE de las diferentes Comunidades Autónomas y los documentos aportados por la Asociación de Mediadores Interculturales y por el Instituto Nacional de las Cualificaciones sobre la Cualificación Profesional de Mediación Comunitaria. La posibilidad efectiva de inscribirse en los servicios públicos de empleo de todo el estado como *Mediador Intercultural* se ha producido, finalmente, el 8 de febrero de 2008 al ser incluido el nuevo código en el COSISPE 2002 (Códigos del Sistema de Información de los Servicios Públicos de Empleo)¹⁰¹. A partir de esta fecha ya se puede gestionar la inscripción de mediadores interculturales así como ofertas de trabajo de la ocupación. De esta manera, puede considerarse que el año 2008 constituye un punto

⁹⁹ Boletín Oficial del Estado nº 146 de 19 de Junio de 2007.

¹⁰⁰ En el marco del Proyecto de Iniciativa Comunitaria Equal “Convive+”.

¹⁰¹ La denominación de la nueva ocupación “Mediador Intercultural” tiene las siguientes características: Grupo Primario: 3539.- Promotores de igualdad de oportunidades para la mujer y otros profesionales de apoyo a la promoción social; Código: 3539.005.X; Niveles profesionales: 30,00,70; Información complementaria: 05.- Tabla de Idiomas y, finalmente, Sector Principal: SP.- Servicio a la comunidad.

de inflexión en el reconocimiento profesional de la figura del mediador intercultural en nuestro país¹⁰².

Existen asociaciones, de ámbito nacional o internacional¹⁰³, orientadas a promover e impulsar la mediación y el arbitraje así como la gestión del conflicto que reúnen profesionales de diversos campos como la judicatura, la abogacía o la psicología, entre otros. Sánchez Elías (2005) reconocía varios *intentos tímidos* de asociacionismo de mediadores interculturales junto con alguna experiencia autónoma de profesionales de la mediación que, en ocasiones, no se han consolidado, en su opinión, debido, a la falta de reconocimiento del mediador intercultural como profesional así como de su contexto y ámbito de actuación. A pesar de ello, en los últimos años, han aparecido las primeras asociaciones de mediadores interculturales, como la *Asociación de Mediadores Interculturales Valenciana*, la *Asociación de Mediadores Interculturales "Amediar"* en Zaragoza, la *Asociación Canaria de Mediadores Interculturales*, o la *Asociación de Mediadores Interculturales Asmin*, con sede en Granada, y de ámbito nacional. Entre todas ellas cabe destacar, aunque no se circunscriben exclusivamente al ámbito de la mediación intercultural, dos nuevas asociaciones: la *Asociación Estatal de Mediadores "Mediación y Cambio"* creada en el año 2005 y la *Asociación Madrileña de Mediadores (AMM)* que inicia su andadura en el año 2006. Ambas nacen con el objetivo de constituir un lugar de encuentro para profesionales de la mediación provenientes de diversas disciplinas. Es de destacar que la Asociación Madrileña de Mediadores cuenta con una vocalía de Mediación Intercultural, como espacio para todas aquellas

¹⁰² En algunos artículos, de ámbito estatal, se hace referencia al Real Decreto 638/2000 de 11 de Mayo por el que el Ministerio del Interior reconoce la figura del Mediador Intercultural. Dicho Real Decreto, en concreto de 5 de Mayo, no se corresponde con lo mencionado haciendo referencia al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

¹⁰³ Francia, con una larga trayectoria en materia de inmigración y mediación cuenta con reconocidas asociaciones de mediadores como la Association Nationale Femmes Relais Médiatrices Interculturelles creada en 1988 gracias a la reagrupación de las asociaciones Mujeres Africanas de Pantin y de Pré-Saint-Gervais (RFAPP). <http://femmesrelais.com>

personas que desarrollan sus tareas en este campo de la mediación y, exige, como requisito para asociarse, poseer un título universitario de grado medio o superior y título acreditativo como mediador¹⁰⁴.

El tema del asociacionismo profesional es, quizás, de todos los puntos comentados anteriormente el que se encuentra en una fase más incipiente, debido, seguramente, a la relativamente reciente emergencia de estos *profesionales* y su corta trayectoria como comunidad profesional. No obstante, es cierto que, en la mayoría de los casos, estos mediadores desarrollan sus actividades a través de asociaciones socio-culturales diversas, muchas de las cuales, colaboran estrechamente con entidades o instituciones públicas, como ayuntamientos o servicios de gobiernos autónomos las cuales favorecen y promueven acciones o procesos que tienen que ver con la acción mediadora, constituyendo, en muchos casos, órganos externos que fomentan grupos de presión y de difusión de ideas y proyectos, tal y como argumenta Wilensky (1964).

Un último punto de análisis, que contemplan las secuencias propuestas tanto de Wilensky (1964) como de Pardell (2003) son los aspectos referidos al Código Ético de la mediación.

En Estados Unidos, aunque no existe una legislación homogénea sobre mediación, se han elaborado diversos códigos de conducta respecto a la actuación de los mediadores. Uno de los más significativos es el Código de Conducta Profesional para Mediadores del *Center for Dispute Resolution*¹⁰⁵ de Denver cuyo preámbulo incide en las responsabilidades y deberes éticos que la mediación tiene como profesión, además de las obligaciones que estos profesionales tienen bajo otros códigos éticos. En su conjunto,

¹⁰⁴ Aunque no especifica que titulación (universitaria o no) ni las horas de formación realizadas.

¹⁰⁵ En la actualidad Center for Solutions, Inc. Mediation Services.

este código representa una serie de criterios de actuación y conducta, para profesionales de la mediación, cualesquiera que sea el área de formación¹⁰⁶.

En ámbitos más específicos como el de la salud, y dada la creciente incorporación de traductores e intérpretes lingüísticos en dicho ámbito, es de especial interés destacar, las propuestas que estos profesionales realizan al respecto. Así, instituciones como el *National Council on Interpreting in Health Care* (2001), la *California Healthcare Interpreters Association* (2002), en Norteamérica, o el *Australian Institute of Interpreters and Translators* (2001)¹⁰⁷, en el continente australiano, sugieren principios y códigos éticos dirigidos, especialmente, a estos profesionales, y por extensión a los mediadores culturales.

Le Centre National de la Mediation es la primera institución en Europa que elabora, con la ayuda de moralistas, juristas y expertos en mediación, un proyecto que constituye la base para desarrollar un Código Deontológico de la Mediación. Este primer código recoge 15 artículos distribuidos en 4 títulos o capítulos; la *función*, los *deberes*, los *derechos* y los *informes de los mediadores, para con ellos y con otras instancias* (Six, 1990 Anexo 2).

Posteriormente, el Consejo Europeo de Ministros de Justicia, reunidos en Tampere en 1999, propuso la elaboración de un Libro Verde, o estudio

¹⁰⁶ Para profundizar sobre los preceptos de este Código consultar: Folberg & Taylor (1992) *Mediación. Resolución de Conflictos sin Litigio*. Limusa, Noriega Editores.

¹⁰⁷ (*Australian Institute of Interpreters and Translators: AUSIT Code of Ethics for Interpreters and Translators*, 2001; *California Healthcare Interpreters Association: California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical principals, protocols, and guidelines on roles and intervention*. Los Angeles, California Healthcare Interpreters Association, 2002; *National Council on Interpreting in Health Care: A code of ethics for health care interpreters: A working paper or discussion*. National Council on Interpreting in Health Care and Department of Health and Human Services office of Minority Health 2001).

legislativo preliminar, sobre los modos alternativos de resolución de conflictos, donde se planteaban 21 preguntas sobre sus elementos determinantes. En abril de 2002, se presentaba en Bruselas, el "*Libro Verde sobre modalidades alternativas de solución de conflictos en el ámbito civil y mercantil*" donde se recoge un código de conducta que contiene una serie de normas aplicables a la mediación y a las que pueden adherirse aquellas organizaciones que a ella se dediquen¹⁰⁸. En julio de 2004, la Comisión Europea aprueba, por una amplia mayoría, un Código de Conducta de los Mediadores que será adoptado en octubre de 2004 por la Comisión y sometido al Parlamento y el Consejo Europeo como Directiva marco sobre la Mediación.

Con respecto a la conveniencia de que el profesional de la mediación disponga de unas normas éticas únicas para todos los ámbitos de actuación Six, (1990) argumenta la urgente necesidad de elaborar unos principios éticos generales que puedan ser "impuestos" a toda forma de mediación. Bajo esta concepción, el autor (pp. 212-226), enumera los principios éticos que debe contemplar la mediación. Así, el mediador debe de realizar su actividad profesional bajo los principios de *fraternidad, asistencia a personas en peligro, libertad y la comunicación como acontecimiento ético*¹⁰⁹. Belpiede (2002, pp. 39-40) añade, además, la *neutralidad* y la *transparencia en la comunicación* como características ineludibles de la actuación del mediador.

En abril de 2006 Cohen-Emerique y Guillaume-Hofnung (2006) elaboran una propuesta de Principios Deontológicos, en los términos propuestos

¹⁰⁸ Para una aproximación más profunda revisar Soletó Muñoz (2007) "La mediación en la Unión Europea" en Mediación y Solución de Conflictos. Habilidades para una necesidad emergente. Madrid: Tecnos.

¹⁰⁹ principios que desarrolla en su libro *Le Temps des Médiateurs* pp.211-220 y en los cuales no profundizaremos dado que nos interesa abordar este tema bajo una perspectiva más deontológica que personal.

por Six (1990), en *Les Femmes-Relais Médiatrices Sociales et Culturelles. Des principes déontologiques, un métier*¹¹⁰, donde presentan los principios deontológicos que delimitan el marco y los límites de la intervención de las mediadoras sociales y culturales, enuncian reglas jurídicas y éticas y clarifican el rol y la posición de estas mujeres mediadoras. Estos principios se estructuran en dos amplios bloques; aquellos que garantizan el proceso de mediación social y cultural y los que garantizan la calidad del mediador. Para Cohen-Emerique (2006) esta “*charte de la médiation sociale et culturelle*” constituye una carta ética indispensable que participa en varios aspectos fundamentales: la elaboración de la identidad de los mediadores, distinguiendo y clarificando un cierto número de sus características, a la vez que les confiere un posicionamiento específico y una originalidad de intervención que los diferencia de los trabajadores sociales.

En nuestro país se han realizado diversas iniciativas para establecer un código deontológico dirigido a la mediación intercultural. Fernández-Ríos, Aranda y Gilbert (1996), desde el ámbito de la Psicología elaboran, a partir de material propio y de otros autores, un borrador de Código Deontológico del Mediador como documento de trabajo. Estos autores, articulan los principios rectores a la vez que establecen algunas de las responsabilidades del mediador. Proponen *un código personal* destinado al mediador individual, recogiendo en primer lugar, los objetivos y principios fundamentales que deben regir la actuación del mediador para, a continuación, concretar todas aquellas acciones que van a configurar el código ético propiamente dicho. Este código contempla: las normas de

¹¹⁰ El término *femmes-relais* se emplea, en Francia, desde la década de los años 80 y aunque tiene un sentido más restrictivo que el concepto de mediador y, aún existiendo algunas diferencias en sus funciones, ambos términos se vienen utilizando tradicionalmente de forma sinónima. En el capítulo 4 se analizará la figura de las *femmes-relais*. Los principios deontológico que recoge este trabajo han sido elaborados y, posteriormente difundidos, por la Fédération de Associations de femmes-relais de la Seine-Saint-Denis, en colaboración de Profesión Banlieue y el Institut regional du Travail Social de Paris Île de France (IRTS).

comportamiento ético, la utilización de la profesión, el secreto profesional, su contenido y alcance, así como las conversaciones que se mantienen en el plano estricto de la profesión, los documentos con los que trabaja el mediador, el derecho al secreto, la dispensa del mismo y, por último, la publicidad que el mediador puede hacer respecto a sus servicios y la implicación que pueda tener en publicidad ajena. El documento articula, además, el procedimiento profesional, las responsabilidades con los colegios profesionales correspondientes, las responsabilidades con los clientes, con otros mediadores y con terceras partes, así como los honorarios y las áreas de actuación.

Desde el Derecho, Belloso (2007), plantea, tras una reflexión en la línea argumental de Six, una propuesta de Código Ético de los mediadores, donde enumera los aspectos que deberían tenerse presentes en el ejercicio profesional. Los puntos básicos propuestos por la autora son: la autonomía de la voluntad de las partes, los principios fundamentales, el mediador frente a su nominación, frente a las partes, frente al proceso y, por último, el mediador frente a la institución o entidad especializada o centro de mediación. Como puede verse, ambas propuestas mantienen los fundamentos de lo que debe ser el código ético y de conducta del mediador para abordar, posteriormente, ámbitos diversos, desde las conversaciones y documentación utilizada hasta el posicionamiento de los mediadores respecto al proceso y las instituciones.

Finalmente, fruto de las reflexiones y experiencias de un conjunto de entidades que desarrollan, gestionan, forman e impulsan la figura del mediador/a intercultural en el estado español¹¹¹ se realiza una propuesta

¹¹¹ Estas entidades constituidas en trono al Grupo Triángulo son: Etnic, Federación Andalucía Acoge, Sevilla Acoge, Fundación Secretariado General Gitano, de Andalucía; ACISI, Desenvolupament Comunitari y KAB de Barcelona y, por último, el Programa de Migración y

de Código Deontológico del Mediador/a Intercultural que recoja los principios propios de la mediación así como su especificidad de interculturalidad, expresada a través de su perfil, habilidades, funciones y actitudes que ha de tener un buen mediador intercultural a la vez que evidencia sus buenas praxis. Esta propuesta pretende, también, definir los límites de aquellas prácticas y actuaciones no mediadoras que ponen en riesgo la profesión así como explicitar y compartir los criterios que diferencian la mediación intercultural de otras profesiones. La propuesta recoge un capítulo I de *Principios Generales*, un capítulo II *De la competencia profesional y de la relación con otros profesionales*, un tercer capítulo *De la intervención en la práctica mediadora* y, por último, un capítulo IV *De la obtención y uso de la información* y V, *De los honorarios y remuneración* donde se introduce el Colegio Oficial de Mediadores Interculturales como organización que podrá elaborar orientaciones sobre honorarios mínimos por acto profesional.

La mediación intercultural se encuentra en el camino por el reconocimiento de su autonomía profesional. Esta autonomía no se consigue de forma espontánea sino que llega de la mano del status que sectores elitistas de la sociedad, o el poder político o económico confiere al trabajo por considerar que este tiene un valor especial (Freidson, 1978). En este sentido, la mediación intercultural ha demostrado cual es su aportación a la sociedad y el valor añadido que ha esta le aporta aunque el Estado (el poder político o económico en palabras del autor) no le confiera todavía el *status profesional de autonomía reguladora propia*¹¹². Quizás por ello, se sigue constatando un cierto desconocimiento de su rol y, por qué no mencionarlo, un sentimiento de amenaza por parte de algunos

Multiculturalidad de la Universidad Autónoma de Madrid y la Asociación Profesional de Mediadores Interculturales de Madrid.

¹¹² Friedson (1978), demuestra como el status de la Medicina fue establecida así desde los inicios de la Universidad hasta la actualidad. Por otra parte afirma que la autonomía es la prueba del status profesional, así como la regulación propia es la prueba de la autonomía profesional.

profesionales, especialmente trabajadores sociales y agentes institucionalizados, que cuestionan la mediación intercultural y, por extensión, al mediador/a intercultural como un nuevo profesional. Es lo que Cohen-Emerique (1997) denomina *amenaza a la identidad profesional*. Como argumentan diversos autores (Bolton, 2002; Collazos & Qureshi, 2005) la presencia de un mediador intercultural no siempre es comprendida por el profesional sanitario ya que esta, *supone un cambio importante en las relaciones de poder que habitualmente se establecen entre el paciente y el profesional sanitario* (Collazos & Qureshi, 2005, p. 19).

LLevot (2004, pp. 204-205), a propósito de un estudio realizado en Francia junto a *femmes-relais*, subraya que el trabajo llevado a cabo por dichas mujeres respecto a las trabajadoras sociales:

“.../... se sitúa en un tiempo y un espacio diferentes de los del trabajador social, que tiene el tiempo y el espacio predeterminados. El tiempo en el caso del trabajador social viene condicionado por el horario que debe cumplir (predeterminado) un profesional, que raras veces puede flexibilizarse y adaptarse a las demandas de los usuarios (por la noche, un día de fiesta, etc.), en cambio, la *femme-relais* puede acudir a la cita en cualquier momento porque vive y trabaja en el mismo barrio. La originalidad del trabajo de les *femmes-relais* se encuentra en el hecho de que provienen del mismo espacio que el colectivo minoritario.../...”

Cohen-Emerique (2006), alude a ello al concluir que la Carta de la Mediación Social y Cultural¹¹³ juega, entre otros, el rol fundamental de diferenciar la intervención de los mediadores sociales y culturales de los trabajadores sociales.

Aún así, los recelos que suscitan las intervenciones de las *femmes-relais* o mediadoras pueden considerarse que son propios de la indefinición profesional que esta figura presenta respecto a estos colectivos profesionales. Destacar que, aquello que diferencia al mediador

¹¹³ *Les Femmes-Relais Médiatrices Sociales et Culturelles. Des principes déontologiques, un métier*, (Cohen-Emerique & Guillaume-Hofnung, 2006).

intercultural del resto de profesionales y por tanto lo singulariza, es haber realizado su propio camino en la búsqueda de su compromiso, con sus negociaciones internas y externas a partir de su propio proceso de aculturación. En definitiva, el mediador intercultural funciona desde su propia interculturalidad (Sánchez Elías, 2005).

IV. LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

4.1. LA MEDIACION INTERCULTURAL EN SALUD

Como se ha visto, la mediación intercultural presenta unas características ciertamente complejas, que se acentúan cuando se trata de mediación intercultural en salud. Si ya resulta difícil delimitar, describir y definir la figura del mediador intercultural, sus ámbitos de actuación o su perfil profesional en general, el campo de la salud presenta factores añadidos que deben ser necesariamente abordados. Así, aspectos como la mediación natural, el voluntariado, los intérpretes lingüísticos, los agentes de salud o la mediación vista desde la perspectiva de género no deben ser olvidados en el análisis.

4.1.1. Voluntariado y mediación natural; un paralelismo significativo

El voluntariado puede presentar, según el entorno en el que se ubica, significados y formas de diversa índole. La historia, la religión, el entorno y, especialmente la política, ejercen una influencia directa en la conceptualización del voluntariado.

El Comité de Expertos sobre Voluntariado que organizó Naciones Unidas en 1999, con motivo del Año Internacional del Voluntariado, consideró tres elementos claves que lo caracterizan y definen: en primer lugar, la actividad no debe ser emprendida como contraprestación a una remuneración; así mismo, debe ser llevada a cabo de forma voluntaria, es decir, a libre voluntad de la persona y, por último, debe beneficiar a una persona que no sea el propio voluntario o a la sociedad en general. Este marco conceptual diferencia cuatro tipos de acción voluntaria: la autoayuda o ayuda mutua, la filantropía, la participación, que hace referencia al rol de las personas en el proceso de gobierno y, por último, la

promoción y realización de campañas llevadas a cabo por voluntarios también llamados activistas.

Cataluña se sitúa al frente de las comunidades españolas en cuanto a voluntariado, dado su tradicional y amplio tejido asociativo y las múltiples formas de participación en todos los sectores sociales. En 2002, el *Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya* presentó los datos de un estudio realizado con el objetivo de describir el estado actual del Voluntariado en Cataluña. Este estudio muestra como, en cinco años, la actividad del voluntariado creció significativamente, pasando de medio millón de personas en 1996, a 670.000 en el año 2000. Otro dato relevante fue constatar el hecho de que el 13% de los catalanes mayores de 16 años realizan alguna actividad de voluntariado, lo que denota la importancia de este fenómeno en Cataluña.

La red sanitaria catalana cuenta con una fuerte presencia de programas de voluntariado, con más de 200 entidades de índole muy diversa, que han desarrollado, en su gran mayoría, programas de voluntariado en centros sanitarios, impulsando actividades de sensibilización o de ayuda mutua entre afectados de determinadas enfermedades.

En el año 2002 se constituye una Comisión Mixta entre la Dirección General de recursos Sanitarios (DGRS) de la Generalitat de Catalunya y la Federación de Voluntariado Social (FCVS), con el objetivo de asesorar y dar seguimiento, desde la perspectiva del voluntariado, a la realidad sanitaria. Entre sus principales acciones se consideró prioritario un estudio sobre el voluntariado en el ámbito hospitalario y sociosanitario, que se

inició en 2004, con el título de *“Projecte de Foment i regulació del Voluntariat Hospitalari i Sociosanitari de Catalunya”*.¹¹⁴

Este trabajo puso en evidencia que eran los ámbitos hospitalario y sociosanitario, los más desarrollados y donde el voluntariado más tradicional se conjuga con un voluntariado más actual, fruto de la implementación de nuevos programas solidarios de acompañamiento y mejora de la calidad de vida de las personas ingresadas en los centros hospitalarios. Así mismo, el estudio, evidenció también el vacío existente en la regulación de los servicios de voluntariado en los hospitales y la necesidad de desarrollar un código que permita regular, limitar, normalizar y sistematizar la acción del voluntariado en los centros asistenciales, así como la necesidad de formación específica para los voluntarios¹¹⁵. Estos resultados, junto a otras conclusiones del estudio, conformaron los ejes vertebradores y las líneas de acción, dirigidas principalmente, al fomento y regulación del voluntariado en este ámbito. En definitiva se redactó un borrador para la elaboración de un proyecto de Ley de Ordenación del Voluntariado en el ámbito sanitario, que fue elevado al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya para su consideración (Varderi i Cases, 2006).

El modelo de Ordenación Sanitaria de Cataluña se basa principalmente en los principios de universalización, eficacia, eficiencia y participación

¹¹⁴ Proyecto de Fomento y Regulación del Voluntariado Hospitalario y Sociosanitario de Cataluña. Este proyecto se enmarca “en la voluntad de fomentar, regular, y consolidar el voluntariado en la red hospitalaria y sociosanitaria de Cataluña entendiendo siempre su actuación desde un enfoque complementario, de aportación de calidad a los servicios sanitarios de nuestros centros hospitalarios y sociosanitarios y siguiendo una línea de trabajo transversal de participación de centros y entidades de voluntariado implicadas (Varderi i Cases, 2006).

¹¹⁵ Que se concretó con la Escola de Formació de la FCVS que incluyó en su catálogo cursos específicos como “Voluntariado Hospitalario y Sociosanitario”, “Acompañamiento y elaboración en procesos de pérdida, duelo y muerte”, “Voluntariado y Salud Mental” o “Voluntariado en el ámbito de la Oncología”, entre otros.

comunitaria, lo que ha potenciado significativamente la colaboración entre las organizaciones sanitarias y las organizaciones de participación ciudadana. Las Jornadas Europeas de Mediación Comunitaria, realizadas en Barcelona en el año 2003, evidenciaron que la ciudadanía demandaba participar en la toma de decisiones que afectan a la convivencia ciudadana *“incrementando el protagonismo de la sociedad civil, favoreciendo la mediación comunitaria y haciendo posible el acceso a los recursos necesarios para que los ciudadanos dispongan de espacios donde resolver sus diferencias de una forma democrática y participativa”* (“Jornades Europees de Mediació Comunitària. Actes de Conclusions,” 2003).

El voluntario supone, para muchas instituciones sanitarias un valor añadido dentro de los servicios asistenciales que se ofrecen. Aunque tradicionalmente el aumento del voluntariado suele asociarse a épocas de crisis económicas y sociales, se ha convertido en un movimiento deseado por el Mercado y, por extensión, por el Estado. Así, al margen de ideologías, se favorece el voluntariado, puesto que los planteamientos macroeconómicos dominantes se dirigen hacia políticas de reducción del gasto público (Fouce, 2006).

Según Tomás, Kennedy y Colomer (1998), el interés despertado por la figura del voluntario en las últimas décadas en el ámbito de los servicios de salud, obedece, básicamente, a dos tipos de planteamientos. Primero, se ha puesto de manifiesto que el voluntariado es un recurso efectivo para disminuir la “distancia social” entre los servicios de salud y los usuarios, ya que su actuación va dirigida a aquellos grupos de población que, por sus características sociales o culturales, no acceden en las mismas condiciones a los servicios públicos que el resto de la población. En segundo lugar, los planteamientos cada vez más economicistas dirigidos a disminuir los costes de la asistencia sanitaria han hecho del voluntariado

un recurso óptimo a un bajo coste. De esta manera, el voluntario consigue dos objetivos; por un lado, trabajar en la mejora de la equidad y efectividad en las comunidades más desfavorecidas y en las personas con menos recursos, y por otro, colaborar en la solución de los problemas de los profesionales de la salud, puesto que suple muchas de las carencias que estos profesionales tienen, a un coste mucho más bajo. Como consecuencia, se reconoce la actuación de los voluntarios como agentes de salud, con lo que aparecen con mayor frecuencia en las reformas de los servicios sanitarios¹¹⁶.

No obstante, a la vez que la figura del voluntario adquiere reconocimiento institucional, también se plantean los límites de sus intervenciones y, en ocasiones la posibilidad de que se incurra en intrusismo profesional. González-Simancas (2002) sostiene que el propósito de los voluntarios no es, en ningún momento, entrometerse en otros ámbitos de trabajo sino realizar funciones de ayuda, con la preceptiva formación y asesoría. El concepto de “función de ayuda” o “relación de ayuda” (*helping relationship*) ha sido ampliamente desarrollado en EEUU. Brammer (1985), entre otros autores, clasifica las funciones de ayuda en estructuradas y no estructuradas. Entre las *funciones de ayuda estructuradas* encontramos las funciones profesionales (social workers, médicos, enfermeras, profesores), paraprofesionales (secretarías, personal de apoyo o incluso ayudantes o auxiliares, de enfermería) y, por último, los voluntarios, entendiendo a estos como aquellas personas que, con un adecuado entrenamiento en recursos de ayuda básicos y sin cobrar un sueldo por el desarrollo de sus funciones, actúan como mediadores. Entre las *funciones de ayuda no estructuradas* cita las relaciones de ayuda informales, como las amistades,

¹¹⁶ Como es el caso del National Health Service en Gran Bretaña que desarrolló un programa de integración de voluntarios en hospitales, que potenció al máximo, con la crisis del servicio en los años setenta, reforzando en mayor medida el rol del voluntariado para atender el aumento en la demanda de los servicios de salud.

la familia en el sentido de ayuda mutua y la intervención comunitaria de ayuda humana.

Es evidente que, por razones obvias, el voluntariado no puede ni debe suplir tareas, acciones o servicios que deben ser llevados a cabo por los profesionales de la salud. Su principal aportación debe ser reforzar la acción de dichos profesionales, animarla y ampliar su repercusión (Gómez & Mielgo, 1989). Para Varderí (2006), la actuación del voluntario debe ser siempre definida desde el aspecto complementario de aportación de calidad a los servicios asistenciales, realizando, entre otras, las tareas de acompañamiento, de animación y dinamización, actividades lúdicas y de ocio, apoyo a la soledad, acompañamiento en procesos de muerte y duelo y acompañamiento en desplazamientos.

La Carta del Voluntariat de Catalunya, adoptada por el Parlament de Catalunya en 1996, reconoce los derechos y deberes del voluntariado. El estudio *“Projecte de Foment i regulació del Voluntariat Hospitalari i Sociosanitari de Catalunya”*, mencionado anteriormente, asume los preceptos recogidos en dicha carta como hilo conductor para diseñar un marco de derechos y deberes específico del ámbito hospitalario y sociosanitario, que pretende establecer lo que deben ser los límites del voluntariado. Para Varderí (2006) *“el límite de la acción voluntaria será aquel punto a partir del cual la actuación dejará de ser voluntaria para convertirse en otra cosa. Cabe destacar que la definición de límite tiene en cuenta el valor extremo dejando de llamarse voluntariado a aquello que no lo es porque no consigue el compromiso mínimo. Es, también, aquel punto a partir del cual la actuación de voluntariado dejará de ser correcta, lícita, permitida y adecuada”*. Por otra parte, el perfil del voluntario ha de ser *“ajustable”*, con unos criterios a seguir y un trabajo a realizar más que un conjunto de requisitos exigidos al voluntario. No obstante, la autora tiene en consideración

algunas de las características relacionadas con el perfil del voluntario, como la edad, la apariencia física y las actitudes, así como el origen y nacionalidad, especialmente significativo en el ámbito de la salud.

Según Tomás, Kennedy y Colomer (1998) *“los voluntarios que proceden de las comunidades en las que actúan, pueden comunicarse con sus miembros más fácilmente e influir en sus actitudes, creencias y comportamientos, ayudándoles a tomar decisiones relativas a la salud”*, de ahí la conveniencia de que los voluntarios procedan preferentemente de la comunidad o población en la que se lleva a cabo la acción. Estos autores proponen al voluntario como un recurso de salud de gran utilidad y describen, así, sus funciones:

“Las funciones del voluntariado serían fundamentalmente de promoción de la salud, de mejora de la accesibilidad y de complemento de la labor asistencial preventiva a inmigrantes, minorías étnicas y grupos socialmente desfavorecidos, y de facilitar el desarrollo de los autocuidados y la ayuda mutua. Actúan como un puente entre el sistema formal de prestación de servicios y el sistema comunitario de apoyo social informal, y en el caso de que éste no exista, pueden facilitar su establecimiento”.

Recomendando a su vez:

“... que las personas que trabajen como voluntarias procedan de la propia comunidad donde se va a desarrollar la actividad. Esto facilita la adaptación de la acción a la misma y la relación entre los servicios de salud y la comunidad...”.

De manera similar, las limitaciones a la auto-ayuda doméstica y familiar han posibilitado el desarrollo de los Grupos de Ayuda Mutua, (GAM), como una expresión más del voluntariado. Sin duda los movimientos migratorios han contribuido a ello de forma destacada, haciendo de la ayuda mutua una de las primeras formas de cooperación (cooperativismo) social y económica. Los GAM constituyen un recurso alternativo para todas aquellas personas que necesitan encontrar apoyo y ayuda específica para su problema de salud. En el ámbito de la salud, los grupos de ayuda

mutua cobran un gran protagonismo, ya que, generalmente, se generan y organizan en el seno de las asociaciones. Canals (2002) sostiene que:

“estas asociaciones son formas organizativas que ocupan un espacio intermedio entre la asistencia institucionalizada y la autoatención doméstica y adquieren un especial interés cuando las redes primarias tienen muchas dificultades para hacer frente a los problemas que duran demasiado o necesitan, además, ciertos conocimientos y habilidades específicas que no formen parte de los aprendizajes habituales de las personas tradicionalmente cuidadoras”.

En el ámbito socio-sanitario, la mediación se ha introducido paulatinamente de forma “natural” como respuesta a unas necesidades no atendidas socialmente y que son percibidas por el usuario inmigrante quien por haber vivido las mismas situaciones o circunstancias, puede ofrecer de manera voluntaria y espontánea su ayuda y colaboración. Esta colaboración constituye una forma de *mediación natural* entre iguales, voluntarios, amigos o, en ocasiones, sus propios familiares, quienes utilizan esta vía para resolver situaciones de índole muy diversa, que, generalmente, se realiza en contextos multiculturales. Lógicamente, en estos casos, la mediación no se ejerce desde una perspectiva profesional, sino que son los colectivos de inmigrantes, voluntarios o personas más cercanas los que crean un espacio común donde generar recursos y donde los protagonistas (autóctonos e inmigrantes) dialogan, cooperan y negocian las opciones que mejor satisfacen sus necesidades (Vera, 2002).

AEP Desenvolupament Comunitari (2002) concluye, como resultado del trabajo de campo, que la mediación natural suele realizarse entre personas que mantienen relaciones de confianza y en determinadas condiciones de solidaridad que, en general, no acostumbran a traspasar los límites de lo personal y/o familiar. Haro (2000, p. 135) en un análisis del papel de la

familia como productora de salud¹¹⁷ destaca el *papel de la mediación entre las macropolíticas y la vida cotidiana*, asumiendo la clasificación que Graham ya estableció en 1984 respecto a las actividades básicas realizadas por las familias (generalmente las mujeres) en el ámbito doméstico, respecto al cuidado *endógeno* de la salud, que contempla, entre otras, la de *servir de mediador con los profesionales de la salud*.

El “mediador/a natural” es de una gran utilidad en contextos puntuales o en situaciones de emergencia, pero presenta una validez limitada en situaciones delicadas, especialmente en contextos de salud. Entre las principales limitaciones que presenta el mediador natural puede citarse la relativa disponibilidad de tiempo, sus propios intereses particulares, el hecho de circunscribirse al círculo más reducido del inmigrante, la falta de dominio de la lengua autóctona, las propias informaciones o creencias erróneas respecto al servicio o la sociedad de acogida y la falta de recursos. Por otra parte, el hecho de que la mediación natural sea realizada de forma voluntaria, mayoritariamente por mujeres, entre en conflicto, en numerosas ocasiones, con las actitudes y costumbres de sus comunidades (especialmente la comunidad árabe) que ve, con preocupación, una vía de socialización para sus mujeres.

En los servicios de salud, la mediación natural es especialmente significativa y suele recaer fundamentalmente en las mujeres, quienes establecen pequeñas redes de ayuda a sus compatriotas recién llegadas en su proceso de adaptación. No obstante se ha podido constatar que muchas de ellas, que ya llevan un cierto tiempo residiendo en el país, no han adquirido los recursos personales básicos para gestionar su cotidianidad o sus propias necesidades de salud debido precisamente a las limitaciones

¹¹⁷ Haro remite a autores como Campbell (1986); Franks, Campbell y Shields (1992); Denman (1993), Schmit (1978) y Menéndez (1992) para una revisión en profundidad sobre las relaciones entre familia y salud.

provocadas por su escasa red social. En muchos de estos casos, la mediación infantil constituye un nuevo recurso utilizado por estas mujeres y/o familias. Ahora bien, en este contexto, a las propias limitaciones infantiles, se añade la frecuente omisión de información dada por la madre/familiar a los profesionales de la salud, por resultar incómoda la situación que puede darse entre madres e hijos.

“La mediación infantil carga en los pequeños una responsabilidad que sobrepasa su capacidad y que, a la larga, representa una amenaza en los roles de autoridad de la familia, añadiendo una nueva fuente de conflicto en unas relaciones ya desestabilizadas por la experiencia migratoria” (AEP Desenvolupament Comunitari & Andalucía Acoge, 2002, p. 97).

Los estudios realizados en España por Morera (2000) y Ahlberg, Lundström y Krantz (2001), en Suecia, confirman estas apreciaciones. Morera (2000), describe la situación de una mujer maltratada por su marido quien, a su vez, actuaba como intérprete en el servicio de salud provocando el consiguiente silencio de la esposa. De forma similar, puede resultar difícil, para un padre que proviene de una sociedad muy patriarcal, recibir cierto tipo de explicaciones por parte de su hijo o a una madre someterse a una prueba exploratoria en presencia de su hija o viceversa.

Najat El Hachmi (2008), describe esta situación:

“Yo faltaba a la escuela para ir al médico con mi madre y aprendía educación sexual mucho antes que mis compañeros de clase. Me leía el libro de la embarazada para no ver a mi madre abierta de piernas allá arriba en aquella camilla que parecía de tortura. Procuraba estar detrás de la cortina mientras traducía lo que iba diciendo la comadrona. Había cosas que no sabía pasar de un idioma a otro, que no quería pasar de un idioma a otro. .../... Dios, Dios, quería huir corriendo de todo eso, yo no quiero saber todas estas cosas, y menos aun traducirlas a un idioma donde no había ninguna palabra que yo conociera para *relaciones sexuales* que no fueran palabrotas.” (El Hachmi, N. (2008), *El último patriarca*. Barcelona: Editorial Planeta).

En definitiva es en el abordaje positivo del conflicto y, en consecuencia, en el estilo de gestión donde se establece el nexo de unión entre mediación y voluntariado (Pastor, 2001). No obstante, debe entenderse que la mediación intercultural no puede ser ejercida desde un voluntarismo más o menos activo o la buena disposición de la ayuda solidaria. La mediación intercultural, se ejerce en ámbitos diferentes y momentos diferenciados de la mediación natural y, debe ser ejercida de forma reglamentada y normalizada. Solo así ayudará a visualizar al mediador/a intercultural como un profesional competente, capaz de ejercer una labor.

4.1.2. Intérpretes lingüísticos, mediadores interculturales y agentes comunitarios de salud

Sin duda, la llegada de inmigrantes procedentes de países con notables diferencias lingüísticas y culturales, presenta uno de los grandes retos que debe de afrontar nuestra sociedad. Puesto que la comunicación constituye el primer gran obstáculo que debe superarse para garantizar una adecuada interrelación entre las personas, es lógico que, en una primera instancia, las personas recién llegadas y con poco dominio de la “lengua de acogida” recurran a personas de su entorno, conocidos o familiares, que, a priori, parecen dominar el idioma. Esta estrategia responde a la necesidad de superar situaciones puntuales y cotidianas, que suelen resolverse gracias a estas personas que sirven de *enlace* y que, en definitiva, realizan una intermediación en el plano estrictamente lingüístico.

Por otra parte, algunas ONG o asociaciones ofrecen servicios de voluntariado relacionados con la interpretación lingüística, aunque la gran mayoría de estos intérpretes presentan escasa o nula formación específica. Esta actuación “de puente” se realiza en todas aquellas situaciones en que

se necesita una comunicación entre el inmigrante y una persona autóctona, institución pública o servicios sociales como, entre otros, educación, justicia o salud. De ahí que se refiera a estas personas como *intermediarios lingüísticos*¹¹⁸, al surgir, como se ha descrito anteriormente, de la necesidad de realizar una traducción en aquellas situaciones puntuales generadas de forma espontánea o en contextos familiares o profesionales. Valero-Garcés (2004; 2006) analiza su perfil.

“Son personas de edad entre 25 y 40 años que provienen de lugares diferentes, que han llegado en momentos diferentes y con grandes diferencias también en cuanto al tiempo de estancia en España que van desde varios meses hasta varios años. Aproximadamente el 50% relata conocer algo de español antes de venir a España. Prácticamente todos ellos han servido de enlace con amigos o parientes de forma voluntaria. [...] En cuanto a su formación, poseen un nivel de formación desigual: desde personas que poseen una o varias titulaciones universitarias, hasta personas que no saben leer ni escribir en su lengua nativa. Y en cuanto al español, poseen un conocimiento general aceptable de la lengua aunque sin ninguna especialización” (Valero-Garcés, 2004, p. 22).

En su análisis presenta las limitaciones del intermediario interlingüístico, así como las dificultades que se presentan en el momento de realizar su trabajo, entre las cuales destaca, la incompreensión, en muchos casos generada por el desconocimiento propio de la lengua a traducir, por la falta de claridad en la expresión de sus interlocutores, o por la escasa competencia, tanto en sus habilidades técnicas como personales. Por tanto, son personas que pueden aunque pueden ser consideradas bilingües y por tanto capaces de realizar tareas de traducción, difícilmente presentan capacidades para actuar como interpretes. Ahora bien, ¿pueden, estas personas, ser considerados traductores i/o intérpretes? La respuesta es unívoca. Ser bilingüe no es sinónimo de traductor/intérprete. De la misma manera, podemos afirmar que el hecho de establecer puentes de

¹¹⁸ Desde el ámbito de la interpretación y traducción se refieren a Intermediarios Lingüísticos. Esta figura viene a equipararse a la del mediador/a natural o espontáneo, figura en la que se ha incidido anteriormente.

comunicación entre personas lingüística y culturalmente diversas no les capacita para ser considerados mediadores interculturales.

La crítica, que traductores/intérpretes hacen al hecho de considerar el bilingüismo como único requisito para la interpretación, es extensiva también al campo de la mediación intercultural, ya que se considera que el mediador, en general, no ha recibido la formación necesaria para poder realizar tareas de traducción/interpretación. Existe una clara diferencia entre ser bilingüe y ser capaz de interpretar con profesionalidad y precisión (Roberts, 1997; Valero-Garcés & Lázaro, 2005) como ha quedado demostrado en estudios realizados en los Servicios de Mediación Intercultural en Bélgica (Verrept, 2004)¹¹⁹ donde se evidencia que las mediadoras, por el hecho de ser bilingües no estaban, automáticamente capacitadas para la interpretación profesional. Análogamente, los mediadores interculturales cualificados son muy críticos con la actuación de los intérpretes en ciertos contextos ya que consideran que no están capacitados para “interpretar/mediar” en términos culturales.

El concepto de “interpretación” ha sido ampliamente estudiado, en los últimos años, ya que su conceptualización varía según el país (Abril, 2006). En Bélgica, por ejemplo, se utilizan diversas denominaciones en función de aquella actividad que pretende describir. Así, se asocia el concepto “interpretación” con la traducción en convenciones y conferencias, la *interpretación comunitari*¹²⁰ para hacer alusión al contexto de los servicios públicos, *interpretación bilateral* según la técnica de interpretación que se emplea o *interpretación cultural* para referirse al papel del intérprete como

¹¹⁹ Cuyas conclusiones se exponen en el apartado 4.2.3 de este mismo capítulo.

¹²⁰ Roberts (1997) define la *Interpretación Comunitaria* como aquel tipo de interpretación destinado a ayudar a las personas que no dominan con fluidez la lengua oficial del país, a obtener pleno acceso, en igualdad de condiciones, a los servicios públicos como los sanitarios, educativos, sociales ect.

mediador entre sistemas socioculturales diversos. En Australia y Suecia se utiliza desde hace décadas el término *interpretación comunitaria* en el marco de la definición realizada por Wadensjö en 1992. En el Reino Unido, la *interpretación comunitaria*, alude específicamente a los servicios sociales significación que se ha extendido a países como Alemania y Austria. El concepto, *Cultural Interpreting*, es ampliamente utilizado en Canadá para identificar actividades relacionadas con la interpretación lingüística.

En España, Mayoral (2003) ha acuñado el concepto de *interpretación social* para identificar la actividad de los intérpretes en los servicios públicos, término que, por otra parte, se introduce controvertidamente en la esfera del trabajador social. Abril (2006, p. 82), por su parte, define la interpretación en los servicios públicos como *una forma de "mediación social, cultural y lingüística" que presenta rasgos sociocomunicativos, contextuales, pragmáticos y funcionales distintivos y diferenciadores de otros géneros de interpretación*". Si bien la figura del traductor/intérprete no se ha profesionalizado como cabría esperar cuenta con una sólida formación específica en Europa y Estados Unidos. Al igual que los mediadores interculturales, los traductores e intérpretes comunitarios, reivindican, también, la necesidad de ser contemplados desde una perspectiva profesional y demandan la necesidad de contratar intérpretes con la formación y calidad profesional adecuada, sujetos a un código deontológico, universal y reconocido y, por supuesto, a unas condiciones laborales dignas y justamente remuneradas (Miguel, 2003)¹²¹. Como puede apreciarse, nos encontramos aquí en el mismo plano de reivindicación conceptual y profesional que el descrito respecto a los mediadores interculturales.

¹²¹ Para un análisis en profundidad de la situación de la traducción e interpretación en los servicios públicos tanto en EEUU como en Europa véase, capítulo II, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Estado de la Cuestión en Valero-Garcés (2006). *Formas de Mediación Intercultural. Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos*. Granada: Comares

La situación es, si cabe, más compleja en el campo de la salud. Incluso en países como Francia, Alemania o Inglaterra, con gran experiencia en la acogida de inmigrantes, no se ha valorado, hasta hace pocos años, la necesidad de contar con profesionales de la traducción e interpretación.

En Estados Unidos aparece el primer precedente en la definición del *intérprete médico* definido por Roat, Gheisar, Putsh y SenGupta (1999). Estos autores diseñan el denominado "*modelo de intervención progresiva*" que identifica un conjunto de criterios que deben orientar la toma de decisiones ante conflictos derivados de su rol. Su manual, *Bridging the Gap: A Basic Training for Medical Interpreters*, (Roat et al., 1999) constituye, desde su publicación, una guía de referencia para la formación de intérpretes médicos de todo el país, siendo asumido por asociaciones profesionales de gran influencia en los Estados Unidos. Este modelo define cuatro roles que pueden ser asumidos por el intérprete con el objetivo de conseguir una comunicación eficaz. Así, el intérprete puede desempeñar el papel de *transcodificador*, transmitiendo en un idioma exactamente lo emitido en otro; *clarificador*, rol adoptado únicamente cuando el anterior no es suficiente; *experto o agente cultural* (cultural broker) cuando la interpretación requiere describir un marco cultural específico para poder entender un mensaje concreto y, finalmente, el *defensor y agente del paciente* (advocate) cuando el intérprete debe velar más por la calidad de la atención médica que por la eficacia de la comunicación. The National Council on Interpretation in Health Care¹²², publica en el año 2001, en colaboración con el Department of Health and Human Services Office of Minority Health, la *Guide to Inicial Assessment of Interpreter Qualifications* basada en la experiencia de los intérpretes y personas que trabajan junto a ellos y donde se recogen diferentes técnicas y estrategias para asegurar la calidad del funcionamiento del intérprete.

¹²² www.ncihc.org

Se han realizado diversos estudios de satisfacción tanto a profesionales como a usuarios, en relación a la necesidad y actuación de los intérpretes (Derose, Hayes, McCaffrey, & Baker, 2001; Kuo & Fagan, 1999). En 2004 se publica uno de los primeros trabajos, que trata de examinar la satisfacción percibida por los facultativos respecto a los cuidados médicos que ellos mismos dispensan a través de la utilización de intérpretes (Karliner, Perez-Stable, & Gildengorin, 2004). En las conclusiones de este estudio destaca la importancia que supone para los médicos adquirir formación o entrenamiento previo al empleo de intérpretes. De esta manera aumenta tanto la utilización de intérpretes profesionales como la satisfacción del clínico por la asistencia médica que el mismo proporciona. Finalmente, cabe destacar, el estudio realizado por Angelelli (2004)¹²³, también en Estados Unidos, con el objetivo de conocer la realidad de la comunicación en la atención sanitaria entre personas con lenguas y culturas diversas. La autora realiza una exhaustiva revisión del papel del intérprete y un profundo análisis del rol que los intérpretes desempeñan, así como del grado de visibilidad y participación en las consultas. Una de sus principales aportaciones son los datos presentados respecto a las situaciones en las que el intérprete actúa más allá de la mera transmisión de información, reemplazando al interlocutor monolingüe o explicando referencias culturales, por poner sólo dos ejemplos.

En España, la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes/usuarios no ha sido tomada en demasiada consideración hasta esta última década cuando los hospitales y centros de salud se han convertido en “pequeñas torres de Babel”. No obstante se sigue

¹²³ Claudia Angelelli es, en la actualidad, una de las principales investigadoras en el contexto de la comunicación intercultural y la interpretación sanitaria en continuidad con las investigaciones realizadas por Cecilia Wadensjo a finales de la década de los 90. Este estudio fue llevado a cabo, concretamente en el Hospital California Hope donde realizó más de 300 consultas entre profesionales sanitarios y pacientes o usuarios de habla hispana que se comunicaban a través de un intérprete.

recurriendo a la utilización de personas voluntarias o a los propios familiares para traducir aunque sólo aquellas partes de la conversación que el profesional considera que deben ser comprendidas. En este sentido Cambridge (2003, pp. 55-56) analiza porqué se siguen utilizando personas sin formación como intérpretes en situaciones médicas¹²⁴. Las razones van desde un planteamiento economicista hasta la creencia, bastante común por parte del profesional, de dominar por completo la situación. Se olvida, frecuentemente, que la interpretación en el campo de la salud es tan compleja lingüística y éticamente como lo puede ser en otros ámbitos como, por ejemplo, el jurídico.

Últimamente, la administración pública, centros sanitarios y los propios hospitales vienen reconociendo la necesidad de gestionar aquellas situaciones de “incomunicación” en el ámbito sanitario. Una de las experiencias pioneras en Cataluña, adoptadas posteriormente por otras comunidades, fue la puesta en marcha, en Junio de 2001, de un servicio de traducción telefónica, a disposición de los profesionales de los centros sanitarios, denominado *Sanitat Respon* (Sanidad Responde). Este servicio, promovido por el *Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat*, se creó con el objetivo de facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud y dar respuesta a cualquier demanda de información sobre salud, enfermedades o el sistema sanitario, además de resolver dudas y consultas médicas que no requerían la presencia de un profesional¹²⁵. En su origen,

¹²⁴ Utilizamos, textualmente, el concepto de “situación médica” tal y como lo refiere la autora aunque, lógicamente, debe ser extrapolado a situaciones de salud.

¹²⁵ Los primeros datos estadísticos del servicio corresponden a su primer año de funcionamiento, en el periodo comprendido entre enero y junio de 2003, relacionados por regiones sanitarias. Cabe destacar que, en ese periodo, aún siendo estas llamadas las que presentan una menor demanda respecto al resto de peticiones (0.28% de todas las demandas realizadas), aumenta visiblemente, en algunas de las regiones sanitarias, como por ejemplo la RG Girona o RG Centre, las cuales registraron en los primeros seis meses del año 2003 más demandas que en todo el año anterior. Datos obtenidos www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc5191.html, agosto de 2003. Actualmente, existen datos, que se relacionan a continuación, respecto a la

las lenguas que este servicio ofrecía fueron, inglés, alemán, fula, hebreo, griego, pakistaní, turco, urdu y japonés. En la actualidad, además de haber ampliado sus servicios¹²⁶, ofrece traducción telefónica en más de 60 lenguas a un total de 2.006 profesionales¹²⁷. Aún así, no existe, hoy por hoy, en España un servicio organizado en hospitales con intérpretes formados específicamente en salud.

Andalucía es otra de las comunidades autónomas más activas respecto a la interpretación médica. En el marco del II Plan Andaluz de Salud (1999-2002)¹²⁸ firmado entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y diversas ONG y sindicatos, se organizan servicios de interpretación médica en aquellos centros médicos que habían suscrito el convenio. Un coordinador (generalmente un trabajador social) canaliza las necesidades y solicitudes de intérpretes hacia las ONG o sindicatos, encargadas de proporcionar intérpretes voluntarios no profesionales. La cobertura de este servicio es francamente desigual en toda la comunidad andaluza y las demandas sólo cubren las visitas médicas programadas, quedando excluidos servicios tan básicos como las urgencias o todas aquellas consultas que no han sido programadas. Paradójicamente, el III Plan

utilización de los servicios de traducción para profesionales sanitarios de Sanitat Respon del periodo comprendido entre el año 2002 y 2006. Así, los profesionales que utilizaron el servicio, en 2002 fueron un total de 536. En 2003 la cifra aumento hasta 886, llegándose hasta los 1453 en 2004. Si bien en 2005 aumento, en 1731, el número de profesionales que utilizaron este servicio, cabe destacar que 2006 se caracterizó, por primera vez, por un descenso en la demanda del servicio con 1689 peticiones.

Fuente: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut disponible en: www.grcode.es/files/AUDIOS/ponencias/25%20Tarda/B2%20Salut/2.B%20Ponencia%20Estanis%20Alonso.mp3. Fecha de consulta, 6 de febrero de 2008.

¹²⁶ Con la consulta on-line de la Guía de servicios sanitarios, farmacias, procedimientos administrativos, el acceso y utilización de la tarjeta sanitaria, o información sobre vacunaciones.

¹²⁷ Datos extraídos en marzo 2008 de la actividad realizada en 2007.

www.sem.gencat/portal/web/sanitatrespon

¹²⁸ Web de la Junta de Andalucía (Consejería de Asuntos Sociales. Movimientos Migratorios. Consejería de Salud), disponible en www.juntadeandalucia.es/asuntossociales/contenidos/dgbienestarsocial

Andaluz de Salud (2003-2008)¹²⁹ no hace ninguna referencia explícita a este servicio.

De Luise (2005) argumenta que la falta de cultura respecto a la diferencia reduce el problema de la comunicación a una cuestión “de lenguas”, por lo que el *facilitador lingüístico* se llega a considerar un elemento distorsionador. En su defensa del rol del intérprete argumenta:

“Si pasamos a la percepción que el mediador cultural tiene de su rol, él mismo destaca un aspecto aparentemente obvio, que es el de la empatía hacia el cliente. La pertenencia a la misma etnia con consiguiente conocimiento de la cultura (en todas sus facetas) del solicitante del servicio y el haber “padecido” y experimentado en sus carnes el trauma que supone la migración, parecen ser las condiciones sine qua non para una mediación satisfactoria vista por un mediador cultural¹³⁰. Sin embargo pretendemos ser provocadores: justamente por esta reivindicación del papel exclusivo del mediador-migrante como único que puede entender perfectamente la situación en la que se encuentra el solicitante, el rol del mediador tal y como él/ella lo percibe, puede convertirlo/la en el “paladín” del cliente, con riesgo de falta de objetividad o, de todas maneras, de poner en entredicho la neutralidad que por otra parte tanto parece preocuparle. Por otro lado, los intérpretes sociales (a menudo, intérpretes bilaterales o de conferencias trabajando ad hoc en el marco de la interpretación social) tienen una actitud más de “mercenarios”, marcando mejor y cuanto antes sus límites profesionales y las expectativas relativas a su papel, y quejándose por la escasa retribución y bajo estatus de esta profesión comparado con la responsabilidad y dificultad de las tareas desempeñadas” (2005, p. 69).

No obstante el problema no es tan sencillo como a simple vista puede parecer y viene propiciado por la ambigüedad de las denominaciones que se barajan para definir sus funciones, perfiles y de manera más específica, los ámbitos de actuación de mediadores e intérpretes. Como ya se ha comentado anteriormente, existen numerosos términos que son utilizados como sinónimos para denominar y delimitar el ámbito de acción de traductores e intérpretes en los servicios públicos tanto en el contexto de

¹²⁹ Web de la Junta de Andalucía (Consejería de Salud), disponible en www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?page=pr_CalidadAsistencial. Fecha de consulta, 26 de diciembre 2007.

¹³⁰ Recuérdese la clásica definición de Mediador Intercultural de M. Cohen-Emerique enunciada anteriormente.

países anglosajones como en el contexto europeo (Miguelé, 2003)¹³¹: *intérprete lingüístico, interlingüístico, mediador lingüístico-cultural, etc.*, al igual que en la denominación y ámbitos de los mediadores interculturales.

Como sucede con los intérpretes, tal como se ha descrito anteriormente, las diversas denominaciones con las que se conceptualiza al mediador intercultural, propiamente dicho, no han ayudado a clarificar el rol que este desempeña. Por el contrario, se ha creado un importante grado de confusión al respecto. La situación, desde la perspectiva de la traducción e interpretación, no es más alentadora. Lógicamente, esta indefinición y falta de delimitación de los campos de acción han abierto un debate entre los límites difusos del papel del intérprete y el mediador. Según Valero-Garcés y Lázaro (2005) no se trata simplemente de una cuestión de terminología, sino que nos encontramos ante dos tendencias o "*profesiones en ciernes*".

Tras sus investigaciones en Francia y Suiza, Cohen-Emerique (2006) evidencia que los "*partenaires*" institucionales, especialmente en el ámbito hospitalario tienden a limitar a los mediadores exclusivamente a su rol de intérprete, aunque puntualiza que muchos de ellos, siguen definiéndose exclusivamente en virtud de esta función. La autora cita textualmente a Sonia Fayman para referirse a esta cuestión. Fayman (2000) refiere:

"El mediador es más que un traductor y cuando se le limita a esta función, o se limita el mismo, supone, sin duda, una señal de falta de madurez en su concepción. Se olvida que este profesional establece vínculos, espacios de transición, que tiende puentes y aproxima los puntos de vista entre los actores sociales y los emigrantes. Pero paralelamente el mediador es menos que un traductor, pues no está formado en esta disciplina que exige un perfecto

¹³¹ Belpiede (2002, p. 17), por ejemplo, describe toda la terminología utilizada en Italia, para denominar a traductores/intérpretes/mediadores, clasificándola incluso según la región. Así refiere, entre otros, la denominación de *mediador cultural* en la región del Piamonte, *mediador lingüístico-cultural*, en la Toscana, Emilia Romagna, Liguria, Véneto y Milan o *operador de lengua madre* en Bolonia.

conocimiento de las dos lenguas y de los valores las sustentan. De ahí la necesidad, desde las primeras demandas, de aclarar la diferencia entre el rol de mediadora y el de traductora - intérprete”.

La consideración exclusiva de la traducción/interpretación lingüística constituye una simplificación del complejo acto de la mediación. Desde esta perspectiva se podría plantear la cuestión de si un intérprete puede realizar tareas de mediación intercultural. Según Cohen-Emerique (2006), el traductor podrá realizar tareas de mediación intercultural siempre y cuando se haya formado específicamente para ello. En consecuencia es la formación la que marca la diferencia entre los diversos perfiles que pueden llevar a cabo actos de mediación intercultural. Otra cuestión es si el mediador actúa como traductor-intérprete. Para Sales (2005) la respuesta es clara:

“... por supuesto que sí, pero creo que es algo más; es intérprete de lenguas y lenguajes, verbales y no verbales... Es necesaria en la mediación intercultural una persona que conozca 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”.

Italia es quizás el país donde se ha perfilado de una manera más precisa esta dualidad en la figura del mediador lingüístico-cultural. Castiglioni (1997) destaca que *mediar* no implica solamente traducir las palabras, sino que, además debe dirigirse a la obtención de una “*perspectiva orquestral*”, con respecto a los fenómenos comunicativos. Por otra parte, el mediador debe acreditar una formación en relación a los aspectos culturales de las personas con los cuales trabaja, documentándose de forma contrastada y especializada y siendo consciente que no debe considerar a las personas bajo prejuicios y estereotipos.

Por último cabe mencionar un tercer perfil cuyo rol incide directamente en este espacio de límites difusos anteriormente mencionado. Se trata del

Agente de Salud o Agente Comunitario de Salud. A este respecto existen diversas definiciones, como por ejemplo la de Aubarell (2001) y Alonso (2002), aunque todas ellas hacen referencia a la definición propuesta por el Equipo de Salud Comunitaria UMTI-ICS/ACSAR-Creu Roja, de Drassanes¹³² recogida a continuación:

“El agente comunitario de salud es un/una profesional, miembro de la comunidad con la que, que se integra dentro del equipo de salud y que tiene como objetivo convertirse en puente entre los servicios de atención e información sanitaria y dicha comunidad, con el fin de que mejore la circulación de información, iniciativas y recursos entre ambas partes, así como para promover y dinamizar acciones de promoción de la salud realizadas desde cada una de ellas o de forma conjunta”.

Según Ros y Ollé (2003), el trabajo de los agentes de salud se lleva a cabo en tres grandes ámbitos de actuación; el sociocultural, el sanitario y el comunitario. En principio estos ámbitos están claramente delimitados, aunque en realidad presentan, como se ha mencionado anteriormente, límites difusos, que se ponen de manifiesto al analizar los objetivos de actuación de cada uno de ellos. En el *ámbito socio-cultural* la actuación tiene por objetivo mitigar las dificultades provocadas por las diferencias culturales entre la población inmigrada y el personal sanitario realizándose actividades de traducción e interpretación, mediación cultural, formación de personal sanitario en competencia cultural, detección de dificultades para acceder y utilizar los servicios sanitarios y acciones diversas de información sobre aspectos de carácter social, laboral o legal-administrativo, entre otros. Desde el *ámbito sanitario* se actúa con el objetivo de aumentar el nivel de información sanitaria, desarrollando habilidades individuales y/o grupales, encaminadas a reducir la vulnerabilidad de los individuos o de la comunidad frente a diversos

¹³² El Equipo de Salut Comunitària UMTI (Unitat de Malalties Tropicals i Importades) se ubica en el CAP Drassanes, en Barcelona. Su trayectoria será descrita brevemente en páginas posteriores. ACSAR es la Associació Catalana de Solidaritat i Ajuda al Refugiat ubicada en Creu Roja, Drassanes

problemas de salud. Para ello, las actividades se orientan en colaborar en la explicación de resultados, tratamientos o prescripciones, a la vez que aproximan a la comunidad inmigrante a los recursos de apoyo de los servicios locales. Por último, desde el *ámbito comunitario* se trabaja en diversos programas de salud comunitaria, desarrollados en cinco áreas concretas: análisis de necesidades objetivas y percibidas por la población; soporte de equipos asistenciales; proyectos de información sanitaria y desarrollo de habilidades; movilización comunitaria y, por último, creación de redes entre profesionales inmigrantes y sociedad civil. Como puede comprobarse, el perfil propuesto para estos agentes de salud es tan amplio que se solapa con el de mediador intercultural en salud.

Con mucha frecuencia, encontramos autores que no distinguen entre agentes de salud y mediadores interculturales en salud o bien que utilizan dichas denominaciones y perfiles como conceptos sinónimos (Alonso, 2002; Mascarella, Comelles, & Allué, 2001; Roca & LLauger, 1994). Por el contrario la definición propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, en su Guía para Facilitadores de la Capacitación a Agentes Comunitarios de Salud¹³³, presenta al agente comunitario como una *“persona”* (no tanto como profesional) *propuesta por su comunidad para que promueva prácticas saludables en la familia y en su comunidad, en coordinación con el personal de salud y la comunidad organizada*. Según esta guía, las condiciones que debe reunir este agente es, en primer lugar haber sido elegido por su comunidad, lo que le confiere reconocimiento y representatividad y, además, debe conocer y vivir en la comunidad a la cual representa, así como realizar su trabajo de forma voluntaria. Esta visión no profesionalizada del agente de salud comunitario, ampliamente

¹³³ Esta Guía fue elaborada multidisciplinariamente formando con la participación de diversos organismos e instituciones nacionales e internacionales como la *American Red Cross*, la *Organización Panamericana de la Salud* o la *United Nations Foundation*. www.cruzroja.org/salud/redcamp/docs/SaluComu/Guia-facilitadores.pdf

extendida en países latinoamericanos, es compartida por autores españoles como Aguilar (2001), quien define a los agentes de salud como personas integrantes de la comunidad, en ocasiones captadas por el propio personal sanitario, que prestan sus servicios de forma voluntaria, altruista y sin vinculación administrativa con el centro de salud local, participando en actividades de promoción y/o educación de la salud y que suelen ser captadas como posibles agentes de salud.

El Pla Director d'Immigració en el Àmbit de la Salut, (*Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la Salut*, 2006, p. 114)¹³⁴ define diferentes perfiles "profesionales": *traductor, mediador, agente de salud*, e incluso *profesional de origen extranjero*. El mediador y agente de salud comunitario son definidos como:

Mediadores: Recurso puente que favorece la comunicación y promueve un cambio constructivo en las relaciones entre personas culturalmente diversas. Son profesionales que colaboran en la atención a las necesidades sociales de las comunidades inmigradas y orientan su acción hacia la prevención y resolución de conflictos individuales, familiares o de grupo que se dan en el ámbito de la salud, de la educación, del bienestar social y de la convivencia comunitaria.

Agente de Salud Comunitario: Profesional integrado en los equipos de salud comunitaria que tiene como objetivo constituirse puente entre los servicios de salud y la comunidad o el colectivo a los cuales se dirigen los programas, especialmente preventivos, para que mejore la circulación de informaciones, de iniciativas y de recursos en ambas direcciones. También dinamizan las acciones de promoción de la salud llevadas a cabo desde cada una de las partes. Estos agentes de salud dependerán de la Agencia de Salud Pública del Departament.

¹³⁴ El *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut* será descrito en profundidad al desarrollarse el capítulo de la Mediación Intercultural en el Sistema de Salud de Cataluña.

Es significativo cómo ambas definiciones delimitan claramente el estatus de ambos perfiles. El *mediador* es presentado como recurso (aunque posteriormente se hace referencia a él como profesional) y, por tanto, desempeñando un rol de colaboración, mientras que el *agente de salud comunitario* es descrito como profesional, reconocido e integrado en los equipos de salud comunitaria. La descripción de las características y de las competencias presentadas en dicho Pla Director, reproducidas a continuación, aumenta la difusión de límites entre dichos perfiles profesionales, por cuanto los agentes de salud pueden asumir las competencias de los mediadores interculturales. Además, las competencias que se atribuyen a los *profesionales de origen extranjero* son también, todas ellas, competencias descritas en el perfil del mediador.

Tabla 10: Descripción de las características y las competencias de cada uno de los perfiles.

(Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Generalitat de Catalunya, 2006)

PERFILES	DESCRIPCION	COMPETENCIAS
TRADUCTOR	<ul style="list-style-type: none"> - Puede pertenecer a la misma comunidad lingüística, pero no siempre es imprescindible. - No es imprescindible que realice traducciones presencialmente. Puede traducir por teléfono. - Traductores jurados, en el caso de situaciones / documentos que comprometan la seguridad de la persona o de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Traducir literalmente en expresiones orales o escritas
MEDIADOR	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales con formación, conocimientos, habilidades y actitudes específicas en competencia intercultural - De preferencia, miembros del colectivo. - Integrado en ambas sociedades. - Buen conocimiento de las formas de vida. - Sensibilizado sobre las diferencias culturales y sociales de una comunidad. - Experiencia en participación social. - Muy buenos conocimientos lingüísticos de 2 idiomas. - Conocimientos relativos al ámbito de la salud. - Trayectoria personal de interculturalidad - Capacidad personal para escuchar, flexibilidad, equilibrio emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la comunicación entre profesionales y usuarios. - Asesorar a usuarios en su relación con profesionales y servicios públicos i/o privados. - Asesorar a profesionales en su relación con los usuarios culturalmente diferentes. - Promover el acceso a los servicios y una atención en igualdad de condiciones. - Participar en actividades de grupo y comunitarias
PROFESIONAL DE ORIGEN EXTRANJERO	<ul style="list-style-type: none"> - Profesional sanitario o administrativo o de cualquier otro tipo de origen extranjero. - De preferencia miembros del colectivo. - Integrado en ambas sociedades. - Buen conocimiento de las formas de vida. - Sensibilizado sobre las diferencias culturales y sociales de una comunidad. - Experiencia en participación social. - Muy buenos conocimientos lingüísticos de 2 idiomas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la comunicación entre profesionales y usuarios. - Promover el acceso a los servicios y una atención en igualdad de condiciones.
AGENTE DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Persona con formación específica en salud. - Persona con un buen conocimiento de la cultura de origen y de la de acogida. - Persona integrada en la comunidad, que tenga vínculos y que participa en sus iniciativas. - Persona con habilidades sociales, liderazgo o poder de convocatoria en el propio 	<ul style="list-style-type: none"> - Informador/a sanitaria individual o colectiva. - Mobilizador/a comunitario. - Mediador/a Intercultural. - Detector/a de necesidades de la comunidad y del servicio. - promotor/a de actividades sanitarias por parte de la comunidad y de los servicios de salud.

El *Pla Director*¹³⁵, menciona la futura *Agència de Salut Pública de Catalunya* como el organismo que gestionará las funciones de los agentes comunitarios en el desarrollo de sus actividades de promoción de la salud comunitaria y como recurso de apoyo a todas aquellas tareas que lleve a cabo la red asistencial de atención primaria, hospitalaria, socio-sanitaria y de salud mental. Estas definiciones y perfiles marcarán, como se verá posteriormente, las políticas en salud de Cataluña y, subsidiariamente, las actuaciones y eventual reconocimiento profesional de los mediadores interculturales.

4.1.3. Género, mediación intercultural y salud

La mujer ha jugado un papel importante como mediadora en procesos de paz y conflictos políticos, aunque su labor, debido a su propia condición de género, no siempre ha sido suficientemente reconocida por parte de la sociedad. Martínez López (2000, p. 277) considera, no obstante, que muchos de los comportamientos y actitudes que las mujeres desarrollan en sus actividades cotidianas han constituido prácticas reguladoras de conflictos que favorecen, lo que la autora denomina, la “*paz doméstica*”.

El binomio “*doméstico vs. público*” ha sido un importante referente en el análisis antropológico social ligado a otra dicotomía más determinante, si cabe, como es la de “*naturaleza vs. cultura*”. Autoras como Rosaldo (1979), Ortner (1979) y, más actualmente, Moore (1991) y Comas D’Argemir

¹³⁵ El *Departamento de Salud* de la Generalitat de Catalunya está llevando a cabo la reforma de la Salud Pública de Cataluña. Dicha reforma contempla la creación de la *Agència de Salut Pública de Catalunya* como respuesta organizativa a dicha reforma y cuya principal función deberá ser la provisión de una cartera de servicios de salud pública y el ejercicio de la autoridad sanitaria así como una cartera de servicios orientada al cliente interno representado principalmente por el *Departament de Salut*. La Agencia será una organización ejecutiva, descentralizada con la misión de dar respuesta a las necesidades de salud pública garantizando, a su vez, la equidad en la gestión de los riesgos para la salud. (*L'Agència de Salut Pública de Catalunya. Document de bases per a la seva creació*, 2006)

(1995) han analizado estas categorías desde el enfoque de la antropología del género.

Si bien los postulados universalistas de Ortner (1979) sobre las dicotomías “naturaleza/cultura” y “hombre/mujer” están seriamente cuestionados en la actualidad, por constituir un pensamiento marcadamente etnocentrista (Martín Casares, 2008, p. 157), constituyeron, en su día, un referente fundamental en el análisis de la subordinación femenina, al argumentar que dicha subordinación era debida, principalmente, a la asociación simbólica y, prácticamente universal, de las mujeres con la naturaleza, mientras que los hombres eran asociados a la esfera de la cultura. Las mujeres se consideran próximas a la naturaleza debido a sus funciones procreadoras, las cuales, a su vez, son las que la confinan a la esfera doméstica. Puesto que la *naturaleza* puede ser transformada por la cultura, mediante la tecnología y el pensamiento, por extensión, la cultura, esfera pública y social del hombre, domina la naturaleza y, en consecuencia a la mujer. La “naturaleza” se considera inferior a la cultura porque, en definitiva, es sometida por ella.

Rosaldo (1979), postula que el estatus de las mujeres está directamente relacionado con la distancia existente entre la esfera pública y doméstica, de manera que cuanto mayor sea la separación entre ambos ámbitos, mayor será la inferioridad de estatus de las mujeres. Las mujeres sólo adquieren poder cuando se introducen en la esfera pública, es decir, en el mundo masculino. Rosaldo, (citado por Martín Casares (2008, p. 166)), afirma que *la construcción de la esfera doméstica asociada a las mujeres viene definida en función de la sexualidad que incluye todos los aspectos relacionados con la fertilidad, maternidad, sexo y menstruación.*

Moore (1991, p. 36) resume estas ideas:

“La oposición entre lo “doméstico” y lo “público”, al igual que entre la naturaleza y cultura, se deriva en última instancia del papel de la mujer en tanto que madre y responsable de la crianza de la prole. Las categorías “doméstico” y “público” se articulan en un esquema jerárquico. Rosaldo define lo “doméstico”, como el conjunto de instituciones y actividades organizadas en torno a grupos madre-hijo, mientras que lo público se refiere a las actividades, instituciones y tipos de asociación que vinculan, clasifican, organizan o engloban a determinados grupos madre-hijo (Rosaldo, 1974: 23; 1980: 398). La mujer y la esfera doméstica están así comprendidas en la esfera masculina y pública y, son consideradas inferiores a ésta. Sin embargo, tanto la separación por categorías entre lo “doméstico” y lo “público” como su relativa interacción, son dos cuestiones discutibles”.

Según Comas d’Argemir (1995) no existe una única forma de entender lo doméstico. En la actualidad, autoras inscritas en diversas corrientes teóricas como el movimiento *queer*¹³⁶ o el ecofeminismo han formulado críticas a dichas posiciones consideradas *esencialistas*. Así, Gevara (2000, p. 21), representante del ecofeminismo constructivista, defiende que *genero, construcción social de lo masculino y femenino, naturaleza, cultura, tradición, son elaboraciones históricas y sociales, y no podemos trabajar con ellas como si fueran conceptos ahistóricos, capaces de incluir cualidades esencialistas atribuibles al hombre o a la mujer.*

Si bien la corriente marxista-materialista es el movimiento que más ha analizado las relaciones entre producción y reproducción, división generizada del trabajo y subordinación de las mujeres, autoras como Comas d’Argemir (1995) nos adentran en las relaciones de producción y en la división del trabajo.

¹³⁶ Raro, extraño, singular, curioso, estafalario... son adjetivos utilizados para definir la palabra “*Queer*”. La expresión *queer* se utiliza para definir personas o grupos que transgreden la heteronormatividad, es decir, gays, lesbianas, bisexuales, transexuales ... La Teoría Quer afirma que la orientación y la identidad sexual o de género, es el resultado de una construcción social y que, por lo tanto, no existen roles sexuales inscritos en la naturaleza humana sino formas socialmente variables de desempeñar uno o varios roles sexuales. Esta Teoría está directamente relacionada con los estudios de género, especialmente con la antropología de género. Como disciplina, la incipiente *antropología queer* empieza a desarrollarse en la década de los años 90 en Norteamérica y, entre sus objetivos más inmediatos, se encuentra la reconstrucción de las identidades sexuales aparentemente estables. Para ello debe de romperse con los códigos duales de los comportamientos heteronormativos (Martín Casares, 2008)

Para la autora (1995, p. 34):

“La división del trabajo se relaciona con dos tipos de factores: con la clase de técnicas y medios intelectuales de los que dispone una sociedad (las denominadas fuerzas productivas) y con el tipo de relación que los grupos humanos tienen respecto a las condiciones de existencia. La fragmentación del proceso productivo, como resultado de la especialización, supone una jerarquización de tareas y la distribución de los trabajadores en estas tareas se realiza a partir de las divisiones sociales existentes. Los criterios de división social pueden ser diversos (edad, sexo, raza, grupo étnico, clase social) y realmente se trata de criterios de naturaleza muy distinta que pueden comportar o no jerarquización”.

En definitiva, la subordinación laboral de las mujeres no es explicada a través de la división del trabajo, sino que es la desigualdad entre hombres y mujeres lo que se incorpora como uno de los factores que estructura las relaciones de producción y la división del trabajo. La socialización, la preparación profesional y las propias características del mercado son los principales factores que contribuyen a la estratificación del trabajo.

Aunque algunos trabajos son llevados a cabo indistintamente por hombres y mujeres, en todas las sociedades existen trabajos realizados fundamentalmente por hombres o mayoritariamente por mujeres y, aunque la división generizada del trabajo no sea el resultado de diferencias fisiológicas, estas sí se presentan como uno de los factores determinantes para perpetuar, de forma simbólica, las relaciones de producción asimétricas (Martín Casares, 2008). Así, los trabajos desarrollados mayoritariamente por mujeres suelen tener un valor menor (son menos importantes) que las actividades llevadas a cabo por los hombres. Por otra parte, la sobre-representación de un grupo de personas en determinadas ocupaciones laborales hace que dicha ocupación pase a sustentar los atributos del segmento social que las ocupa. Así, se proyectan todas las normas y estereotipos en que se basa la construcción social de la categoría que los integra. A modo de ejemplo, se consideran ocupaciones

femeninas aquellas que presentan un elevado índice de mujeres. Estos trabajos, por regla general, conllevan una desvalorización, al ser asociados a las tareas o funciones propias de las mujeres socializadas para ejercer las tareas domésticas.

Uno de los ámbitos profesionales que ha perpetuado y legitimado a lo largo de la historia los elementos de segregación laboral y jerarquización de las tareas, es el de la medicina, donde la identidad de género dominante ha sido tradicionalmente masculina. Por el contrario, cuidar de los demás es un componente básico en la construcción social del género femenino, que se inscribe en un conjunto más amplio de prestaciones, que Comas D'Argemir (1995) denomina *ayuda y asistencia*, definiéndolo como un conjunto de actividades que proporcionan bienestar físico, psíquico y emocional a las personas. Estas actividades son, entre otras, el cuidado o asistencia a personas adultas o ancianas o el cuidado de niños pequeños, orientadas a resolver aquellas situaciones de dependencia temporal o permanente de los individuos. Para la autora (Comas D'Argemir, 2000) la invisibilidad de las actividades relacionadas con el cuidado de los demás se debe básicamente a tres razones: efectuarse en gran medida en el seno de la familia, dificultad para catalogarlas como formas de trabajo y, finalmente, porque están fuertemente naturalizadas.

A este respecto, Esteban (2006, p. 11) argumenta :

“Cuando hablamos de naturalización nos referimos a una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que afecta a distintos colectivos (mujeres, negros, homosexuales...), y que lleva implícita su marginación social por razones biológicas y anula toda posibilidad de cambio. En el caso concreto de las mujeres supone teorizar, por ejemplo, que la responsabilización de las mujeres respecto al cuidado de las criaturas o enfermos, una división sexual del trabajo que restringe la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, se explica por una biología y una psicología diferencial que, en último extremo, se relaciona siempre con la capacidad reproductiva femenina”.

Según la autora (Esteban, 2003), la consecuencia principal en los cuidados de ambos factores, invisibilidad y naturalización, es la perpetuación de la continuidad de los mismos por parte de las mujeres.

En una situación similar se encuentra el ámbito del Trabajo Social. También aquí, el origen predominantemente femenino ha marcado profundamente esta profesión, que no ha podido desprenderse de sus antecedentes que respondían perfectamente al discurso naturalizador que situaba a las mujeres en tareas “propias” de filantropía, caridad y beneficencia. Hace ya tres décadas, Las Heras (1979, p. 190), destacaba la “feminización del Trabajo Social” como una de las dificultades de dicha profesión, insistiendo que la concepción benéfica del trabajo de la mujer, provocaba la falta de políticas sociales, que convertían esta profesión en una actividad no productiva, mal remunerada y con pocas perspectivas de desarrollo profesional. Azpeitia (2003, p. 153), por su parte, sostiene que la presencia mayoritaria de mujeres en una profesión determinada, como puede ser el Trabajo Social, no se explica exclusivamente por la elección mayoritaria de las mujeres por este tipo de profesiones sino porque, además, no es elegida por los hombres por reproducir el discurso hegemónico naturalizador.

La Mediación Intercultural, con predominio básicamente femenino, especialmente en el ámbito de la salud, puede ser analizada bajo un enfoque similar. Las mediadoras interculturales se ubican, justamente, en la intersección que se produce entre el discurso naturalizador y el acto de cuidar, constructo social del género femenino. Pero, además, puede existir una dificultad añadida, el origen inmigrante de sus profesionales, que va a favorecer, la reproducción de estereotipos y jerarquías.

En la actualidad, se están produciendo nuevas segregaciones laborales justificadas en función del género o la etnia que vienen a añadir nuevos criterios en la división del trabajo y que acaban por legitimar prácticas discriminatorias, ya sean de carácter formal o informal. En España han aparecido recientemente dos investigaciones en relación a la segregación laboral y las diferencias y estructuras salariales por razón de género y de etnia (Palacio & Simón, 2006; Simón, Ramos, & Sanromá, 2007). Los resultados de Palacio y Simón (2006, p. 514) sugieren que una proporción significativa del diferencial salarial entre hombres y mujeres vendría explicado por su distribución por estructuras laborales sistemáticamente diferentes, de modo que las mujeres tienden a estar concentradas en estructuras laborales de bajos salarios relativos. Simón, Ramos y Sanromá (2007, p. 33), por su parte, destacan como uno de sus principales hallazgos, que las diferencias en los salarios medios y en las estructuras salariales de nativos e inmigrantes legales se explican, en gran medida, por las diferencias en sus características y, muy especialmente, por la segregación de los inmigrantes en ocupaciones y establecimientos distintos de los nativos, de manera que en ciertos colectivos pueden concurrir más de un criterio discriminador llegándose a producir una triple segregación.

Las *femmes-relais*¹³⁷ constituyen un referente para dicho análisis. En la década de los años 80, se detecta en Francia, junto al aumento de la población inmigrante en las ciudades, un déficit en la comunicación y la comprensión mutua, que parece favorecer determinados problemas de convivencia, especialmente en barrios urbanos y periféricos. La iniciativa espontánea de algunas mujeres por resolver los problemas y disminuir

¹³⁷ El término "*femmes-relais*" viene siendo utilizado en Francia desde los años 80 para designar a aquellas mujeres que actúan como intermediarias entre los habitantes de origen inmigrante y las administraciones. Si bien el concepto es más restrictivo que el de mediadora en la práctica se utilizan como sinónimos más aún cuando no existen, en muchos casos, diferencias significativas en sus funciones.

tensiones facilita acciones de intermediación dirigidas a fomentar el diálogo, que les lleva a realizar, entre otras, funciones de interpretación y traducción. LLevot (2004) argumenta que el concepto de *femmes-relais* conlleva implícitamente la cuestión de género y de identificación étnica comportando, en primer lugar, que sean vistas como representantes de su comunidad étnica¹³⁸ y, en segundo lugar, que sean relegadas, por su condición de mujer, al estatus tradicional y cultural de la sociedad. Por otra parte la situación laboral de estas mujeres ha sido y sigue siendo, ciertamente inestable, con contratos (si los hay) precarios y baja remuneración económica. En la actualidad se denominan *femmes médiatrices sociales et culturelles*¹³⁹ en reconocimiento al trabajo de mediación que desempeñan, alejado de la estricta función de *relais*, es decir, el de intermediarias entre los ciudadanos y las instituciones sin que por ello haya desaparecido por completo la figura de la *femme-relais* tradicional.

El estudio "*Les rôles et perspectives des femmes-relais en France*" (Delcroix, 1996)¹⁴⁰ auspiciado por la Agencia para el Desarrollo de las Relaciones Interculturales describe el siguiente perfil respecto a las mujeres mediadoras: son mujeres entre 25 y 55 años, principalmente de origen árabe, casadas y madres de familia, inmigrantes o hijas de inmigrantes de origen social predominantemente obrero, aunque también existen algunas representantes de clase media. El nivel de estudios es muy variable, desde estudios básicos a estudios universitarios habiendo participado en cursos de formación específica sobre mediación aproximadamente la mitad de

¹³⁸ Algunas comunidades tildadas de marginales y estigmatizadas por ello.

¹³⁹ Un ejemplo de ello, entre otros, lo encontramos en *Témoignages de Femmes-Relais Médiatrices Sociales et Culturelles de Seine-Saint-Denis*. www.professionbanlieue.org

¹⁴⁰ El estudio iniciado en 1995 analizando veinte experiencias de mediación social y cultural llevadas a cabo por mujeres "*relais*" o mediadoras en 12 ciudades con contextos urbanos y regionales muy diversos. Así mismo se llevaron a cabo más de 80 entrevistas cuya información básicamente cualitativa permitió analizar el perfil y rol de dichas *femmes-relais*.

ellas. También su situación profesional es diversa, con remuneración bajo la base de un contrato de empleo, contribución mínima a través de una inserción laboral existiendo, también un mínimo porcentaje con contrato indefinido. La mayoría de ellas no había trabajado antes de obtener estos contratos precarios aunque muchas lo habían hecho de forma voluntaria antes de su contratación. Por otra parte Delcroix (1996), clasifica en tres grupos a las *femmes-relais* francesas: mujeres inmigrantes nacidas fuera de Francia y llegadas a este país después de los diez años (es el grupo más numeroso, representa el 43%), mujeres nacidas en Francia cuyos progenitores son inmigrantes (34%); y, finalmente mujeres nacidas en Francia de progenitores franceses (23%). Las nacionalidades de origen más numerosas son: argelina, marroquí, turca, senegalesa y tunecina. A su vez, el autor distingue entre la función *relais*, que realiza labores de mediación muy limitadas y la mediación crítica. Belpiede (2002), por su parte, asegura que tras la comparación de las experiencias de las *femmes-relais* y de las mediadoras esta diferenciación no ha sido todavía evidenciada.

Sea como fuere, el perfil de estas mediadoras no difiere, demasiado, del perfil y de la situación de las mediadoras interculturales en España, que se encuentran en una situación que Parella (2003) denomina “*la triple discriminación*”, ser mujer, inmigrante y trabajadora, estando la condición “mujer”, a su vez, modulada por la clase social, la etnia y la cultura. Además habría que añadir un elemento discriminatorio más: la fuerte jerarquización de las relaciones que se establecen en el ámbito profesional de la salud, que vienen marcadas, básicamente, por la identidad de género. En este sentido, es relevante la aportación que Esteban (2003, p. 79) realiza, respecto al reconocimiento de las mujeres cuidadoras, ya que se ajusta de forma precisa a la situación en la que se encuentran muchas mediadoras interculturales;

“... más allá de posibles medidas económicas o fiscales u ofertando tiempo para la realización de las actividades, hay que pensar en formas distintas de autorizar los conocimientos de las mujeres en torno a la atención de la salud. No sólo de autorizarlos, sino también de acreditarlos formalmente”.

Para ello ofrece diversas alternativas, que van desde la consideración de que ciertos itinerarios personales y de formación que deberían tener un reconocimiento curricular dentro del proyecto laboral de aquellas mujeres que lo han realizado hasta su inclusión en asociaciones, organizaciones en las que puedan participar en los diferentes niveles de decisión y planificación social y sanitaria.

4.2. EXPERIENCIAS EN MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

En relación con la salud de los inmigrantes, De Muynck (2004) distingue cuatro *ámbitos problemáticos*: la expresión de la dolencia, la organización y oferta de la atención sanitaria, el reconocimiento de la influencia del contexto cultural y psicológico como factores determinantes de mala salud y la posición socioeconómica de la población emigrante. Así mismo, basándose en estudios de diversos estudios, presenta una de las relaciones más exhaustiva referente a los problemas que suceden en el marco de la interacción de los profesionales de la salud con los inmigrantes. La comunicación deficiente es, probablemente, el aspecto central de la baja calidad de la atención sanitaria, ya que conlleva una serie de factores que se traducen en una serie de consecuencias negativas. Entre ellas, puede destacarse el retraso en la identificación de los síntomas, las interpretaciones erróneas de los procesos de somatización, comunicación insuficiente de los problemas médicos, enfoques, diagnósticos, terapias y seguimientos inadecuados, déficit de cuidados preventivos, *derivaciones subóptimas* así como educación sanitaria inadecuada. Paralelamente, los

usuarios presentan considerables dificultades para entender modelos causales, incertidumbres provocadas por los diagnósticos erróneos y la atención recibida, o interpretan erróneamente los tratamientos prescritos, lo que favorece el abandono del sistema en busca de nuevos profesionales que sean más de su agrado o, simplemente, donde no se genere un clima de hostilidad.

En nuestro ámbito, la demanda de mediación intercultural en salud (MIS) está experimentando un auge considerable. Los precedentes de esta situación los encontramos en países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Bélgica, Reino Unido, Suiza o Italia¹⁴¹. No obstante, el apoyo administrativo e institucional sigue siendo escaso y, en muchos casos, inconsistente, debido, entre otros factores, a la falta de acuerdo sobre la definición del rol del mediador intercultural en salud, los múltiples y diferentes perfiles derivados de la variabilidad en su denominación, el escaso reconocimiento por parte de los profesionales y equipos de salud y, especialmente, el aumento que supone en los presupuestos económicos la introducción de una nueva figura profesional en los equipos de salud. Además, los escasos estudios empíricos que se han dedicado a la evaluación de los proyectos de mediación intercultural no han contribuido demasiado a evidenciar los aspectos positivos y repercusiones económicas, que los mediadores interculturales suponen en los sistemas sanitarios de salud.

¹⁴¹ El principal objetivo de este apartado es describir aquellos programas existentes en EEUU y Europa que hayan sido definidos expresamente como programas de mediación intercultural en salud por lo que se excluyen todas aquellas iniciativas institucionales llevadas a cabo por voluntarios, personas bilingües, o programas de interpretación médica sin un perfil claramente mediador.

4.2.1. Experiencias en Estados Unidos y Canadá

El común denominador de muchos de los programas o proyectos implementados en estos países es la ambigüedad existente respecto a la naturaleza de dichos programas, puesto que en la mayoría de los casos, no se establece una diferencia clara entre lo que constituyen proyectos de traducción/interpretación y los proyectos de mediación intercultural propiamente dicha.

Estados Unidos

Estados Unidos se caracteriza por ser un país compuesto mayoritariamente por descendientes de inmigrantes. Su modelo asimilacionista, *melting pot*, no ha favorecido, tradicionalmente, el desarrollo de la interpretación lingüística. No obstante, en la actualidad, el aumento de una inmigración muy heterogénea ha propiciado que se hayan desarrollado modelos médicos de competencia cultural que tienden, especialmente, a enfatizar las competencias institucionales, estructurales y clínicas (Qureshi & Collazos, 2006). Wiedman (1973) fue el primer autor en describir la figura del *culture broker* en el contexto de los cuidados de salud¹⁴². Posteriormente, Jezewsky (1990), desarrolló un marco conceptual que permitiese formular modelos interpretativos en el ámbito de la salud.

Uno de los proyectos pioneros norteamericanos que demostró la importancia de los mediadores culturales en salud, fue *The Miami Community Mental Health Program*¹⁴³, desarrollado en Miami en 1974. Este

¹⁴² Basó sus ideas en los conceptos desarrollados originariamente por Eric Wolf tras su investigación en 1956 en México.

¹⁴³ Para una mayor descripción del programa véase Willigen, J (1986), *Applied Anthropology*. Massachussets, Bergin and Garvey Publishers

programa fue diseñado para proveer servicios de salud mental en una gran área étnicamente diversa (cubanos, haitianos, puertorriqueños, afroamericanos y personas procedentes de las islas Bahamas). Los autores del programa partieron de la idea de que el modelo médico estándar era inadecuado para alcanzar mejoras en la salud mental de estas personas. La diversidad de factores etiológicos y modelos explicativos referentes a la enfermedad así como la complejidad cultural que caracterizaba a la comunidad, impedían que los tratamientos tradicionales que se aplicaban en el hospital tuviesen plena eficacia. En este contexto, la introducción de mediadores culturales sirvió para establecer vínculos eficaces entre dichas comunidades y los centros asistenciales, implicando a los líderes de la comunidad, médicos e individuos con problemas específicos de salud. Paralelamente, los mediadores culturales realizaron tareas como ser investigadores en el propio programa, profesores en programas de entrenamiento para miembros del *staff* hospitalario, consultores de problemas de salud de estos pacientes o asistentes de estudiantes incluidos en otros proyectos.

No obstante, la administración estadounidense, contempla, preferentemente, la figura del *medical interpreting*, en el ámbito de la salud, de manera que, por ley, todos los servicios sanitarios que reciben fondos del gobierno nacional deben de disponer de un equipo bilingüe de intérpretes médicos para los pacientes que tienen dificultades con el idioma inglés. Además, los *standards* de la *Oficina de Salud de las Minorías*, lo exigen en su Norma 4 (*National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care: Executive Summary in Health Care. Washington DC, Department of Health and Human Services, 2001*)

“Las organizaciones de atención sanitaria deben ofrecer y proporcionar servicios de asistencia lingüística, incluyendo una plantilla de personal bilingüe y servicios de intérprete, sin costo para los pacientes que tengan una capacidad limitada en

el inglés, en todos los puntos de contacto, de forma oportuna y durante todas las horas de la operación”.

Existen, también, asociaciones de intérpretes médicos que han desarrollado códigos deontológicos, que, aunque no son de obligado cumplimiento, tienen un peso considerable dentro de la profesión, y reconocen, implícitamente, que la interpretación médica es más de la traducción lingüística. En esta línea se encuentra el trabajo de Bolden (2000) dirigido a demostrar que las acciones de los intérpretes va más allá de la estricta traducción.

En 1994, el *Harborview Medical Center*¹⁴⁴, de Seattle, pone en marcha un proyecto con el objetivo de crear un servicio “puente” entre las comunidades étnicas y las instituciones de salud. El *Community House Call Program* es un programa de visitas a domicilio realizado por un equipo de mediadores culturales que, además de realizar un seguimiento de los pacientes, llevan a cabo tareas de promoción y educación para la salud. En 1995, el programa publicó una guía que se ha convertido en un importante referente, donde se describe el modelo de mediador lingüístico-cultural desarrollado en dicho hospital. Esta guía, *“Beyond Medical Interpretation: The rol of Interpreter Cultural Mediator (ICM’s) in building bridges between ethnic communities and health institutions”*, reeditada y ampliada en 1998, contiene, entre otras informaciones, una amplia descripción de los pasos que deben llevarse a cabo para desarrollar un programa de mediación cultural, el desarrollo propio del programa, la formación necesaria, así como diversos estudios para evaluar el impacto del programa en la satisfacción de los pacientes¹⁴⁵.

¹⁴⁴ <http://uwmedicine.washington.edu>

¹⁴⁵ Estos estudios serán ampliados en el apartado: “Evaluación de los servicios de mediación en salud”.

Otra experiencia destacable es la realizada por Jezewsky y Sotnik (2001), quienes aplican el *Culture-Brokering Model* de Jezewsky a los proveedores de servicios de rehabilitación. Las autoras defienden la idea que los proveedores de servicios de rehabilitación pueden actuar como brokers culturales con el objetivo de resolver conflictos o producir un cambio que servirá para prevenir situaciones problemáticas antes de que estas ocurran.

Entre los programas más recientes destaca el presentado en el año 2004 por el *National Center for Cultural Competente* (NCCC)¹⁴⁶. El *Cultural Broker Project* (proyecto de intermediación cultural) nace con el propósito de aumentar la capacidad de los programas de asistencia médica y de salud mental así como diseñar, implementar y evaluar servicios competentes desde una perspectiva cultural y lingüística. Entre sus objetivos se encuentran también legitimar la figura del *cultural broker* (mediador cultural) en los servicios de salud, promover los servicios de mediación cultural como un acercamiento esencial para aumentar el acceso a los cuidados, así como eliminar las desigualdades raciales y étnicas en el ámbito de la salud y definir los valores, características, áreas de menor conciencia, conocimiento y herramientas requeridas para una actuación eficaz del mediador cultural. El proyecto define ampliamente el rol del *cultural broker* como lazo de unión “bien informado entre dos reinos”, utilizando el concepto de intermediario cultural definido en cuanto a su rol como vínculo, como asesor cultural, como catalizador del cambio y como *mediador*. Presenta, además, las ventajas y beneficios que la

¹⁴⁶ A través de un acuerdo cooperativo, el *National Health Service Corps* (NHSC) y el *Bureau of Health Professions* (BHP) fundan el *National Center for Cultural Competente* (NCCC) con el objetivo de llevar a cabo el *Cultural Broker Project*. La misión de esta institución es aumentar la capacidad de los sistemas de prestación de servicios médicos para que desarrollen programas de cuidados diseñados, ejecutados y evaluados dentro de un marco culturalmente apropiado en las áreas de idioma y cultural. El NCCC, es miembro de la *Georgetown University Center for Child and Human Development* (GUCCHD) y se alberga dentro del Departamento de Pediatría del Centro Médico de la Universidad de Georgetown. <http://gucchd.georgetown.edu/nccc>

implementación de esta figura a aportado tanto para el *National Health Service*, como para los pacientes/"consumidores", los proveedores de asistencia sanitaria y para los cuidados de salud. A su vez, el NCCC ha editado una guía denominada "*Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings. The essential role of Cultural Broker Programs*" cuyo principal propósito es asistir a las organizaciones que prestan servicios y cuidados, capacitándoles para la planificación, ejecución y sostenibilidad de los programas de intermediación cultural.

Canadá

Un estudio reciente llevado a cabo en Canadá en relación a las barreras lingüísticas y el acceso a los servicios de salud (Bowen, 2001) pone de manifiesto la gran disparidad existente en este país en la provisión de servicios de interpretación en el ámbito de la salud; servicios que, por otra parte, no pueden ser considerados como mediación intercultural propiamente dicha. En la provincia de Ontario destaca la contratación de intérpretes que hayan superado el *Cultural Interpreter Language and Interpreting Skills Assessment Test*. Este examen es realizado por el *Cultural Interpretation Service of Ottawa-Carleton* en colaboración con el Ministerio de Inmigración de Ontario. Bowen (2001, pp. 45-49) destaca las diversas medidas y soluciones lingüísticas existentes para superar las barreras de comunicación y acceso. Entre ellas, la figura del mediador cultural en salud sin formación específica, cuyas intervenciones de interpretación se realizan como tareas auxiliares.

En el ámbito de la Salud Mental se han desarrollado diversos programas de atención intercultural donde la figura del *cultural broker*, en contraposición al intérprete, se hace más evidente. En esta línea, Ganesan y Janzé (2005) realizan una descripción del desarrollo de los servicios

multiculturales en salud mental en Vancouver en los últimos veinticinco años. Estos servicios abarcan tanto sectores formales como informales del sistema de atención de salud. El *Multicultural Liason Workers Program* es descrito por estos autores como uno de los elementos principales del servicio multicultural en salud mental.

Conviene, no obstante, referir que algunos de los primeros programas de mediación intercultural implementados, en Canadá en la década de los años ochenta, levantaron ciertas críticas y resistencias. O'Neil (1989), describe como los Inuit canadienses, tras la puesta en marcha de un programa específico de mediación intercultural, denunciaron como los mediadores tomaban partido por los profesionales de la salud, al pertenecer estos a la mayoría dominante.

4.2.2. Experiencias en Europa

Bélgica

Bélgica es uno de los países de la Unión Europea con mayor preocupación por facilitar la comunicación interlingüística y, por tanto, con una mayor implementación de intérpretes lingüísticos y mediadores interculturales. La filosofía que impregna los servicios de mediación intercultural belgas está basada en la convicción de que un servicio dirigido fundamentalmente hacia los inmigrantes no debe desempeñar exclusivamente funciones de interpretación lingüística, ya que ésta es considerada un componente menor de una labor de mediación social y cultural más amplia (Abril, 2006).

El modelo de mediación en el ámbito de la salud implantado en Bélgica, es considerado un referente a nivel Europeo aunque, en ocasiones, no realiza una distinción clara entre la figura del intérprete, *interprète communautaire*

y el mediador intercultural¹⁴⁷. Gailly, Verrept y Chikhi (2001) recomiendan la denominación de “mediador intercultural” para referirse al *intéprète comunitario* como profesional que utiliza la interpretación para asistir a quienes tienen dificultades con el idioma oficial del país, aunque matizan que los mediadores interculturales actúan, también, como interfaz cultural (*brokers* culturales), asistiendo a los pacientes en sus relaciones con el sistema nacional de salud y actuando, en algunas ocasiones como defensores de los mismos. Una de las primeras experiencias de interpretación médica fue la llevada a cabo en los años 70 a iniciativa del *Centre Public d’Aide Sociale* (CPAS) de Anvers (Es-Safi, 2001).

En 1991 gracias a la iniciativa del Centro de Salud de Minorías Étnicas (CEMG) y un grupo interdisciplinario de profesionales e investigadores expertos en dichos ámbitos, se puso en marcha un programa de mediación intercultural para inmigrantes y personas que han solicitado asilo político (Verrept, 2004). La finalidad del programa de mediación intercultural era mejorar la calidad de la atención médica que recibían los pacientes marroquíes y turcos. Fue implementado por algunos ministerios flamencos y valones, con una vigencia inicial de cinco años, llevándose a la práctica, como prueba piloto, por la organización no gubernamental *Centro Flamenco para la Integración de los Inmigrantes* (VCIM). Las mediadoras interculturales contratadas por esta organización, fueron formadas durante tres años en aspectos teóricos, prácticos (experiencia laboral), así como en supervisión y asesoramiento. Ampliar el proyecto a la región de Bruselas Capital fue el siguiente objetivo para el cual se desarrolló un proyecto análogo junto al *Centro Regional de Interpretación*

¹⁴⁷ A modo de ejemplo citamos un extracto de la entrevista realizada a Hertok y Vanden Bosch (Benito, 2003, p. 232) que puntualizan, en relación al programa *Cellule Médiation Interculturelle dans les hôpitaux*: “los intérpretes médicos en el sector hospitalario (normalmente llamados “*médiateurs interculturels*”: término que se supone que incluye traducción, acercamiento cultural y apoyo –todo lo cual es nuestra área de trabajo– deberían cumplir requisitos específicos contemplados en la ley”.

“Foyer”¹⁴⁸. Con la abolición del VCIM, en 1998, se finaliza por decisión ministerial el proyecto en el Sistema Nacional de Salud en la Bélgica flamenca aunque se ha mantenido, hasta el momento, en Bruselas y Flandes (Gailly et al., 2001).

En 1997, el Ministerio de Asuntos Sociales, Salud Pública y Medio Ambiente, crea la “Unidad de Mediación Intercultural” con el objetivo de coordinar y asesorar los servicios de mediación intercultural que el gobierno federal financia en los hospitales belgas, a la vez que desarrolla un programa de garantía y fomento de la calidad. En 1999, recibieron subvenciones para contratar a mediadores interculturales aunque muchos de ellos fueron empleados a tiempo parcial. En 2000, un total de 44 hospitales, 34 hospitales generales y 10 hospitales psiquiátricos disponían del servicio de mediación intercultural. El presupuesto total dedicado a estos programas de mediación intercultural representó, aproximadamente, un millón de euros (Verrept, 2004), cantidad duplicada en el año 2006 al disponerse de 76 mediadores interculturales¹⁴⁹ empleados en, aproximadamente, 58 hospitales: 48 generales y 10 hospitales psiquiátricos. (Verrept, 2008).

Italia

El año 1985 constituye un punto de inflexión respecto al fenómeno migratorio en Italia. El progresivo aumento en la llegada inmigrantes extranjeros provoca en la sanidad pública italiana, la insuficiencia de

¹⁴⁸ Foyer es una asociación fundada en 1969 en Bruselas con el objetivo de lograr la integración social de los inmigrantes. Presta servicios sociales y jurídicos así como servicios médicos para mujeres embarazadas y recién nacidos. Entre sus actividades destacan los proyectos para niños y jóvenes inmigrantes o proyectos sobre mediación intercultural, reclutando y formando a nuevos mediadores.

¹⁴⁹ Se estima en 74.000 las intervenciones realizadas por dichos mediadores en el año 2006 que representan 17 lenguas distintas.

mecanismos para dar respuesta a las demandas de estos nuevos usuarios, favoreciendo que la atención a este colectivo se realice desde organizaciones privadas, quienes empiezan a introducir la figura del mediador lingüístico-cultural, siguiendo las experiencias llevadas a cabo en Bélgica y Francia.

Uno de los primeros programas de mediación lingüístico-cultural fue el implementado, en 1987, por la Asociación NAGA¹⁵⁰ en la ciudad de Milán. Dos años más tarde se inician los primeros cursos de formación gestionados por médicos de esta asociación y financiados por el Fondo Social Europeo. Fruto de esta experiencia se constituye en Lombardia, en julio de 1991, la Cooperativa social Kantara¹⁵¹, primera en ofrecer servicios de mediación lingüístico-cultural en diez lenguas diferentes en el ámbito sanitario. La experiencia, no tardó en trasladarse a otras ciudades, especialmente del norte del país, como Turín o Bolonia, en todos los casos vinculadas a instituciones privadas de voluntariado (Bertoletti, 2004).

Durante los años 90 se produce un significativo aumento de la sensibilidad respecto al problema de la asistencia sanitaria. Leyes como la llamada Ley Martelli (ley nº 39, 1990) introducen la posibilidad de inscribirse, previo pago, en el sistema sanitario público a los extranjeros en situación irregular. Según Bertoletti (2004) la Toscana es la primera provincia en llevar a cabo un proyecto de intervención pública en el sistema sanitario. La ciudad de Florencia, en concreto, destina recursos

¹⁵⁰ Asociación voluntaria de asistencia socio-sanitaria y por los derechos de extranjeros y nómadas.

¹⁵¹ *Kantara* en lengua árabe, significa puente. Cuando se proyectó y realizó el curso de formación, el perfil profesional que se intentaba formar era el de una figura "puente" que permitiera y facilitara la comunicación entre el médico italiano y el paciente extranjero. Belpiede (2002, p. 100) destaca que la falta de experiencia y de un modelo predefinido de mediación lingüístico-cultural en Italia en el momento de llevar a cabo esta experiencia determinó el carácter experimental y flexible del recorrido formativo propuesto. La Cooperativa, que aun hoy sigue vigente trabaja, en la actualidad en la mediación lingüístico-cultural con una preparación específica en el ámbito de la salud mental y de las minorías en dificultad.

para financiar cinco consultorios pediátricos, un centro de medicina tradicional china y dos ambulatorios neumológicos. Posteriormente, el Decreto Ley nº 489 de 1995 promueve que el servicio sanitario público ofrezca a todos los inmigrantes, regulares e irregulares, programas de medicina preventiva y de protección de la salud materno-infantil, lo que favorece la creación de estructuras sanitarias públicas dirigidas, especialmente, a esta población. No obstante, los beneficios generados no fueron todo lo positivos que se esperaba.

En 1996, gracias al impulso dado en los cursos de formación financiados por el Fondo Social Europeo y las nuevas leyes que venían a reforzar las anteriores, el programa se extiende a otras ciudades como Génova, Módena, o Trieste. Es en Florencia, de nuevo, donde se inicia un proyecto piloto en el marco de la mediación lingüístico-cultural. Con la colaboración del Centro de Información y Educación para el Desarrollo (CIES)¹⁵² se proyecta un servicio de mediación para dar cobertura a la administración Sanitaria Local y las administraciones del Hospital Pediátrico Meyer y del Hospital Policlínico Universitario de Careggio. El CIES contrató 35 mediadores, que cubrían 19 lenguas distintas, y que realizaban diferentes prestaciones: presencia programada en días y horas preestablecidas (bajo demanda solicitada por los profesionales sanitarios para realizar intervenciones concretas); interpretación telefónica y actividades de traducción de formularios, partes sanitarios o material informativo. En Milán, la Associazione Crinali¹⁵³ trabaja también, desde 1996, en el campo de la mediación lingüístico-cultural en los servicios sociosanitarios del sector materno-infantil. La atención específica de este

¹⁵² El CIES, *Centro Informazione e Educazione allo Sviluppo*, es una ONG, asociación sin ánimo de lucro constituida en 1983. Desarrolla en Italia programas educativos y de formación intercultural. Para favorecer la inserción de los inmigrantes ha estructurado una agencia para la mediación intercultural.

¹⁵³ *Crinali* es una asociación, sin ánimo de lucro, de mujeres que opera en el campo de la investigación, de la formación intercultural y de la cooperación internacional.

servicio surge a partir del interés de dicha asociación por los temas referentes a la sexualidad y la maternidad como centro de los procesos de identificación femenina en todas las culturas. Las mediadoras son ubicadas en 25 consultas de planificación familiar en diversos Centros de Salud de la provincia de Milán. En el año 2000 se incorporan al programa las clínicas materno-infantiles de los hospitales San Carlo y San Paolo, de Milán. La asociación se constituye como Cooperativa en el año 2002, siendo, actualmente, la responsable de la actividad de mediación cultural en estos servicios y realizando formación transcultural a los profesionales sanitarios.

A pesar de estas experiencias, la necesidad de contar con mediadores interculturales no se regula hasta la promulgación de la primera ley marco sobre inmigración en Italia, *Decreto aplicativo nº 286/1998 de la Ley 40* que, en su artículo 38, reconoce la figura del mediador/a cultural como *una presencia necesaria en la gestión de la relación entre la sociedad local y las personas inmigrantes* (Richarte, 2008). A diferencia de otros países como Bélgica o Francia, el mediador intercultural es considerado, a todos los efectos, como un profesional liberal lo cual ha favorecido un mercado, poco estructurado, respecto a la contratación y formación de estos profesionales.

No obstante según Bertoletti (2004) *“la presencia de mediadores lingüístico-culturales de calidad ha generado un incremento medio del 25% en el recurso a los servicios sanitarios por parte de usuarios extranjeros”*, por lo que propone que *“el mediador debe de convertirse, progresivamente, en protagonista de un itinerario profesional cada vez más cualificado y con mayor grado de responsabilidad”*.

Francia

El desarrollo de la mediación en Francia viene determinado por la influencia de políticas sociales de orientación asimilacionista respecto a la inmigración. En los años 70, la mediación aparece como un modelo de acción que regula, no sólo las relaciones entre los individuos, sino también las relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Las interacciones que se producen entre los valores del país, la estructura socio-política y el desarrollo de la mediación son extremadamente fuertes y marcadas por una desconfianza del estado hacia cualquier tipo de intermediación (Ferre, 2002).

Autores como Dubet y Lapeyronnie (1999) o Delcroix (1996) ponen de manifiesto la metamorfosis de la sociedad y la ausencia de un movimiento social capaz de favorecer la integración de esta nueva inmigración. Para Ferre (2002) la mediación surge, y puede ser analizada, como una respuesta a la ausencia de *cueros intermediarios* entre el Estado y los habitantes, inmigrantes, de barrios con dificultades. Es el propio Estado, consciente de la situación, el que pide a sus agentes que identifiquen a los actores representativos de la población en los barrios, *quartiers*, y se esfuerza por desarrollar espacios de mediación donde puedan desempeñar una función de socialización y de cohesión de grupo.

En los años 80, como respuesta a la necesidad de protagonismo y de encarar las necesidades de los inmigrantes, surgen en numerosos barrios urbanos las primeras asociaciones de *femmes-relais*¹⁵⁴, mujeres que tiene como objetivo fomentar la solidaridad y conquistar nuevos espacios en el seno de la comunidad y de la familia. El impulso definitivo vendrá dado

¹⁵⁴ Dado que anteriormente ya se ha hecho referencia a les *femmes-relais* no se va a profundizar, en este capítulo, en la figura y el perfil de estas mediadores.

por el propio Gobierno francés, al financiar, en el año 1992, a través del Fondo de Acción Social, la contratación por un periodo de cinco años (del 1993 a 1998) de 1000 *femmes-relais* lo que implica un reconocimiento formal de sus actividades (Belpiede, 2002). En 1997, la asociación *Profesión Banlieu* una guía y una carta de la mediación social y cultural para dicho colectivo.

En 1997, el Gobierno francés pone en marcha un amplio dispositivo gubernamental de contratación de jóvenes, con el objetivo de garantizar un mayor acercamiento a los ciudadanos/as. Son los denominados *Agentes Locales de Mediación Social (ALMS)*, que actúan en la prevención de las disfunciones sociales, gestionando, a su vez, las demandas de la población inmigrante y mediando sobre los conflictos de la vida cotidiana. Estos agentes, actualmente unos 7000, marcan un punto de inflexión, en la forma de entender y orientar la mediación social en Francia. Con la creación, en el año 2000, del dispositivo *adultos/enlace*¹⁵⁵ llega el reconocimiento profesional de la labor del mediador/a sociocultural y, por extensión, de las *femmes relais*. El estado toma a su cargo la contratación de, aproximadamente, 10.000 adultos-enlace durante cinco años renovables, contemplando, además, la necesidad de organizar la formación. (Richarte, 2008)

No obstante aunque los programas dirigidos hacia el desarrollo de la mediación social han sido muchos y muy diversos, en última instancia, no se han caracterizado por incentivar el desarrollo de dichas experiencias en el ámbito de la salud.

¹⁵⁵ Circular DIV de 26 de abril de 2000

Reino Unido

En el Reino Unido se usan denominaciones diversas para referirse a las personas que realizan funciones de mediación, entre las que destacan el “trabajador de enlace”, o “*linkworker*”, el “abogado de la salud”, el intérprete sanitario o “*broker cultural*”. La diversidad de etiquetas con las que puede denominarse a estos trabajadores, treinta y tres, según una revisión realizada por Eng y Young (1992), constituye uno de los mayores dificultades para esclarecer su contexto y funciones.

Prodo (1994), distingue tres modelos de mediación: el *modelo lingüístico*, con la figura del intérprete neutral, cuya única función es la de ayudar en el *desfase lingüístico*; el *modelo de equipo profesional*, donde el *linkworker* es parte del equipo profesional; y, por último, el *modelo centrado en el cliente*, donde el intérprete representa, exclusivamente, los intereses de su cliente. De esta manera, los hospitales británicos, se han mostrado partidarios de utilizar intérpretes, *stricto sensu*. Cambridge (2003), describe dos modelos de interpretación principales. Por una parte, el modelo que denomina de *abogacía*, en el cual el intérprete aboga, como parte activa por el paciente, haciendo preguntas propias, aconsejando al paciente e, incluso, ofreciendo su opinión personal sobre los temas tratados durante la visita realizada. Este modelo surge a partir de la idea de que un paciente con importantes limitaciones respecto al idioma autóctono, debe ser protegido de igual forma que una persona no capacitada para tomar sus propias decisiones. Se trata, pues, de un planteamiento paternalista y éticamente incorrecto con respecto a los tres actores que intervienen en el proceso de mediación. El *modelo imparcial*, en contraposición es el más utilizado. Para Cambridge (2002; 2003), la función fundamental del intérprete, bajo este enfoque, es ser, en cada locución, el *alter ego* o sea, el otro ser del interlocutor principal procurando una transmisión plena y correcta de la información, sin cambios ni omisiones y sin emitir juicios y opiniones personales.

La buena interpretación consiste en crear el efecto que el hablante quería crear en el oyente. Por lo tanto, los intérpretes miramos las palabras de una forma singular. No miramos su equivalente semántico sino que buscamos una palabra o frase del mismo valor emocional y función gramatical (Cambridge, 2003, p. 64)

Pese a la fuerte impregnación de estos modelos en la sociedad inglesa, en la actualidad surgen críticas que reclaman la figura del mediador intercultural con un perfil semejante al de países como Bélgica o Italia, especialmente para aquellas situaciones en las que el usuario/paciente se encuentra en una situación desfavorecida por desconocimiento de la lengua inglesa o el sistema de salud. Se reivindica como necesaria la figura del *linkworker*, entendido como mediador intercultural, o *community interpreter*, al que se le atribuye una mayor competencia cultural (Abril, 2006).

Alemania

Alemania, con una larga tradición como país receptor de inmigrantes, concibe la mediación intercultural como un *método* para el reconocimiento de las minorías culturales. En este sentido, el mediador institucional (*Beauftragte für Ausländerfragen*) se responsabiliza de asegurar, tanto a nivel local como nacional, el intercambio de información y de conocimiento, de los diferentes grupos extranjeros desarrollando, prioritariamente, un trabajo de prevención (Wieviorka, 2002)¹⁵⁶. En el ámbito de la salud, la administración delega en asociaciones, usuarios, voluntarios o personas

¹⁵⁶ Bajo la dirección de Michel Wieviorka la *Délégation Interministérielle à la Ville* publica en el año 2002 un extenso informe comparativo donde se analizan diferentes ámbitos de la mediación en diversos países europeos como: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia. A pesar de analizar, entre otros, el ámbito de la mediación intercultural no se halla referencia alguna a la mediación intercultural en el ámbito de la salud.

allegadas, la interpretación y la mediación entre personal sanitario e inmigrantes.

Durante los años 90 se llevaron a cabo iniciativas puntuales entre las que destaca el Proyecto de Interpretación Médica del Hospital de Hamburgo-Eppendorf, que se materializó en un servicio interno de interpretación que llegó a contar con más de 100 intérpretes free-lance, que cubrían unas 50 lenguas diferentes. No obstante, cambios estructurales y organizativos abordaron, años más tarde, esta primera iniciativa (Abril, 2006).

En el año 2002 se pone en marcha por primera vez un proyecto específico de mediación intercultural, gracias a la participación de la Asociación Transkom en el marco de la iniciativa Equal de la Unión Europea. La primera fase de este proyecto consistió en un programa teórico-práctico de tres años de duración, comprendido entre 2002 y 2005, en el que participaron 34 aspirantes a mediadores que realizaron prácticas en cuatro diferentes servicios, uno ellos ubicado en el ámbito hospitalario. Tras la realización de este programa, alrededor de 140 servicios sociales y sanitarios han seguido utilizando los servicios de mediadores lingüístico-culturales ofreciendo, algunos de ellos, empleo estable. Una segunda fase, entre julio de 2005 y diciembre de 2007, se ha planteado como objetivo el reconocimiento oficial de dicha formación para equipararla con una titulación de formación profesional.

Suiza

La Oficina Federal de Salud Pública y la Comisión Federal de los Extranjeros en Suiza incluyeron la mediación intercultural entre sus medidas estratégicas en relación con la inmigración especialmente en el ámbito de la sanidad.

El informe técnico sobre experiencias de investigación y políticas de salud relacionadas con la inmigración, publicado por la Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques del Departament de Salut (Serra-Sutton et al., 2004) resume el *Swiss National Foundation Project*, iniciado en el año 1997, sobre inmigración y salud¹⁵⁷. Este proyecto se articula a partir de tres enfoques fundamentales: la perspectiva de los pacientes, la de los mediadores interculturales y, finalmente, las trayectorias psiquiátricas de los inmigrantes.

La Asociación Suiza para la promoción de la Interpretación y de la Mediación Cultural en el ámbito de la sanidad, de lo social y de la formación, *INTERPRET*¹⁵⁸, advierte que el problema más importante que presenta hoy en día la mediación intercultural es la falta de supervisión y control (Interpret', 2002). Dicha asociación, desarrolla una propuesta para hacer uniformes los criterios de calidad, donde presenta un programa de formación regularizada a la vez que reclama su reconocimiento por parte de la Federación Suiza para la Formación Continuada. Esta formación expide un certificado de Intérprete Comunitario, que está reconocido por las Asociaciones de Profesionales Suizas.

Al igual que Alemania, Suiza es uno de los participantes en el proyecto EQUAL para el estudio de la interpretación y mediación intercultural.

¹⁵⁷ Una revisión sistemática de la literatura y de los resultados obtenidos en este proyecto puede encontrarse en: Weiss R. (2003) *Macht Migration Krank ? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich, Seismo Verlag.

¹⁵⁸ *Interpret*, es una organización "paraguas" creada en 1999 para el desarrollo de la traducción e interpretación cultural. Es la responsable de desarrollar standards en interpretación y formación (training standards for intercultural translation). Su objetivo es profesionalizar y conseguir reconocimiento para dicha ocupación.

4.2.3. Evaluación de los servicios de mediación en salud

Aunque todavía son escasos los estudios publicados dedicados a la evaluación de los servicios de mediación intercultural, es importante destacar el aumento que se ha producido en su frecuencia en estos últimos años.

En EEUU, el *Community House Call Program* del Harborview Medical Center, desarrolló durante la fase de demostración dos estudios con el objetivo de evaluar su impacto en la satisfacción de los pacientes. El primer de ellos evaluó la satisfacción en relación a los cuidados de salud dispensados, comparando un grupo de madres camboyanas inscritas durante un año en el programa de mediación lingüístico-cultural con un grupo control no inscrito. Los principales resultados obtenidos en este primer estudio fueron, en primer lugar, la dificultad que supone evaluar la satisfacción, en relación a la asistencia médica dispensada, de un usuario perteneciente a un grupo étnico que no tiene la noción cultural del derecho a estar bien atendido. En segundo lugar, las coordinadoras de los cuidados que se prestaban a las madres fueron claramente identificadas como personas de ayuda con las que podrían ponerse en contacto con facilidad. No obstante, el grupo control fue incapaz de identificar al staff del hospital como referente de ayuda para sus problemas de salud. No se identificaron otras diferencias entre las actitudes de los dos grupos en relación a sus experiencias en cuidados de salud. El segundo estudio estuvo dirigido a comparar la atención prestada por los residentes de pediatría a los refugiados que recibían visita interpretada frente a los que eran visitados sin intérprete. Se efectuaron entrevistas realizadas antes de que el programa se hubiera iniciado y después de un año de su puesta en marcha. Los residentes que participaron en el programa *Community House Call* y trabajaron con los mediadores lingüístico-culturales (ICM)

obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en la comprensión de las lenguas habladas por los nativos de los grupos étnicos, de sus países de origen y de sus procesos de asilo. También fueron más conscientes de los diferentes estilos de interpretación y de la influencia que factores como la edad o el género de los ICM tenían en la calidad de las visitas. Algunas medidas del proceso fueron monitorizadas con el fin de evaluar el rol de los mediadores lingüístico-culturales y realizar comparaciones con otros servicios de interpretación. Anteriormente, muchos de los ICM contactaban con las familias telefónicamente y pocos realizaban sus intervenciones en la clínica o en visitas domiciliarias. Con una comunicación regular, los ICM tenían la posibilidad de prevenir visitas innecesarias lo que constituyó un considerable beneficio en la gestión de los cuidados que se tradujo, también, en un incremento considerable del número de usuarios gestionados por el programa de atención pediátrica. Este incremento no fue apreciado en ninguna otra especialidad realizada en la misma comunidad.

Bélgica es el país de referencia en Europa, tanto en el desarrollo de programas de mediación intercultural como en la evaluación de los mismos. El primer estudio fue llevado a cabo entre 1993 y 1995. Fue un estudio, de carácter cualitativo, dirigido a los actores principales del programa de mediación, en concreto, 28 profesionales sanitarios, 21 mediadoras interculturales y 31 clientes/pacientes. Se realizaron entrevistas en profundidad tanto a mediadoras como a los profesionales de la salud que pretendían evaluar el posible impacto de las intervenciones de las mediadoras interculturales sobre la calidad de la atención. Las entrevistas que se realizaron a los pacientes se diseñaron con la finalidad de obtener la mayor información posible respecto a la influencia del programa sobre su propia satisfacción. Este primer estudio tenía como objetivo principal conocer cómo puede afectar la mediación

intercultural a la calidad de la atención dispensada a los pacientes pertenecientes a las minorías étnicas. El segundo estudio, llevado a cabo entre los años 1997 a 2000¹⁵⁹ se centró en el ámbito hospitalario y estuvo dirigido a obtener datos cualitativos mediante observación participante del trabajo desarrollado por las mediadoras y de sus reuniones con los profesionales de la salud además de la obtención de datos cuantitativos, a través de un cuestionario, sobre el número y modalidad de intervenciones realizadas por las mediadoras. Este estudio se centró mayoritariamente en detectar los problemas asociados a la introducción del programa de mediación en los hospitales y la calidad de las intervenciones. Los resultados obtenidos confirmaron que la introducción de mediadoras interculturales incrementó de manera significativa la calidad de la atención cuando se utilizaron sus servicios de manera adecuada. Los profesionales sanitarios incrementaron su capacidad para diferenciar y diagnosticar determinadas dolencias lo que permitía disponer de una historia clínica más detallada. Así mismo se observó que la intervención de las mediadoras interculturales facilitaba y mejoraba la atención prestada al permitir una mayor cooperación y una comunicación más adecuada. Los pacientes manifestaron que las mediadoras les facilitaban la comprensión de ciertos mensajes “culturales” a la vez que les permitía abordar y discutir, con los profesionales, ciertos temas de salud delimitados culturalmente (por ejemplo la posesión por espíritus, *jnun*). Ahora bien, aunque se observó un aumento considerable de la satisfacción de los pacientes, la evaluación también puso de manifiesto ciertas limitaciones y problemas derivados de intervenciones con baja calidad de

¹⁵⁹ Se toman las conclusiones difundidas por A. Gailly (2001) y H. Verrept (2004; 2008) por ser los principales investigadores y evaluadores. H. Verrept junto a El Ajjouri, Akovantseva y Vanderheyden ha publicado recientemente las conclusiones del estudio “*Interpreting between different universes: differences in interpreting strategies used by Moroccan and Russian intercultural mediators at Belgian hospitals*” donde muestra la extrema dificultad que presentan lenguas como el Ruso y el Tamazight para su traducción en el contexto médico lo que hace necesario desarrollar estrategias que garanticen la misma calidad en la interpretación en los mediadores de todas las lenguas. www.health.gov.be

las interpretaciones realizadas, así como un cierto exceso en las atribuciones de algunas mediadoras, que incidía directamente en la eficacia de la actuación médica¹⁶⁰. Por lo que respecta a los profesionales de la salud, se observó que poseían poca información y formación para trabajar conjuntamente, lo que se manifestaba, también, a través de una cierta desconfianza y baja consideración hacia las mediadoras en los hospitales, incidiendo, directamente, en la escasa integración de las mediadoras interculturales en los equipos interdisciplinarios de salud. En conclusión, a pesar de que el programa de mediación intercultural se evaluó de forma positiva se estimó que debía incrementarse la calidad de la atención ofrecida a los pacientes de minorías étnicas, incidiendo directamente en la formación de las mediadoras interculturales, con el objetivo de mejorar la calidad de las interpretaciones realizadas y concienciar a los profesionales de la salud de los beneficios que supone trabajar con mediadores, para, entre otros factores, aumentar la eficacia en la comunicación. Por otra parte los problemas de índole estructural del programa o la gestión del propio hospital son aspectos que inciden, también, en la calidad de la atención dispensada. Estas conclusiones supusieron la puesta en marcha de un programa de garantía y fomento de la calidad cuyos objetivos básicos eran mejorar la supervisión de las intervenciones de los mediadores interculturales, delimitar sus funciones y desarrollar nuevas estrategias (como por ejemplo la introducción y aplicación de las normas de calidad de la MMIA) que garantizaran la efectividad y eficiencia de las iniciativas de mediación intercultural en los hospitales belgas.

En Italia, los resultados de la evaluación del proyecto CIES no difieren sustancialmente de los presentados por Verrept (2004; 2008) en Bélgica. Se

¹⁶⁰ Se realizó un estudio comparativo basándose en las normas de calidad de la Asociación Profesional de Intérpretes Médicos de Massachussets (*Massachussets Medical Interpreters Association*, MMIA).

constata, que la presencia de mediadoras lingüístico-culturales de calidad genera un aumento medio del 25% en el acceso a los servicios sanitarios por parte de los usuarios extranjeros (Bertoletti, 2004). Aun así, y según el estudio realizado por el Comité Internacional para el Desarrollo de los Pueblos (CISP),¹⁶¹ sólo un 13.5% de las experiencias de mediación intercultural en Italia se desarrollan en el ámbito de la sanidad, de las cuales son evaluadas un mínimo porcentaje.

Levenson y Gillam (1998), tras un estudio realizado en el Reino Unido, en el ámbito de la atención primaria, afirman que los *linkworkers* realizan una valiosa contribución, especialmente en las primeras visitas o en las áreas ginecológica o de salud mental. Estos autores (Gillam & Levenson, 1999), constatan las dificultades que existen para evaluar a los mediadores debido, principalmente, a la naturaleza de los proyectos y a la escasez de los fondos que se destinan.

Aún no siendo un estudio de evaluación sobre mediación intercultural en el ámbito sanitario, propiamente dicho, el *Comparative Study on Language and Cultural Mediation in different European Countries* ("Comparative Study on Language and Culture Mediation in different European countries," 2007), desarrollado en Alemania y enmarcado en el programa transnacional EQUAL, es un programa comunitario dentro de la estrategia de Empleo del Fondo Social Europeo que ha sido implementado en algunos Estados miembros de la Unión Europea para la formación de mediadores lingüístico culturales. Se trata de un "laboratorio" para el desarrollo de nuevas ideas y líneas de actuación en áreas del empleo y de integración social. Este estudio comparativo analiza la situación de seis

¹⁶¹ En colaboración con la *Unión de las Universidades del Mediterraneo* (UNIMED). El CISP recoge 704 experiencias de mediación cultural en Italia aunque reconoce que su número puede ser bastante superior.
http://www.edscuola.it/archivio/handicap/mediazione_culturale.htm

países (Suiza, que puso en marcha el *Intercultural Translation Project*, Austria; con el proyecto EPIMA2, Project Integrationshans nonprofit Ld., Alemania; DP *Transkom - gesund und sozial. Diakonie Wuppertal*, Italia, DP Palms, Ciudad de Roma, República Checa y España, con el proyecto "*Transito*" para el empleo como tránsito a la vida adulta), en relación a las definiciones del concepto de mediación intercultural, evaluación de necesidades, estudios existentes, áreas de aplicación, formación, interconexiones y descripción del trabajo y, por último, empleo y financiación. Las conclusiones del estudio indican que los deberes y obligaciones, la formación, las áreas de trabajo en el campo profesional de la interpretación y la mediación cultural no difieren, fundamentalmente, de unos países a otros, aunque existen diferencias entre ellos en lo que respecta la profesionalización y el desarrollo, debido, fundamentalmente, a las diferentes condiciones socioeconómicas. El estudio concluye que en un futuro será decisivo promover un cambio a nivel internacional, desarrollando normas conjuntas en relación con la formación y el entrenamiento de los mediadores interculturales.

4.3. LA MEDIACION INTERCULTURAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE CATALUÑA

La inmigración va unida, invariablemente, a tres situaciones específicas: por una parte, al subdesarrollo que sufren los países de origen de los emigrantes, en segundo lugar, a un elevado índice de natalidad en muchos de estos países y, por último, a la necesidad creciente de los países de destino de obtener mano de obra y trabajadores cualificados.

El debate político y social más importante de los últimos años ha sido, sin lugar a dudas, el de la inmigración. De forma similar a lo que ha sucedido

en gran parte de los países europeos desarrollados, Cataluña, se ha visto en la necesidad de establecer un debate institucional y social, como consecuencia del progresivo incremento de la población inmigrada y de las circunstancias que acompañan al fenómeno de la inmigración. A principios de los años 80, aparecen en nuestro país, nuevos colectivos de inmigrantes que producen un cambio sustancial en el tejido social. A diferencia de la inmigración recibida en Cataluña durante la década de los años 60, estos inmigrantes de orígenes muy diversos: África, Asia y Sudamérica, mayoritariamente, presentan una importante heterogeneidad cultural y proyectos migratorios muy diversos (económicos, de asilo político, refugiados, reagrupamientos familiares etc.) (Rius, 2007, p. 388).

Aunque podría parecer que se trata de un proceso relativamente nuevo y reciente dadas las características culturales de las personas que se incorporan a nuestra sociedad, de hecho el fenómeno debería resultarnos familiar dado que en la década de los años 60, eran los propios españoles quienes emigraban al extranjero, especialmente a determinados países europeos, teniendo también una dilatada tradición en migración interior. No obstante, la situación actual se caracteriza por la “etiqueta” que se asigna a los inmigrantes en función de su procedencia. Así hablamos de inmigrantes pertenecientes a países de la Unión Europea (comunitarios) o extranjeros extracomunitarios¹⁶² que, a su vez, suelen ser categorizados en función de su situación en nuestro país, como inmigrantes regulares o irregulares (con o sin papeles, legales o ilegales).

¹⁶² Los inmigrantes comunitarios tienen derecho a votar, una vez se inscriben en el censo. Ello les diferencia de los extranjeros/inmigrantes extracomunitarios que no podrán ejercer nunca este derecho, entre otros, como son: el derecho de asociación, de reunión, de sindicación y de huelga, lo cual, contraviene la Constitución Española.

4.3.1. Asistencia sanitaria e inmigración. El modelo sanitario catalán

Diversas instituciones europeas han proclamado el derecho a la protección de la salud de la persona inmigrada. De forma particular, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de la Organización Mundial de la Salud proclama (Comentario General 14: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 43¹⁶³) que todos los estados deben de garantizar, sin discriminación alguna, el derecho al acceso a los centros, bienes y servicios de salud de aquellos grupos vulnerables o marginados. A su vez, determina cuáles son las obligaciones fundamentales que constituyen el contenido mínimo del derecho a la salud que deben ser garantizadas por todos los estados. Arbeláez (2007, p. 162) sintetiza estas obligaciones en:

- *Garantizar la asequibilidad o disponibilidad sanitaria.* Esto es, disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como programas de “atención sanitaria”, de acuerdo con las necesidades de la población de referencia, que garanticen la igualdad en las posibilidades de acceso y una disponibilidad suficiente sobre los *denominados factores determinantes básicos de la salud*.
- *Garantizar la accesibilidad para todos, sin ningún tipo de discriminación, a los establecimientos, bienes y servicios de salud.* Esta accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: la *no discriminación*, la *accesibilidad material*, la *accesibilidad económica* y el *acceso a la información*.
- *Garantizar la calidad –científica, técnica y humana- de las prestaciones sanitarias.*
- *Garantizar la aceptabilidad de los servicios sanitarios*

¹⁶³ Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Organización Mundial de la Salud.
http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu2/6/cescr_sp.htm.

Para Arbeláez (2007), el concepto de *aceptabilidad* es un elemento esencial determinado por la relación existente entre las características contextuales propias de las personas y la calidad de los servicios sanitarios. Por ello, deben tenerse muy presentes los referentes éticos y culturales de las personas, especialmente de las inmigradas, puesto que condicionarán los recursos y servicios sanitarios dirigidos a satisfacer sus necesidades específicas.

En España, la Ley 14/1986, que regula el Sistema Nacional de Salud, se sustenta en el derecho a la protección de la salud que contempla la Constitución española y que no discrimina entre españoles y extranjeros, ya sean estos últimos, regulares o irregulares. Por otra parte, la Ley de Extranjería (Ley Orgánica 8/2000) reconoce también este derecho a aquellos extranjeros residentes empadronados en nuestro país, en igualdad de condiciones con los ciudadanos españoles, siendo colectivos preferentes los menores de 18 años y la mujeres embarazadas, inscritos o no en el registro del padrón municipal. Aunque el estado tiene competencia exclusiva sobre materia de inmigración y de extranjería, las comunidades autónomas han asumido competencias con una incidencia directa en el tratamiento de la inmigración. Los primeros programas y actuaciones administrativas de la *Generalitat de Catalunya* dedicados a la inmigración extranjera, iniciaron su desarrollo en 1986, básicamente en los ámbitos, sanitario y de educación.

La Creación del Consejo Superior de Política de Inmigración, en el año 2001, constituyó el avance más substancial en la intervención de las comunidades autónomas en el área de las competencias estatales exclusivas en materia de inmigración, tales como el control de flujos y sistemas de permisos y, especialmente, en dos competencias básicas en el ámbito de la extranjería; la inspección de trabajo y la policía autonómica

existente en algunas comunidades, como la catalana. Las comunidades autónomas tienen competencias para actuar directamente en la integración de los inmigrantes en el sistema educativo, la seguridad social y la sanidad pública¹⁶⁴. El actual *Estatut d'Autonomia de Catalunya* recoge, en su *Artículo 138. Inmigración*, la competencia exclusiva en materia de primera acogida de las personas inmigradas, que incluye, entre otras, las actuaciones sociosanitarias y de orientación, el desarrollo de políticas de integración o la competencia ejecutiva en materia de autorización de trabajo a los extranjeros. De esta manera puede establecer políticas específicas en el ámbito sanitario, en el de la educación, o en el sistema público de la Seguridad Social¹⁶⁵.

A mediados de la década de los años cuarenta, se establece en España, bajo el Gobierno de Franco, la Seguridad Social, basada fundamentalmente en el modelo social establecido por el gobierno de Mussolini, en la Italia fascista. En sus orígenes, la Seguridad Social se asemeja a una mutua o seguro privado que es financiado por los empleadores y que cubre, exclusivamente, a los trabajadores asalariados, quedando exentos todos aquellos trabajadores que lo hacían por cuenta propia (autónomos), funcionarios o militares. Estos últimos tenían sus propios seguros privados o mutuales. Este criterio restrictivo de afiliación dificultó la cobertura universal de manera que, en 1959 cubría, escasamente, al 50% de la población. Todas aquellas personas que, por su precariedad económica o laboral no podían conseguir su afiliación a la Seguridad Social, quedaban a expensas de recursos provinciales o

¹⁶⁴ Corresponde, también, en exclusiva a las comunidades autónomas otras dos competencias fundamentales relacionadas con la inmigración: la vivienda y la asistencia social.

¹⁶⁵ http://www.gencat.net/generalitat/cat/estatut/titol_4.htm

municipales de beneficencia (Comelles, Mascarella, Bardaji, & Allué, 2000).

Con la transición a la democracia se inicia en España un proceso de “redefinición” que comienza su andadura a principios de los años 80 y culmina en 1986 con la promulgación de la *Ley General de Sanidad* donde se proclama la universalización de la asistencia sanitaria para todos los ciudadanos y se prevé que, en el marco de un sistema nacional de salud, cada comunidad autónoma podrá establecer su propio servicio de salud. Posteriormente, el decreto 55/1990 establece, como primer requisito para la asistencia sanitaria pública, disponer de la nacionalidad española, concretándose en Cataluña en el decreto 178/1991 por el que se universaliza la asistencia sanitaria pública para todos los ciudadanos empadronados. La universalización de la asistencia sanitaria comporta, aunque sea solo en un plano teórico, la desaparición “formal” de la beneficencia pública en el ámbito de la salud y, con ella, la “*cartilla municipal de beneficencia*”¹⁶⁶, instrumento mediante el cual los municipios prestaban atención sanitaria a todas aquellas personas sin medios económicos, pobres e indigentes, (Mascarella et al., 2001). En general, el número de extranjeros que acudían a la sanidad pública era bajo y el perfil solía corresponder con el de extranjeros/turistas provenientes de Europa Occidental protegidos, en la mayoría de los casos por las coberturas sanitarias y seguros privados de sus propios países de origen o bien por convenios internacionales firmados con el Estado Español.

¹⁶⁶ Aún así, la cartilla, no será eliminada completamente hasta el año 2001 cuando se empieza a distribuir tarjetas de acreditación individual, indispensables también, para adquirir medicamentos con recetas de la Seguridad Social. (Mascarella, Comelles, Allué, 2001)

Maluquer (1997) describe cómo conviven en Barcelona, hasta 1990, dos circuitos de beneficencia¹⁶⁷. El primero, que denomina, "*atención sanitaria de beneficencia pública*"¹⁶⁸ vendría a representar el circuito o la red "oficial" heredada de la asistencia benéfica y que se sigue prestando, especialmente, mediante la red pública municipal y hospitalaria, a través de los centros municipales de planificación familiar, los servicios de urgencias del *Consorti Sanitari de Barcelona* y el *Hospital Clínic i Provincial* y los Hospitales del Mar y *Pere Camps*. El segundo, denominado "*beneficencia para inmigrantes*", que vendría a ser el circuito "no oficial" de atención sanitaria para estas personas, tiene su origen en la *Unitat de Malalties Tropicals i Importades (UMTI)*, del CAP Drassanes de Barcelona. La desaparición de la beneficencia municipal tradicional entre los años 1990 y 1995, provoca la aparición de circuitos benéficos no oficiales, que presentan situaciones de mayor precariedad que la beneficencia pública, ya que se sustentan, en gran medida, gracias a la voluntariedad de los propios profesionales.

Aunque ya en 1981 la *Generalitat de Catalunya* asume las transferencias de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social, lo que permite iniciar el diseño y despliegue del Mapa Sanitario de Cataluña, el *Modelo Sanitario Catalán* se concreta el año 1990 con la *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya*. El *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, actualmente denominado *Departament de Salut*¹⁶⁹, asume desde entonces el papel financiador responsable de establecer el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud.

¹⁶⁷ E. Maluquer en su informe "*La Sanitat: una assignatura pendent*" realiza una exhaustiva descripción de la situación y principales problemas con los que se encuentran los inmigrantes extranjeros regulares y, especialmente, irregulares respecto al acceso a la sanidad hasta 1996.

¹⁶⁸ Maluquer sigue utilizando el término "beneficencia" a pesar de la declaración de universalización de la LLei General de Sanitat.

¹⁶⁹ DOG del 25 de Mayo de 2004

Durante el periodo comprendido entre 1980 y 1983, a raíz precisamente de estas transferencias, se lleva a cabo la división territorial sanitaria, así como una importante revisión de los recursos existentes y la propuesta de nuevos recursos, culminando el proceso con la creación, en 1983, del *Institut Català de la Salut* (ICS)¹⁷⁰ que, juntamente con otras entidades concertadas, se encarga de la gestión y producción hospitalaria y de la atención primaria. En 1985 se delimitan las líneas de transformación y reordenación de los servicios hospitalarios, con la creación de la *Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública* (XHUP)¹⁷¹ y el inicio del proceso de reforma de la Atención Primaria. Al amparo de la Ley General de Sanidad (1986), que establece que las comunidades autónomas puedan organizar sus propios servicios de salud, la *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* (LOSC) formaliza, en 1990, las bases del Modelo Sanitario Catalán, caracterizado fundamentalmente por:

- . *Universalización de la cobertura de la asistencia sanitaria*
- . *Sistema de financiación pública; la sanidad es un servicio público*
- . *Seguro único y público*
- . *Sistema sanitario catalán integrado; énfasis en la promoción de la salud*
- . *Provisión de servicios en redes de utilización pública; equidad y superación de las desigualdades territoriales y sociales en la prestación de los servicios sanitarios.*

¹⁷⁰ El ICS, es el proveedor público más grande de servicios sanitarios. Actualmente cuenta con 8 hospitales, 450 unidades de servicios de atención primaria y más de 32.000 profesionales estando presente en todo el territorio catalán. Su misión es desarrollar una organización sanitaria pública que sea referente y modelo de la provisión de servicios de salud en Cataluña. www.gencat.net/ics/quees.htm

¹⁷¹ La XHUP está configurada por todos los centros, servicios y profesionales que garantizan la asistencia a la población de Cataluña y cuya financiación es pública.

A partir de la LOSC se crea el *Servei Català de la Salut*¹⁷², que consolida un sistema sanitario mixto y se constituye como ente planificador, financiador, evaluador y comprador de los servicios sanitarios en función de las necesidades de la población. El SCS divide el país en 6 regiones sanitarias, responsables de llevar a cabo la ordenación y planificación sanitaria (organización, contratación, control y evaluación). A su vez, estas 6 regiones se dividen en 55 sectores sanitarios, responsables de coordinar las actividades de prevención, promoción y asistencia sanitaria en el nivel de atención primaria y de las especialidades médicas. Los Centros de Atención Primaria (CAP) y otros centros especializados se coordinan mediante 342 áreas básicas creándose en 1999 las redes de centros, servicios y establecimientos socio-sanitarios y de salud mental de utilización pública de Cataluña.

En el año 1992, se constituye la *Comissió Interdepartamental*, con el objetivo de coordinar y hacer el seguimiento de todas las actuaciones que, desde el Govern, se realizaban en materia de inmigración. Esta comisión, presidida por el titular del *Departament de Benestar Social*, estaba integrada por los *Departaments de la Presidència, Governació, Cultura, Ensenyament, Sanitat i Seguretat Social, Política Territorial i Obres Públiques i Treball, Agricultura, Ramaderia i Pesca*. El primer *Pla Interdepartamental d'Immigració* elaborado por dicha Comisión se aprueba en septiembre de 1993 y, entre otros objetivos, destaca el de promover una política global de integración de los inmigrantes extranjeros que viven en Cataluña. Este mismo año, se constituye también el *Consell Assessor d'Immigració*, configurado como un órgano colegiado de consulta y participación externa por lo que respecta a la situación e integración social de las personas inmigradas. En 1993, el *Departament de Sanitat i Seguretat Social* presenta el Programa *Els*

¹⁷² Servicio Catalán de la Salud (SCS), llamado también CatSalut. www.10.gencat.net/catsalut/cat/coneix.htm

immigrants estrangers. Grup d'especial interès sanitari incluido en el *Pla Interdepartamental d'Immigració*¹⁷³. Este programa, destaca principalmente (entre muchos otros problemas), las dificultades de acceso, los problemas de comunicación y la necesidad de considerar los aspectos culturales de la atención socio-sanitaria a los inmigrantes y a las enfermedades importadas presentando, también, las actuaciones realizadas desde las regiones sanitarias del Barcelonès Nord, Maresme y Girona. En el año 1994, responsables sanitarios y sociales forman un grupo de trabajo que tiene por objetivo analizar las problemáticas sanitarias específicas del colectivo inmigrante, intentando aportar respuestas y soluciones a dichos problemas. Este grupo elabora un documento interno, *Propostes de criteris comuns per l'atenció als immigrants* que sirve de base para que el *Pla de Salut 1993-1995* (principal instrumento de política sanitaria) diseñe sus objetivos operacionales en función de los criterios mínimos establecidos para la atención de las enfermedades tropicales, los protocolos del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, salud materno-infantil, problemas nutricionales, calendario de vacunaciones y salud mental¹⁷⁴.

El *Pla de Salut de Catalunya*, ente indicativo y marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud, establece las líneas directivas y de despliegue de las actividades, los programas y los recursos del *Servei Català de la Salut*. El *Pla de Salut 1993-1995* hace mención a los problemas de salud de los inmigrantes extranjeros. La falta de información objetiva y las propias características de los inmigrantes extranjeros hacen que las líneas de actuación para la mejora de la atención de esta población

¹⁷³ Informe sobre el desenvolupament del Pla Interdepartamental d'Immigració 1993-2000. (2000). Òrgan Tècnic del Pla Interdepartamental d'Immigració. Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya.

¹⁷⁴ Así mismo, el Departament de Benestar Social, en su "Programa de Promoció Associativa" tras haber realizado, durante el año 1997, el primer diagnóstico de la situación de los inmigrantes en el Vallés Oriental, pone en marcha, en 1999 y a disposición de las instituciones de la comarca, un Servicio de Mediación Intercultural formado por dos mediadores, un bereber y una mediadora senegambiana.

vayan, casi exclusivamente, encaminadas a mejorar la identificación y sus características, así como proporcionar formación continuada a los profesionales sanitarios.

La evaluación de los objetivos planteados en el *Pla de Salut 1993-1995* (recogidos también en *Pla de Salut* diseñado para el periodo comprendido entre 1996 y 1998) no contiene, respecto a la situación de los objetivos generales de salud y de disminución de riesgo, ninguna referencia a los objetivos operacionales mencionados anteriormente respecto a los problemas de salud de los inmigrantes. Esta omisión se presenta también en el *Pla de Salut 1999-2001* y en el que es, hasta el momento, el último *Pla de Salut, 2002-2005*. Lo cierto es que, aunque los sucesivos planes de salud de Cataluña no contemplen los problemas de salud de los inmigrantes extranjeros, la población inmigrada no ha dejado de crecer y con ella, viejas y nuevas necesidades, que conllevan un aumento de la demanda sanitaria y del coste económico que la *Generalitat de Catalunya* asume, asignando los gastos a la *Oficina de Cooperació Sanitària Internacional* creada en 1996, con la finalidad de gestionar aquellas iniciativas solidarias de la Generalitat con países subdesarrollados. Este mismo año se constituye la *Oficina de Cooperació Internacional i Salut Migracional*, con el objetivo de “mejorar la salud de las personas inmigradas y dar respuesta a los problemas de salud específicos” tanto desde la vertiente curativa como preventiva.

La evaluación de las actuaciones del Departamento de Sanidad desde 1993 al 2000, es francamente decepcionante. Es evidente que los planes oficiales siguen sin adoptar una clara posición sobre el derecho a la salud del colectivo inmigrante residente en Cataluña, como ya describió Maluquer (1997) en las conclusiones a su estudio sobre la sanidad catalana desde 1990 a 1995. A pesar de algunos tímidos intentos, puede afirmarse que,

hasta el momento, el “modelo catalán” ha fracasado en la atención a los colectivos situados en la marginalidad (Mascarella et al., 2001) o con problemas de regularización.

La Ley General de Sanidad comporta la exclusión del derecho a las prestaciones sanitarias de aquellos inmigrantes que aun teniendo el permiso de residencia han perdido el de trabajo¹⁷⁵ por tanto ambos permisos son indispensables para la condición de legalidad de los inmigrantes lo que determina el recelo de muchos inmigrantes a acceder a los servicios públicos y explica su concentración en determinados servicios sanitarios que conocen, mayoritariamente, por otros inmigrantes que están o han estado en su misma situación y en los que pueden “confiar” al no demandar ningún tipo de *papeles*. Como apunta Jansá (1998)¹⁷⁶,

“la responsabilidad colectiva en la búsqueda de soluciones por parte de los gestores, profesionales sanitarios y otros agentes implicados en el ámbito de la salud, se ve seriamente comprometida por lo que respecta a la cobertura de las necesidades de la salud, la accesibilidad a los servicios sanitarios o la equidad, a causa de aspectos legislativos y de políticas globales muy alejadas de las sanitarias”.

El Institut Català de la Salut (ICS) organiza en el año 2002, enmarcado en el *Pla de la Diversitat*, una jornada de intercambio de experiencias entre profesionales de servicios de atención primaria, con el objetivo aglutinar las medidas, los protocolos y la adaptación de los servicios de atención primaria y mejorar los procesos incluidos en el marco de la diversidad

¹⁷⁵ Título preliminar a la Ley General de Sanidad: “Tienen derecho a la protección y atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros, que tengan residencia establecida en el territorio del estado y a los extranjeros no residentes en la forma que las leyes y convenios internacionales lo establezcan”.

¹⁷⁶ Jornadas Catalanas sobre Salud e Inmigración, (1998), IMAS. Ajuntament de Barcelona.

(Alonso, 2002). Los grupos de trabajo elaboran unas conclusiones recogidas en el documento *“Recomenacions per l’atenció primària dirigida a usuaris immigrants extracomunitaris”* entre las que destaca, como una de las necesidades principales, la de *“incorporar modelos de salud comunitaria que permitan incluir no sólo traductores e intérpretes sino también mediadores culturales y agentes de salud”*. Alonso (2002)¹⁷⁷ apunta que la administración debe establecer medidas de apoyo y ayuda en materia de atención primaria, entre otras, la incorporación de mediadores i/o agentes de salud.

El *Departament de Sanitat* promueve, un año después, la *Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional (OCSISM)* con la finalidad de promover, iniciar y organizar actividades dirigidas a mejorar la atención sanitaria de los inmigrantes, constituyendo un primer intento de sistematizar políticas, acciones y de establecer criterios normativos específicos¹⁷⁸. Entre las actividades que propone la OCSISM destacan el estudio sobre necesidades sanitarias específicas de la población inmigrante y la elaboración de un *Quadern de la bona praxi* dedicado a *“Els immigrants i la seva salut”*. En general, estos trabajos ponen de manifiesto la influencia de las desigualdades sociales en la salud, destacando como uno de los principales problemas, las dificultades de acceso a dichos servicios de salud y plantean la necesidad de introducir la mediación intercultural como herramienta indispensable para la atención al inmigrante¹⁷⁹.

¹⁷⁷ Responsable del Pla de la Diversitat i, posteriormente del Pla Director d’Immigració i Cooperació en l’àmbit de la salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

¹⁷⁸ Ordre SSS/187/2003

¹⁷⁹ La Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques es la institució encarregada, junto a la Oficina de Cooperació Sanitària i Salut Migracional del Departament de Sanitat i Seguretat Social de realizar el estudio *“Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica”* que se publica como Informe Técnico en Mayo de 2004. Como su título indica, este estudio realiza una exhaustiva revisión de la literatura existente hasta el momento, y se entiende como una primera parte de una investigación mucho más amplia donde se incorpora el punto de vista de expertos, inmigrantes, así como las actuaciones que, en

Paralelamente, el *Pla Interdepartamental 2001-2004* presenta, a través del *Departament de Sanitat i Seguretat Social*, el *Programa de salud para la població inmigrante extranjera en Catalunya*¹⁸⁰ con la finalidad de hacer operativas las propuestas del *Pla de Salut* y garantizar la accesibilidad de los inmigrantes extracomunitarios al sistema sanitario para dar respuesta a problemas de salud específicos. A su mismo, el programa propone potenciar la coordinación entre centros, niveles asistenciales y otras instituciones, así como la promoción de la formación de los profesionales sanitarios. Aunque este programa no presenta directriz alguna respecto a la mediación intercultural plantea, entre otras actividades, elaborar materiales educativos en diversas lenguas. No obstante, es el *Departament de Benestar Social* el que introduce el programa "*Mediación Intercultural*"¹⁸¹ con los objetivos explícitos de fomentar la figura del mediador intercultural y promover su reconocimiento académico¹⁸².

En el año 2004, el *Departament de Sanitat i Seguretat Social* cambia su denominación, pasando a llamarse *Departament de Salut* y recupera las funciones de planificación y evaluación llevadas a cabo hasta entonces por

esta materia, se están llevando a cabo en otros países. Este "segundo" estudio se publica en junio de 2004 con el título: "*Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa*". Con anterioridad, en octubre de 2003, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona publica, "*Els immigrants i la seva salut*". El objetivo de estos estudios es identificar las necesidades en salud, describir la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en Catalunya y describir diferentes estrategias estatales que llevadas a cabo en otros países de la Unión Europea con la finalidad de contextualizar y servir de referente para las futuras acciones y políticas que desde la Generalitat se están diseñando al respecto.

¹⁸⁰ En su apartado 14.2.

¹⁸¹ En su apartado 7.11.

¹⁸² Con anterioridad y, también, en el marco del *Departament de Benestar Social*, se pone en marcha, en junio de 2000, la *Unitat d'Immigració*, adscrita al *Servei de Plans i Programes* de la *Direcció General de Serveis Comunitaris*. El trabajo ejecutivo de esta Unidad de Inmigración se centró básicamente en cuatro ámbitos diferentes entre los cuales destaca el de la *Mediación Intercultural* al haberse puesto en evidencia los problemas existentes a nivel formativo e instrumental respecto a la atención a la inmigración no comunitaria. Con el objetivo de "*clarificar el panorama formativo y funcional de los mediadores interculturales*" el *Departament d'Ensenyament*, la *Fundació Pere Tarrés* y la *Associació per l'Estudi de la Promoció del Desenvolupament Comunitari* se propone la realización de un estudio conjunto que busque la fórmula más adecuada para conseguir la homogenización del rol y de los contenidos formativos para esta nueva figura profesional. Hasta el momento, no hay datos publicados al respecto.

el *Servei Català de la Salut* que actúa como garante de las prestaciones sanitarias de cobertura pública. Por otra parte, promueve un proceso de descentralización que se concreta en 37 consorcios denominados “*gobiernos territoriales de salud*” (GTS), cuyas funciones básicas son la ordenación, priorización y coordinación de los recursos de sus territorios de referencia a partir de nuevos mecanismos de co-gobierno entre la Generalitat y el Gobierno Local, que incrementen la responsabilidad de ambas administraciones en la atención prestada a la comunidad. Para ello, el Departament de Salut ha adoptado acuerdos con la Asociación Catalana de Municipios y la Federación de Municipios de Catalunya. La firma de acuerdos específicos con las administraciones locales constituirán los *pactos para la salud*¹⁸³.

En junio de 2005 la *Generalitat de Catalunya* aprueba el *Pla de Ciutadania i Immigració 2005-2008* (PCI)¹⁸⁴ con el propósito de atender, de manera específica, las necesidades y demandas de la población inmigrada con una atención especial al proceso de acogida. A su vez, prevé medidas encaminadas a reforzar las políticas sociales, la convivencia y la cohesión en el conjunto de la población. Este plan reconoce la salud como ámbito de actuación prioritaria en la acción de políticas sociales y define doce objetivos, entre los que destaca la mejora del acceso a la sanidad. Para ello propone el establecimiento de un Programa de Acogida en el entorno sanitario, así como el acceso a la sanidad pública de mujeres en situación de exclusión social y la formación de profesionales de los centros de salud. Por último, en su programa de políticas de acomodación y respondiendo al objetivo de gestionar la diversidad, propone el análisis de la mediación

¹⁸³ Los Pactos para la Salud son acuerdos específicos con las administraciones locales de los diferentes territorios de referencia. Su finalidad es facilitar el desarrollo de los procesos de colaboración y descentralización de forma equilibrada.

www.10.gencat.net/catsalut/esp/coneix_model_des.htm

¹⁸⁴ (*Pla de ciutadania i Immigració 2005-2008. Generalitat de Catalunya.*)

www.gencat.cat/benestar/imm/pdf/pla_05_08.pdf

intercultural en el sistema de salud de Cataluña y un programa de apoyo a los profesionales de la salud en sus tareas de educación nutricional y de consejo alimentario.

En conclusión, tal y como resume Arbelaez (2007, p. 166):

el PCI plantea la necesidad de mejorar el acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios y busca dar respuesta a situaciones específicas de este colectivo mediante la mejora de la calidad de los servicios y los protocolos de acogida del sistema sanitario. Para ello propone adecuar la información y las prácticas médicas para atender las personas de contextos culturalmente diversos

4.3.2. El “Pla Director d’Immigració en l’àmbit de la Salut” (PDIAS)

En un intento de dar respuesta a las nuevas demandas y necesidades asistenciales de la población inmigrante, la *Generalitat de Catalunya*, presenta, en 2006, el *Pla Director d’Immigració en el Àmbit de la Salut* (PDIAS)¹⁸⁵.

El PDIAS nace con la finalidad de ser un instrumento específico de planificación que responda a la necesidad de fijar directrices de atención a las necesidades de salud de la población inmigrante y de colaborar en el establecimiento y desarrollo de servicios en red. Así mismo, teniendo en cuenta los indicadores de evaluación de la garantía del derecho a la salud establecidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de la Organización Mundial de la Salud, determina, con una periodicidad de tres años, los objetivos y las actuaciones para conseguir la mejora en la atención a la población inmigrante extranjera, a la vez que realiza una estimación económica del gasto que dicha atención puede suponer respecto a los recursos sanitarios necesarios.

¹⁸⁵ RD 40/2006 de 14 de marzo

Entre los objetivos estratégicos del PDIAS se encuentra la línea IMM2 que propone *mejorar la accesibilidad de la población inmigrante a los servicios sanitarios, mediante la adecuación de los servicios de salud, de forma transversal, a través de tres ejes principales del Plan; el Plan de Acogida, el Plan de Mediación y el Plan de Información y Formación de los Profesionales*. Este objetivo se operativiza con el proyecto IMM2.3 que propone, *definir y consensuar un Modelo y un Plan de Mediación*.

El PDIAS marca un punto de inflexión en el ámbito de la Mediación Intercultural en Salud en Cataluña por el cambio estratégico que supone respecto a las políticas sanitarias desarrolladas hasta el momento, la inclusión, por primera vez, de un Plan de Mediación donde se hace explícita la necesidad de impulsar la figura de los profesionales de la mediación en el ámbito sanitario. Por otra parte define los *puntos críticos de implantación* y hace una valoración global de los aspectos críticos, destacando, el cambio cultural y la necesidad de adaptar diferentes aspectos del sistema sanitario frente a las demandas específicas de la población inmigrada, así como la actitud de un amplio sector de los profesionales, aspectos económicos en recursos humanos y aspectos organizativos que delimitan la necesidad de descentralizar y “delegar” los procesos de implementación y de coordinación en los responsables regionales. También considera aspectos críticos todas aquellas acciones sin las cuales el Pla Director no podría garantizar su propia eficiencia. Estos puntos críticos que desglosa en recomendaciones y propuestas operativas a corto plazo son:

- . *la adecuación de los recursos humanos al fenómeno de la inmigración,*
- . *la promoción de las actividades comunitarias,*
- . *la promoción de acciones conjuntas de acogida con los actores del territorio,*

- . el refuerzo de los servicios de atención al usuario potenciando la contratación de profesionales de origen extranjero,
- . la adecuación de diferentes modelos de mediación según las necesidades territoriales, y por último,
- . la existencia de bases de datos adecuadas en los sistemas de información en salud.

Este último punto es especialmente importante ya que para hacerlo operativo, debe crearse una base de datos territoriales sobre mediación que sirva como inventario respecto a la información de los recursos disponibles, formación mediadores, traductores..., la realización de planes piloto en mediación y la evaluación de los mismos, así como el registro de las variables que permita conocer la situación global de la inmigración en relación al sistema de salud.

Dentro de esta estrategia, el PDIAS, solicita a la *Unitat de Recerca Qualitativa de la Fundació Robert* de la *Universitat Autònoma de Barcelona*, la realización de un estudio sobre la situación de los servicios de mediación en el Sistema de Salud en Cataluña, en relación con las líneas estratégicas, objetivos operativos y proyectos del *Pla d'Immigració i Salut*. Este trabajo¹⁸⁶, realizado entre los años 2005 y 2007, y no publicado hasta el momento, cuyos objetivos principales son *analizar las expectativas, demandas y necesidades de los servicios de mediación sociocultural en el sistema sanitario de Cataluña y analizar la situación actual de la oferta de servicios de mediación sociocultural en Cataluña en el contexto del sistema sanitario*, pone de manifiesto la situación de los servicios de mediación tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos. El estudio cuantitativo se realizó a través de una encuesta llevada a cabo en todas las regiones sanitarias con el

¹⁸⁶ Pla, M. Lurbe, K. Masip, M. Gil, E. Chela, X. (2006). Estudi sobre la Mediació Sociocultural dins el Sistema de Salut de Catalunya. Barcelona. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Los datos del estudio, expuestos en esta tesis, han sido cedidos por la Unitat de Recerca Qualitativa de la Fundació Robert al tratarse de un estudio no publicado hasta el momento.

objetivo de conocer las vías de acceso de los inmigrantes en el servicio de salud, pretendiendo obtener datos útiles para la toma de decisiones sobre el modelo de mediación a implementar. Por lo que respecta al estudio cualitativo, se realizó a través de entrevistas y grupos de discusión con individuos implicados en la mediación intercultural.

El *Pla Director* resume las conclusiones de este estudio, permitiendo una aproximación más depurada a la realidad de la distribución de los servicios y ofertas de mediación en nuestro entorno. Así mismo, pone de manifiesto que la cobertura de dichos servicios en el ámbito de la atención primaria es inferior respecto a la atención hospitalaria y que la mayoría de ellos están contratados por los consejos comarcales y ayuntamientos, lo que evidencia que los Servicios de Mediación i/o Traducción-Interpretación no estén disponibles únicamente para los servicios sanitarios, sino también para satisfacer otro tipo de demandas y necesidades. Además, a partir del análisis de la situación que el estudio realiza, se plantea la necesidad de contar con un mínimo de 90 mediadores, de los cuales 40 ya se encuentran trabajando en el territorio, de manera que se estima la necesidad de contratar 50 nuevos mediadores hasta el año 2009. La tabla 11 muestra los cálculos preliminares orientativos de la necesidad de mediadores interculturales en base a los recursos del *Pla d'Immigració* de la región de Girona¹⁸⁷.

¹⁸⁷ El cálculo preliminar orientativo de las necesidades de mediadores interculturales en salud en Catalunya se realizó en base a los recursos del *Pla d'Immigració* de la región de Girona por ser, esta, la única región que tiene un modelo organizado existente en el territorio con el tiempo de implantación suficiente para permitir realizar diversas adecuaciones según las necesidades planteadas.
www.grcode.es/files/AUDIOS/ponencias/25%20Tarda/B2%20Salut/2.B%20Ponencia%20Estanis%20Alonso.mp3 consultado el 6 de febrero de 2008.

Tabla 11

Cálculo preliminar orientativo de necesidades de mediadores interculturales por región sanitaria

Fuente: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut

REGIÓN	MEDIADORES EXISTENTES POR REGION SANITARIA			MEDIADORES NECESARIOS
	Mediadores existentes	Horas/semana de mediadores	Mediadores a 30h/semana	
Región sanitaria LLeida	19	156	5	12
Región sanitaria Tarragona	15	30	1	11
Región sanitaria Terres de l'Ebre	0	0	0	4
Región sanitaria Girona	21	576	19	24
Región sanitaria Catalunya Central	4	52	2	?
Región sanitaria Alt Pirineu i Aran	0	0	0	?
Región sanitaria Barcelona	40	415	14	39
TOTAL CATALUÑA	99	1229	41	90

El *Pla de Mediació*, en un contexto general de políticas de acogida, de igualdad y de acomodación, plantea impulsar la figura de los profesionales de la mediación en el ámbito sanitario. Para ello, aborda de entrada el concepto de mediación, planteando el hecho de que el uso de dicha palabra nos remite a un contexto de conflicto o desacuerdo, probablemente poco apropiado. En este sentido, incide en que las intervenciones de estos profesionales deberían estar más dirigidas a resolver o facilitar situaciones de dificultad que se producen en el contexto de la accesibilidad i/o la comunicación, de manera que se acuerda utilizar el concepto de “mediación intercultural”. Así mismo se definen, entre otras, las figuras de traductor y de mediador cultural de salud, y sus competencias específicas.

La regulación de la formación y su adecuación a las necesidades detectadas recae en el *Institut d'Estudis de la Salut (IES)*, que “debería ayudar a establecer los criterios mínimos de acreditación”. Las líneas generales de las acciones formativas dirigidas a la formación en mediación intercultural son desarrolladas de acuerdo con las necesidades, las demandas y los recursos necesarios. En este sentido, el *IES* presenta en su calendario de acciones 2006-2007, el *Projecte IMM2.3*, cuyo objetivo es impulsar la formación reglada y validada sobre mediación en salud. Así, en su Programa de Actividades Formativas, 2008, presenta en el ámbito de la formación en Salud, Familia y Comunidad, el *Pla de formació per l'atenció sanitària a la població immigrada*¹⁸⁸, que deberá ser desarrollado de forma coordinada con los servicios territoriales, mesas de salud y entidades diversas. Los contenidos, entre los que destaca el módulo “Mediadores culturales en salud”¹⁸⁹, se presentan agrupados de forma modular por áreas de interés de manera que puedan ser adaptados a los objetivos y a las necesidades de las instituciones que lo demanden y de los profesionales a quienes van dirigidos. Esta formación está incluida en el *Programa de Mediació Intercultural, Fundació La Caixa – Departament de Salut* que será descrito posteriormente, dada su envergadura e importancia.

Con anterioridad, el *Institut Català de la Salut* presenta, en su memoria de actividades del año 2005, 40 acciones a favor de la salud y la mejora del sistema sanitario. Estas acciones están dirigidas, específicamente, a los profesionales de la salud. La acción número 35 “Mediación sanitaria, sensibilización y actuación para una cultura de paz y el diálogo” concreta:

¹⁸⁸ Este plan de formación puede estar subvencionado, total o parcialmente, por el Departament de Salut y se realiza a demanda de instituciones.

¹⁸⁹ Este módulo es dirigido por el Director del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron, responsable, a su vez, del Curso de Mediación Cultural en el ámbito socio-sanitario que viene impartándose en dicho Hospital desde el año 2003.

“En colaboración con la Universidad de Barcelona se han creado cuatro unidades de mediación sanitaria, unos espacios destinados a la gestión positiva de conflictos en el ámbito de la salud. Estas unidades, dirigidas por profesores-mediadores expertos, atienden de manera confidencial tanto consultas de tipo general y peticiones de asesoramiento como problemas concretos muy personalizados. La primera unidad se abrió en Manresa, en el centro de salud Bages”.

Cabe mencionar que esta acción no aparece en la memoria de actividades del ICS del año 2006.

Finalmente, el *Pla Director* plantea, en sintonía con el modelo de descentralización del Departament de Salut, una estrategia para la implantación en el territorio catalán del modelo de mediación a través de las *Mesas de Inmigración y Salud* (Taules d’Immigració i Salut). Estas mesas deben ser creadas en cada región sanitaria y gobiernos territoriales (GTS) con el objetivo de permitir la adaptación del diagnóstico y de los proyectos de intervención que se realicen. Hasta febrero de 2008 se han creado la *Taula de Salut i Immigració Central* (Departament de Salut) y las *Taules de Salut i Immigració Regionals* en Girona, Lleida, Tarragona y Terres de l’Ebre. En Girona, se han constituido recientemente, las TSI de todos sus gobiernos territoriales. También lo han hecho las TSI de los GTS de Baix Camp y Baix Penedes. La valoración que las regiones realizan respecto la oportunidad de crear nuevas TSI impulsa la continuación de este proceso¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Respecto a los proyectos existentes en el marco de la cooperación institucional existe poca información respecto a las unidades creadas así como los proyectos de mediación para profesionales de la salud vinculados a la Universidad de Barcelona, como son la creación del Observatorio de Mediación y el Proyecto de Mediación Sanitaria IL3-UB - Departament de Salut, de la Generalitat de Catalunya lo que podría deberse a su incipiente puesta en marcha.

4.3.3. Experiencias previas de mediación intercultural en Cataluña y situación actual en España

Muchas han sido las iniciativas que, en los últimos años, se han llevado a cabo en el entorno de la mediación intercultural en salud. Estas actuaciones, en gran parte, fruto de la sensibilidad y motivación de muchos profesionales sanitarios y de la necesidad de dar respuesta a situaciones específicas de comunicación y salud, han generado diversos modelos de mediación.

La *Unitat de Malalties Tropicals i Importades* (UMTI) del *Institut Català de la Salut*, y el *Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena* de Mataró, así como algunas ONG's, que impulsan y gestionan diversos programas sanitarios, se constituyen como primeros y principales núcleos de atención sanitaria "no oficial", pioneros en la prestación de atención individualizada a las personas inmigradas, sea cual sea su situación personal. Para atender las nuevas necesidades, se formalizan acuerdos municipales que permiten prestar atención sanitaria a los inmigrantes sin cobertura.

La UMTI ha sido un referente en cuanto a la atención sanitaria a la población inmigrante. Así mismo ha incidido, muy especialmente, en la formación de los profesionales, tanto los de su propia unidad como de otras instituciones, impulsando también estudios universitarios como por ejemplo, el Diploma de Postgrado en "Salut Comunitària en països en vies de desenvolupament" o el *Master en Medicina Tropical* que imparte la Universidad Autónoma de Barcelona. Es importante destacar, así mismo, el estímulo que esta unidad supuso para los agentes de salud, respecto a su reconocimiento y profesionalización de su labor mediadora

Por su parte, el *Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena*, de Matarò, inicia su actividad en este ámbito a finales de los años 70, cuando la comarca donde se ubica (El Maresme) empieza a recibir, de forma progresiva, nuevos colectivos de inmigrantes, que plantean la necesidad de estructurar de forma diferenciada los servicios de atención sanitaria así como personalizar las demandas que estas personas realizan respecto a sus problemas de salud. Matarò, al igual que muchas otras poblaciones, cuenta ya en los inicios de los años 80 con un elevado número de inmigrantes, especialmente de África Occidental Subsahariana y del Magreb. El elevado índice de irregularidad que presentan estos colectivos incide plenamente en sus condiciones de salud y, por tanto, en el aumento de la demanda de atención. Posteriormente en 1982, se crea la *Unitat d'Atenció Sanitària a la Immigració*,¹⁹¹ con la finalidad de ofrecer una atención más específica y coordinar las actuaciones intra y extrahospitalarias. Entre sus objetivos se encuentra, también, la formación de agentes de salud que faciliten la transmisión de normas terapéuticas y de control de la enfermedad. La Dirección del Hospital da a conocer la situación tanto al Ministerio de Sanidad como al *Departament de Sanitat*, cuando la *Generalitat* se hace cargo de las competencias en materia de salud. En 1989, y como reconocimiento a la labor realizada, el *Departament de Sanitat* de la *Generalitat de Catalunya* reconoce abiertamente la problemática y aprueba una ayuda al Programa. En este proceso, la unidad cambia su nombre por el de *Unitat de Minories Ètniques*, y se estructura y consolida estableciendo unos objetivos centrados básicamente en el reconocimiento de los diversos colectivos de inmigrantes y las características, tanto culturales como sanitarias, de sus principales problemas de salud. Así mismo, planifica tareas de prevención y promoción de la salud y se plantea mejorar y hacer más accesibles los

¹⁹¹ En sus inicios está formada por dos médicos de medicina interna y una trabajadora social.

servicios y redes sociales. Por último incide en la necesidad de formar agentes de salud formados específicamente para dar apoyo a los inmigrantes que utilizan los recursos del hospital facilitando de forma efectiva la comunicación el equipo de salud. A partir de la integración, en 1993, del Hospital en el *Consorci Hospitalari de Matarò*¹⁹² la unidad vuelve a cambiar su denominación y pasa a llamarse *Unitat de Medicina de la Immigració*, en un intento de adaptación a la nueva realidad. Este servicio y con los programas de salud que desarrolla reciben una subvención de la *Conselleria de Sanitat*, que también incluye un capítulo específico de atención y prevención sanitaria para estos colectivos de inmigrantes en el despliegue del Pla de Salut de Catalunya para el periodo comprendido entre 1993-1995. El apoyo institucional permite la consolidación de la unidad y la ampliación de las tareas a realizar en los ámbitos de la formación y la información (Soler i Amigó, 1996). Finalmente, en el año 2001, se propone un nuevo programa, cuyo objetivo final es incorporar un servicio de mediación en el hospital, compuesto por dos mediadoras interculturales¹⁹³ ubicadas, inicialmente, en el área materno-infantil, tres días por semana durante dos horas diarias. La labor llevada a cabo por estas profesionales ha propiciado su integración en el equipo de salud ampliando su jornada laboral a tiempo completo. En el ámbito municipal, el Ayuntamiento de Matarò presenta, en 1997, el *Pla per a la nova ciutadania*, que contempla, entre otras acciones, la creación de un Servicio de Mediación Intercultural. Este servicio cuenta con cuatro mediadores¹⁹⁴ que llevan a cabo sus tareas en diferentes ámbitos de intervención, entre los que se encuentra el ámbito sanitario. Sus intervenciones en materia de salud se realizan, principalmente, en el Centro de Atención a la Mujer y a la Pareja, donde destacan sus actuaciones en el marco de la planificación

¹⁹² Juntamente con la Clínica Aliança Mataronina

¹⁹³ Una de ellas perteneciente al colectivo subsahariano y la segunda al colectivo magrebí

¹⁹⁴ Los cuatro mediadores son de procedencias diversas: dos mujeres de origen gambiano y marroquí y dos hombres de origen senegalés y bereber.

familiar; y en las Áreas Básicas de Salud (ABS), con intervenciones puntuales y, generalmente, urgentes. El servicio de mediación participa, también, en proyectos comunitarios y en programas de acompañamiento a la población extranjera con problemas de comunicación, así como en acciones de sensibilización, información y asesoramiento a los profesionales de la salud de dichos centros.

El Hospital del Mar de Barcelona presenta, también, una larga tradición en la atención a inmigrantes¹⁹⁵. El Servicio de Mediación Intercultural, creado en el año 2002 a partir del Programa de Mediación Intercultural “IMAS-Mediadores”, surge de la necesidad de proporcionar un apoyo social específico en materia sanitaria, de mediación, traducción y acompañamiento de los inmigrantes durante el tiempo de ingreso en dicho hospital, convirtiéndose, en la actualidad, en un programa de referencia en este ámbito. El modelo de organización se basa en el liderazgo compartido entre el Hospital del Mar y la asociación “*Salut i Família*”, entidad privada sin ánimo de lucro, cuya finalidad es contribuir al análisis multidisciplinar, al intercambio de ideas y a la articulación de soluciones operativas de apoyo a personas en situaciones de debilidad social. Este modelo pretende favorecer las sinergias y la capacidad de innovación que aportan ambas instituciones en el ámbito del conocimiento y de la experiencia en el campo de la inmigración.

En el año 2003, el *Hospital Infantil Sant Joan de Deu*, también en Barcelona, inicia su programa de mediación con la contratación de una mediadora que atiende, principalmente, familias de origen magrebí residentes en el área de influencia del Hospital. En 2005, la *Seu Maternitat de l’Hospital Clínic* de Barcelona incorpora, a través de la *Fundació Salut i Família*, dos

¹⁹⁵ Se dedicará especial atención al proyecto de mediación intercultural en salud del Hospital del Mar en el próximo capítulo.

mediadoras interculturales: una árabe y una china. Los datos referidos al primer año de funcionamiento del servicio (2005) muestran un total de 1501 mediaciones realizadas (868 por parte de la mediadora árabe y 633 realizadas por la mediadora china) lo que supone un promedio mensual de 125 mediaciones. En el año siguiente se realizan un total de 1985 mediaciones con un incremento del 32% sobre el año anterior. Es de destacar que el incremento más significativo se observan en la mediadora china, con un total de 1236 mediaciones. Este incremento se refleja nuevamente con el aumento del 8% en el número de intervenciones realizadas hasta septiembre de 2008, concretamente, 1606 mediaciones¹⁹⁶.

La *Fundació Institut de Recerca de l'Hospital Vall d'Hebrón*, junto con la Asociación de Mujeres para la Reinserción Laboral (SURT) inicia, en el año 2003, un programa de Formación de Mediadoras Interculturales en el ámbito socio-sanitario. El programa es coordinado por el Servicio de Psiquiatría y tiene, entre otros, el objetivo de insertar laboralmente a las mediadoras una vez acabado su programa de formación. Las mediadoras en prácticas del programa de formación han atendido, hasta el año 2005, 236 demandas de pacientes de diversos orígenes culturales. Tras varios años, de experiencia la *Fundació del Hospital Vall d'Hebrón* inicia una nueva etapa en el año 2007, participando en el Programa de Formación dirigido a mediadores interculturales enmarcado en el Proyecto de Mediación Sanitaria del "*Programa de Inmigración*", puesto en marcha en 2006 por la *Fundación "La Caixa"*, en el contexto de su obra social.

Bajo la coordinación del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Vall d'Hebrón, se inician, a principios del año 2004, una serie de reuniones periódicas con representantes de diversas instituciones con el objetivo de

¹⁹⁶ Ponencia "*Anàlisi de l'experiència de la mediació intercultural als centres sanitaris: la Maternitat de l'Hospital Clínic*" impartida por el Dr. Santiña, en la Jornada "*La mediació intercultural als centres sanitaris*". Barcelona, 2008.

compartir experiencias en este ámbito. A partir de estas reuniones se crea la *Comissió per la Mediació Intercultural en l'àmbit de la Salut*¹⁹⁷, de la que forman parte representantes de campos diversos relacionados con la salud¹⁹⁸ y cuyo propósito fundamental es analizar y debatir la situación de la mediación intercultural en Cataluña, especialmente en lo referido a los profesionales de la mediación. Del trabajo de la comisión surge el documento marco "*La mediació Intercultural en l'Àmbit Sanitari*"¹⁹⁹, presentado, en octubre de este mismo año, al Director del *Pla Director d'Immigració i Cooperació* del *Departament de Salut*.

Este documento marco plantea la necesidad urgente de:

- considerar los determinantes culturales en la atención sanitaria a las personas con el objetivo de mejorar su comprensión global y conseguir un trato más respetuoso y digno. Para ello es fundamental la formación de los profesionales sanitarios en interculturalidad.
- disminuir el riesgo de una menor calidad asistencial debido a las dificultades en la comunicación de inmigrantes y profesionales sanitarios y, de acuerdo con la ley de autonomía del paciente, mejorar su capacidad de intervenir en su proceso curativo gracias, gracias, en gran parte a la mediación intercultural,
- realizar los cambios estructurales necesarios para facilitar la equidad en la atención a todos los usuarios.

Con estos planteamientos, el *Pla Director* organiza un grupo de trabajo para diseñar un modelo de mediación en salud, de formación de los

¹⁹⁷ Que va a mantenerse desde inicios del año 2004 hasta mediados de 2005.

¹⁹⁸ Las instituciones que se encuentran representadas en esta comisión son: Hospital de Mataró, Hospital del Mar, Hospital Vall d'Hebron, Escola Universitaria de Enfermeria Gimbernat (adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona), Fundació Sant Joan de Deu, Associació Metges del Mon,-Catalunya, Associació Salut i Família, Grup de Recerca de la Universitat Rovira i Virgili, Programa de Salud Comunitaria de la UMTSID-ACSAR y Desenvolupament Comunitari,

¹⁹⁹ Este documento no ha llegado a ser publicado.

mediadores y la implementación de proyectos prioritarios. El diseño de este modelo es realizado por la *Unitat de Recerca Qualitativa de la Fundació Robert*, marcando un punto de inflexión en el creciente interés por desarrollar políticas de equidad y la visualización de los mediadores interculturales en el ámbito de la salud.

Por otra parte, la *Fundación Salud y Familia* cuenta con tres proyectos relacionados con el área de inmigración; el proyecto denominado “De compatriota a compatriota”, el proyecto MITI (Migrant Integration Territorial Index) y, por último, el proyecto de Mediación Intercultural en Centros Sanitarios. Este programa facilita el despliegue de mediadores interculturales en centros sanitarios de Cataluña, entre los que se cuenta el Hospital del Mar. El programa se inició en 2004 con 6 mediadores/as interculturales que asistían a 8 centros sanitarios ampliándose en 2005 a 19 mediadores/as y 16 centros sanitarios. En 2006, se cuenta con un total de 27 mediadores/as que desarrollan sus actividades en 27 hospitales, centros de atención primaria y centros de urgencias (*Servicio de Compatriota a Compatriota. Memoria 2005, 2006*). Los datos del año 2007 muestran un ligero incremento del número de mediadores, 29, aunque no se ha aumentado el número de centros asistenciales²⁰⁰. Durante este mismo año se han realizado un total de 33.930 mediaciones (*Programa "Inmigración y Salud". Memoria 2007*). Por ejemplo, en el *Hospital Dr. Josep Trueta* y el *ABS Can Gibert del Pla* en Girona durante el primer año de funcionamiento se incorporaron 3 mediadoras interculturales que atendieron 3.153 personas.

²⁰⁰ Actualmente, la *Fundación Salud y Familia* ofrece servicios de mediación intercultural en Cataluña; Centre d'Urgències Pere Camps, Seu Maternitat de l'Hospital Clínic, CAP Drassanes, CAP Raval Nord, CAP Casc Antic, CAP Poble Nou, CAP Les Hortes de Poble Sec, CAP Besòs Mar, CAP Sant Idelfons, CUAP Sant Idelfons, CAP La Florida y el CAP Pubilla Cases a Barcelona. A Girona está presente en el Hospital Universitari Dr. Trueta, en el CAP Can Gilbert del Pla de Girona y al CAP Celrà y en Lleida en el Hospital Arnau de Vilanova, CAP Balaguer, CAP Cervera, CAP Tàrraga, CAP Alcarràs, CAP Aitana, CAP Seròs, CAP Rambla Ferran y CUAP Rambla Ferran, CAP Balaguer, CAP Tàrraga, SASSIR Prat de la Riba, CAP Aitana, CAP Cervera y Guissona, CAP Alcarràs y, por último al CAP Mollerussa.

En el mismo periodo, en el Hospital Arnau de Vilanova se atendieron un total de 5.467 usuarios por el equipo de tres mediadoras. Ambos hospitales pertenecen al *Institut Català de la Salut* que cuenta con 8 hospitales y 450 unidades de servicios de atención primaria.

En su memoria del año 2005, el *Institut Català de la Salut* presenta un conjunto de 40 acciones a favor de la salud y la mejora del sistema sanitario, entre las que figura la creación de cuatro unidades de mediación sanitaria en colaboración con la Universidad de Barcelona. Actualmente, según datos del propio ICS, todos sus hospitales disponen ya de este servicio que se pretende extender a toda la red de la atención primaria. No obstante hay que apuntar que los mediadores no forman parte de la plantilla del sistema público de salud sino que, en la mayoría de las ocasiones son contratados por los Consejos Comarcales, a través de asociaciones y ONG's.

La evaluación llevada a cabo por el *Pla Director d'Immigració* presenta los datos del estudio del análisis de situación de los servicios de mediación (Pla, Masip, Lurbe, Gil, & Chela, 2005), donde figura la distribución aproximada de las diferentes ofertas de mediación:

- *ámbito hospitalario*: las regiones sanitarias de Girona y Tarragona presentan el mayor porcentaje, 66.7%, de hospitales con servicios de mediación. Barcelona representa un 52%. Las regiones sanitarias de Lleida, Catalunya Central y Terres de l'Ebre disponen de servicios de mediación en un 50%. El porcentaje se reduce al 33.3% en la región sanitaria del Alt Pirineu i Aran.

- *ámbito de atención primaria*: la región sanitaria de Girona sigue presentando los porcentajes más elevados en cuanto a los servicios de mediación (45%). No obstante este porcentaje desciende en Tarragona, hasta el 9.5% siendo, en este ámbito, la región sanitaria con menor

proporción. Lleida y Catalunya Central disminuyen su porcentaje a un 18.8% en sus Áreas Básicas de Salud y Barcelona representa, aproximadamente, un 13.3%.

Estos datos ponen de manifiesto un significativo avance en la incorporación del mediador intercultural en los centros sanitarios, aunque no significan un aumento en la contratación y de la incorporación plena del mediador en sus equipos de salud. En este sentido, el perfil del mediador que se presenta en este estudio corresponde a una mujer, que trabaja a media jornada e incluso de forma esporádica, con horarios fundamentalmente de mañana y con unos límites muy precisos respecto a su actividad, ya que no pueden actuar sin el consentimiento del profesional sanitario ni, por supuesto, fuera de este contexto (Pla et al., 2005).

En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, el Grupo de Investigación Sociológica de la Universidad de Castilla-La Mancha está desarrollando desde septiembre de 2007 un proyecto titulado, *“La Mediación Intercultural en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha”*. Este estudio cuenta con la financiación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Así mismo, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha concedido una importante subvención a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia para llevar a cabo un estudio de intervención-acción denominado *“Inmigración, salud y determinantes socioculturales: estrategias para la acción”*. El principal objetivo de este estudio es el de favorecer la formación del personal sanitario y de mediación intercultural con el fin de mejorar la atención a la población inmigrante así como incorporar la figura del Mediador Intercultural a los

dispositivos asistenciales del Servicio Murciano de Salud mediante una convocatoria de beca. (Decreto nº 348/2007, de 9 de Noviembre).

En la ciudad de Madrid, uno de los programas pioneros en mediación intercultural es el desarrollado por el Servicio de Mediación Social Intercultural - SEMSI²⁰¹ enmarcado en la sección de Atención a la Inmigración e Interculturalidad del Área de Servicios Sociales de su Ayuntamiento y coordinado por el equipo del Programa Migración y Multiculturalidad de la Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid.

El SEMSI, que inició sus actividades en 1997, se define como un programa de intervención y un recurso profesional que tiene por objetivo favorecer la integración social de la población inmigrante extranjera residente en el municipio de Madrid, mediante la filosofía y la metodología de la mediación, específicamente de la mediación intercultural (Giménez & Mammar, 2004). El servicio dispone de un total de 50 mediadores de 22 nacionalidades y un equipo técnico de 7 personas. Los mediadores interculturales profesionales del SEMSI son, en su gran mayoría, de origen extranjero (solo 4 mediadores interculturales son españoles), mujeres y con estudios universitarios, miembros activos en organizaciones de inmigrantes y ONG's. Son mediadores polivalentes con tendencia a la especialización y median más allá del propio colectivo de pertenencia (Giménez 2004). El ámbito de la salud es una de las áreas de trabajo que más crecimiento ha tenido en los últimos años. Las actividades de los mediadores interculturales en salud se dirigen, básicamente a la:

²⁰¹ El SEMSI inició sus actividades en junio de 1997 como Proyecto Piloto que debía, al finalizar el año, ser evaluado. En los seis primeros meses de trabajo, desarrollado por un equipo técnico de 10 mediadores sociales interculturales asignados a 5 distritos de Madrid, el programa mostró sobradamente su efectividad. En el año 2002 contaban con 30 mediadores y habían ampliado a 21 distritos sus actuaciones (Giménez 2002).

“ayuda a los usuarios a acceder a los recursos sanitarios mediante derivaciones, acompañamientos y seguimientos, pero, también, y de manera especial, a apoyar a los profesionales con el asesoramiento que demandan en forma de sesiones informativas y formativas sobre claves culturales, readaptación del material divulgativo para prevención mediante traducción y adaptación de folletos, para contactar con población inmigrante para que asista a charlas y cursos, etc.” (Giménez 2002).

El Plan de Integración 2006-2008 de la Comunidad de Madrid²⁰², mantiene su apuesta por la mediación como uno de los ejes estratégicos vertebradores del mismo. Las actuaciones del Plan respecto al empleo se articulan en el punto 1.4 donde se establece la *creación de programas contra la discriminación en el acceso al empleo y en el empleo a través del Servicio de Mediación Intercultural*. Respecto a los servicios sociales se contemplan, en el punto 4.1, acciones dirigidas al: *diseño de un programa de formación para mediadores familiares interculturales como perfil específico dentro de la Mediación Social Intercultural*, *al aumento del número de mediadores sociales interculturales*, *al desarrollo de actuaciones de formación por parte de la Escuela de Mediadores Sociales de la Comunidad de Madrid y la definición del perfil profesional de la mediación intercultural*. Finalmente, en lo que concierne al ámbito de la salud, el Plan recoge en el punto 5.2 el *impulso de figuras de mediación entre la población inmigrante y el sistema sanitario*. Sin embargo, el documento preliminar del Plan de Integración 2009-2011²⁰³, elaborado en junio de 2008, no hace ninguna referencia explícita a la mediación intercultural, al Servicio de Mediación o a la Escuela de Mediadores. En esta nueva etapa se apuesta por la figura del *Técnico en Integración* y el *Dinamizador Comunitario* lo que va a suponer un retroceso importante en el desarrollo de la mediación intercultural en la Comunidad ya que ambos perfiles no se corresponden con el perfil del mediador intercultural. Con la

²⁰²www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fmsword&blobheaderna

²⁰³<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=Mungoblobs&blobwhere=1202791830225&ssbinary=true>

puesta en marcha de este nuevo Plan de Integración, el SEMSI finaliza sus actividades a finales del año 2008²⁰⁴.

En Cataluña, *Desenvolupament Comunitari* es una entidad, semejante al SEMSI, que, desde 1996, realiza su actividad en el ámbito de las políticas públicas de desarrollo social, particularmente en campos como el de la interculturalidad, la igualdad de oportunidades, la participación ciudadana y la mediación intercultural. También aborda el ámbito de la salud con expertos y asesores en mediación intercultural.

En la Comunidad Autónoma Andaluza, la Federación *Andalucía Acoge*, inicia sus actividades en 1991, con una dedicación prioritaria al ámbito de la formación en mediación intercultural. El II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, en el área socio-sanitaria, introduce el objetivo de *pasar de una mediación basada inicialmente en el acompañamiento y la comunicación a una mediación sustancial orientada a la mediación cualitativa*. En consecuencia, se establecen las formas de intervención mediadora en la atención a las necesidades de salud: el acompañamiento, la mediación de los propios profesionales sanitarios, la colaboración de las asociaciones en tareas de mediación y, por último, la contratación de mediadores profesionales. Esta opción, que podría significar un avance importante en el proceso de integración profesional de los mediadores interculturales, en la práctica se convierte en un recurso *excepcional para problemas específicos y prevalentes* recurriéndose a ella sólo *en casos o centros muy determinados por las características de la población de referencia, situaciones sanitarias especiales, necesidades particulares de intervención en grupos de contextos culturales poco frecuentes, u otras circunstancias que se salgan de las posibilidades de las dos modalidades preferenciales* (*Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes: Guía*

²⁰⁴ El día 31 de enero de 2009, y tras once años y medio de trabajo en equipo, el Servicio de Mediación Social Intercultural del Ayuntamiento de Madrid (SEMSI) deja de existir por decisión municipal.

para profesionales de la salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. , 2007, p. 388).

Laghrich (2004) describe algunas intervenciones de mediación intercultural en la Comunidad Valenciana, concretamente en el *Hospital La Fe* de Valencia. No obstante, esta Comunidad, no contempla, en el *II Pla de Salut*, objetivos, estrategias o intervenciones que incluyan la participación de mediadores interculturales en salud. Desde una perspectiva más genérica puede mencionarse la participación de la *Agrupación de Desarrollo*²⁰⁵, en el “Programa Equal Don@m” circunscrito al proyecto de cooperación transnacional *Joint*²⁰⁶. Este programa se centra, fundamentalmente, en tres áreas de investigación/actuación entre las que destaca el proyecto de “Mediación Intercultural” que tiene como objetivo introducir la figura del mediador para promover la convivencia intercultural y facilitar la participación de los inmigrantes y autóctonos en espacios sociales e institucionales de la comunidad a través de redes asociativas (Programa Equal Don@m, 2005-2007).

Finalmente, el *Programa de Inmigración*, puesto en marcha en 2006 por la Fundación “*La Caixa*”, en el contexto de su obra social, contempla una serie de acciones para promover la integración de la población inmigrante. La primera fase del proyecto, realizada en noviembre de 2006, se centró

²⁰⁵ La Agrupación de Desarrollo está compuesta por: las Mancomunidades de la Ribera Alta y Baixa, la Mancomunidad La Costera, la Fundación Comunidad Valencia Región Europa, la Asociación de Empresarios de Xàtiva, ADEXA e IMELSA, empresa pública de la Diputación de Valencia, además de contar con la colaboración de otras asociaciones e instituciones locales y regionales.

²⁰⁶ Equal es una iniciativa comunitaria propuesta y financiada por el Fondo Social Europeo con el objetivo de desarrollar y divulgar nuevas formas de implementar políticas de empleo. Dentro del marco de la iniciativa Equal, tres países con sus correspondientes proyectos han aunado esfuerzos diseñando un Proyecto Transnacional llamado “Joint”. Las tres asociaciones que participan en este proyecto son: OZ Instituto Orbis de Eslovaquia, el Observatorio sulle discriminación e sul razzismo (ODR) de Italia y la asociación española Don@m. El objetivo general del proyecto es analizar las dificultades existentes para la integración social de los inmigrantes debido a los problemas culturales, sociales, educacionales, formativos o profesionales.

en la creación de una Red Estatal para la Mediación Intercultural²⁰⁷, formada por 8 entidades²⁰⁸. La implementación del programa se inició en noviembre de 2006 con la incorporación de 64 mediadores/ras interculturales repartidas por toda España con el objetivo de intervenir de forma directa en diversos ámbitos destacando, entre ellos, el ámbito de la salud. Estos mediadores se distribuyen por comunidades autónomas según muestra la figura 2.

Figura 2:
Distribución de Mediadores/as por Comunidades Autónomas
Fuente: Fundación La Caixa. Obra Social. 2006.



Tras un primer año de actividad, el número de mediadores ha sido ampliado, en 2007 a 114, estimándose que durante el año 2008, sólo en la

²⁰⁷ El funcionamiento en red se realiza a través de un escritorio virtual que permite consultar y compartir toda la información, documentando experiencias constituyéndose como una herramienta de gestión de la comunicación para todos los mediadores miembros de la red.

²⁰⁸ Las Entidades que forman la red son: ACCEM (Asociación Comisión Católica Española de Migración), SURT (Asociación de Mujeres para la Reinserción Laboral), CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado), CEPAIM (Consortio de Entidades para la Acción Integral con Migrantes), y FUGUAM (Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid) y la Red ACOGE. Actualmente, dos nuevas entidades se ha sumado al proyecto; ACISI (Asociación para la Cooperación, la Inserción Social y la Interculturalidad) y FMP (Federación de Mujeres Progresistas).

comunidad de Madrid se amplíe la red de 13 a 22 mediadores. Los primeros datos disponibles²⁰⁹ contabilizan 17.500 solicitudes en el periodo comprendido entre octubre de 2006 y septiembre de 2007, con un total de 38.500 intervenciones que han beneficiado, aproximadamente, a unos 200.000 inmigrantes de todo el país. El presupuesto que “La Caixa” destinó al programa de inmigración en el año 2007 fue de 4.8 millones de euros, estimándose en 3 millones el incremento en dicho presupuesto para el ejercicio 2008. Específicamente, el *Programa de Mediación Sanitaria* pretende ofrecer mediación intercultural en centros de salud y hospitales, así como crear un centro que coordine y gestione las necesidades detectadas en todo el territorio, con el objetivo de dar respuesta a dichas necesidades.

En Alzira, Valencia, en colaboración con la *Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana* y la financiación de la Obra Social de “La Caixa”, los mediadores integrados en la Red de Mediación Intercultural han desarrollado dos iniciativas concretas. En primer lugar, la traducción y adaptación cultural, al árabe y rumano, de textos editados por la Agencia Sanitaria Valenciana sobre el parto, lactancia materna y cuidados del bebé. En segundo lugar, como experiencia piloto, el desarrollo de acciones de mediación, información y orientación sanitaria por parte de mujeres rumanas²¹⁰. A través de estas y otras iniciativas, la *Conselleria de Sanitat*, ha empezado a planificar acciones formativas, especialmente dirigidas al personal sanitario y se encuentra diseñando, en la actualidad diversos

²⁰⁹ Datos ofrecidos en la página web www.recargame.es en el blog “inmigrantes.com”; <http://bloginmigrantes.com/2008/07/03/el-programa-de-inmigración-de-la-obra-social-la-caixa-amplia-su-red-de-mediadores-interculturales-de-64-a-114/>. Publicado el 3 de julio de 2008 en la categoría “Instituciones”.

²¹⁰ Para ello recibieron formación en salud, específicamente en salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, así como de los dispositivos y recursos sociosanitarios de la región Memoria Anual ACCEM. 2006

proyectos piloto que incluyen el perfil profesional del mediador/a intercultural en los centros de salud pública (Richarte, 2008).

En Cataluña, el programa de Mediación Intercultural en Salud se ha organizado en 2007 en relación a tres ejes fundamentales: un programa de formación dirigido a mediadores interculturales en el ámbito sanitario, cuya coordinación recae en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebron (Fundación del Hospital Vall d'Hebron) dada su trayectoria y experiencia en el campo de la formación en mediación; la creación por parte de la Generalitat de Catalunya de un centro de coordinación de recursos de mediación en dicho ámbito y, finalmente, la adecuación de los recursos profesionales necesarios para garantizar una atención adecuada²¹¹. En el año 2008 se produce la confluencia de todas las instituciones anteriormente mencionadas y de sus respectivos proyectos y programas en Cataluña. Así, el *Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la Salut*, en el contexto de su *Pla de Mediació (Departament de Salut)* firma un convenio de colaboración con la Fundació "La Caixa", institución que financia el *Projecte de Mediació Intercultural Fundació La Caixa - Departament de Salut*²¹², que inicia la realización de diversas actuaciones entre las que destaca el programa de formación dirigido al colectivo de mediadores. Este programa está dirigido por un comité pedagógico constituido por representantes de la *Direcció General de Planificació i Avaluació del Pla Director d'Immigració*, del *Servei Català de la Salut*, de l'*Institut d'Estudis de la Salut* (institución que acredita y certifica la formación) y el Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebron. Se considera oportuno describir el programa dada la magnitud del mismo.

²¹¹ Informe Anual. Obra Social "La Caixa". 2006 y 2007

²¹² Document informatiu per a les regions sanitàries, els proveïdors i els mediadors juniors. Projecte de Mediació Intercultural del Departament de Salut 2008-2009

El *Programa de Mediación Intercultural Fundació La Caixa - Departament de Salut* pretende mejorar la capacitación de los mediadores interculturales en el contexto concreto de la atención sanitaria y las necesidades previstas y reales que se dan en la práctica, tanto de aquellos que ya se encuentran desempeñando sus actividades en el sistema sanitario, como de los recién incorporados. El programa presenta el diseño de dos cursos específicos (con un total de horas lectivas de 345): uno dirigido a los *mediadores seniors*, es decir en activo, y el segundo dirigido a *mediadores juniors*. Ambos cursos establecen dos periodos de formación: uno teórico, cuya certificación es realizada por el *Institut d'Estudis de la Salut*; y un segundo periodo de formación práctica. Este periodo práctico es especialmente importante, ya que pretende lograr un doble objetivo, por un lado completar la formación teórica que están recibiendo los mediadores con la práctica así como cumplir con las necesidades de mediación intercultural que presentan los centros sanitarios en Cataluña. De esta manera, se familiariza a los profesionales de los centros asistenciales con la figura del mediador intercultural a la vez que aumenta su sensibilidad cultural. El contacto y selección de alumnos y proveedores han sido asignados a cada región sanitaria previo análisis del territorio, las necesidades de mediación y la posibilidad de desarrollar las prácticas en el centro, que deberá contar con un profesional que actúe como referente para el alumno²¹³. Finalizada la formación, se prevé garantizar, durante el año 2009, la contratación, por

²¹³ Las prácticas se realizan a tiempo completo (7 horas diarias, de lunes a viernes) y se contemplan como un periodo contractual. El contrato de trabajo se realiza a través del Institut d'Estudis de la Salut y ha supuesto, en 2008, una remuneración de, aproximadamente, 700 euros/mes. Se prevé aumentar la remuneración en 1100 euros/mes para el año 2009. Este contrato cubre todas las responsabilidades y garantías de seguros etc. A parte de lo que corresponda a cada centro sanitario. El curso dirigido a mediadores seniors ha sido diseñado en base a 200 horas de formación teórica siendo, el comité pedagógico, quien determinará los criterios de convalidación de las 145 horas restantes que corresponderían, en este caso, al periodo de formación práctico. Por otra parte, el curso dirigido a los mediadores juniors tiene un total de 345 horas, 240 de las cuales corresponden al periodo de formación teórica y 105 al de formación práctica.

parte de la Fundació “La Caixa” y por un periodo de un año, de los 30 mediadores juniors que han realizado el curso.

Finalmente, el Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya, presenta en abril de 2008 el proyecto para la realización del *Llibre Blanc de la Resolució de Conflictes i la Mediació a Catalunya*²¹⁴. El principal objetivo de este proyecto es iniciar un estudio en profundidad sobre el estado de la mediación y los sistemas extrajudiciales de gestión y resolución de conflictos en Cataluña. Entre los diversos ámbitos temáticos a estudio se encuentra el de *mediación sanitaria y hospitalaria* que tiene por objetivo, profundizar, especialmente, en los problemas interculturales, los conflictos de relación entre médicos y pacientes, la asistencia primaria, y la asistencia hospitalaria. El grupo de trabajo constituido pretende realizar una descripción de los protocolos de mediación existentes en los centros de atención primaria y en los hospitales, elaborar datos etnográficos sobre mediaciones personales médico-paciente, establecer una tipología de la mediación según los actores y situaciones que se plantean intra e interhospitalarias, elaborar datos estadísticos sobre la tipología de los casos en los hospitales y, finalmente, un estudio sobre metodologías de mediación, equipos existentes, protocolos y dinámica aplicada. Se trata, en definitiva, de disponer de un estudio sociojurídico sobre los protocolos actualmente existentes en los hospitales, de un estudio de casos con entrevistas con los responsables de los centros, médicos, enfermeras, pacientes y familiares y obtener datos estadísticos y metodológicos que serán presentados, específicamente, en uno de los capítulos del *Llibre Blanc (Llibre Blanc de la Mediació a Catalunya. Projecte de Recerca, 2008)*. En este sentido, los próximos años serán de vital importancia para el desarrollo formal de la mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña.

²¹⁴ El Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya impulsa el *Llibre Blanc de la Mediació a Catalunya* gracias a la financiación de La Caixa a través de su Obra Social dedicando, a tal efecto, un presupuesto de 500 millones de euros para el ejercicio 2008.

**V. LA ETNOGRAFIA COMO REPRESENTACIÓN. DESCRIBIR,
EXPLICAR, INTERPRETAR**

5.1. LA ETNOGRAFIA COMO REPRESENTACIÓN. DESCRIBIR, EXPLICAR, INTERPRETAR.

Debemos ayudar a la persona a aprender a valerse por si mismo y no generar dependencia, esto es cierto, pero también van llegando nueva gente y esta nueva gente también necesita que alguien les oriente y les ayude y les ponga en contacto con la sociedad receptora
(Fátima)

La colaboración establecida entre el HdM y la entidad *BCN Activa*, al incorporar dos mediadores interculturales en prácticas durante los periodos lectivos de los años 2001 y 2002, fue una de las primeras experiencias piloto que ayudaron a visualizar la figura del mediador intercultural en la actividad asistencial diaria planteando la necesidad de diseñar un proyecto que formalizara un servicio de mediación intercultural.

La puesta en marcha, en el año 2003, del *Programa IMAS-Mediadors*²¹⁵ con la incorporación de tres mediadoras, una de origen marroquí, una pakistaní y una mediadora rumana (todas ellas a tiempo parcial) supone la

²¹⁵ El Programa IMAS-Mediadors constituyó el documento principal para el desarrollo y puesta en marcha del Servicio de Mediación siendo, en si mismo, un *modelo de mediación institucional*. Estaba dirigido, principalmente, a la población inmigrante usuaria de los diferentes dispositivos sanitarios del IMAS aunque, acabó por concentrarse básicamente en el HdM dado el alto número de usuarios de origen diverso, especialmente de origen árabe. Se trataba, también, de un programa dirigido hacia los profesionales de la salud, con el fin de minimizar estereotipos e incomprensiones fruto de las diferencias culturales y problemas de comunicación que podían llegar a generar conflictos. A su vez, el programa contemplaba formar profesionales mediadores (para asegurar con ello un servicio asistencial integral) con la finalidad de facilitar la comunicación y el conocimiento intercultural entre los profesionales de la salud y los usuarios inmigrantes que utilizan los diferentes dispositivos sanitarios de la Institución. El diseño, monitorización, detección de necesidades y evaluación del programa fue inicialmente coordinado por un equipo de trabajo compuesto por; la Directora del Hospital del Mar, Directora de la Asociación Salud y Familia, Directora de Comunicación y Atención al Usuario del IMAS, la Directora de Formación Continuada del IMAS y la Coordinadora del Servicio de Atención al Usuario del Hospital del Mar, responsable, en última instancia de la coordinación del SMI del hospital. El anexo 8 muestra los objetivos y el cronograma de la implementación del Programa en el HdM.

constitución formal del servicio de mediación en el hospital. La mediadora árabe presentaba una mayor disponibilidad horaria, un total de 20 horas distribuidas durante la semana de lunes a jueves, frente a las 12 horas de trabajo de las mediadoras pakistaní y rumana²¹⁶.

Este hecho culminó el proceso surgido como respuesta a las necesidades emergentes en las relaciones entre profesionales y usuarios haciendo del Hospital del Mar un referente en la mediación intercultural en salud. El modelo de organización del programa proponía el liderazgo compartido entre el HdM y la asociación "Salut i Família" con el objetivo de favorecer las sinergias, experiencia y capacidad de innovación que ambas instituciones han adquirido a lo largo de los años en el campo de la inmigración (Sancho et al., 2007).

Los inicios del servicio vinieron marcados por la precariedad, la falta de recursos y el desconocimiento de los profesionales respecto a la mediación intercultural, las mediadoras y sus funciones. Un 68.3% de los profesionales del hospital manifestó que aún no desconociendo el tema por completo tenían poca información al respecto²¹⁷. Por otra parte, el

²¹⁶ El anexo 9 muestra la disponibilidad semanal de las mediadoras del servicio en junio de 2003.

²¹⁷ Ante la pregunta *¿Qué sabe sobre la mediación intercultural en salud?*, el 68.3% de los profesionales manifestó tener poca información al respecto. Por otra parte, el porcentaje de profesionales que manifestaba desconocer el tema (8.9%) era, prácticamente igual al porcentaje de profesionales que reconocían tener información sobre mediación intercultural en salud (9.3%). Para realizar la comparación entre médicos y enfermeras con respecto a la misma pregunta se recodificaron las opciones de respuesta en dos categorías. Los resultados indicaron que las enfermeras tenían más información, aunque las diferencias con los médicos fueron pequeñas y no significativas ($p > 0.05$). Los porcentajes de profesionales que conocían el servicio de mediación del Hospital del Mar dos años después de su puesta en marcha son un nuevo ejemplo. El 49% de los encuestados admitía conocer dicho servicio frente al 46% que responde no conocerlo aunque había oído hablar de él. Sólo un 4.3% de los profesionales no tenía ninguna referencia al respecto. Las respuestas dadas por médicos y enfermeras fueron porcentualmente muy similares y las diferencias no presentaron

análisis global de los datos (Anexo 10) demuestra que no hubo ninguna estrategia institucional para dar a conocer el inicio o puesta en marcha servicio de mediación intercultural. El hecho de conocer el servicio a través de canales de comunicación informales podría explicar el porcentaje significativo de profesionales (76%) que manifestaron utilizar con poca o nula frecuencia el servicio de mediación intercultural.

El desconocimiento ha marcado el trabajo diario de las mediadoras que han asumido, como parte de su actividad cotidiana, dar información de forma continuada del servicio, de su perfil profesional o de sus funciones, entre otras muchas informaciones hasta conseguir paliar, sólo en parte, su invisibilidad inicial tal y como refiere Hadisha.

Al principio sientes rechazo pero es desconocimiento porque cuando llevas un tiempo y piensas que el profesional que tienes en frente desconoce el servicio o tu función en este servicio entonces haces un esfuerzo, le enseñas, vas explicando, día a día, bien, o buscando demandas tu sola o que el te las haga pero vas explicando y haciendo matiz entre la traducción y la mediación.

En los mismos términos se expresaba Fátima²¹⁸:

yo creo que si, que empiezan a... porque lo que digo, ¿no? porque cuando ya llevan un tiempo trabajando con la persona mediadora pues llega un momento que si, que ven de que realmente es necesaria.

significación estadística ($p > 0.005$). Destaca el 32.9% de los profesionales que declararon haber recibido la información sobre el servicio por canales informales en el propio hospital respecto al 22.8% que recibieron la información por el Servicio de Atención al Usuario, servicio responsable de su coordinación. En el anexo 8 se pueden consultar las tablas que contienen las distribuciones de las respuestas a las preguntas *¿Conoce el servicio de mediación intercultural de este hospital?*. las respuestas agregadas en médicos y enfermeras y la distribución de las respuestas a la pregunta *¿Cómo recibió la información de la creación/existencia del servicio de mediación intercultural?*

²¹⁸ Fatima, junto a Najat, es una de las dos mediadoras a las que entrevisté en profundidad y cuyas afirmaciones utilizaré a lo largo de este capítulo para reforzar o comparar las afirmaciones de las mediadoras del Hospital del Mar, que se desprenden de los dos grupos focales realizados en esta institución.

Las mediadoras no contaban con un despacho propio sino que se encontraban ubicadas en un pequeño espacio abierto, anexo a los despachos del servicio de atención al usuario que servía, principalmente, como pequeño almacén improvisado de folletos divulgativos y materiales diversos. Se trataba, también, de un lugar de paso por encontrarse en él dos impresoras y una fotocopidora que daban soporte al servicio de atención al usuario y al de asistencia social. Las mediadoras compartían una mesa y no disponían de espacio físico para mantener entrevistas con usuarios o desarrollar sus actividades grupales. Esta precaria situación, el aumento de las actividades y, con el tiempo, de las mediadoras del servicio hace que la institución decida “cerrar” a modo de despacho esta zona lo cual permite una cierta ampliación del espacio. No obstante seguían presentándose ciertas dificultades al mantenerse, por ejemplo, la ubicación de la fotocopidora e impresoras en este despacho²¹⁹.

Mi llegada a inicios del año 2005, coincide con la necesidad de reforzar el servicio dado el aumento en la demanda de mediación por parte de usuarios y profesionales del hospital y la disponibilidad tan limitada de las mediadoras. Concretamente, el 59.3% de profesionales que conocían el servicio, respondieron que el SMI del hospital era necesario pero insuficiente²²⁰. Sólo un 1.5% de los profesionales declararon no necesitarlo mientras que el 3% afirmaron que el servicio no respondía a sus expectativas.

²¹⁹ La precariedad y la falta de recursos es uno de los problemas principales para el funcionamiento y desarrollo de los servicios de mediación. En el mismo sentido se expresan las mediadoras del Hospital Arnau de Vilanova, entre risas y resignación... “el doctor M.J. trajo un ordenador a la mediadora árabe que estaba antes porque no había antes nada. Fue gracias a él.” .../...“si se estropea para que vengan a arreglarlo... uh... hay que esperar, a veces una semana o dos. Llamamos y llamamos y no nos hacen caso”. Hemos estado todo el invierno sin calefacción porque no funcionan... tuvo que traerse ella un cacharro de su casa porque no funcionan...

²²⁰ En el anexo 10 figura la Tabla nº 17 donde se muestra la distribución de las respuestas a la pregunta: ¿Qué piensa del SMI del Hospital del Mar?.

Las mediadoras marroquí y pakistaní, aumentan su jornada tanto en horas como en días de servicio. Por otra parte, la emergencia de nuevos colectivos como la comunidad china plantearon la necesidad de incorporar una nueva mediadora al servicio. Así, a finales de 2005 y tras dos años de funcionamiento, se incorpora una mediadora china que va a desarrollar sus funciones dos días por semana. Aunque inicialmente el mediador gitano intervenía en procesos de mediación de forma puntual, es decir, ante demandas concretas frente a situaciones específicas, se constata, de forma casi inmediata la necesidad de poder contar con su presencia de forma regular, dos días por semana, igualándose con la jornada laboral de la mediadora china²²¹.

La observación sistemática del proceso asistencial de las mediadoras del Hospital del Mar me permitió clasificar en tres, las actividades principales que organizan su práctica asistencial cotidiana: generación y gestión de la demanda, proceso de mediación y seguimiento de los pacientes/usuarios y registro de las intervenciones realizadas²²².

5.1.1. Hospital del Mar. Servicio de Mediación Intercultural. 9.00 a.m.

La llegada de las mediadoras coincidía, generalmente, con las primeras llamadas al servicio de mediación. Hadisha recibe directamente, a través de su busca, la primera petición de mediación de la mañana. Se trata de un médico del servicio de urgencias que requiere su intervención inmediata informándole directamente de la situación²²³. Hadisha comenta que se

²²¹ Veanse en anexo 10 la tabla 2 donde se presenta la disponibilidad semanal de las mediadoras en el año 2005 (disponibilidad que se mantiene hasta la actualidad).

²²² Estas actividades son llevadas a cabo de forma similar por todos los servicios observados independientemente de la pertinencia del servicio a una asociación o al propio hospital.

²²³ Se dispone de datos sobre las áreas solicitantes del Servicio de Mediación realizadas entre junio de 2003 y diciembre de 2005 que ponen de manifiesto que el servicio de

trata, una vez más, de una petición de traducción ya que el profesional no demanda resolver una situación concreta o “problemática” sino que le pide que le traduzca literalmente, ciertas explicaciones que él quiere hacer llegar a su paciente.

Yo, con lo que mas me encuentro es que la mayoría de personas creen que estamos ahí sólo para traducir y por lo tanto muchas veces tengo que explicar que tenemos más trabajo como por ejemplo como podemos tramitar la tarjeta sanitaria, ver si existe algun problema... muchas veces me encuentro con la necesidad de explicar el porqué estoy allá...

Probablemente esta situación se corresponda con el esfuerzo que los profesionales manifiestan realizar al atender a usuarios/pacientes inmigrantes²²⁴. Es importante destacar que el 32.3% de los profesionales consideraron que les suponía un considerable o gran esfuerzo la atención a usuarios inmigrantes siendo el 37.3% los profesionales que expresaron que el esfuerzo dependía directamente de la procedencia del inmigrante. Sólo un 5% de los profesionales manifestó que atender a usuarios inmigrantes no le suponía hacer ningún esfuerzo adicional, porcentaje relativamente bajo si se tiene en cuenta el elevado número de usuarios inmigrantes atendidos en el hospital. El análisis inferencial²²⁵, muestra como los médicos manifiestan de forma significativa un mayor esfuerzo adicional en su labor cotidiana de atención a los inmigrantes ($p < 0.10$) respecto a las enfermeras. Al ser preguntados por las razones (pregunta en la que se podía indicar más de una respuesta) se observó que el motivo más importante que suponía realizar un esfuerzo adicional eran las limitaciones idiomáticas con un porcentaje del 89%, seguido de las

urgencias es el área que presenta el mayor porcentaje, el 35%, en las demandas de mediación. Vease anexo 14.

²²⁴ La pregunta se formuló de la siguiente manera: *¿en que medida la atención al usuario inmigrante le supone hacer un esfuerzo adicional en sus tareas asistenciales?*.

²²⁵ Recodificado los ítems en dos categorías: *mucho/considerable esfuerzo* y *poco/ningún esfuerzo* excluyendo de dicho análisis la categoría *depende de la procedencia del inmigrante*. Vease Tabla 5.1 anexo 10.

dificultades que supone el entorno social del usuario con un 53.2%. El 44.3% respondieron que el esfuerzo adicional venía dado por las dificultades surgidas de las diferencias culturales²²⁶. Los resultados sugieren la existencia de una relación directa entre el esfuerzo que realiza el profesional y la procedencia del inmigrante, o lo que es lo mismo, que existe una relación directa entre idioma y esfuerzo. Estos datos pueden hacernos pensar que los determinantes culturales de los usuarios no parecen influir o ser tenidos en cuenta por los profesionales, por el hecho de hablar una misma lengua. La comunidad gitana constituye un buen ejemplo ya que, a pesar de compartir el mismo idioma, existe un escaso conocimiento sobre las características y cultura de esta minoría por parte de los profesionales sanitarios. El desconocimiento de la importancia que el luto tiene para la etnia gitana y el miedo o la vergüenza de las muchachas para asistir a la consulta ginecológica, son sólo dos ejemplos que pueden llevar al profesional a actuar de forma incorrecta o con un comportamiento poco adecuado ante una situación de estas características.

No hay duda que la necesidad de los profesionales de obtener traducción lingüística ha sido uno de los factores que ha incidido directamente en la introducción de los mediadores en el ámbito de la salud. Este hecho sigue repercutiendo en la visión que los profesionales tienen de las mediadoras y de las tareas para las cuales pueden ser requeridas. La mediación, entendida como traducción, sigue siendo el principal motivo de demanda, y, al mismo tiempo, de preocupación para las mediadoras ya que consideran que condiciona inevitablemente la posibilidad de que los profesionales realicen nuevas demandas y servicios de mediación. Las palabras de Fátima refuerzan la percepción de las mediadoras:

²²⁶ Las tablas 6.1 a 6.6 contienen la distribución de las respuestas a la pregunta *¿En que medida la atención al usuario inmigrante le supone hacer un esfuerzo adicional en sus tareas asistenciales?*, las respuestas recodificadas en médicos y enfermeras a esta misma pregunta y, las respuestas a la pregunta *¿por cual de las siguientes razones?*

... ¿Demandas?, si...habían demandas pero en vez de verlas como una mediación, casi siempre te llamaban como traductora ¿no?, y allí yo creo que hay una confusión. La mediadora es una persona que facilita la relación, hace de puente de acercamiento ¿no?, puede hacer traducción lingüística y cultural pero no es una traductora y esta condición es una de las cosas que yo he reivindicado mucho, porque... bueno, cuando yo empecé ya tenía un rodaje pero veía que costaba mucho que lo asimilaran.

Esta imagen del mediador intercultural como traductor fue corroborada por el 74.2% de los profesionales del hospital que consideraron²²⁷ que el servicio de mediación sólo era necesario cuando el usuario no hablaba nuestro idioma. Sólo un 15.1% de los profesionales opinaron que el mediador intercultural era una figura necesaria aunque el inmigrante se expresara en nuestra lengua. Sin duda los profesionales siguen entendiendo la traducción como el hecho nuclear del proceso de comunicación (intercultural), y a pesar de que el 84.6% de los profesionales considera que la función básica de los mediadores interculturales en el ámbito de la salud es la de facilitar la comunicación intercultural entre profesionales y usuarios, un 65.9% de estos mismos profesionales opinaron que su función básica es traducir la conversación entre profesionales y usuarios²²⁸.

5.1.2. 10.30 a.m. Procesos de mediación y seguimiento de las intervenciones.

Hadisha finaliza su primera intervención, y a la espera de una nueva demanda se dirige a la unidad de hospitalización de pediatría, UH05, donde, como cada día, realiza el seguimiento de aquellos aquellos niños hospitalizados que habían requerido anteriormente su intervención a la

²²⁷ Ante la pregunta ¿Cuándo cree que puede ser necesario utilizar los servicios de mediación intercultural?

²²⁸ Las tablas 8.1 a 8.6 recogidas en el Anexo 10 contienen la distribución de las respuestas a la pregunta que admitía varias respuestas ¿Cuál es la función básica de los mediadores/as interculturales en el ámbito hospitalario?.

vez que revisa los nuevos ingresos. Su objetivo es detectar nuevas necesidades, problemáticas o bien dar por finalizado un proceso de mediación ya iniciado.

El seguimiento de las intervenciones realizadas por las mediadoras es bastante irregular ya que depende en gran medida de ellas mismas. Hadisha, al igual que sus compañeras, suele preguntar a las enfermeras por la evolución del niño (paciente) antes de entrar en la habitación. Después de una cierta confusión y, como en ocasiones anteriores, las enfermeras le informan que, Ahmed, el niño a quien visitaba desde su ingreso, ya no estaba. Había sido dado de alta.

Las enfermeras no tenían ninguna intención de llamarme, no me han llamado para nada. He tenido que subir yo y el chico ya se había ido... Las enfermeras no me han vuelto a llamar. Yo he subido y les he preguntado porque se le había dado de alta sin volver a llamarme y me dice que había "usado" a otro chico de la planta para hacer la "mediación natural". A mi esto me fastidia mucho porque se hace todo de forma muy espontánea, muy confuso todo.

La *mediación natural* ha sido una práctica habitual entre los profesionales de la salud para establecer vías rápidas de comunicación con los pacientes inmigrantes. Los profesionales, y en gran medida las enfermeras, "*utilizan*" a familiares, amigos etc. para resolver rápidamente una situación de incomunicación determinada dando respuesta a la demanda propia o realizada por el paciente. Hadisha expresa:

Se utiliza muchísimo, por comodidad, para ahorrar tiempo y luego salen mal diagnosticados, ¿vale?, ¡Qué llamen a las mediadoras, que no usen la mediación natural!. Que no salgan a la sala y que pillen a la primera que haya con un pañuelo en la cabeza para traducir. Que no hagan esto porque esto perjudica a la paciente, y al médico a la hora de diagnosticar. Son las propias enfermeras que lo hacen y el médico lo acepta sin ningún tipo de problema, sin pensarlo ni un minuto.

Tras el periodo de observación pude constatar que esta práctica, más o menos generalizada en los hospitales, ha ido disminuyendo a medida que los servicios de mediación intercultural iban afianzándose en la organización. Gran parte del trabajo que realizan las mediadoras, especialmente en los inicios del servicio, ha ido dirigido a dar información a profesionales y pacientes sobre sus servicios, actividades o tareas concienciándolos, a su vez, de la importancia de no recurrir a terceras personas para resolver ciertos problemas de comunicación.

Su percepción, al igual que la de sus compañeras, es de un cierto desinterés por parte de los profesionales y, en especial, por parte de las enfermeras quienes, en general no muestran conciencia del rol que las mediadoras pueden desempeñar no favoreciendo así el seguimiento del proceso de mediación y con ello la continuidad del proceso asistencial. En este sentido, Fátima critica la actuación de las enfermeras:

Costaba quizás mucho al profesional de que nosotras pudiéramos estar presentes... Había quien dice... yo ya me apañaba por señas y llegas tu y lo que yo digo, tu ya lo dices... Es como... es como un sentimiento de quitar protagonismo o... no se de... de notar un vacío ¿no?, de algo que tu hacías y ahora otro lo hace por ti.

La demanda puntual se considera prioritaria frente a las potenciales demandas detectadas por el propio mediador acudiendo, de inmediato, independientemente de que la petición la realice un profesional o por un usuario. Las demandas suelen ser realizadas fundamentalmente por los facultativos y, con menor frecuencia, por el personal administrativo y de servicios²²⁹. A pesar de la baja frecuencia, las mediadoras evidenciaban un aumento paulatino de las demandas aunque todas coincidían en que este

²²⁹ Desde 2007, todos los profesionales del hospital pueden realizar también sus demandas a través de un formulario on-line que se encuentra disponible en la intranet de su propia web tal y como se muestra en el anexo 11.

aumento *podía atenderse ya con normalidad*. Esta afirmación corroboró el porcentaje de profesionales, un 60.3%, que manifestaron utilizar el servicio de mediación con poca frecuencia, porcentaje que alcanzaba el 75.7% al sumar a aquellos profesionales que no lo habían usado nunca²³⁰. Entre las causas destacaba el 55.8% de los profesionales que manifestaban no haberlo necesitado nunca respecto al 30.2% que consideraban que podían solucionar los problemas que se generan. Tan solo el 4.7% no consideraba útil o eficaz la intervención del mediador. Las razones por las cuales los profesionales no utilizaban el servicio de mediación se recogen en la tabla 12.

Tabla 12

Distribución de las respuestas a la pregunta... En el caso de contestar "nunca", ¿por qué no ha utilizado el servicio?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No lo he necesitado nunca	24	7,9	55,8	55,8
	Porqué no lo considero útil / eficaz	2	,7	4,7	60,5
	Porqué puedo solucionar los problemas que se generan	13	4,3	30,2	90,7
	Porqué el servicio no cuenta con el MI que necesito	4	1,3	9,3	100,0
	Total	43	14,2	100,0	
Perdidos	Sistema	259	85,8		
Total		302	100,0		

²³⁰ Aunque se observó que las enfermeras manifestaban utilizar el servicio con mayor frecuencia que los médicos, las diferencias entre ambos grupos profesionales no alcanzaron significación estadística. Para comparar las respuestas entre médicos y enfermeras a la pregunta *¿Utiliza el SMI regularmente?*, se recodificaron las opciones de respuesta en dos ítems: *con mucha frecuencia/con frecuencia* y *con poca frecuencia/nunca*. En el anexo 9 figuran las Tablas 15 y 15.1 que muestran la distribución general de las respuestas de los profesionales y los porcentajes específicos de las respuestas de médicos y enfermeras.

Por su parte, Nadia, a la espera de una demanda concreta revisaba el listado de los ingresos del día con el objetivo de identificar, en función del nombre y apellidos, a potenciales usuarios que podrían necesitar de su intervención. Este es uno de los procedimientos que las mediadoras utilizan con mayor frecuencia para generar su propia demanda.

Nos dirigimos de nuevo al servicio de urgencias. Previamente a su intervención, la mediadora se presenta al paciente, explicándole quien es, cual es su rol, el servicio de mediación y describiendo algunas de las situaciones que podían ser susceptibles de su intervención. Conjuntamente con el paciente valoró la situación quedando a su disposición, al no necesitar esta última mediación alguna.

Es un circuito bastante lógico pues es normal que primero hagas urgencias que suelen ser entradas rápidas donde la mayoría de los casos, no siempre se hacen ingresos y que suelen ser solo consultas y luego se van las personas, entonces... es más lógico que hagas las urgencias primero y luego vayas a ver a las personas que ya están hospitalizadas y que a lo mejor vienen para dos días.

Como Nadia, todas las mediadoras consideran este circuito: *correcto, lógico y "bien montado"*, a la vez que coinciden en afirmar que son ellas mismas las principales responsables de generar sus propias demandas de mediación²³¹ y, por consiguiente en detectar precozmente casos o situaciones donde su actuación fuera necesaria, tal y como me comenta Hadisha:

...normalmente acudimos para generar la demanda, para ver si hay dificultades o... si se necesita algo de nosotras, entonces nos damos cuenta de que el paciente necesita pero el personal no nos ha hecho la demanda, uhmm... entonces yo no se a que es debido esto!

²³¹ Afirmaciones corroboradas, también, por las mediadoras del Hospital Arnau de Vilanova y las dos mediadoras entrevistadas en profundidad.

De vuelta al servicio, encuentro a Antonio quien me comenta que va a visitar a un enfermo. Las enfermeras de la unidad de hospitalización, UH 8, le han informado sobre el empeoramiento de este paciente y de un *cierto nerviosismo* por parte de sus familiares. Para las enfermeras se trata de una situación que podría derivar en un posible conflicto y consideran que la intervención del mediador puede resolver rápidamente esta situación.

Actuar desde el ámbito de la prevención evita posibles situaciones conflictivas producidas por desconocimiento cultural de los profesionales de la salud. Antonio ejemplifica, claramente, una de estas situaciones.

Cuando un gitano fallece, el tema del respeto a los difuntos, que bien sabéis vosotros que nosotros tenemos todavía y que eso es una cosa sagrada para nosotros... eso es uno de los errores más importantes... cuando fallece un gitano, bueno pues nada, el trámite se hace normal como a cualquiera y si te visto no me acuerdo y pocas explicaciones... lo llevan para abajo y ya está. Está la parte, ¿me entiendes?, la parte humana de que a esa familia nadie le ha dicho si se puede llevar al enfermo, o sea al difunto a su casa y velarlo como tradicionalmente dice la cultura gitana o si tiene algún problema y tiene el seguro para poder enterrarlo o no van a poder enterrarlo, de trasladarlo ¿a donde y como? ¿a Sancho de Ávila? y prepararle la documentación y apoyarlo en este tema... ¡nada!. ¡En absoluto! o sea que por lo tanto desde que yo estoy aquí, se que son problemas que existen y que esos problemas son los que hay que solucionar a estas familias y por lo tanto yo, me atrevo ya, cuando la cosa está ya muy mal que faltan horas de decir... oye ¿como estáis?, ¿tenéis las pompas fúnebres cubiertas o no? ... bueno pues tenéis que tener cuando tengáis que ir preparado esto, llevar el carné, ¿sabes?... como vienen las familias con nervios, como de aquella manera... tanta gente... como ya sabéis como somos los gitanos, en este caso cuando alguien se pone enferma, más cuando fallece, el problema digamos burocráticos que se le queda a ti y allí... nadie te echa un cable, nadie, al contrario, sin decirles ni pío, ahí al contrario, todo el mundo dando vueltas, mareando la perdiz pero nadie le dice... oye, no des más vueltas, el primer paso es este, el segundo es este y luego automáticamente la ambulancia de las pompas fúnebres te lo llevará a casa y lo veláis tranquilamente... No tengáis miedo, venga, analizar esto que es lo que tenéis que hacer... En absoluto, ¿me entiendes? hasta que yo cuando estoy se lo digo porque yo creo que esa es la interoención más importante que hay que decirle porque ellos están completamente nerviosos, no tienen la documentación, no lo han hecho nunca en la vida y

*tienen un montón de problemas que les recae, también, a la fatiga que están pasando en esos momentos de que se les ha muerto un ser querido, ¿no?. O sea de eso nadie se preocupa, nadie lo coordina ni le dan la importancia y el protocolo que se le tiene que dar en todos los temas, ¿no?.*²³²

La mediación preventiva, tan defendida por autores como Six (1990) o Vinyamata (2003), y entendida como la acción para facilitar la comunicación y la comprensión entre personas con diferentes códigos culturales y prevenir la aparición de conflictos, no es tenida en cuenta por los profesionales.

Es significativo el bajo porcentaje (29.1%) de profesionales que identifican como función básica del mediador la resolución de conflictos aunque inicialmente asocien el concepto *mediación* con el concepto *conflicto*.

Nora: A parte de que solo piensan que eres traductor, si dices que eres mediador, a mi me ha pasado, me dicen... ya ha venido la traductora y digo... si, la mediadora y me dicen: no, es que no hay conflicto!. Si, entonces les digo que no solo mediamos cuando hay un conflicto sino también para prevenir... o sea que falta mucha información sobre la mediación. Ellos solo ven la mediación cuando hay conflicto. Si no hay conflicto no hay prevención, no ven la mediación preventiva

Comprobé que los profesionales no perciben la existencia de muchos conflictos aunque, ante la pregunta, *¿considera que las mediadoras han sido determinantes para resolver situaciones de conflicto entre profesionales sanitarios y usuarios?*, el 77.6% de los encuestados respondían que en ocasiones y muchas ocasiones las mediadoras interculturales habían sido determinantes para resolver situaciones de esta índole²³³. Estos datos confirman, a su vez, los datos aportados en un primer estudio de

²³² En el año 2005 se revisó el Reglamento de policía sanitaria mortuaria (Decreto 2263/1974 de 20 de julio) con el objetivo de incluir las modificaciones oportunas para adecuar esta normativa a las diferencias culturales de la minoría gitana. Estas modificaciones no han sido incorporadas en la realidad cotidiana de los centros hospitalarios hasta el momento. (*Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.*, 2005)

²³³ La tabla 21 en el anexo 9 contienen la distribución de las respuestas a esta pregunta.

evaluación llevado a cabo, entre 1993 y 1995 por Gailly, Verrept y Chikhi (2001) en Bélgica, donde los autores concluyeron que: *los mediadores interculturales fueron capaces de resolver una serie de conflictos entre el personal sanitario y los pacientes pertenecientes a minorías étnicas, y algunas veces defendieron con éxito a sus clientes de las prácticas racistas e insensibles.*

Para nuestros profesionales, se trata de situaciones previas al conflicto, de malentendidos, que suelen resolverse rápidamente con la ayuda del mediador. Estas situaciones previas, en el que opera el malentendido, es el espacio que actualmente reivindican las mediadoras como el ámbito idóneo donde desarrollar aquellas funciones que consideran básicas en la mediación intercultural, la *información a profesionales y usuarios*, la *mediación preventiva* y el desarrollo de *programas de educación*, funciones todas ellas íntimamente relacionadas.

Informar, en un sentido pedagógico, es sin duda una de las principales funciones de la mediación. La información que se aporta, tanto a usuarios como a profesionales puede constituir un salto cualitativo en la comprensión global de una situación, aparentemente compleja o conflictiva. Nadia y Kadhi²³⁴, respectivamente, relatan dos de estas situaciones:

Yo, personalmente, desde este punto de vista ni tan solo pondría el idioma en primer lugar, aquí yo pondría simplemente la experiencia, la experiencia común que tuvimos en el país porque, por ejemplo, lo que es muy difícil para los rumanos es comprender que hay un estado que se preocupa por sus ciudadanos. Esto es muy difícil y muchas veces piensan que tendrán que dar dinero y muchas veces se muestran muy tímidos respecto a todo lo que es social, como por ejemplo ir al ayuntamiento. Todo lo que sea participación ciudadana... tienen mucho temor porque es un contacto con lo que para ellos son autoridades y como la experiencia fue tan negativa en Rumanía... por tanto siempre intentan estar fuera de esto.

²³⁴ Mediadora del Hospital Arnau de Vilanova

Pueden pensar, por ejemplo, que el hospital les va a costar dinero, que la tarjeta sanitaria vale dinero.... Así que no creo que sea tanto el idioma o la cultura como las experiencias previas.

...una vez... un médico dice a uno de mis pacientes que... "cuanto quiere"... aquí es una palabra de aquí, que no sirve... pero en mi país... tenía que ver que se enfadó hasta pensar que lo había insultado y todo eso. Yo le hice ver que eso no era un insulto, que es una palabra de aquí, normal... y luego... tener que pedir perdón, les digo... eso no está bien lo que ha hecho. Bueno, la situación se resolvió!

Por otra parte, informar a los usuarios que acceden por primera vez a los servicios del hospital es una de las funciones que las mediadoras han integrado en su rutina diaria tal y como refiere Hadisha y Nora, respectivamente.

...damos también prioridad a los pacientes que no tienen tarjeta sanitaria, vamos viéndolos y también informando. Muchas veces, sobre todo los de urgencias, como vienen en mal estado... bastante mal... pues no se acuerdan de traer la tarjeta sanitaria o no la tienen directamente... les asesoramos de cómo deben tramitarla o si no le vamos a asesorar como tiene que hacer le explicamos que si no la trae dificulta todo y paga el mismo a la hora de hacer la entrada...

... si, y personas que acaban de llegar... claro, si se ponen enfermos, lo que hacen es venir directamente a los hospitales y lo que hacemos los mediadores, en mi caso, pues, es explicarle un poco... eh... todo el recorrido, ¿no?, de lo que es el sistema sanitario de aquí y como funciona... y el hecho de que lo entienda, pues también evita mucho, ¿no? el colapso si, de las personas en urgencias...

A medida que el usuario aumenta su grado de información y conocimiento sobre el sistema de salud las mediadoras avanzan en las informaciones y contenidos que transmiten a sus pacientes o a sus familias. Kadhi ejemplifica, nuevamente, una de estas situaciones:

a veces también los pacientes, nosotros les preguntamos... ellos, algunos, tienen un seguro de repatriación porque cuando mueren aquí mis paisanos, la mayoría no quieren ser enterrados aquí... si, si, porque paisanos míos si se mueren aquí para trasladarlos a mi país vale unos 6000 euros... pues

cuando yo voy a visitarlos a los pacientes ingresados, cuando vienen muchas veces en las visitas, en las consultas con enfermedades crónicas, pues pregunto... ¿Qué tu estás trabajando?, si me dicen, si, pues les pregunto si tienen seguro de repatriación. Si no lo tienen, lo aconsejo... pues puedes en La Caixa, en el BBVA para hacer este seguro...

Con el tiempo, la tarea de información pasa a convertirse en una labor de apoyo a usuarios y familiares estableciendo relaciones de confianza. Las situaciones de vulnerabilidad e incertidumbre en que los usuarios inmigrantes se encuentran, hacen que depositen su confianza en las mediadoras dejándose asesorar en muchos aspectos. El concepto de confianza, valor fundamental en las relaciones médico-paciente (Jovell & Navarro, 2006) puede extrapolarse en los mismos términos al ámbito de las relaciones mediador-paciente ya que, tal y como defienden estos autores, *permite el desarrollo y ofrece estabilidad a las relaciones que se establecen.*

Antonio: Les pregunto a los gitanos y me doy a conocer... los gitanos en este caso ya me lo pagan con que me tengan confianza, les digo que soy gitano. Ellos se quedan un poco así... hombre un gitano que bien, ¿no? y tal y bueno hago por entrarme con ellos y les digo... oye para cualquier cosa ya sabéis, aquí estoy, me llamais, yo estoy aquí para ayudaros y tal y de aquella manera... entonces, ¿eh?, el segundo paso es de que cuando me ven, por ejemplo, es un caso grave y hay mucha acumulación de gente pues entonces yo ya, con que me dao a conocer voy a llamar a aquella gente y decir... oye mira, que aquí hay mucha gente y os van a llamar la atención, procurar estar un poco bien... Al siguiente día, casi siempre por la mañana, automáticamente yo pregunto a la seguridad porque como se quedan por la noche... ¿eh?, pregunto como ha ido, ¿no?, si ha ido mal, si ha habido algun problema, nada cualquier cosa, ¿no? para saberlo yo y entonces hablarlo y tal, ¿no? y bueno... ese es mi recorrido.

En los meses que realicé el seguimiento de las actividades de las mediadoras pude comprobar como, en una sola ocasión, se solicitó a la mediadora marroquí, Hadisha, una intervención relativa al fomento de hábitos dietéticos, o de educación para la salud. La demanda fue realizada por el servicio de pediatría, con el objetivo que la mediadora explicara,

especialmente a la madre del niño, cuales eran las medidas dietéticas que deberían de seguir a partir del momento del diagnóstico. Hadisha, en presencia de la enfermera, realizó una intervención de, aproximadamente, una hora dando todo tipo de explicaciones y respondiendo las dudas y preguntas de la madre. Se apoyaba en un tríptico sobre hábitos alimentarios que había sido diseñado por el servicio del hospital.

Estos últimos aspectos son los que tratan de corregir las mediadoras, en algunas de sus intervenciones, evidenciando este rol como parte esencial de su trabajo. El diseño e implementación de los programas de educación es una de las asignaturas pendientes, que demandan las mediadoras como una de las funciones determinantes de su desarrollo profesional.

En general, los procesos de mediación no se realizaban estableciendo y manteniendo el espacio triangular hecho que provocaba que las mediadoras perdieran su capacidad y acción de mediar ya que sus intervenciones no se producían de forma efectiva entre profesional y usuario. De acuerdo con *Desenvolupament Comunitaria* (2002, p. 129), la mediadora intercultural debe de actuar en los espacios de relación entre profesional y usuario y, siempre, en situaciones que se denominan *triángulo* ya que el concepto de mediación hace referencia a la intervención de una tercera parte entre otras dos. La mediación debe establecer y mantener ese espacio triangular, donde la mediadora ocupa una posición claramente diferenciada. Nadia comenta al respecto:

...de esto si que suelo hablar, bastante, con las dos partes pero siempre por separado casi nunca están presentes las dos partes... quiero decir...que lo que sería la triangulación en el acto de la mediación no se hace. Nunca, nunca. Soy como un mensajero... voy y vuelvo!

La mediación debe realizarse siempre articulando paciente, profesional y mediador, sólo así se pueden plantear las diferentes perspectivas del problema o situación llegando, más rápidamente, al mutuo entendimiento.

5.1.3. Registro de las intervenciones. 13.00 a.m.

Las mediadoras dedicaban diariamente un tiempo considerable a registrar cada una de las intervenciones de mediación que habían realizado. Para ello disponían de una hoja de registro, diseñada por el servicio de atención al usuario, estructurada en cinco apartados el primero de los cuales recogía el nombre de la mediadora que realiza el servicio, la fecha y el número de registro. El servicio y profesional que hacía la demanda (nombre y categoría), y la filiación del usuario, nacionalidad, idioma nativo, constituían el segundo y tercer apartado donde anotaban, además, si el paciente/usuario poseía la tarjeta sanitaria. La ficha disponía, finalmente de dos espacios “abiertos” donde registrar, por un lado, la acción efectuada y por otro, aquellas observaciones que la mediadora considerara oportunas respecto a la demanda y el proceso²³⁵.

El Hospital, pone en marcha en 2004 a través de su intranet, un programa informático que integra los datos que recogen las mediadoras en sus intervenciones²³⁶. El registro informático es ágil y permite una fácil gestión de los datos. El análisis de los datos registrados permitía evaluar, entre otros indicadores, las asistencias realizadas por las mediadoras, el tipo de intervenciones que se realizaban, los servicios hospitalarios con mayor demanda y el número de usuarios atendidos. Este programa, a semejanza de la hoja de registro, no recogía el máximo de intervenciones y posibilidades de registro que las intervenciones en mediación generaban.

²³⁵ En el anexo 12 se muestra la hoja de registro.

²³⁶ Ver anexo 13.

Se pudo comprobar, por ejemplo, como el apartado de “acción efectuada” no recogía tres tipos de intervenciones puntuales que realizaban con asiduidad las mediadoras como: el acompañamiento a pacientes i/o familiares, las visitas de apoyo (que eran registradas como “seguimiento”), y las visitas de carácter preventivo²³⁷. Se trata pues, de una pérdida de información cuyo análisis es sumamente importante para profundizar en la cuantificación de las tareas realizadas desde el servicio de mediación. Este es, sin duda, un aspecto del servicio que cabría mejorar ya que los datos recogidos a partir de una primera explotación estadística realizada por el Servicio de Atención al Usuario en el periodo comprendido entre *junio de 2003 y octubre de 2004* constituyeron la base para la presentación de los primeros resultados del SMI²³⁸. En el año 2006 se realiza un segundo estudio de evaluación llevado a cabo por Sancho, Antonin, Iniesta i Tomás-Sábado (2007), y con el una nueva explotación de los datos del SMI existentes ampliándose el periodo de evaluación a diciembre de 2005. Concretamente se evalúa el periodo comprendido entre *junio de 2003 y diciembre de 2005*. Los datos más significativos de ambas evaluaciones se resumen en el anexo 14.

La observación diaria de las intervenciones de mediación constató la necesidad de mejorar la información registrada, especialmente en los apartados de filiación de los usuarios y de las acciones/intervenciones realizadas por las mediadoras. En concreto y, a modo de ejemplo, pude observar la falta de un registro específico en el caso de que la mediación se realizara a niños, a través, o no, de sus progenitores. Un estudio llevado a cabo en el propio Hospital del Mar (Cots et al., 2002) realizó un registro de la nacionalidad de origen de los niños, hijos de inmigrantes, nacidos en el hospital, a través de un sistema indirecto de relación de bases de datos

²³⁷ Realizadas principalmente por el mediador de etnia gitana

²³⁸ Estos resultados han sido presentados en diversos foros profesionales.

entre la filiación de la madre y del recién nacido. Este registro es necesario ya que al nacer en nuestro país, es el lugar de residencia el que determina el origen del niño. Registrar, en estos casos, el país de origen del padre y/o de la madre ayudaría a comprender situaciones concretas y problemas de salud o patologías determinadas. En muchos de estos casos la mediadora registraba su intervención como "*mediación con un adulto*". En otras ocasiones y aunque se registrara la intervención en el apartado de observaciones, la falta de datos respecto al niño sesgaba la estadística respecto a las intervenciones realizadas. Por otra parte, el registro hospitalario no contempla el país de origen de los padres de estos niños. Todos ellos tienen nacionalidad española lo cual les excluye estadísticamente de posibles inferencias que podrían aportar datos e informaciones importantes para la interpretación de las acciones que se realizan desde el servicio de mediación.

La valoración del seguimiento que las mediadoras realizaban a los usuarios que ya habían recibido una primera mediación es otro ejemplo de pérdida de información. Las visitas periódicas que las mediadoras realizaban con los usuarios no se registraban como tal sino que, generalmente, constituían un nuevo registro. El seguimiento sólo se podía realizar a través del rastreo del número de la historia clínica del paciente, seguimiento que se realizaba, en ocasiones muy determinadas. Esto incide, directamente en la pérdida de informaciones valiosas respecto a las acciones de seguimiento que las mediadoras realizaban con un mismo usuario (aunque ellas refirieran acordarse de las intervenciones realizadas) y supone, engrosar las estadísticas del servicio de mediación (y por extensión de la *Asociación Salud y Familia*) respecto al número de pacientes e intervenciones realizadas.

A su vez, las mediadoras debían de registrar sus intervenciones en un “cuadernillo” mensual diseñado por la *Asociación Salud y Familia* (a la que formalmente pertenecen). En este registro propio de la asociación se anotaban las actividades de mediación, que debían de introducirse, de nuevo, en otro proceso informático con el objetivo de que la asociación pudiera explotar sus datos de forma particular. En consecuencia, las mediadoras debían introducir en dos programas informáticos diferentes las actividades hecho que suponía una considerable pérdida de tiempo.

Las mediadoras no consideran adecuadas las fichas que utilizan para el registro de las intervenciones, especialmente, y como he planteado anteriormente, ante la imposibilidad de registrar tareas de acompañamiento o el seguimiento que se realiza a un mismo paciente.

*Hadisha: Cuando intervenimos con el médico o con un paciente, lo apuntamos. A veces, si el profesional está pidiendo una información sobre la cultura o sobre un dato específico también lo apuntamos aunque en la hoja no hay nada para el paciente, allí se recoge la intervención, sin más...
Faltan muchos datos como por ejemplo todo lo que se refiere al paciente*

Las actividades llevadas a cabo por las mediadoras tales como las reuniones internas o con otros profesionales del hospital, traducción de protocolos etc., el diseño de material divulgativo y guías adecuadas a las necesidades culturales de los usuarios tampoco eran registradas al ser contempladas como situaciones puntuales que requerían ser organizadas en el momento en que se generaba su demanda o necesidad.

5.1.4. Al margen de la rutina cotidiana...

La responsable del Servicio de Atención al Usuario es, a su vez, la coordinadora del servicio de mediación del HdM y la persona que aún sin disponer de unas directrices preestablecidas o diseñadas por la institución

tenía en cuenta los aspectos más estratégicos de la gestión del servicio. Su conocimiento de la realidad asistencial y de las necesidades de profesionales y usuarios incidió directamente en las iniciativas llevadas a cabo.

Su figura adquiere un papel de referencia para el equipo de mediadores impulsando diversas iniciativas innovadoras y alternativas en sus intervenciones. En este sentido destaca las actividades llevadas a cabo por las mediadoras en la traducción de informaciones propias de diversos servicios, protocolos de actuación etc. el diseño de nuevos materiales divulgativos escritos en diversos idiomas y la comunicación de sus actividades en jornadas y congresos. Las tablas 13 y 14 muestran la relación de las publicaciones realizadas por el SMI en colaboración con otros servicios o profesionales del hospital y la relación de las principales comunicaciones realizadas por el servicio de atención al usuario²³⁹.

²³⁹ El anexo 15 muestra algunas de estas publicaciones.

Tabla 13

**Publicaciones realizadas por el Servicio de Mediación Intercultural,
el Servicio de Comunicación y el Servicio de Atención al Usuario
Periodo 2003 - 2007**

▪ Tríptico sobre la disponibilidad de los recursos sociosanitarios para la atención en los casos de violencia de género (catalán, castellano, inglés y francés)
▪ Librito Urgencias Pediátricas –Consejos para los padres traducidos al catalán, castellano, inglés, francés, urdú, árabe y rumano
▪ Tríptico informativo sobre anestesia (árabe)
▪ Tríptico informativo sobre la Cirugía sin Ingreso (árabe)
▪ Tríptico informativo sobre hábitos alimentarios
▪ Recomendaciones postoperatorias (árabe)
▪ Información de la dieta en el caso de urticaria aguda crónica (árabe)
▪ Tratamiento de la sarna en adultos (árabe)
▪ Instrucciones Endoscopia Digestiva Baja Total y Endoscopia Digestiva Alta (árabe)

Tabla 14

**Comunicación de Resultados. Servicio de Atención al Usuario y Servicio de Mediación
Intercultural del Hospital del Mar.
Periodo 2003 - 2008**

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS	EVENTO	FECHA
Programa de Mediación Intercultural	I Jornada de Participación en Salud Pública - Barcelona	Mayo - 2004
La Mediación Intercultural i la salut	XIV Jornada d'Infermeria: "La salut en el contexte intercultural: estratègies d'intervenció. Sant Cugat del Vallès	Abril - 2005
La Mediación Intercultural y la salud. El Hospital del Mar	IX Encuentro de Investigación en Enfermería - Madrid	Noviembre - 2005
The Intercultural mediation programme Hospital del Mar. Activity indicators and results of the perception and satisfaction survey of the professionals	14th. Internacional Conference on Health Promoting Hospitals Lituania	Mayo - 2006
La Mediación Intercultural día a día	XIII Congreso Nacional de la SEUS Alicante	Mayo - 2007
L'Hospital del Mar orientat a la multiculturalitat	Congrés Internacional sobre l'acollida a les persones nouvingudes Barcelona	Octubre - 2007
Importancia de la mediación en l'entorn sanitari	Les Infermeres i la Interculturalitat	Octubre - 2008

5.1.5. 2008: el Servicio de Mediación Intercultural tres años después. Tiempo para el desencanto y la autocrítica

Poco ha cambiado el SMI tres años después de mi trabajo de campo y de las primeras evaluaciones realizadas. Hadisha y Antonio son los dos mediadores con mayor trayectoria en el servicio. La *Asociación Salud y Familia* sustituyó a Nadia y Nora (las mediadoras rumana y pakistani) por dos nuevas mediadoras, también de origen rumano y pakistani, Erika y Samira que, junto a Yun Lee, formaban el nuevo equipo de mediación.

El circuito o rutina diaria de las mediadoras no ha variado desde sus inicios, en 2003. Las mediadoras siguen revisando el listado de ingresos del hospital y de las visitas programadas en busca de posibles usuarios con necesidades de mediación priorizándose, en todos ellos, el servicio de urgencias para, posteriormente, pasar por las diversas áreas de hospitalización, especialmente, los servicios de pediatría y materno-infantil.

Parece lógico pensar que el desconocimiento inicial de los profesionales respecto a la mediación incide directamente en las relaciones profesionales que se establecen y, por tanto, en la falta de trabajo en equipo. Pero la realidad es que tras seis años desde la implementación del servicio de mediación en el Hospital del Mar, las mediadoras no han conseguido integrarse profesionalmente en el equipo interdisciplinar, situación que se reproduce, también, en las mediadoras del Hospital Arnau de Vilanova. Esta realidad contradice la respuesta de los profesionales encuestados que ante la pregunta *¿Qué relación cree que ha de tener el mediador/a intercultural con el equipo de salud?* destaca el 60.3% de los profesionales que opinan que el mediador intercultural debería ser un profesional más del equipo interdisciplinario en salud. Se observa que el 21.9% opina que debe de ser

considerado como un colaborador externo y el 17.8% como una figura auxiliar de los profesionales. Podemos considerar estos datos significativos²⁴⁰.

La gestión de los datos sigue siendo limitada. La evidencia de alguna de las incidencias referidas anteriormente hace que en 2007, se actualize el registro informático aportando dos nuevos apartados de información. El primero, denominado *Iniciativa* recoge, como su nombre indica, de quien parte la demanda de mediación: del profesional, del paciente o de la propia mediadora. El segundo apartado, *tipo de mediación*, registra, según el servicio, las personas que intervienen en el proceso o acción determinada: *mediador-profesional*, *mediador-paciente* y, por último, *mediador-profesional-paciente*. Este apartado, debe de ser interpretado no tanto como tipo de mediación, sino como registro de la persona con quien la mediadora realiza alguna intervención más allá del proceso de mediación propiamente dicho. Las acciones, como se ha descrito anteriormente, se registran en el apartado denominado *acción efectuada* que, en este caso, si subsana alguna de las incidencias mencionadas con anterioridad. En este sentido aparecen nuevos indicadores como son: *acompañamiento al usuario*, *asesoramiento profesional*, *mediación preventiva*, *información de los recursos sanitarios* y *asesoramiento religioso* y se omiten apartados como el de *traducción*, *traducción documentos*, *mediación*, *seguimiento* y *documentación incompleta* que no ofrecían una información adecuada de las acciones llevadas a cabo. Persisten dos campos o indicadores, *mediación enfermería* y

²⁴⁰ Se observa, no obstante una tendencia, también significativa ($p < 0.01$), de las enfermeras a considerar a las mediadoras como un profesional más del equipo de salud mientras que los médicos se inclinan más por considerarlas colaboradoras externas o auxiliares. Las tablas 11 y 12, en el anexo 9, muestran la distribución de las respuestas a la pregunta ¿Qué relación cree que ha de tener el MIS con el equipo de salud? y las respuestas agregadas en médicos y enfermeras.

mediación médico que podrían estar en el origen de la introducción del apartado, *tipos de mediación*, comentado anteriormente²⁴¹.

Si bien este segundo registro informático mejora el anterior y subsana alguno de los handicaps presentes en el registro de intervenciones, no hay duda de la necesidad de una nueva actualización y la incorporación de nuevos indicadores que permitan obtener una información mucho más específica²⁴².

Se sigue manteniendo la obligación, de introducir los datos en dos registros informáticos independientes el uno del otro, es decir, el que determina la Asociación Salud y Familia y en la intranet del hospital. Este hecho sigue comportando una importante pérdida de tiempo que las mediadoras viven ya con especial preocupación preguntándose por la ineficacia, en este sentido, de ambas instituciones.

Hadisha: Yo no me siento valorada porque el hecho de introducir los datos en dos programas, hace perder tiempo y... y me pueden, me pueden explotar y aprovechar de mi en... y yo me dejo, tranquilamente, en otros aspectos... ¡que me den más trabajo! pero no administrativo porque no es en lo que me he formado... y a parte porque es administrativo tonto, introducir los mismos datos para... para dos instituciones.

Esta situación se repite en aquellos servicios de mediación donde las mediadoras pertenecen a la *Asociación Salud y Familia*. Pude constatar este mismo problema en el Servicio de Mediación del Hospital Arnau de Vilanova. La duplicidad de programas informáticos conlleva una pérdida de tiempo que todas las mediadoras juzgan excesivo. En contraposición, el hospital cuyo servicio de mediación es propio, registra las actividades

²⁴¹ El anexo 13 muestra ambos registros informáticos

²⁴² Durante mi estancia en el HdM diseñé un nuevo registro con el objetivo de que esta incluyera los indicadores necesarios y subsanara las limitaciones de los registros hasta entonces utilizados. Este registro fue cedido al Servicio de Atención al Usuario.

diarias de las mediadoras quienes deben de presentar una memoria anual de sus intervenciones. Esta memoria se valora positivamente por ambas partes. Najat argumenta:

Eso que... nosotras cada año hacemos memoria de todo el trabajo que hacemos y eso lo presentamos a la supervisora. Antes era a la asociación "Vine amb mi" y ahora vamos a hacerlo con la supervisora. ¿Problema que es? No solamente registrar pero... registrar para nosotras como mediadoras que le vemos útil. Si, si, si... y después hacemos también, vemos que hacemos todo el año, que ha sortit más importante, en, en un año de trabajo, que cosas se han repetido, que cosas han fracasado y que cosas ganamos dentro de este trabajo de un año. Depende de lo que surge miramos hacer como sesiones informativas.

En mi opinión, otro de los handicaps importantes es no tener constancia en las historias clínicas y/o en las historias de enfermería de las intervenciones que realizan las mediadoras. Esta situación favorece la invisibilidad de sus tareas hecho que relacionan directamente en su reconocimiento profesional:

Erika: está claro que de alguna manera difícilmente se podrá profesionalizar el trabajo que se realiza si no hay un registro. Si no hay registro, el trabajo es invisible. No, no se registra. No muestran interés. ¿ellos?... no, no lo registran.

Aunque, hace unos años, el Hospital del Mar apostó por incorporar un servicio de mediación intercultural, las mediadoras expresan la falta de compromiso institucional que existe al respecto. Los momentos de silencio que se producen al ser preguntadas directamente por ello, se hacen más significativos pasados los años. Finalmente Hadisha expresa,

Yo me siento un poco vacía, a ver vacía... Yo personalmente siento que todo lo que puedo lo hago pero que podría hacer mucho más, podría ser más útil, que mi esfuerzo se puede utilizar más, de forma más organizada, pero yo sola no lo puedo hacer, ¿vale?... que se podría organizar mejor y a un

nivel más comunitario. No hay ningún compromiso entre... osea, el hospital como institución y nosotros los mediadores.

Esta afirmación la hacen, de forma unánime, todas las mediadoras tanto aquellas que tienen una larga trayectoria profesional, como las más noveles. Todas ellas coinciden en señalar que únicamente cuando exista un serio compromiso institucional podrán llevarse a cabo mejoras determinantes en todos los sentidos.

Es significativa la relación que hacen las mediadoras sobre la precariedad laboral y su vinculación a la *Asociación Salud y Familia*. De forma unánime expresan su malestar por unas “malas” condiciones contractuales y la falta de equiparación que existe con otros profesionales o trabajadores del propio hospital. En los mismos términos se expresan las mediadoras del servicio de mediación del Hospital Arnau de Vilanova que dependen, también, de la misma asociación.

A la precariedad contractual de las mediadoras sigue añadiéndose la escasa dotación de recursos con la que cuentan los servicios de mediación. “*El despacho es como un pasillo..., el ordenador fue donado por un médico..., hemos estado todo el invierno sin calefacción...*” son sólo algunas de las frases recogidas a lo largo de las entrevistas mantenidas. Todo ello condiciona la percepción que tienen las mediadoras respecto a su posición en la institución que relacionan, directamente, con una sensación de desafección por ambas partes.

Antonio: Somos de todos y no somos de nadie y no podemos decidir por nosotros mismos porque tu ten en cuenta que aquí están... bueno... la pescadilla del tema... de que yo cojo una ONG, me pongo a dirigir a estos señores, los tiro cuando yo quiera... la ONG que se arregle... ahora tu tienes que estar aquí... Bueno y yo que pinto, a donde estoy... ¿en un lao?, ¿estoy en el otro?... ..!... Parece ser que como nosotros los mediadores estamos pues... entre comillas... ¿no?, en precario, siempre en precario,

pues da la casualidad que los profesionales de aquí, contratados por el hospital, eh... no somos sus amigos... no somos de la casa, ¿no? o sea que en este caso sería muy conveniente de que ya que se ha visto y se ha analizado durante tanto tiempo, de que en los hospitales tomen la alternativa de contratar dignamente a estas personas, porque estas personas ya harían su equipo conjuntamente con los demás y como y de que manera... yo creo que sería mucho más fácil, mucho más fácil y coherente y con un resultado mucho más positivo que hasta ahora.

Para Fátima no existe compromiso institucional, no existe una implicación directa de las instituciones y hospitales porque no se reconoce al mediador como profesional.

Las diversas propuestas que realizan las mediadoras inciden, directamente en los ámbitos de la precariedad laboral, (tanto a nivel salarial como en el de recursos del propio servicio) y de la formación en mediación en salud. Para las mediadoras, el apoyo de la institución pasa por su contratación directa lo que, en su opinión, les conferiría el estatus y reconocimiento profesional que tanto demandan.

Por otra parte, el servicio debería organizarse de idéntica forma al resto de los servicios hospitalarios contando con la figura, en exclusiva, de un/a mediadora coordinadora que se encargaría de su gestión y del diseño de estrategias de información, para dar a conocer el servicio a los profesionales, de formación continuada, que permitirían la actualización de los conocimientos y reciclaje de las mediadoras, estrategias de evaluación y mejora y, en definitiva, de todas aquellas estrategias que permitieran la integración de las mediadoras en el equipo interdisciplinar. Participar en las sesiones clínicas es una de las propuestas mejor valoradas ya que consideran que en ellas se hace partícipe, a todos los miembros del equipo, del conocimiento, discusión y resolución de muchos de los problemas que se derivan de situaciones y casos complejos y es una fórmula imprescindible para la cohesión del grupo y formación del equipo

interdisciplinario en salud.

Es indudable que el reconocimiento profesional debe de ganarse con el trabajo cotidiano, máxime cuando se está hablando de una profesión emergente como es la mediación intercultural. No obstante, cabe hacer autocrítica. Si bien es cierto que hay mediadoras con una larga trayectoria profesional también he podido constatar la escasa formación, en sus inicios, de una buena parte de las mediadoras interculturales que posteriormente llegan a los servicios de mediación hospitalarios con un pobre currículum y nula experiencia. La proliferación de cursos de mediación de contenidos muy genéricos y con pocas horas de docencia en entidades de índole muy diversa, sin trayectoria alguna en el campo de la mediación, así como la no discriminación de los aspirantes ha generado que muchos de estos mediadores hayan llegado con mucha rapidez al sistema, incidiendo negativamente en la percepción de muchos profesionales que han visto como las mediadoras no podían ir más allá de una escasa traducción puntual. En este sentido Fátima y Najat argumentan:

Fátima: se ha criticado mucho la figura del mediador por el hecho de que durante una temporada se han formado ... se ha hecho mucha formación de pocas horas, una formación poco reglada, poco formal que ha... bueno, que ha situado en la calle a muchos mediadores que no tenían ni la formación ni la experiencia requerida.

Najat: El problema que surge, si han detenido... si han tenido, perdón, si han tenido una discriminación por los profesionales por le fait que no tienen base sobre la mediación... estoy de acuerdo. No es una discriminación, es una realidad. Pero vosotras sabéis, más que yo, que en la mediación cuando salía y entrábamos los primeros, después de 2000, empezamos a ver mediadores que salen... umm... una hora de mediación y organizaciones que están cogiendo a gente, organizando cosas, solamente por el hecho de ganar dinero. Claro!, le fait de hablar catalán y castellà... perfecto... ya es mediador y los cursos de un mes, tres días o cuatro días no son suficientes para trabajar el tema de la mediación.

(consideras que se ha perjudicado...)
Si, si... si. ¿a la mediación? si, si, porque ahora muchas veces... eso sucede rápidamente en cualquier trabajo. Cuando yo voy a otros sitios y tu ves que están hablando, que no tienen ningún nivel, no saben que están haciendo, entonces es triste, no es el hecho de hablar el idioma, es el hecho de ¿Cómo puedes trabajar un caso?, ¿Cómo puedes hacerlo?... Y eso es prestigio social... es una función como todas las funciones, claro, si tu no tienes unos estudios que te marca tu límite y que te darán función y que te dirá como puedes actuar, fácilmente vas a caer, que va ha hacerlo malament.

Es significativo que los profesionales que utilizan el servicio de mediación de forma regular no se pronuncien ante la pregunta, *¿considera a las mediadoras del servicio suficientemente formadas?* al ser preguntados por el nivel de formación de las mediadoras. La respuesta *no sabe/no contesta* presenta un porcentaje del 66%.

Tabla 15.
Distribución de las respuestas a la pregunta ¿Considera a las mediadoras del servicio suficientemente formadas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si, tanto en el ámbito de la mediación como en el de la salud	53	17,5	21,2	21,2
	no, les falta formación en mediación	8	2,6	3,2	24,4
	no, les falta formación en salud	24	7,9	9,6	34,0
	no sabe / no contesta	165	54,6	66,0	100,0
	Total	250	82,8	100,0	
Perdidos	Sistema	52	17,2		
Total		302	100,0		

Que duda cabe que la formación es la base fundamental que hace avanzar cualquier profesión. En este sentido queda mucho por recorrer en el campo de la mediación y, particularmente, en el ámbito de la salud. Las mediadoras reconocen sus limitaciones y la necesidad de adquirir más

conocimientos en ambos ámbitos aunque consideran, de forma unánime, que tanto las asociaciones como el hospital deberían de implicarse más formalmente e implementar programas de formación continuada. Internet es el recurso principal de acceso a la información.

Samira: A mi me faltarían más conocimientos sanitarios

Yun Lee: Si, a mi también. Me faltan más conocimientos sanitarios.

Erika: Cundo tengo tiempo, no se... miro por internet los diagnósticos, las enfermedades...

Samira: si, yo también.

En escasas ocasiones reciben explicaciones por parte del servicio que las demanda aunque no dudan en preguntar a médicos o enfermeras, siempre que la ocasión lo permite. Proponen la organización de sesiones clínicas y la necesidad de que se organicen, cada vez más, jornadas y congresos²⁴³, donde profesionales y mediadoras puedan intercambiar información y conocimiento. La precariedad salarial y los horarios laborales (algunas de ellas compaginan dos trabajos) no les permite tener la disponibilidad necesaria para realizar cursos avanzados o de reciclaje profesional.

Respecto a los profesionales sanitarios, la globalidad de los datos anteriormente mostrados, evidencia claramente la necesidad de adquirir formación que les permita ser competentes en el ámbito de la mediación y, especialmente, de la interculturalidad.

²⁴³ El 2 de julio de 2004 el Hospital del Mar (concretamente Atenció a l'Usuari, Comunicació i Imatge de l'IMAS) organiza la *I Jornada La mediació intercultural i la salut*. El éxito de la Jornada, tanto en relación a ponentes como a participantes plantea la necesidad de organizar una segunda edición, dándole, de esta forma, carácter anual a la misma. Esta II Jornada fue integralmente diseñada presentándose, incluso, su programa preliminar. "Problemas de agenda" desestimaron posteriormente su realización.

5.1.6. Evaluación de la calidad asistencial y la satisfacción en mediadoras y profesionales

No existe ningún programa de evaluación establecido en ninguno de los servicios de mediación intercultural estudiados que permitiera valorar objetivamente las acciones de las mediadoras a pesar de que el Hospital del Mar había realizado en los años 2004 y 2006 la explotación de los datos referentes al servicio de mediación, tal y como se ha mostrado anteriormente. En este sentido Antonio expresaba:

yo que se si lo hacemos bien o lo hacemos mal porque como a mi nadie me evalúa y esto es una cosita que aquí estamos de paso... pues bueno, ¿me entiendes?.

Las mediadoras manifestaron mantener una relación más cercana con los usuarios mostrando una mayor satisfacción respecto a sus intervenciones...

Yun Lee: si la verdad es que nos lo agradecen bastante, lo agradecen bastante.... Nos lo agradecen mucho y se abren muchísimo, se logra sacar mucha más información con el usuario perteneciendo a la misma cultura que si no.

Pude contrastar la satisfacción expresada por las mediadoras respecto a los usuarios con la que expresaban en relación a los profesionales aunque presentaban una cierta dificultad por consensuar una valoración global ya que dicha valoración dependía, de la persona, la situación y, por que no de la propia mediadora. El debate establecido por las mediadoras del Hospital del Mar durante la realización del segundo grupo focal es un buen ejemplo de ello:

- Os pregunté en el primer grupo focal que valorarais de 0 a 10 el grado de cooperación que hay con los profesionales. ¿Cómo lo valoraríais en estos momentos?

Erika: yo ... un 7....

Hadisha: yo casi iría servicio, por servicio. Urgencias, yo les daría un 9, urgencias pediátricas un 10, pediatría un 7, gine...0, que más...

y globalmente, ¿cual es la puntuación que darías globalmente?

Hadisha: urgencias psiquiatría también un 10... el psiquiátrico, la planta del forum... un ¿7?,

Erika: yo más de un 7 yo no se lo daría

Antonio: no, no, yo tampoco. Además es mucho un 7, es mucho un 7, en general es mucho a lo mejor en algún, en alguna como dice ella, si pero en la gran mayoría no, en la gran mayoría no.

- De acuerdo pero pronúnciate

Antonio: pues un 2 como máximo... pero claro es lo que pasa, globalmente los metemos a todos y que se salve quien pueda... ella lo ha explicado muy bien lo ha querido individualizar pero hay que globalizar, entonces hay gente en la clínica de todos los colores, ¿me entiendes, o no? ...

Yun Lee: yo la puntuación al igual que Antonio, en general, yo, en general no daría más que un 5.

Samira: estoy de acuerdo...

Por el contrario, los profesionales parecen llegar mayoritariamente a un consenso ya que al ser preguntados *en que medida les ha sido útil el servicio de mediación para su ejercicio profesional*, el 82.2% de los profesionales que habían requerido la actuación del servicio de mediación afirmaron que dicho servicio les había sido bastante o muy útil²⁴⁴.

Con la finalidad de evaluar el impacto que la intervención de las mediadoras tenía sobre la calidad de la asistencia prestada por parte de los profesionales se diseñaron preguntas específicas para médicos y enfermeras además de tres preguntas generales para todos los profesionales del hospital. El 57.9% de los profesionales respondieron que las mediadoras les habían permitido elaborar mejor la historia clínica. Una

²⁴⁴ Las opciones de respuesta se recodificaron, nuevamente, para discriminar entre la valoración realizada por médicos y la expresada por enfermeras donde puede apreciarse diferencias escasas que no alcanzan significación estadística. Las tablas 18 y 18.1 en el anexo 9, muestran la distribución de las respuestas a la pregunta *¿Valore en que medida le es o le ha sido útil el servicio de mediación para su ejercicio profesional?* y las respuestas agregadas en médicos y enfermeras.

vez más las respuestas de médicos y enfermeras presentan porcentajes muy similares cuyas diferencias no tuvieron significación estadística, ($p > 0.05$).

Tabla 16

Distribución de las respuestas a la pregunta ¿Considera que las MIS le han permitido elaborar una historia clínica (médica o de enfermería) más detallada?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con mucha frecuencia	26	8,6	14,6	14,6
	Con frecuencia	77	25,5	43,3	57,9
	Con poca frecuencia	60	19,9	33,7	91,6
	nunca	15	5,0	8,4	100,0
	Total	178	58,9	100,0	
Perdidos	Sistema	124	41,1		
Total		302	100,0		

A pesar de ello el 43.2% de los facultativos no creen que sus diagnósticos hayan mejorado gracias a la intervención de las mediadoras. La utilidad expresada anteriormente por los profesionales respecto al servicio de mediación intercultural (el 82.2% opinaban que les era bastante o muy útil) contrasta con la baja incidencia, según los profesionales, que las tareas de las mediadoras tienen en la mejora de las historias clínicas o la elaboración de diagnósticos por parte de los facultativos. Estos datos contrastan, nuevamente con los datos aportados por Gailly, Verrept y Chikhi (2001) que afirmaron que los profesionales sanitarios indicaban que el programa de mediación intercultural había aumentado su capacidad para *diagnosticar ciertas condiciones y para diferenciar entre ellas* así como elaborar una historia clínica más detallada. A pesar de estos resultados se observó que las enfermeras manifestaron, en mayor medida que los médicos, que las mediadoras interculturales les habían permitido realizar diagnósticos más precisos y diferenciar entre ellos. Por primera vez, las

diferencias entre ambos colectivos profesionales son estadísticamente significativas, ($p < 0.01$).

Tabla 17

Respuestas a la pregunta recodificada en médicos y enfermeras ¿Considera que las mediadoras le han permitido a usted realizar diagnósticos más precisos (médicos o de enfermería) y/o diferenciar entre ellos?

		¿Considera que las MIS le han permitido realizar diagnósticos y/o diferenciar entre ellos?		Total	
		con mucha frecuencia/ con frecuencia	con poca frecuencia/ nunca		
Nuevas categorías	médico	Recuento	29	68	97
		Frecuencia esperada	36,9	60,1	97,0
	enfermera	Recuento	38	41	79
		Frecuencia esperada	30,1	48,9	79,0
Total		Recuento	67	109	176
		Frecuencia esperada	67,0	109,0	176,0

$$\chi^2 = 6.12 ; p < 0,01$$

Finalmente, el 65.9% de los profesionales consideraron que las mediadoras habían ayudado a los usuarios inmigrantes a aumentar su adhesión respecto a determinados tratamientos lo que, en esta ocasión, se corresponde con los resultados del estudio de evaluación, anteriormente mencionado, que afirma que *los mediadores interculturales son mucho más eficientes para convencer a los pacientes de que se sometan a una operación o de que sigan ciertos regímenes terapéuticos.*

Tabla 18

Distribución de las respuestas a la pregunta ¿Considera que las MIS han ayudado a los usuarios inmigrantes a aumentar su adhesión a ciertos tratamientos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con mucha frecuencia	36	11,9	20,5	20,5
	Con frecuencia	80	26,5	45,5	65,9
	Con poca frecuencia	47	15,6	26,7	92,6
	nunca	13	4,3	7,4	100,0
	Total	176	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	126	41,7		
Total		302	100,0		

Aunque se observa una mayor tendencia de las enfermeras a considerar que las mediadoras han ayudado a los usuarios a aumentar su adhesión a los tratamientos, las diferencias entre ambos colectivos (médicos y enfermeras) no alcanzan significación estadística, ($p > 0.05$)²⁴⁵. Estos porcentajes contrastaban con la percepción de las mediadoras, que no tenían una opinión clara al respecto aunque, como Najat, responden respecto al acceso de los inmigrantes a los servicios de salud:

Valoro muy positivo... lo valoro muy positivo porque es muy útil para los inmigrantes cuando vienen de otra sociedad, de otro sistema sanitario totalmente diferente de aquí, con unas actitudes culturales en el tema de los conceptos de la salud, del tratamiento, de relación en los hospitales y también, de otra parte, para los profesionales que están visitando a unos pacientes que la mayoría desconocen la realidad de estos pacientes y también, desconocen... eh...no, no que desconocen, eh... tienen dificultad de comunicación con ellos... entonces lo valoro muy positivo, muy útil e importante y, también la tasca nuestra era positiva en aquest sentit.

Destaca significativamente que el 91.9% afirman que las mediadoras han facilitado la cooperación entre profesionales y usuarios como resultado de una mejora en la comunicación. Este dato corroboraría, de nuevo, las

²⁴⁵ La tabla 21.1, en el anexo 10, muestra las respuestas agregadas en médicos y enfermeras a la pregunta ¿Considera que las mediadoras han ayudado a los usuarios inmigrantes a aumentar su adhesión a ciertos tratamientos?.

conclusiones de Gailly y colaboradores (2001), donde se destaca que los mediadores interculturales facilitan el intercambio de una información correcta y detallada entre el personal sanitario y los pacientes. En este sentido, también un 82.3% de los profesionales, manifestaron que en ocasiones y muchas ocasiones la calidad en la atención dispensada había mejorado gracias a la intervención de las mediadoras²⁴⁶.

La satisfacción de los profesionales respecto al Servicio de Mediación Intercultural parece estar en consonancia con la mostrada por las mediadoras. Sólo el 55% de los profesionales afirma estar satisfechos con el servicio. El porcentaje se reduce al 10.4% de aquellos profesionales que manifiestan estar muy satisfechos. Comprobé una cierta apatía e indiferencia al ser preguntados en este aspecto. La tabla 19 muestra los resultados obtenidos.

Tabla 19
Distribución de las respuestas a la pregunta ¿Cuál es su grado de satisfacción respecto al Servicio de Mediación Intercultural del hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy satisfecho	26	8,6	10,4	10,4
	satisfecho	138	45,7	55,0	65,3
	ni satisfecho ni insatisfecho	71	23,5	28,3	93,6
	insatisfecho	15	5,0	6,0	99,6
	Muy insatisfecho	1	,3	,4	100,0
	Total	251	83,1	100,0	
Perdidos	Sistema	51	16,9		
Total		302	100,0		

²⁴⁶ Vease en anexo 10, la tabla 22. Esta muestra la distribución de las respuestas a la pregunta ¿Cree que trabajar con mediadores interculturales ha mejorado la calidad de la atención dispensada por usted a los pacientes/usuarios inmigrantes?

Tras los datos expuestos cabe una última reflexión, ¿algunas de las respuestas de los profesionales al cuestionario podrían considerarse “políticamente correctas”?

5.1.7. El incierto futuro de la mediación intercultural

El futuro preocupa especialmente a las mediadoras independientemente de sus años de experiencia en las diferentes instituciones. Significativamente, la totalidad de las mediadoras piensan en un futuro, no muy lejano, alejadas de la mediación intercultural dadas las precarias condiciones laborales y el escaso reconocimiento profesional. Afirmaciones como la de Erika o Yun Lee están en boca de todas las mediadoras:

A ver... yo... la profesión de mediador para el futuro no... no le veo mucho futuro. En el futuro no pienso dedicarme a esto. Ya estoy en el camino de cambiar mi profesión y no pienso quedarme porque no le veo futuro.

Realmente es muy difícil ver el futuro en esta profesión porque ya la compensación económica es... no te da para vivir.

Las mediadoras muestran su desencanto y frustración y hablan abiertamente de relaciones jerárquicas y de rechazo en cuanto a su equiparación profesional:

Erika: desde el principio cuando habían muchas dificultades por desconocimiento, en estos cuatro-cinco años que han pasado... el servicio ha aumentado... sigo teniendo la misma percepción de desconocimiento por parte de los profesionales hacia nosotras, no es tanto desconocimiento, creo que es...

Hadisha: es rechazo!

¿rechazo directamente?

Antonio: si, si!

¿En que sentido os consideráis rechazadas?

Erika: Como profesional

Hadisha: Como equipo...no eres parte de un equipo, no se te permite ser parte de un equipo.

La no integración en el equipo conlleva, para todas ellas, la falta de reconocimiento profesional ya que difícilmente se puede reconocer a quien se desconoce. No obstante, coinciden en diferenciar estas actitudes de rechazo a nivel profesional del plano personal, deconstruyendo así, los argumentos que asocian la falta de reconocimiento con la reproducción de prejuicios y estereotipos respecto al género y/o la etnia a la que se pertenece.

Yo, precisamente hablo de mi como Najat... nunca he tenido ningún rechazo ni discriminación, ningún malentendido como mediadora mujer, al contrario, he tenido siempre respeto con los profesionales, también con la comunidad con la que trabajo y pienso que eso lo da cada mediador, depende de su perfil, su carácter y su seriedad en el trabajo y su función que está haciendo y también de los estudios que ha tenido de la mediación.

Depender de una asociación no confiere a las mediadoras margen de autonomía y si una falta de liderazgo. Por otra parte, la coordinación del servicio y de las tareas que se realizan es una de las situaciones que preocupa mayoritariamente al considerar que sus servicios “no tienen estructura”. La coordinación del servicio suele recaer en una profesional del hospital: supervisora de enfermería, asistente social, educadora social, psicóloga, etc. que debe de realizar estas tareas además de aquellas derivadas de sus propias competencias vinculándose, generalmente por primera vez, al campo de la mediación intercultural. Del conocimiento, perfil y motivación de la coordinadora respecto a la mediación dependerá su mayor o menor implicación en el servicio aunque también hay que destacar que, en muchas ocasiones, sus decisiones deben de contar con la aprobación del centro y de la asociación lo que coarta su propia autonomía de gestión y coordinación del servicio.

Fátima: dentro de esta profesión tiene que haber alguien que tiene una experiencia durante un tiempo y es ella quien realmente lo está viviendo, lo ha vivido y lo que tu le cuentes... que haya tenido esta experiencia y pueda orientar un poco. Yo creo que hay mediadores de años, mediadores válidos que podrían hacer esta función. Pero es esto... que todavía no acabamos de manejar esta autonomía en nuestras manos. En teoría está siempre el otro detrás, ¿no?... gente que, de alguna manera, coordina, por decirlo de alguna forma, el ámbito de la mediación sin que sean mediadores, ¿no?. De alguna forma el cambio tendría que pasar, ¿no?... por que se gestionara.... Si, el relevo ha de llegar ya. Yo creo que el relevo tendría que llegar ya porque estamos hablando de las primeras generaciones en mediación, en los años 94-95. Yo creo que muchas de estas personas hemos ido ejerciendo la mediación y tenemos documentación suficiente para coordinar un grupo y también para preparar como formadora de formadores para que estos, también, sigan haciendo relevo. Es, de alguna manera, cuando se podrá conseguir la autonomía.

En este sentido reivindican, unánimemente, la figura de la mediadora/coordinadora que realice tareas de asesoramiento, que desarrolle reuniones periódicas en el servicio que permitan el intercambio de información, el consenso ante determinadas actuaciones, la organización de sesiones clínicas con los profesionales, con el equipo interdisciplinar, en definitiva, tal y como manifiesta Najat:

por necesidad nuestra a esta reunión nos sentamos y tratamos los temas complicados y dificultosos que encontramos dentro del trabajo y una, cada una, hace l'assessorament a l'altre... que eso, nosotras, lo vemos como una falta de asesor para la nuestra función. No estoy hablando del supervisor que nos controla el horario y tal, no!. Necesito un supervisor que solamente... específico para el tema de la mediación, que pueda orientarme a la hora que encuentro dificultades. No hablo del horario, de dificultad dentro, no!... del tema que estoy trabajando, de los obstáculos que veo trabajando un caso... ¿a quien me dirijo?.

La contratación directa de los mediadores por parte de los centros asistenciales parece paliar esta situación aumentando la satisfacción de las mediadoras no sólo en lo que a contratación se refiere sino también en cuanto a su posición profesional. Najat manifiesta:

Si, si, hay... no digo una... en cierta parte la cosa no ha cambiado mucho pero en otra parte si que ha cambiado mucho. La parte de función y del trabajo de mediación sigue igual pero ahora hay una ventaja y es que nos consideramos trabajadores dentro del hospital igual como otros profesionales del hospital. Ahora si que tenemos más seguridad profesional y, también, como mediadores porque tenemos un contrato directamente, no como lo teníamos antes, trabajar, contratar a través de la Asociación "Vine amb mi" para trabajar en el hospital. Es totalmente diferente!

En este sentido, el 84% de los profesionales del HdM creen que el servicio de mediación intercultural debería ser un servicio propio del hospital, aunque sólo el 59.4% opina que el mediador debería ser contemplado como un profesional más del equipo de salud. La tabla 20 contiene las respuestas.

Tabla 20

Distribución de las respuestas a la pregunta, ¿Cree que el servicio de mediación intercultural ha de ser un servicio propio del hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si, y el MIS como un profesional más del equipo	167	55,3	59,4	59,4
	si, aunque el MIS no forma parte del equipo de salud	69	22,8	24,6	84,0
	no, dada la transitoriedad del fenómeno	5	1,7	1,8	85,8
	no, ya está bien como servicio externo	40	13,2	14,2	100,0
	Total	281	93,0	100,0	
Perdidos	Sistema	21	7,0		
Total		302	100,0		

A pesar de la evidente mejora laboral, la contratación por parte del hospital no supone, según Najat, un cambio en la organización, gestión y coordinación de los servicios de mediación. En este sentido las mediadoras siguen manifestando la necesidad de adquirir mayor autonomía que les permita organizar el servicio y, en definitiva, gestionar su funcionamiento.

Para las mediadoras todas las propuestas de mejora que pueden realizarse están íntimamente relacionadas con el grado de implicación en los equipos y procesos asistenciales y para ello es básico contar con el compromiso institucional.

Precisamente era Najat quien al inicio de la discusión planteaba los beneficios que había adquirido el servicio de mediación al integrarse a la estructura hospitalaria, no tan solo en cuanto a la estabilidad contractual de las mediadoras sino por el hecho de que esta integración permitía un trabajo más estrechamente unido al del equipo interdisciplinar. La posibilidad de poder trabajar conjuntamente en algunos casos ha llevado a las mediadoras a sentirse reconocidas profesionalmente aunque este reconocimiento:

No ha sido fácil, no es que nos hayan reconocido a nosotras rápidamente porque ha sido un proceso para nosotras de ocho años. .../... Eso fue un proceso muy lento que empezamos a ganarlo nosotras, que luchamos para ganarlo, casi ocho años, que nos ha costado pero con la paciencia y el trabajo formal y con la lucha, la dignidad y la creencia nuestra del trabajo al final nos llegamos a ganar la confianza y nos ven como trabajadores igual que ellos. No digo al 100%, que no hay ninguna cosa que podamos ganarla al 100% pero al mínimo si que tenemos una relación muy buena con nuestros compañeros en el trabajo. Si, ganamos el reconocimiento de los profesionales, de los pacientes, de los usuarios pero no ha transmitido... ¿eh?... Ha transmitido miserable... no ha transmitido suficiente para poder tener poder, para cambiar la opinión de los políticos.

“Transmitido miserable”... Tras esta expresión se esconde un sentimiento de desdicha que, como se ha podido constatar, enmascara los logros conseguidos tras muchos años de trabajo ya que gozar de reconocimiento profesional en algunos equipos no ha supuesto, hasta el momento, el reconocimiento a nivel político del mediador como profesional aunque, en este sentido se empiezan a dar los primeros pasos, tras la detección de la necesidad de mediación intercultural y la puesta en marcha del *Pla de*

Mediació presentado en el *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*, en Cataluña.

El tratamiento que se le está dando a la mediación no está exenta de ciertos factores mediáticos y “políticamente correctos” que influyen en la mediación como si de una moda se tratara. Fátima argumenta:

miedo me da, ¿no?... miedo me da de decir una cosa porque cuando hablan de una profesión hay una seriedad que abarca, envuelve esta profesión... y entonces una profesión crearla como una moda, realmente... entonces ya... es poco seria para mí porque creo que están hablando de un profesional... umm... un dentista no puede ser moda, moda... porque... bueno ponerme la bata y vestirme y decir que soy dentista... ¿moda?... no, no, no!. Yo creo que la profesionalidad está en el conocimiento del contenido, ¿no?, del desarrollo del mismo y si es moda... pues... realmente no podrá ser eficaz.

Tal y como apunta Najat:

no veo el futuro tan claro... como no haya una oportunidad política para el reconocimiento y mientras que nos consideren como un recurso no hay seguridad de cara al futuro. A nivel político... no es tan eficaz lo que esperábamos muchos... si está reconocida ahora pero no está reconocida como profesión. Está reconocida como recurso, como una eina de facilitación y nosotras no queremos que se reconozca como recurso, per exemple, l'altre amiga mía, lleva 20 años trabajando en la mediación, ¿20 años como recurso?....

... Pienso que es prou y que se puede dar la vuelta. La mediación ha de considerarse como una profesión, no como un recurso.

VI. CONCLUSIONES

6.1. CONCLUSIONES

El concepto *mediación* no es nuevo en nuestra sociedad aunque los debates sociales, originados desde las últimas décadas del siglo XX hasta la actualidad, han despertado la atención de políticos e investigadores, quienes se han aproximado, nuevamente, al ámbito de la mediación como objeto de estudio bajo el análisis de diferentes perspectivas como las ciencias sociales, políticas o jurídicas.

Este interés surge en los años 60, de la mano de la antropología política que focaliza su atención al fenómeno de “courtage” y de la mediación. Diversos autores anglófonos se interesan por la figura de los intermediarios que nacen entre dos configuraciones sociales y culturales produciendo una abundante literatura a partir de las investigaciones empíricas realizadas inicialmente en África (corriente crítica que estuvo básicamente dominada por antropólogos de la Escuela de Manchester como Gluckman, Mitchell o Turner) y posteriormente en el área del Mediterráneo con Boissevain como autor referente que nos ofrece un completo análisis de la categoría social de los “mediadores”. Estos antropólogos acuñaron el término “*cultural broker*” al observar que ciertos individuos de las comunidades que ellos estudiaban actuaban como intermediarios o agentes entre los gobiernos coloniales y las sociedades campesinas que estos regían.

Con la llegada de un importante número de inmigrantes, la mediación intercultural, especialmente en el ámbito de la salud, se ha convertido en una necesidad que debe incidir en el camino de la normalización y la convivencia de personas de procedencia y culturas muy diversas.

Tras más de veinte años de las primeras experiencias de mediación en salud, en nuestro país, no puede afirmarse que la mediación intercultural en este ámbito se haya consolidado. No obstante, la literatura publicada demuestra que los elementos básicos del debate generado en estos últimos años respecto a la figura del mediador intercultural, deben de ser incuestionables ya que su perfil, función y profesionalidad han quedado patentes. El mediador intercultural asume un nuevo rol profesional en el campo de los procesos sanitarios demostrando poseer un perfil vinculado definitivamente a un cuerpo especializado de conocimiento. En conclusión, debe de dejar de ser contemplado como la eterna "*figura emergente*".

Por otra parte, la imagen del mediador intercultural se ha unido al concepto de "*recurso sanitario*". Según el diccionario de la Lengua Española, un *recurso* es un *medio de cualquier clase que, en caso de necesidad, sirve para conseguir lo que se pretende*. La transitoriedad que la definición lleva implícita (en caso de necesidad) es algo que ha trascendido al ámbito de la mediación. Los primeros años de esta década han estado marcados por discursos políticos que manifestaban abiertamente la *necesidad transitoria* de contar con mediadores interculturales ya que las políticas de integración debían de promover y conducir a los inmigrantes, residentes en nuestro país, hacia la inmersión social y cultural en todos los ámbitos (sin que por ello perdieran su propia identidad). En consecuencia, la interiorización de este mensaje y el contexto económico de muchos hospitales explica, en parte, el hecho de que las instituciones sanitarias, no hayan valorado la necesidad de dotar a sus servicios de mediación de la estructura y recursos necesarios para su completa integración y desarrollo, delegando su administración y organización a asociaciones y/o ONG's.

La realidad es que el rápido aumento de la población extranjera ha puesto en evidencia un nuevo contexto social que, en el ámbito de la salud, ha provocado la necesidad de definir nuevos modelos de atención y, por tanto, nuevos servicios que den respuesta a las necesidades no cubiertas tanto de los profesionales de la salud como de los diversos colectivos de inmigrantes.

En Cataluña, el *Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la Salut (2006)*²⁴⁷ propone un *Pla de Mediació* (aunque este se encuentra en una fase inicial), que ya contempla potenciar el papel de la mediación intercultural. Ahora bien, este Pla debe de vincularse a una estricta regulación profesionalizadora y la acreditación de competencias cognitivas, de habilidades y, por qué no de determinadas actitudes, tanto en el desarrollo de la práctica como en el ámbito de la formación, que garanticen la calidad asistencial de los mediadores. La cobertura de los servicios de mediación intercultural ha ido ampliándose lentamente en estos últimos años tal y como pone de manifiesto el *Pla Director* que presenta los únicos datos oficiales con los que se cuenta en la actualidad extraídos del estudio *Anàlisi de la Situació de la Mediació* (Pla et al., 2005). En él, se pone de manifiesto que la cobertura en el ámbito de la atención primaria sigue siendo inferior a la oferta de servicios de mediación en el ámbito de la atención hospitalaria. En este ámbito, la región sanitaria de Barcelona dispone del 52% de los servicios de mediación existentes en Catalunya²⁴⁸.

²⁴⁷ O el Pacto por la Sanidad del Ministerio de Sanidad y Política Social de España

²⁴⁸ Los hospitales con servicio de mediación pertenecientes a las regiones sanitarias de Catalunya Central, Lleida y Terres de l'Ebre representan el 50% de la oferta de mediación. Las regiones sanitarias de Girona y Tarragona suman el 66.7%, siendo un 33.3% los hospitales que disponen de servicio de mediación en la región sanitaria Alt Pirineu i Aran. En el ámbito de la atención primaria, es la región sanitaria de Girona la que ostenta el mayor porcentaje de ABS que cuentan con servicios de mediación siendo aproximadamente el 45%. El 18.8% de ABS corresponde a las regiones sanitarias de Lleida y Catalunya Central, el 13.3% se encuentran en la región sanitaria de Barcelona y, finalmente, la región sanitaria de Tarragona dispone de un 9.5% de los servicios de

Este porcentaje sigue siendo muy bajo en relación a la demanda expresada por los profesionales tanto de aquellos que cuentan en su hospital con un servicio de mediación como de aquellos que no lo tienen²⁴⁹.

Respecto a los mediadores en las organizaciones hospitalarias y los servicios de mediación intercultural, el Pla Director pone también de manifiesto que gran parte de los servicios de mediación están, generalmente subcontratados por los consejos comarcales, ayuntamientos o asociaciones de índole muy diversa. En este sentido, el Hospital de Mar, al igual que el Hospital Arnau de Vilanova, pueden ser considerados hospitales prototipos ya que su servicio de mediación depende de la *Asociación Salud y Familia*²⁵⁰, asociación que delimita y organiza las necesidades de dicho servicio aunque la coordinación del mismo corresponda al Servicio de Atención al Usuario.

Este es, sin duda, un handicap importante para el desarrollo de los servicios de mediación en las organizaciones hospitalarias ya que el hecho de que no dependan directamente de la institución donde prestan sus servicios no permite una adecuada articulación entre la institución, las diferentes áreas asistenciales del hospital y el servicio de mediación así como una correcta dimensión de las necesidades reales de profesionales y mediadoras.

En esta dirección deben dirigirse los esfuerzos y las nuevas políticas específicas que permitan un nuevo abordaje de la salud en condiciones de diversidad cultural.

mediación. (*Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006*)

²⁴⁹ El estudio cuantitativo llevado a cabo entre los profesionales del Hospital del Mar corrobora esta afirmación ya que un 98.7% de sus profesionales manifiestan la necesidad de contar con la figura del mediador/a intercultural en el ámbito hospitalario.

²⁵⁰ Véanse páginas 161-162.

Frente a la necesidad de legislación específica, se une la necesidad de desarrollar definitivamente un código, específico, de normas éticas y deontológicas concretas que rijan la actuación del mediador intercultural como profesional *per se*. En nuestro país sólo existe legislación vigente sobre mediación bajo una perspectiva eminentemente jurídica. Concretamente, en Cataluña, la Llei 1/2001 de 15 de Marzo de Mediación²⁵¹ fue considerada una ley pionera en España mediante la cual se reguló la mediación familiar dando cumplimiento a la Recomendación nº R (98)1 del Comité de Ministros a los Estados Miembros respecto a los Principios sobre la Mediación Familiar. Transcurridos seis años desde su entrada en vigor se presenta, en septiembre de 2007, el Anteproyecto de ley de Mediación Familiar y Comunitaria de Cataluña para la reforma y actualización de dicha ley. Este anteproyecto de ley ofrece una visión diferente y unos aceptables principios de la mediación pero, por el contrario, no plantea, la revisión del perfil del mediador “desligado” del ejercicio y desarrollo de su profesión como abogado, psicólogo, jurista o trabajador social, entre otras profesiones. En contraposición, Argentina es uno de los países pioneros en el ámbito legislativo, al aprobar, en 1995, la Ley de Mediación y Conciliación, que impuso la obligatoriedad de la mediación en asuntos de índole mercantil o civil aunque la primera ley de mediación en organizaciones de salud en el orden internacional es la Ley 1.966 de la República de Chile. Esta ley es de suma importancia ya que no sólo marca el nacimiento oficial de una tendencia internacional en el campo de la mediación y resolución de conflictos en el ámbito de la salud sino que reafirma la utilidad de la mediación como herramienta para la implementación de políticas públicas²⁵².

²⁵¹ Esta Ley da respuesta al artículo 79.2 y a la disposición final tercera de la Llei 9/1998, del 15 de julio, del Código de familia.

²⁵² Resolución de Conflictos en Organizaciones de la Salud. (2007). Argentina. Universidad de Belgrano.

En Cataluña se han realizado diversos estudios dirigidos, básicamente, a la detección de necesidades de los profesionales así como a las necesidades de salud y el acceso a los servicios sanitarios de los usuarios, destacando, entre otros, los estudios de sobre las *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya* (Berra et al., 2004) o *Atenció a la Salut dels Immigrants: necessitats sentides pel personal responsable* (Vázquez, Terraza, & Vargas, 2007). En el campo de la mediación en salud cabe destacar el estudio: *Anàlisi de la situació dels serveis de mediació* (Pla et al., 2005). Aún así, son escasos los estudios de evaluación de los servicios de mediación realizados hasta el momento (Sancho et al., 2007) ya que, todavía no son muchos los hospitales y centros de salud que cuentan con un servicio propio de mediación. Este hecho contrasta con los estudios llevados a cabo en países europeos, como Bélgica, con mayor tradición en el ámbito de la inmigración, y que han demostrado cómo los mediadores interculturales incrementan el grado de satisfacción de usuarios y profesionales, reducen los costes sanitarios, mejoran el acceso a los servicios sanitarios y, lo que es más importante, mejoran la calidad de la asistencia para el conjunto de los usuarios (Gailly et al., 2001).

El presente estudio confirma la primera hipótesis planteada:

“los mediadores interculturales en salud facilitan el acceso a los recursos, servicios y dispositivos asistenciales mejorando la comunicación lingüística y, especialmente cultural, entre los inmigrantes y los profesionales de la salud, aumentando, en consecuencia, la equidad y la calidad de la atención sanitaria”

ya que demuestra, siempre que el proceso de mediación se realiza en las condiciones adecuadas, que la información prestada por las mediadoras a los usuarios aumenta el nivel y calidad de sus conocimientos sobre el sistema sanitario o la obtención de la tarjeta sanitaria (TS) (y sus

prestaciones), por poner un ejemplo, facilitando así el acceso a los servicios de salud y a sus recursos y mejorando los procesos asistenciales en los que están inmersos. Concretamente, los resultados obtenidos en el estudio permiten afirmar que el servicio de mediación intercultural resulta de gran utilidad para aquellos profesionales que demandan sus servicios. A su vez, los mediadores facilitan la comunicación lingüística y cultural, mejorando las relaciones transativas que se establecen entre profesionales de la salud, usuarios y mediadores, hecho que aumenta el grado de confianza y seguridad que se establece en las relaciones mediador-usuario y usuario-profesional y por tanto del nivel de satisfacción de todos ellos.

Los resultados expuestos pueden hacer pensar que los profesionales consideran que la actuación de las mediadoras interculturales incide más directamente en el usuario que en su propio ejercicio asistencial. No obstante, los porcentajes significativamente altos que se muestran respecto a la facilitación de la cooperación entre profesionales y usuarios, la resolución de problemas puntuales y situaciones de conflictos y la mejora en la calidad de la atención prestada por los facultativos/as gracias a la intervención de las mediadoras interculturales corroboran, de nuevo, esta hipótesis.

Sin embargo, estas evidencias no han llevado consigo el reconocimiento profesional por parte de estamentos políticos, las instituciones sanitarias y los propios profesionales, lo que incide directamente en los servicios de mediación ya que, estos no disponen de un presupuesto propio (reconocer a un nuevo profesional es introducir una nueva partida económica en unos presupuestos sumamente reducidos) ni de los recursos necesarios que podrían permitir su articulación dentro del sistema hospitalario. Se puede constatar que la contratación de un servicio de mediación a través de una asociación u ONG, influye negativamente en la imagen que los

profesionales tienen de las mediadoras, al no ser consideradas parte de la institución, así como en la gestión del servicio que no se adecua, en muchas ocasiones, a las necesidades reales del hospital. La dotación de recursos a los servicios de mediación de los hospitales y una coordinación competente, tanto en gestión hospitalaria como en mediación, garantizaría el desarrollo futuro de todas las actividades que las mediadoras pueden llegar a realizar a favor de profesionales y usuarios. .

Las mediadoras siguen realizando un rol de colaboración respecto a los profesionales sanitarios quienes no las ven como un profesional más del equipo de salud. Sus actuaciones no constan en los registros de médicos o enfermeras por lo que, en la práctica, sus actuaciones se vuelven *invisibles* en el momento de valorar o evaluar sus actividades y competencias. En consecuencia, la segunda hipótesis:

“la incorporación del mediador intercultural en el equipo interdisciplinario de salud permite la orientación de los dispositivos asistenciales y de salud hacia una asistencia culturalmente competente”

ha sido sólo parcialmente confirmada ya que, en la práctica no existe una verdadera integración de los mediadores en los equipos de salud. Probablemente, las diversas denominaciones y perfiles de los mediadores no han facilitado la comprensión real del rol del mediador quedando este, circunscrito a unas líneas de actuación muy determinadas que han dificultado, a su vez, que los profesionales de la salud no tengan una clara percepción de cual es la verdadera identidad profesional de la mediación intercultural. Resulta paradójico que el mediador/a intercultural, capacitado para acercar y dar a conocer las claves culturales y sociales de terceros actores y cuya misión radica en establecer puentes en situaciones de incomunicación y desconocimiento entre personas y culturas, sufra, en

si mismo, dicho desconocimiento y falta de reconocimiento profesional. En este sentido y de acuerdo con Qureshi, Revollo, Collazos, Visires y El Harrak (2009), las mediadoras interculturales deberían convertirse en *embajadoras* su propia profesión.

Por otra parte, se ha constatado que esta falta de reconocimiento oficial se extiende a las autoridades académicas que no han captado las necesidades de formación de estos profesionales o la homologación de los estudios de aquellos que ya están formados. Esta situación ha favorecido, en un momento de aumento de la demanda, la proliferación de “*mediadores*” con formaciones muy dispares (extremadamente desiguales) en cuanto a la adquisición de competencias y actitudes personales que deben de ponerse en juego en los procesos de mediación. Estos perfiles son criticados duramente por las propias mediadoras que demandan, entre otros sectores, la regulación en el campo de la formación dada la complejidad y responsabilidad de su rol. Por otra parte, los datos obtenidos en el estudio han puesto en evidencia también la falta de formación y de competencia cultural de muchos de los profesionales de la salud, ya que puede inferirse que para muchos de ellos sigue siendo parte de un todo, comunicación intercultural y traducción lingüística. Se hace imprescindible una actuación integral por parte, no sólo de las instituciones académicas, que garantice la formación básica de los mediadores/as así como programas de formación continuada.

Puede concluirse que la inexistencia de mediadores en centros asistenciales con un elevado número de pacientes inmigrados supone un aumento del coste económico por la ineficacia de muchas de las consultas que se repiten a corto plazo o el aumento de pruebas diagnósticas innecesarias frente a las dificultades de los profesionales para entender, no sólo, la sintomatología sino también las interpretaciones culturales y

simbólicas que estas personas relatan llegando, así, a realizar un diagnóstico claro y fiable.

Una última reflexión: hay mediadores/as interculturales que llevan ejerciendo esta profesión desde hace más de veinte años sin que sus opiniones y experiencia sean tenidas en cuenta, en el momento de diseñar políticas, planes de acogida, implementar servicios de mediación o diseñar e impartir cursos de formación. Tener en cuenta a estos profesionales en el momento de diseñar programas de educación para la salud dirigidos a colectivos determinados puede marcar la diferencia entre el éxito o el fracaso de los mismos. Trabajar desde la complementariedad y no desde la sumisión sólo puede dar valor añadido a un equipo de profesionales con un objetivo común: la mejora de la atención y de los cuidados prestados a personas culturalmente diversas.

Quizás es el momento de dar voz a estos profesionales que tanto han contribuido, y sin duda, seguirán contribuyendo al entendimiento y buena praxis de nuestros profesionales en favor de una atención culturalmente competente.

**VII. CONSIDERACIONES FINALES:
EL FUTURO DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL. CRÍTICA,
TENDENCIAS Y NUEVAS INTERPRETACIONES EN SALUD**

7.1. EL FUTURO DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL. CRÍTICA, TENDENCIAS Y NUEVAS INTERPRETACIONES EN SALUD.

En nuestro país, la mediación intercultural surge como respuesta necesaria a situaciones y contextos relacionados directamente con la inmigración. Para Giménez (2007) la mediación intercultural ha de ser un elemento necesario para el conjunto de la sociedad, en tanto que se configura como una nueva modalidad de intervención social y, por lo tanto, no gira, exclusivamente, alrededor del fenómeno migratorio sino que *puede ser útil, incluso, para gestionar las diversidades culturales presentes en el conjunto de la sociedad española*. Este autor distingue tres etapas, claramente diferenciadas, en el proceso de inicio y desarrollo de la mediación intercultural en nuestro país. Una primera etapa de génesis, que comprende de 1994 a 1997; el despliegue y consolidación de iniciativas, actividades e instituciones, en el periodo comprendido entre 1998 y 2002; y una tercera etapa, que denomina *la expansión acelerada o el boom*, que sitúa desde el año 2003 hasta la actualidad. Este último periodo se ha caracterizado, básicamente, por afianzar, intensificar y extender las actividades, equipos e instituciones que trabajan en mediación intercultural a la vez que han empezado a oírse las primeras críticas al respecto al haberse convertido en un tópico, incluso mediático, para instituciones políticas, sociales, y asociaciones de diversa índole.

Farré (2004, p. 162), defiende la necesidad de utilizar los términos *identidad* e *interidentitario* en contraposición al concepto de *interculturalidad* ya que este último subraya básicamente la dimensión identitaria que es, según el autor, *la que en principio divide a las partes poniendo énfasis en aquel aspecto del conflicto que divide y que se intenta superar*. En este sentido, el concepto de *identidad* es multicompreensivo, ya que engloba aquellas características que

singularizan a las personas (género, ideología, clase social...) y que son las que confieren un carácter *dinámico, cambiante y evolutivo* al concepto de identidad. Como afirma Maalouf (1999), la identidad se construye y se transforma a lo largo de la existencia.

No es ocioso apuntar el carácter multicompresivo y dinámico de la identidad, puesto que los conflictos designados como “interculturales”, “interclasistas” o “interétnicos” normalmente se basan en una concepción estática y monolítica de la identidad (Farré, 2004, p. 163)

Freixa (2008, p. 205), argumenta:

Lo intercultural, en primer lugar, hace normalmente referencia a la convivencia en un determinado territorio –por lo general urbano o más precisamente metropolitano- de actores y grupos cuyas identidades primordiales –cuyas naciones imaginadas- responden a patrones étnicos, políticos y religiosos distintos a los vigentes en la sociedad de acogida. Lo intercultural es casi siempre resultado de movimientos de población antiguos o recientes, pues casi nunca se aplica a las diversidades internas de la sociedad de acogida –territoriales, generacionales, de género o clase-. En los últimos años, alude sobre todo a un determinado tipo de procesos migratorios que han reconfigurado ciudades y regiones que no habían experimentado esta situación de cruces de culturas, más allá de momentos puntuales vinculados a procesos de descolonización. Lo intercultural es ambivalente por naturaleza: supone un reconocimiento de la diversidad, pero también determinadas formas de competencia o incluso de conflicto.

Farré (2004) critica abiertamente la denominación de mediación intercultural en cuanto a que se refiere, básicamente a las *divergencias conflictuales*. Alternativamente propone la mediación social como modelo en contextos interidentitarios, en el sentido en que esta mediación social actúa con carácter *proventivo*²⁵³ en contextos y en conflictos interidentitarios. No obstante menciona, también otros apelativos como:

²⁵³ John Burton propone el término *provención de conflictos* con el objetivo de integrar los conceptos de prevención y proactividad. La provención significa un autoexamen continuado sobre las necesidades estructurales, culturales y personales del sistema y de sus miembros, exista o no un riesgo determinado, a fin de que en su seno prevalezca una cultura de paz (Farré, 2004, p. 326).

mediación comunitaria, diálogo comunitario o social y diálogos ciudadanos.

Los llamados programas o servicios de mediación intercultural no deben ser concebidos como “otro servicio para los inmigrantes”, sino como “otro servicio público universal para quien lo necesite”, proyectando, desde un buen principio, los conectores positivos, como expresión de la cultura de mediación.

El autor defiende la expresión *cultura de mediación* como sinónimo de cultura de la paz, donde el diálogo social y, por tanto, el poder de la comunicación, deben gestionar formas pacíficas de resolver conflictos y donde la mediación se convierta en una *verdadera vía de democratización y de participación ciudadana en sociedades modernas*.

Redorta (2008)²⁵⁴ describe la mediación intercultural como una especialización de la mediación comunitaria en una sociedad “*poco comunitaria*”, con tendencia al individualismo. Afirma la necesidad de la mediación intercultural, ante la diversidad cultural de la sociedad, aunque argumenta que es necesario dar un paso más. El autor reelabora el concepto de *mediación ciudadana* entendiéndola en un sentido más amplio de la mediación ciudadana o natural llevada a cabo, fundamentalmente, por organizaciones sociales²⁵⁵. Para Redorta (2008) aquello que iguala a las personas es la condición de *ciudadanos*. Subrayar la interculturalidad puede llegar, incluso, a ser discriminatorio por ello la mediación ha de tratarse en términos de *igualdad de condiciones*. La mediación ciudadana, tal y como la conceptualiza este autor, propone trabajar desde el enfoque de los derechos de las personas, ampliando el estatus de ciudadano a todas

²⁵⁴ Conferencia no publicada “*La gestión de las emociones en el espacio de mediación*”. Jornadas de Mediación Intercultural. 2008, Valencia.

²⁵⁵ Moncusí (2008, p. 126) puntualiza que aunque se tratan como sinónimas las expresiones de “mediación natural” y “mediación ciudadana” es más adecuado hablar de mediación ciudadana para evitar la creencia de que *la mediación es fruto de habilidades y capacidades innatas* sino que depende, más bien, de la *agencia activa de la sociedad civil*.

ellas²⁵⁶. Esta debe de ser, según su opinión, la tendencia de futuro; mediar ciudadanos sin tener en cuenta su procedencia.

7.1.1. Mediación apreciativa y mediación resiliente. Modelos emergentes de mediación.

A principios de la década de los 90, Cooperrider²⁵⁷ desarrolla el modelo *Appreciative Inquiry*, desde el ámbito de las organizaciones, como alternativa al enfoque basado en el *lenguaje del déficit* y su espiral de problemas. Cooperrider y Whinhey (2003) proponen un proceso circular, denominado el *ciclo de las 4D's*, en el que distinguen cuatro fases: *discovery*, *dream*, *design*, y *destiny*. En síntesis, el modelo propone, en primer lugar, el desafío; seguidamente soñar lo que podría ser; en tercer lugar es necesario el compromiso acerca del diseño; y, finalmente, se construye un destino compartido mediante innovación y acción. En definitiva, se trata de un nuevo paradigma que propone un método que difiere de los modelos convencionales aplicados a la resolución de problemas (Barret & Fry, 2005; Fry, Barret, Seiling, & Withney, 2001). No obstante, Varona (2007) puntualiza que *la intervención apreciativa es una filosofía y una metodología para el cambio constante en las organizaciones con miras a que éstas alcancen el máximo de su potencial. No es, por lo tanto, una metodología para solucionar problemas.*

²⁵⁶ El Programa de Mediación Ciudadana de la Diputación de Barcelona presenta este enfoque de *ciudadanía* y propone un modelo de trabajo para los ayuntamientos, renovador, integrador de perspectivas y capaz de avanzar soluciones a los problemas que afectan a la ciudadanía. www.diba.es/diversitat/mediacio.asp

²⁵⁷ David Cooperrider, desarrolla, inicialmente, este modelo en la *Case Western Reserve University's Department of Organizational Behavior* y en la *Weatherhead School of Management* de esa universidad en Cleveland vinculándolo al desarrollo de organizaciones de negocios.

Figura 3
Fases del proceso de la Intervención Apreciativa
 Fuente: Varona, F (2007)



El *diálogo apreciativo* o *intervención apreciativa (IA)*, que no se centra en el conflicto sino en los valores positivos, es el concepto que sustenta el nuevo modelo emergente de mediación: *la mediación apreciativa* (Conforti, 2008), basada en los principios teóricos del *Appreciative Inquiry* que inspiran, guían y justifican la práctica de la intervención apreciativa. La tabla 10.2 presenta dichos principios aplicados a la mediación según refiere Conforti (2008).

Tabla 21
Principios teóricos de la Intervención Apreciativa en Mediación
 Fuente: Conforti, F (2008)

PRINCIPIO	
Construccionista	Las personas que son mediadas construyen la realidad que viven
Anticipatorio	Se asume que todo ser humano puede construir futuro
Simultaneidad	Al tiempo que soñamos el futuro de cómo podría ser vamos construyendo el futuro que soñamos
Positivismo	Se recurre sistemáticamente a imágenes y recuerdos positivos atesorados en la memoria
Poético-Metafórico	Trabaja la realidad desde el subconsciente

Según Cooperrider (2003), la mediación apreciativa, por consiguiente, consiste en descubrir y valorar el *núcleo positivo* de las personas, a través de un proceso de comunicación. Por su parte, Conforti (2008) sostiene que el mediador debería *poder apreciar, ser capaz de percibir, de descubrir lo positivo tanto de las personas, como de las situaciones no conflictivas y constructivas que las partes han vivido*.

Las bases conceptuales y metodológicas propuestas por el *Appreciative Inquiry*, y originadas en el seno de los estudios de *management* y de las organizaciones, han sido asumidas por otras disciplinas. Así, por ejemplo, el concepto de *resiliencia*²⁵⁸ (y la evolución de los estudios realizados en este campo), ha sido adaptado, progresivamente, por las ciencias sociales. Este término alude a la capacidad humana para sobreponerse a las adversidades y construir sobre ellas, adaptándose, recuperándose y accediendo a una vida significativa y productiva (Curuchelar, 2007). No obstante, Grané y Forés (2007) mantienen la idea de que la resiliencia es un concepto trasgresor en las ciencias sociales al aportar un nuevo *“aire”* a la intervención educativa, social e incluso sanitaria. En este sentido, el concepto de resiliencia, conduce a plantear formas de intervención diferentes.

La resiliencia es una metáfora que nos invita a dar un valor positivo a nuestra manera de ver al otro, a modificar nuestras prácticas, a observar mejor, a definir y a utilizar los recursos propios de aquellos a quienes ayudamos o que confían en nosotros. .../... Básicamente la nueva mirada se traduce en tres giros. Primero, un giro epistemológico que hace referencia al cambio en nuestra concepción de futuro: el futuro no es un regalo, más bien una conquista. Segundo, un giro antropológico que tiene relación con un cambio en nuestra manera de concebir la condición humana: hemos nacidos para cambiar; los seres humanos somos proyectos inacabados que rescribimos continuamente. Y tercero, un giro metodológico que transforma nuestra manera de hacer intervención social,

²⁵⁸ Existen numerosas definiciones referidas al concepto de resiliencia, Rutter (1985), Grotberg (1985), Vanistendael (1994), Munist (1998), Cyrulnik, B (2001, 2002). En definitiva, *resiliencia* es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

educativa y sanitaria. Es preciso apostar por una manera de hacer intervención más apreciativa y menos deficitaria. (Grané & Forés, 2007, pp. 54-55)

Luthar, Cicchetti y Becker (2000), introducen la noción de *proceso dinámico* que tiene como resultado la *adaptación positiva* en contextos de gran adversidad descartando, definitivamente, la concepción de resiliencia como atributo personal. Esta idea ha cambiado la orientación de las investigaciones más recientes acerca del concepto de resiliencia. Curuchelar (2007, p. 3), sostiene que *se ha pasado de investigar sobre un modelo de riesgo, basado en las necesidades y la adversidad, a un modelo de prevención y promoción, basado en las potencialidades y los recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor*. Esta nueva orientación hace que la resiliencia pueda ser contemplada como un proceso de prevención.

Conforti (2007) defiende la necesidad de fomentar la promoción de la resiliencia como herramienta de prevención, a la vez que propone desarrollar la idea de *Resiliencia Preventiva*. Se trata, según mantiene el autor, de *preparar a los sistemas humanos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida, como un asunto que no detiene el desarrollo integral, sino que le permite reencuadres y cambios de perspectiva*. En Estados Unidos, Mayhew y Mayhew (2003) presentan el *Strengthening Families Program (SPF)*²⁵⁹ y el *Search Institute's Developmental Assets*²⁶⁰ como ejemplos de programas de prevención basados en la resiliencia.

En la práctica cabe plantearse si es posible plantear estos modelos al campo de la mediación. En este sentido, Curuchelar (2007) mantiene que para lograr el desarrollo de la resiliencia en mediación deben darse, por parte del mediador *las actitudes demostrativas de confirmación y confianza en*

²⁵⁹ www.extension.iastate.edu/pages/families/spf.html

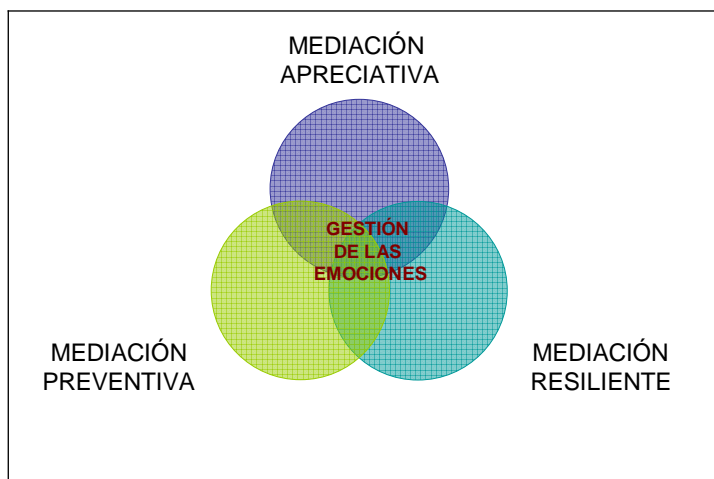
²⁶⁰ www.search-institute.org

las competencias de cada uno y conversaciones en las que se construyan significados compartidos acerca de los acontecimientos perjudiciales, con coherencia narrativa y con sentido dignificador para sus protagonistas. Para la autora (2006, p. 8) la *mediación resiliente* debe centrarse en la condición humana y la define como:

La mediación resiliente es un proceso de comunicación que favorece en los protagonistas del conflicto la habilidad social de solución de problemas, actuando positivamente y activamente frente a ellos, promoviendo fortalecer los vínculos, impulsando la capacidad de los seres humanos para sobreponerse a la adversidad y además construir sobre ella.

Burone (2007) afirma que el objetivo de la resiliencia es ayudar a afrontar la adversidad, al tiempo que se beneficia de las experiencias vividas, objetivo que coincide con ciertas premisas de la mediación. Los mediadores deben estar capacitados para promover los factores resilientes en proceso de mediación. De esta manera podrán evaluar los factores y comportamientos resilientes que merecen mayor atención, lograr acuerdos de mediación donde todas las partes ganen y lograr, en cada sesión, un incremento del bienestar y calidad de vida que, en última instancia, garantizarán una mejor gestión de las emociones.

Figura 4
Ámbitos y modelos de mediación emergente
Fuente: Antonin, M. (2008)



7.1.2 Ampliando el perfil de los mediadores interculturales o como afrontar la interculturalidad en el ámbito de la salud

Gran parte de las investigaciones sobre mediación realizadas en las últimas décadas se han basado en análisis orientados a describir el contexto, las prácticas, o las estrategias de los procesos de mediación, los modelos y las técnicas o funciones de los/as mediadores/as. La necesidad, en estos últimos años, de dirigir los procesos de mediación hacia nuevos enfoques propuestos, especialmente, desde las ciencias sociales, ha hecho que las investigaciones tiendan a introducir nuevas variables y perspectivas, como por ejemplo, los *contextos relacionales* (Jones, 1997), la competencia cultural (Qureshi & Collazos, 2006) o la gestión de las emociones (Redorta, Obiols, & Bisquerra, 2006). Redorta (Redorta et al.,

2006) define la “*gestión de emociones*” como la forma adaptativa en que manejamos situaciones de alta emocionalidad que nos afectan de manera personal y directa.

En la actualidad nadie cuestiona la unión entre el concepto *emoción* e *inteligencia*. De hecho, la inteligencia emocional está siendo el centro de gran parte de las investigaciones que se están desarrollando en las últimas décadas desde ámbitos tan diversos como el de la psicología o la educación. El concepto *Inteligencia Emocional* (IE) apareció por primera vez en 1990 cuando Peter Salovey y John Mayer publicaron un artículo así titulado (Salovey & Mayer, 1990). Aunque sus estudios iniciales quedaron relegados durante sus primeros años²⁶¹, la definición que ambos autores realizaron sobre dicho constructo, sigue siendo vigente. Salovey y Mayer (1990; 1995) definen el concepto de IE como la habilidad para procesar la información emocional así como la capacidad que las personas poseen para comprender sus propias emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y para actuar apropiadamente ante cualquier situación al utilizar la IE como guía de los pensamientos y acciones (Limonero, Tomás-Sábado, & Fernández-Castro, 2006). Goleman (1996), recuperó, con gran repercusión mediática, este concepto gracias a la publicación de su libro *Inteligencia Emocional* donde proponía la necesidad de revisar los estudios sobre la inteligencia humana para ir más allá de los aspectos cognitivos e intelectuales enfatizando la importancia de la gestión del universo emocional y social para comprender el curso y la historia de vida de las personas. Autores muy diversos (Bar-On, 1997; Gottman, 1997; Shapiro, 1997) realizaron numerosas aproximaciones al concepto así como la

²⁶¹ El psicólogo y periodista Daniel Goleman recuperó, con gran acierto y repercusión mediática, este concepto gracias a la publicación de su libro *Inteligencia Emocional* (Goleman, 1996) donde proponía la necesidad de revisar los estudios sobre la inteligencia humana para ir más allá de los aspectos cognitivos e intelectuales enfatizando la importancia de la gestión del universo emocional y social para comprender el curso y la historia de vida de las personas.

elaboración de herramientas para su evaluación aunque alguna de ellas no gozaran de evidencia empírica. Aunque se ha avanzado en este sentido, la teoría desarrollada por Salovey y Mayer (1990) sigue siendo, en la actualidad, la más avalada empíricamente y, por consiguiente la que goza de mayor reconocimiento.

Desde el ámbito de la educación se han llevado a cabo numerosos estudios sobre la importancia de desarrollar la inteligencia emocional tanto en los estudiantes como en los docentes. Sobre estos últimos, Extremera y Fernández-Berrocal (2004), concluyen:

El desarrollo de las habilidades de inteligencia emocional en el profesorado no sólo servirá para conseguir alumnos emocionalmente más preparados sino que además ayudará al propio profesor a adquirir habilidades de afrontamiento. De este modo los docentes emocionalmente más inteligentes, es decir, aquellos con una mayor capacidad para percibir, comprender y regular las emociones propias y de los demás, tendrán los recursos necesarios para afrontar mejor los eventos estresantes de tipo laboral y manejar más adecuadamente las respuestas emocionales negativas que frecuentemente surgen en las interacciones que mantienen con los compañeros de trabajo, los padres y los propios alumnos.

Estas conclusiones pueden ser perfectamente extrapoladas al ámbito de la salud. En este sentido, los procesos de mediación en contextos culturales particularmente sensibles, donde se producen situaciones de gran emocionalidad, han puesto en evidencia la necesidad de formar a los mediadores interculturales en el conocimiento, regulación y gestión tanto de sus propias emociones como las de las personas mediadas. En muchas ocasiones, las situaciones que se generan y que requieren de la intervención de un mediador/a van más allá de situaciones puntuales de conflicto. La propia situación de salud y el marco de las relaciones interpersonales hacen necesario que el mediador/a sepa canalizar y regular sus propias emociones, a la vez que gestiona adecuadamente las emociones de las partes implicadas, emociones que en esa situación afloran con mayor intensidad. De igual modo que no se plantean dudas

respecto a la necesidad de formación en competencias culturales, es imprescindible plantear la formación de los mediadores interculturales en *competencias emocionales*.

Bisquerra y Pérez Escoda (2007) agrupan las competencias emocionales en cinco bloques que denominan: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, inteligencia interpersonal y habilidades de vida y bienestar. La figura 10.4 recoge una síntesis de todos estos conceptos.

Figura 5

Competencias Emocionales

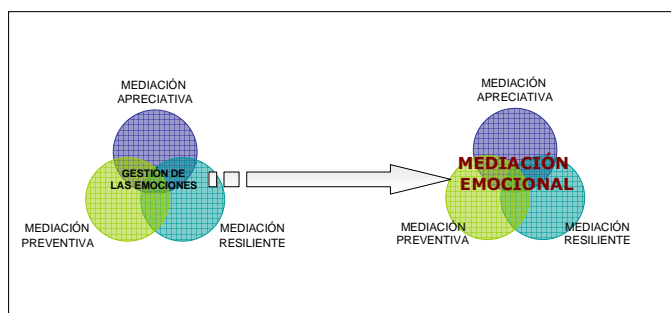
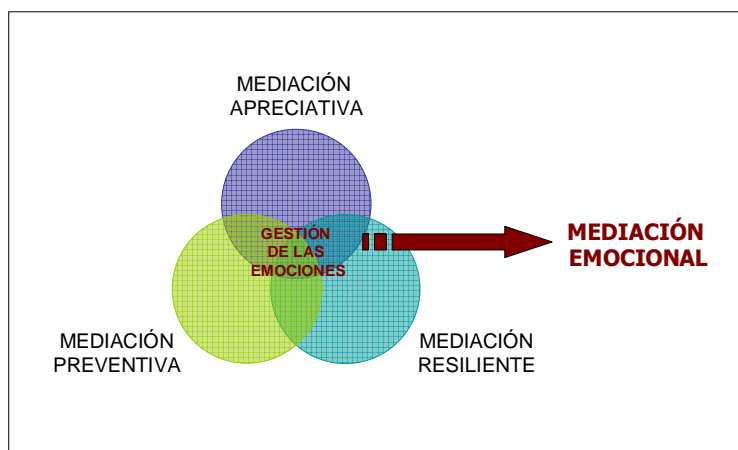
Fuente: Antonin, M. (2008) sobre las propuestas conceptuales de Bisquerra y Perez Escoda (2007)

COMPETENCIAS EMOCIONALES		
CONCIENCIA EMOCIONAL	Capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás incluyendo la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de conciencia de las propias emociones - Dar nombre a las emociones - Comprensión de las emociones de los demás
REGULACIÓN EMOCIONAL	Capacidad para manejar las emociones de forma apropiada	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento - Expresión emocional - Regulación emocional - Habilidades de afrontamiento - Competencia para autogenerar emociones positivas
AUTONOMÍA EMOCIONAL	Es un concepto amplio que incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - Automotivación - Actitud positiva - Responsabilidad - Auto-eficacia emocional - Análisis crítico de normas sociales - Resiliencia
COMPETENCIA SOCIAL	Capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas	<ul style="list-style-type: none"> - Dominar las habilidades sociales básicas - Respeto a los demás - Practicar la comunicación receptiva - Compartir emociones - Comportamiento pro-social y cooperación - Asertividad - Prevención y solución de conflictos - Capacidad de gestionar situaciones emocionales
COMPETENCIAS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR	Capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos diarios de la vida, ya sean privados, profesionales o sociales, así como las situaciones excepcionales con las cuales nos vamos tropezando	<ul style="list-style-type: none"> - Fijar objetivos adaptativos - Toma de decisiones que acontecen en la vida diaria - Buscar ayuda y recursos - Ciudadanía activa, cívica, responsable, crítica y comprometida - Bienestar subjetivo - Fluir

La mediación intercultural, especialmente en el ámbito de la salud, debe centrar su atención en el desarrollo de la gestión intercultural entendida,

no sólo en base a la adquisición de competencias culturales, sino también emocionales. En este sentido, es necesario introducir una nueva perspectiva en mediación en salud, un nuevo enfoque que capte los fundamentos del conjunto de modelos emergentes surgidos en estos últimos años.

Figura 6
Mediación Emocional
Fuente: Antonin, M. (2008)



*La mediación emocional*²⁶² bien podría ser el nuevo referente bajo el que reorientar la mediación en el ámbito de la salud y en la formación de los futuros profesionales.

²⁶² En la actualidad, el concepto de *Mediación Emocional* se viene utilizando dentro del campo de la computación emocional refiriéndose al caso concreto en el que se hace uso de un ordenador como intermediario entre la comunicación de varias personas, reflejando el ánimo que presentan los interlocutores. Tiene aplicación directa dentro de la *Comunicación Emocional Aumentativa y Alternativa* (Garay, Abascal, & Gardeazabal, 2002).

VIII. FUENTES Y BIBLIOGRAFIA. A MODO DE EXPLICACIÓN

Sobre los Informantes

Si bien mi planteamiento inicial fue contar con todos los actores implicados directa o indirecta en los procesos de mediación intercultural en el Hospital del Mar (mediadoras, profesionales facultativos y no facultativos y usuarios), acabé por desestimar a este último grupo al valorar la posibilidad de propiciar situaciones comprometidas (y, en consecuencia, sesgadas) tanto para los usuarios como para las propias mediadoras. Las entrevistas debían de ser realizadas, en un alto porcentaje, en el idioma del usuario inmigrante y por tanto eran las propias mediadoras (aun en mi presencia) quienes debían de realizar la traducción.

En noviembre de 2005 el SMI estaba formado por tres mediadoras que desarrollaban su actividad desde su puesta en marcha en el año 2003. Se trataba de una mediadora marroquí, una pakistaní, y una mediadora rumana. Formadas en mediación e interculturalidad por la asociación a la que pertenecen no tenían una formación específica en salud previa a su incorporación al SMI del Hospital. Todas ellas expresaron la necesidad de recibir formación continuada por parte de la institución, formación que el hospital no planteaba en ese momento. Fue la práctica cotidiana y las situaciones que debían afrontar las que propiciaban un aprendizaje autónomo y continuado. Hadisha relata:

A mi cuando me llamaron para una endoscopia aunque fue más por un tema de traducción, después la persona de allí, muy amable me explicó y incluso me quedé allí para ver como lo hacían, por arriba... por abajo... y por lo tanto pude entender muy bien. Yo personalmente tengo dos trabajos que tengo que hacer por la tarde ya que no puedo hacerlos aquí que son el tema de la información y, sobre todo de la formación.

El escaso mes que el mediador gitano llevaba incorporado al servicio de mediación (criterio de exclusión), actuando sólo en ocasiones puntuales en las que se había generado un conflicto, hizo que considerase poco oportuna su participación en el grupo focal ya que sus apreciaciones podrían interferir en el desarrollo del mismo dada su poca experiencia en mediación y un cierto desconocimiento del servicio y del propio hospital.

En noviembre de 2008 el servicio cuenta ya con 5 mediadoras siendo la mediadora marroquí la única profesional que trabaja en el servicio desde sus inicios. El grupo está constituido, además, por una mediadora rumana, una pakistaní, una mediadora china y el mediador de etnia gitana que, ahora sí y dada su trayectoria, pasa a ser el segundo mediador con más experiencia en dicho servicio.

El perfil general de dichas mediadoras²⁶³ corresponde, básicamente, con el de personas inmigrantes llegadas con sus familias y que llevan afincadas en Cataluña un promedio de 9 años²⁶⁴. Todas tienen estudios generales y han realizado diversos cursos sobre mediación intercultural. A diferencia de las primeras mediadoras todas ellas han recibido formación específica sobre mediación intercultural en el ámbito sanitario²⁶⁵. Solo hay una excepción: se trata de una de las mediadoras de reciente incorporación que, aunque está realizando el primer curso de la licenciatura de psicología, no ha recibido ningún tipo de formación específica sobre mediación. El promedio de ejercicio profesional de dichas mediadoras es de 3.2 años, aunque sean 2, los años de promedio que este grupo lleva

²⁶³ Ve ficha técnica en anexo 16.

²⁶⁴ Intervalo comprendido entre 5 y 13 años.

²⁶⁵ Dos de las mediadoras participaron en el programa de formación en mediación intercultural sociosanitaria organizado por la Fundació "La Caixa".

ejerciendo en el Hospital del Mar²⁶⁶. Respecto al mediador gitano que, como se he justificado anteriormente, no participó en el primer grupo focal, su ejercicio profesional como mediador intercultural en el Hospital del Mar es de aproximadamente 4 años siendo este su primera incursión en el campo de la mediación. Aún así su trayectoria muestra una importante vinculación a la comunidad gitana y el ejercicio de mediación *natural* en ella.

El perfil de las tres mediadoras del SMI del Hospital Arnau de Vilanova se asemeja al perfil de las primeras mediadoras del Hospital del Mar, descrito anteriormente. Con escasa formación en mediación en el ámbito de la salud se constata, también, con respecto a los años de ejercicio profesional un bajo promedio, 2.8 años, que disminuye a 2.5 años cuando se pregunta por su ejercicio en el campo de la mediación en salud.

El perfil y los años de ejercicio profesional de las mediadoras hizo plantearme la necesidad de contar con dos reconocidas mediadoras que comparten una larga trayectoria y experiencia laboral en el ámbito de la salud y cuyas reflexiones permitieron contrastar todas las informaciones. Najat, de origen marroquí, y licenciada en derecho, lleva 12 años de ejercicio profesional en el ámbito de la mediación intercultural y 9 años en el ámbito de la mediación en salud. Contratada inicialmente por una asociación ha desarrollado toda su trayectoria profesional vinculada a un importante hospital comarcal. Por su parte, Fátima, gambiana, con 10 años de ejercicio profesional en el ámbito de la mediación en salud (15 en mediación intercultural), ha desarrollado su trayectoria profesional en la

²⁶⁶ Primer intervalo comprendido entre 5 años y 5 meses y segundo intervalo comprendido entre 4 años y cinco meses.

comunidad, contratada por el Consell Comarcal y diversas asociaciones y ONG's.

Para finalizar, cabe destacar que el voluntariado ha marcado los inicios de la mayoría de las mediadoras, incluso de las mediadoras más expertas. Todas ellas relatan haber llegado a la mediación gracias a sus vinculaciones con la comunidad o a través de voluntariado en diversas asociaciones.

En cuanto a los profesionales del Hospital del Mar y, aunque se trataba de una muestra elevada, 429 personas²⁶⁷, se consideró oportuno, previa consulta con el *Departamento de Estadística del IMAS*, incluir en el estudio a todos los profesionales en su totalidad al ser todos ellos susceptibles de necesitar el servicio de mediación intercultural entendiendo que, además, habría un número relativo de pérdidas durante el periodo de administración de la misma. La muestra inicial estaba configurada por 250 médicos y residentes de cuarto y quinto año, 104 enfermeras, 56 auxiliares, 3 trabajadoras sociales, 2 fisioterapeutas, y 1 maestra, 4 administrativas del servicio de admisiones, 5 administrativos del servicio de información y telefonía y 5 administrativas del servicio de atención al usuario. Se entrevistaron un total de 302 profesionales, 77 hombres (25%) y 225 mujeres (74.5%). El número de sujetos y la dispersión de los mismos determinaron la elección del cuestionario como el instrumento más

²⁶⁷ 100% de los profesionales sanitarios y administrativos que trabajaban en el turno de mañana (por ser este el horario del servicio de mediación intercultural). La muestra inicial estaba configurada por 250 médicos y residentes de cuarto y quinto año, 104 enfermeras, 56 auxiliares, 3 trabajadoras sociales, 2 fisioterapeutas, y 1 maestra, 4 administrativas del servicio de admisiones, 5 administrativos del servicio de información y telefonía y 5 administrativas del servicio de atención al usuario. Se desestimó incluir en la muestra a médicos residentes de primer y segundo año y celadores ya que entre sus tareas no se contemplaba la posibilidad de poder gestionar de forma directa o indirecta una demanda de mediación al SMI.

adecuado ya que, además, permitía obtener, de manera sistemática y ordenada, información de la población a estudio.

Sobre las fuentes impresas y la revisión documental

La *revisión documental*, coincide en el tiempo con la primera etapa de acceso al escenario. Reviso toda aquella documentación relacionada con el Hospital del Mar y el SMI recopilando toda aquella que aporta significado. Las memorias técnicas, 2003 y 2004, publicadas por el IMAS, aportan una primera visión global del hospital, su estructura, actividad asistencial etc. Actualmente se cuenta con las memorias técnicas publicadas hasta el ejercicio 2007²⁶⁸.

Paralelamente llevo a cabo una revisión de documentos propios del Servicio de Mediación (anexo 17) entre los que destaca el proyecto para la creación de dicho servicio, el *Programa IMAS-Mediadoras*, que constituye el documento principal para el desarrollo y puesta en marcha del Servicio de Mediación y, en si mismo, un *modelo de mediación institucional*²⁶⁹.

²⁶⁸ Parte de la información obtenida de estas memorias se encuentra recogida en el apartado, desarrollado anteriormente, "El Hospital del Mar en cifras".
www.imasbcn.com/publicaciones/index.php?CATEGORY2=298

²⁶⁹ El Programa "IMAS-Mediadors" está dirigido, principalmente, a la población inmigrante usuaria de los diferentes dispositivos sanitarios del IMAS aunque, se concentra básicamente en el HdM dado el alto número de usuarios de origen diverso, especialmente de origen árabe. Se trata, también, de un programa dirigido hacia los profesionales de la salud, con el fin de minimizar estereotipos e incomprensiones fruto de las diferencias culturales y problemas de comunicación que pueden llegar a generar conflictos. Así pues, el programa plantea como principal objetivo facilitar la comunicación, el conocimiento intercultural entre profesionales sanitarios y los usuarios inmigrantes que utilizan los dispositivos sanitarios de la institución facilitando la labor de dichos profesionales y evitando situaciones de conflicto o de incomunicación.

Bibliografia

- Abril, M. I. (2006). *La interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular.*, Universidad de Granada, Granada.
- AEP Desenvolupament Comunitari, & Andalucía Acoge. (2002). *Mediación Intercultural. Una propuesta para la formación.* Madrid: Editorial Popular.
- Aguilar, M. (2001). *La participación comunitaria en salud. ¿Mito o realidad?* Madrid: Diaz de Santos.
- Agustí-Panareda, J. (2003). The Complex Plasticity of Mediation. Intercultural Mediators in Catalonia. Retrieved 22-05-2007, from www.law.stanford.edu/publications/dissertations_theses/diss/Agusti-PanaredaJordi2003.pdf
- Agustí-Panareda, J. (2005). An attempt to mediate immigrant integration intercultural mediators in Catalonia. from www.law.stanford.edu/publications/dissertations_theses/diss/Agusti-PanaredaJordi2005JSD.pdf
- Ahlberg, B. A., Lundström, C., & Krantz, I. (2001). La salud de los inmigrantes y el acceso de los mismos a la sanidad en Suecia: Perspectivas de los inmigrantes y del personal sanitario. 2003, from www.salutepertutti.org/inglese/immi_say/spa/2.4.2%20sp.%2011%20caso%20spagnolo.pdf
- Alonso, E. (2002). Gestión de la diversidad cultural en atención primaria. *Atención Primaria*, 8(2), 49-52.
- Angelelli, C. V. (2004). *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Aranda, C. (2006). ¿Es posible una comprensión universalista de la cultura?. Las paradojas del concepto de interculturalidad. In J. A. Guerrero Villalba (Ed.), *Estudios sobre la mediación intercultural* (pp. 27-54). Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Arbeláez, M. (2007). La protecció del dret a la salut dels immigrants a Catalunya: polítiques d'actuació i recursos de l'Administració sanitària. In M. J. Larios & M. Nadal (Eds.), *L'estat de la immigració a Catalunya. Anuari 2006. Anàlisi jurídica i sociodemogràfica* (Vol. 1, pp. 161-182). Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- Ares, B. (1997). El papel de mediadores y la construcción de un discurso sobre la identidad de los mestizos peruanos (Siglo XVI). In B. Ares & S. Gruzinski (Eds.), *Entre dos Mundos. Fronteras Culturales y Agentes Mediadores* Sevilla: Publicaciones de la Escuela de Estudios Hispano-Americanos de Sevilla.
- Aubarell, G. (2001). Polítiques Públiques. Curs de formació per a professionals sobre les Polítiques d'Immigració a Catalunya. Retrieved 10-01-2004, from www.iemed.org/politiques_immigracio
- Australian Institute of Interpreters and Translators: AUSIT Code of Ethics for Interpreters and Translators.* (2001). Retrieved. from.
- Auyero, J. (1996). La doble vida del clientelismo político. *Sociedad. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales.* , 8, Buenos Aires.

- Auyero, J. (1997). *Favores por votos*. Buenos Aires: Losada.
- Auyero, J. (2002). Clinetelismo político en Argentina: Doble vida y negación colectiva. *Perfiles Latinoamericanos. Revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 20, 33-52.
- Azpeitia, C. (2003). Género e identidad profesional en los trabajadores sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 16, 147-170.
- Bailey, F. G. (1969). *Stratagems and Spoils: A Social Anthropology of Politics*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Bar-On, R. (1997). *The emotional Quotient Inventory (EQ-I): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Barnes, J. (1954). Class and committees in a Norwegian Island Parish. *Human Relations*, 7(1), 39-58.
- Barret, F., & Fry, R. (2005). *Appreciative Inquiry: A positive approach to building cooperative capacity*. Chagrin Fall, OH: Taos Institute Publications.
- Belpiede, A. (2002). *Mediazione Culturale. Esperienze e Percorsi Formativi*. Torino: UTET Libreria.
- Belloso, N. (2007). Una propuesta de Código Ético de los mediadores [Electronic Version]. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, 15. Retrieved 14/08/2007 from <http://uv.es/CEFD/15/Belloso.pdf>.
- Benedict, R. (1954). *The Chrysanthemum and the Sword. Patterns of Japanese culture*. (First ed.). Rutland: Charles E. Tuttle Company.
- Benito, E. (2003). Traducción e Interpretación en los servicios públicos en Bélgica. In C. Valero Garcés (Ed.), *Traducción e Interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. (pp. 229-235). Granada: Editorial Comares.
- Bercovitch, J., & Houston, A. (1996). The Study of International Mediation: Theoretical Issues and Empirical Evidence. In J. Bercovitch, ed (Ed.), *Resolving International Conflicts: The Theory and Practice of Mediation* (pp. 11-38): Boulder, Co: Lynne Rienner, Pub.
- Bermúdez, K., García de Castro, R., García González-Gordon, H., Lahib, A., Pomares, F., Prats, G., et al. (2002). *Mediación Intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid: AEP Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge.
- Berra, S., Elorza Ricart, J., Bartomeu, N., Hausmann, S., Serra-Sutton, V., & Rajmil, L. (2004). *Necessitats en Salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Bertoletti, P. (2004). Experiencias de Mediación Intercultural en Italia. *Quaderns CAPS*, 32, 47-51.
- Bisquerra, R., & Perez-Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and Power in Social Life*. New York: Wiley.
- Blay, F., Lisbona, J., Salinas, J., & Salvador, M. (1990). *Cultura Gitana. Propuestas para un trabajo intercultural*. Valencia: Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia.

- Boissevan, J. (1974). *Friends of Friends. Networks manipulators and coalitions*. Oxford: Blackwell.
- Boissevan, J. (1986). Reflexiones sobre la decadencia del patronazgo en Malta. In E. Gellner (Ed.), *Patronos y Clientes*. Madrid Ediciones Jucar.
- Boissevan, J., & Mitchell, J. C. (1973). *Network Analysis Studies in Human Interaction*. London: Mouton · The Hague · Paris.
- Bolaños, I. (2005). Mediación Familiar, responsabilidad y Poder. In F. Romero Navarro (Ed.), *La Mediación. Una visión plural*. (pp. 76-87). Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Presidencia y Justicia. Viceconsejería de Justicia y Seguridad. Gobierno de Canarias.
- Bolden, G. B. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, 2(4), 387-419.
- Bolton, J. (2002). The third presence: A psychiatrist's experience of working with non-English speaking patients and interpreters. *Transcultural Psychiatry*, 39(1), 97-114.
- Boqué, C. (2003). *Cultura de Mediación y Cambio Social*. Barcelona: Gedisa.
- Boqué, C. (2006). Mediación, arbitraje y demás vías de gestión de conflictos en contextos educativos [Electronic Version]. *Avances en Supervisión Educativa*, 2, 1-12. Retrieved 26/08/2007 from <http://www.adibe.org/revista/>.
- Bott, E. (1957). *Family and social network*. London: Tavistock.
- Bowen, S. (2001). *Language Barriers to Access to Health Care*. Retrieved 27 de diciembre de 2005, from <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/barriers.pdf>.
- Brammer, L. M. (1985). *The helping relationships. Process and skills*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Brown, D. (1982). Divorce and family mediation. *Conciliation Courts Review*, 20, 1-37.
- Burone, E. (2007). El dolor que sana [Electronic Version]. *Revista sobre negociación, conciliación, security y arbitraje*, 23 from <http://www.negocyar.com.ar>.
- Bush, R., & Folger, J. P. (1994). *The Promise of Mediation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Butts, T. (2007). La mediación en Norteamérica. In H. Soletto Muñoz & M. Otero Parga (Eds.), *Mediación y solución de conflictos. Habilidades para una necesidad emergente*. Madrid: Tecnos.
- California Healthcare Interpreters Association: California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical principals, protocols, and guidelines on roles and intervention*. Los Angeles, California Healthcare Interpreters Association. (2002). Retrieved from.
- Cambridge, J. (2002). Interlocutor Roles and the Pressures as Interpreters. In C. Valero & G. Mancho (Eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades* (pp. 121-126). Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- Cambridge, J. (2003). Unas ideas sobre interpretación en los centros de salud. In C. Valero Garcés (Ed.), *Traducción e Interpretación en los Servicios*

- Públicos. Contextualización, actualidad y futuro.* (pp. 51-67). Granada: Editorial Comares.
- Canals, J. (2002). Grups d'Ajuda Mútua: una representació actual de la reciprocitat. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 17-18.
- Carulla Benítez, P. (2001). La mediación: una alternativa eficaz para resolver conflictos empresariales.
- Casasempere, A. (2004). Consideraciones pedagógicas en torno al aprendizaje de las herramientas informáticas de apoyo al análisis de datos cualitativos en investigaciones sociales [Electronic Version]. Retrieved 23/04/2009 from www.cualsoft.com/pdf/advice-2004.pdf.
- Castiglioni, M. (1997). *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*. Milán: Franco Angeli.
- Clastres, P. (1977). *Society against the State*. Oxford: Basil Blackwell.
- Cohen-Emerique, M. (1993). *La médiation interculturelle: La médiation assurée par les femmes-relais*.: Acuellir.
- Cohen-Emerique, M. (1997). La negotiation-mediation, phase essentielle de l'integration des migrants. *Hommes & migrations*, 1208, 9-23.
- Cohen-Emerique, M. (2006). *Les Médiateurs sociaux et culturels: Passarelles d'Identités*. Paper presented at the Mediation sociale et culturelle: un métier, une déontologie. Retrieved 6/12/2007, from www.professionbanlieue.org/gestion/doc/pbCohen-Emerique.pdf.
- Cohen-Emerique, M., & Guillaume-Hofnung, M. (2006). *Les femmes-relais médiatrices sociales et culturelles. Des principes déontologiques, un métier*. Seine-Sant-Denis: Profession Banlieue.
- Cohen, A. (1979). Antropología Política: el análisis del simbolismo en las relaciones de poder. In J. R. Llobera (Ed.), *Antropología Política*. Barcelona: Anagrama.
- Cohen, J. A. (1966). Chinese mediation on the eve of modernization. *California Law Review*, 54, 1201-1226.
- Cohen, R. (1979). El sistema político. In J. R. Llobera (Ed.), *Antropología Política*. Barcelona: Anagrama.
- Coleman, J. S. (1972). Systems of Social Exchange. *Journal of Mathematical Sociology*, 2, 145-163.
- Coleman, J. S. (1973). *The Mathematics of Collective Action*. Chicago: Aldine.
- Collazos, F., & Qureshi, A. (2005). La Mediación Cultural en Salud Mental. *Psiquiatría Cultural y de la Inmigración*, 4, 18-23.
- Comas D'Argemir, D. (1995). *Trabajo, Género, Cultura*. Barcelona: Icaria Editorial, s.a.
- Comas D'Argemir, D. (2000). Mujeres, familia y estado del bienestar. In T. Del Valle (Ed.), *Perspectivas feministas desde la antropología social* (pp. 187-2004). Barcelona: Ariel.
- Comelles, J. (1997). De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques. *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 11, 32-43.
- Comelles, J., Mascarella, L., Bardaji, F., & Allué, X. (2000). Some health care. Experiences for Foreign Migrant in Spain. In P. Vulpiani, J. Comelles & Dongen (Eds.), *Health for All, All for Health. European experiences on health care for migrants*. Perugia: Cidis Alisei.

- Comparative Study on Language and Culture Mediation in different European countries. (2007). Retrieved 28-02-2008, from www.equal_tca_aim.com/html/summary%20suk-study%20with%20logos-pdf
- Conforti, F. (2007). Promoción de derechos sociales, resolución pacífica de conflictos y el proceso de resiliencia en niños, niñas y adolescentes. Experiencias para compartir. Retrieved 5-12-2008, from <http://www.mediate.com/pfriendly.cfm?id=4006>
- Conforti, F. (2008). *Liderazgo positivo. Construir el futuro con imaginación e idealismo*. Buenos Aires: Editorial Librería Histórica, S.R.L.
- Cook, K. S. (2003). La vinculación de actores y estructuras desde la perspectiva de las redes de intercambio. In F. Requena Santos (Ed.), *Análisis de Redes Sociales. Orígenes, teorías y aplicaciones*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Cooperrider, D., & Withey, D. (2003). *Appreciative Inquiry Handbook: The first in a Serie of al Workbooks for Leaders of Change*. Bedford Heights, OH: Lakeshore Communications.
- Corzo, S. (2002). *El clientelismo político como intercambio*. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Cots, F., Castells, X., Ollé, C., Manzanera, R., Varela, J., & Vall, O. (2002). Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16(5).
- Crehan, K. (2004). *Gramsci, cultura y antropología*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Cuadros, A. (2005). La Mediación Intercultural. In R. Aparicio & J. L. Martínez (Eds.), *La Intervención Social con colectivos inmigrantes*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Curuchelar, G. (2006). Negociación colaborativa y mediación. Retrieved 5-12-2008, from <http://aainfancia.org.ar/imprimir.php?id=33>
- Curuchelar, G. (2007). Resiliencia y Mediación. Nuestra historia no es un destino. Retrieved 5-12-2008, from <http://www.aainfancia.org.ar/imprimir.php?id=65>
- Chetty, S. (1996). The case study method for research in small and médium sized firms. *International small bussiness journal*, 5(oct-dic).
- De Luise, D. (2005). ¿Mediadores?, ¿Intérpretes?, ¿Negociadores?: La percepción del papel de diferentes profesionales. In C. Valero-Garcés (Ed.), *Traducción como Mediación entre Lenguas y Culturas* (pp. 67-74). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- De Mynck, A. (2004). Mediación Intercultural: ¿Una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes? *Quaderns CAPS*, 32, 40-46.
- Delcroix, C. (1996). Mediation et travail social. Les médiatrices socioculturelles au sein du développement local et urbain. *Villes, sciences sociales, professions. Espaces et Societes*, 84-85, 153-175.
- Delgado, M. (1998). *Diversitat i Integració*. Barcelona: Editorial Empúries.
- Denzin, N. K. (1970). *Sociological methods: a Source Book*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Denzin, N. K. (1978). *The research act*. New York: McGraw-Hill.

- Derose, K., Hayes, R., McCaffrey, D., & Baker, D. (2001). Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? *J Gen Intern Med*, 16, 218-226.
- Díez, F., & Tapia, G. (1999). *Herramientas para trabajar la mediación*. Buenos Aires: Paidós.
- Donahue, W. A., & Bresnahan, M. I. (1997). Cuestiones comunicacionales de la mediación en conflictos culturales. In J. P. Folger & T. S. Jones (Eds.), *Nuevas direcciones en mediación. Investigación y perspectivas comunicacionales*. Barcelona: Paidós.
- Doo, L. W. (1973). Dispute settlement in Chinese American communities. *American Journal of Comparative Law*, 21.
- Doob, L. W. (1971). *Resolving Conflict in Africa*. New Haven: Yale University Press.
- Doob, L. W. (1993). *Intervention: Guides and Perils*. New Haven: Yale University Press.
- Dubet, F., & Lapeyronnie, D. (1999). *Les quartiers d'exil*. Paris: Seuil.
- Eiras Nordenstahl, U. C. (2005). *Mediación Penal. De la Práctica a la Teoría*. Buenos Aires: Editorial Librería Histórica.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Eisenhardt, K. M. (1991). Better stories and better constructs: the case for rigor and comparative logic. *Academy of Management Review*, 16(3), 620-627.
- El Hachmi, N. (2008). *El último patriarca*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Eng, E., & Young, R. (1992). Lay health advisors as community change agents. *Fam Community Health*, 15, 24-40.
- Es-Safi, L. (2001). La médiation interculturelle en matière de santé: une réponse aux problèmes de communication entre patients migrants et personnel soignant? *Pensée plurielle. Parole, pratiques et réflexions du social*, 3(1), 27-34.
- Esteban, M. L. (2003). Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. In *Congreso Internacional Sare 2003: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado* (pp. 65-84). Vitoria-Gasteiz: Emakunde / Instituto Vasco de la Mujer.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la Salud y el Género: Las ventajas de un enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.
- Esteban Soto, Y. (2007). La comunicación: su utilidad y poder en el proceso de mediación. In H. Soletto Muñoz & M. Otero Parga (Eds.), *Mediación y Solución de Conflictos. Habilidades para una Necesidad Emergente*. Madrid: Tecnos.
- Evans-Pritchard, E. E. (1977). *Los Nuer*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2004). La importancia de desarrollar la inteligencia emocional en el profesorado [Electronic Version]. *Revista Iberoamericana de Educación*. Retrieved 19-04-2009 from <http://www.rieoei.org/deloslectores/759Extremera.pdf>.
- Farré, S. (2004). *Gestión de conflictos: Taller de Mediación. Un enfoque socio-afectivo*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Favaro, G. (2002). *La Mediación: porqué, cómo, quién*. Retrieved 23/04/2007, from <http://www.ugr.es/~equallab>.

- Fayman, S. (2000). *L'expérience de la médiation sociale et culturelle: état des lieux dans quelques départements*. Paris: Femmes Inter associations; Inter Service Migrants. FIA/ISM.
- Fernández-Ríos, M., Aranda, M., & Gilbert, G. (1996). Borrador del Código Deontológico del Mediador. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12(2-3), 231-244.
- Fernández, J. (2001). Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión [Electronic Version]. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 3(2), 23-39. Retrieved 27/08/2007 from <http://redie.ens.uabc.mx/vol3no2/contenido-fernandez.html>.
- Ferre, I. (2002). Ville et médiation: note de synthèse. Retrieved 14-11-2008, 2008, from http://www.cdu.urbanisme.equipement.gouv.fr/article.php3?id_article=110
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Folberg, J., & Taylor, A. (1992). *Mediación. Resolución de conflictos sin litigio*. México D.F.: Limusa Noriega Editores.
- Fombrun, C. J. (2003). Atribuciones de poder a través de una red social. In F. Requena Santos (Ed.), *Análisis de Redes Sociales* (pp. 399-416). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Fortes, M., & Evans-Pritchard, E. E. (1940). *African Political Systems*. Oxford: Oxford University Press.
- Fouce, J. G. (2006). Voluntariado y Psicología. Límites y cuestionamientos profesionales. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1 (1), 23-33.
- Freeman, L. C. (2000). La centralidad en las redes sociales. Clarificación conceptual. *Política y sociedad*, 33, 131-148.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península.
- Freidson, E. (2001). La teoría de las profesiones. Estado del arte. *Perfiles Educativos*, 23(093), 28-43.
- Freixa, C. (2008). Nuevos espacios de negociación intercultural. In *La política de lo diverso. ¿Producción, reconocimiento o apropiación de lo intercultural?* (pp. 205-216). Barcelona: Centre d'Investigació de Relacions Internacionals i de Desenvolupament. Fundació CIDOB.
- French, J. R. P. (1956). A Formal Theory of Social Power. *Psychological Review*, 63-3, 181-194.
- French, J. R. P., & Raven, B. (1959). The bases of social power. In D. Cartwright (Ed.), *Studies in social power*. Ann Arbor, Mich.: University of Michigan.
- Fry, R., Barret, F., Seiling, J., & Withney, D. (2001). *Appreciative Inquiry and Organizational Transformation: Reports from de Fields*. Wesport, CN: Quorum.
- Gailly, A., Verrept, H., & Chikhi, H. (2001). El acceso de los inmigrantes a la sanidad en Bélgica. Observaciones y buenas prácticas. *Salute per tutti. Tutti in salute* Retrieved 25-09-2003, from www.salutepertutti.org/inglese/imm_i_say/spa/2.4.2%20sp.%2011%20caso%20spagnolo.pdf

- Galeote Muñoz, M. P. (2006). *Sistemas de solución extrajudicial de conflictos*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Ganesan, S., & Janzé, T. (2005). Overview of Culturally-Based Men Care in Vancouver. *Transcultural Psychiatry*, 42(3), 478-490.
- Garay, N., Abascal, J., & Gardeazabal, L. (2002). Mediación Emocional en sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa. *Inteligencia Artificial: Revista Iberoamericana de Inteligencia Artificial*, 16, 65-70.
- Garb, P. (1990). Mediation in the Caucasus. In A. W. Wolfe & H. Yang (Eds.), *Anthropological Contributions to Conflict Resolution* (pp. 31-46). Georgia: The University of Georgia Press.
- García Caro, M. P. (2008). *Pensar en Paliativo. Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y provincia.*, Universidad de Granada, Granada.
- García Castaño, F. J., & Barragan, C. (2004). Mediación Intercultural en sociedades multiculturales. Hacia una nueva conceptualización. *Portularia*, 2, 123-142.
- García Castaño, F. J., Granados, A., & Martínez Chicon, R. (2002). *Perfil del mediador y mediadora intercultural*. Retrieved 23/04/2007, from <http://www.ugr.es/-equallab>.
- García Castaño, F. J., Granados, A., & Martínez Chicon, R. (2006). Comprender y construir la mediación intercultural. *Portularia*, VI(1), 7-16.
- García García, L. (2003). *Mediación Familiar. Prevención y alternativa al litigio en los conflictos familiares*. Madrid: Dykinson.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la Salut. (2006). Retrieved 28-02-2008. from www.gencat.cat/salut.
- Gevara, I. (2000). Sobre el ecofeminismo. In *Intuiciones Ecofeministas: ensayo para repensar el conocimiento y la religión* (pp. 17-34). Madrid: Trotta.
- Gillam, S., & Levenson, R. (1999). Linkworkers in primary care. An untapped resource. *British Medical Journal*, 6(319(7219)), 1215.
- Giménez, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. *Revista Migraciones*, 2, 125-159.
- Giménez, C. (2001). Modelos de Mediación y su aplicación en Mediación Intercultural. *Revista Migraciones*, 10.
- Giménez, C. (2002). *El Servicio de Mediación Intercultural SEMSI 1997-2002. Una experiencia de mediación comunitaria en el ámbito de las migraciones y la convivencia intercultural*. Madrid: Area de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.
- Giménez, C. (2004). Servicio de Mediación Social Intercultural S.E.M.S.I. [Electronic Version]. *Revista de Educación Social*, 2. Retrieved 19-01-2007 from <http://www.eduso.net/res/?b=4&c=28&n=86>.
- Giménez, C. (2007). *¿Por qué estamos aquí y como hemos llegado?* Paper presented at the Primer Encuentro de Mediadores y Mediadoras Interculturales. Retrieved 2-12-2008, from www.ceimigra.net/descargas/Conferencia_Marco.pdf.
- Giménez, C., & Mammari, F. (2004). Información básica sobre el servicio de Mediación Social Intercultural (S.E.M.S.I.). *Quaderns CAPS*, 32, 63-67.

- Giménez Romero, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. *Revista Migraciones*, 2, 125-159.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine.
- Gledhill, J. (2000). *El poder y sus disfraces*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Gluckman, M. (1956). *Custom and Conflict in Africa*. Oxford: Blackwell.
- Gluckman, M. (1963). *Order and rebellion in Tribal Africa*. New York: Free Press.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gómez, P., & Mielgo, E. (1989). Voluntariado y Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 2, 79-87.
- Gonzalez-Simancas, J. (2002). Aprender a ayudar. In A. Bernal (Ed.), *El voluntariado. Educación para la participación social*. Barcelona: Ariel.
- González Alcantud, J. A. (1998). *Antropología (y) política. Sobre la formación cultural del poder*. Rubí.
- Gottman, J. (1997). *The heart of parenting: How to rise and emotionally intelligent child*. New York: Simon & Schuster.
- Gramsci, A. (1972a). *Cultura y Literatura*. Barcelona: Ediciones Península.
- Gramsci, A. (1972b). *Los intelectuales y la organización de la cultura*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Gramsci, A. (1974). *La formación de los intelectuales*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Grané, J., & Forés, A. (2007). *La resiliència*. Barcelona: Editorial UOC.
- Green, E. (1996). Encontrando alternativas al litigio en las disputas empresariales. In D. M. Kolb (Ed.), *Cuando hablar da resultado. Perfiles de Mediadores*. Buenos Aires: Paidós.
- Grinsberg, R. B. (1978). American Bar Association delegation visits the Popular Republic of China. *American Bar Association Journal*.
- Grover Duffy, K. (1996). Introducción a los programas de mediación comunitaria: pasado, presente y futuro. In K. G. Grover Duffy, J.W. Olczak, P.V. (Ed.), *La mediación y sus contextos de aplicación: una introducción para profesionales e investigadores*. Barcelona: Paidós.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
- Gürtler, L., & Huber, G. L. (2007). Modos de pensar y estrategias de la investigación cualitativa [Electronic Version]. *Liberabit*, 13, 37-52. Retrieved 16-03-2009 from www.psicologia.usmp.edu.per/paginas/web-liberabit/liberabit13/4_leo_gurtler.pdf.
- Haro, J. A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. In E. Perdiguerro & J. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Haro, J. A. (2004). Entrevistas de grupo en la investigación del ámbito sanitario: criterios y estrategias para campo y análisis. *Trabajo Social y Salud*, 48, 139-188.
- Hernández, S. (2006). Sociedades y Conflicto II: El papel de la acción mediadora en la intervención social con población inmigrante. In J. A. Guerrero

- Villalba (Ed.), *Estudios sobre la Mediación Intercultural* (pp. 93-106). Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Imízcoz, J. M. (2001). *Redes familiares y patronazgo. Aproximación al entramado social del País Vasco y Navarra en el Antiguo Régimen*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Interpret'. (2002). *Standards de formation pour les interprètes communautaires et les médiateurs/médiatrices culturel(le)s dans le domaines de la santé, du social et de la formation. Rapport final*. Berna: Association Suisse pour la promotion de l'interprétariat et de la médiation culturelle dans les domaines de la santé, du social et de la formation.
- Jezewsky, M. (1990). Culture brokering in migrant farmworker health care. *Western Journal of Nursing Research*, 12(4), 497-513.
- Jezewsky, M., & Sotnik, P. (2001). *The Rehabilitation Service provider as Cultural Broker: providing Culturally Competent Services to Foreign Born Persons*. Buffalo: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Jones, T. S. (1997). Un rearmamiento dialéctico del proceso de mediación. In J. Folberg & T. S. Jones (Eds.), *Nuevas direcciones en mediación. Investigación y perspectivas comunicacionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Jornades Europees de Mediació Comunitària. Actes de Conclusions. (2003). Retrieved 11-03-2005, from www.peretarres.org/mediacio
- Jovell, A. J., & Navarro, M. D. (2006). *Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social*. Barcelona: Fundación alternativas.
- Karliner, L. S., Perez-Stable, E. J., & Gildengorin, G. (2004). The Language Divide. The Importance of Training in the Use of Interpreters for Outpatient Practice. *J Gen Intern Med*, 19, 175-183.
- Khun, T. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Kuo, D., & Fagan, M. (1999). Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *J Gen Intern Med*, 14, 547-550.
- L'Agència de Salut Pública de Catalunya. *Document de bases per a la seva creació*. (2006). Retrieved 28-03-2008. from www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/docbase2007.pdf.
- Laghrich, S. (2004). Reflexiones sobre la mediación intercultural y experiencias desde la comunidad valenciana [Electronic Version]. *Tonos. Revista Electrónica de Estudios Filológicos*, 8. Retrieved 11-04-2008 from <http://www.um.es/tonosdigital/znum8/estudios/11-Salou.htm>.
- Las Heras Pinilla, M. P. (1979). *Introducción al Bienestar Social*. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.
- Levenson, R., & Gillam, S. (1998). *Linkworkers in primary care*. London: Kin's Fund.
- Lewellen, T. C. (1994). *Introducción a la Antropología Política*. Barcelona: Edicions Bellaterra 2000.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., & Fernández-Castro, J. (2006). Relación entre la inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 267-278.

- Lomnitz, L. A. (1998). *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de antropología latinoamericana*. Mexico D.F.: G.E. Miguel Ángel Porrúa.
- Loureiro, R. M. (1997). O descobrimento da civilização indiana. In B. Ares & S. Gruzinski (Eds.), *Entre dos Mundos. Fronteras Culturales y Agentes Mediadores*. Sevilla Publicaciones de la Escuela de Estudios Hispano-Americanos de Sevilla.
- Lowie, R. H. (1979). Algunos aspectos de la organización política de los aborígenes americanos. In J. R. Llobera (Ed.), *Antropología Política*. Barcelona: Anagrama.
- Lozares, S. (2001). Mediadores culturales en el ámbito socioeducativo. In M. L. Setien & A. López (Eds.), *El trabajo social en los proyectos de intervención con inmigrantes*. Bilbao: Deusto.
- Luque Baena, E. (1984). Sobre antropología política (diálogo polémico con un viejo discurso). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 25, 71-93.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-558.
- Lux Martelo, M. (2006). El Licenciado Juan Méndez Nieto, un mediador cultural: apropiación y transmisión de saberes en el Nuevo Mundo. *Historia Crítica*, 31, 53-76.
- LLevot, N. (2004). Las *Femmes-Relais* en las instituciones escolares: una experiencia de mediación natural en Francia. *Revista de Ciencias de la Educación*, 198-99, 195-208.
- Llibre Blanc de la Mediació a Catalunya. Projecte de Recerca*. (2008). Retrieved from <http://www.llibreblancmediacio.com>.
- Maalouf, A. (1999). *Les identitats que maten. Per una mundialització que respecti la diversitat*. Barcelona: Edicions La Campana.
- Maluquer, E. (1997). La sanitat: una assignatura pendent. In *II Informe sobre immigració y treball social*. Barcelona: Area de Serveis Socials. Diputació de Barcelona.
- Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes: Guía para profesionales de la salud*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. . (2007). Retrieved 26-12-2007, from http://www.andaluciajunta.es/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2007/pubcsalud_1888/manual_inmigrantes.pdf.
- Marsden, P. V. (1982). Brokerage Behavior in Restricted Exchange Networks. In P. V. Marsden & N. Lin (Eds.), *Social Structure and Network Analysis* (pp. 201-218). Beverly Hills: Sage Publications.
- Marsden, P. V. (1983). Restricted Access in Networks and Models of Power. *American Journal Of Sociology*, 88, 686-717.
- Martín Casares, A. (2008). *Antropología del Género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia.
- Martínez de Murguía, B. (1999). *Mediación y resolución de conflictos*. Mexico D.F.: Paidós.
- Martínez López, C. (2000). Las mujeres y la paz en la historia. Aportaciones desde el mundo antiguo. In F. A. Muñoz & M. López Martínez (Eds.),

- Historia de la Paz. Tiempos, Espacios y Actores* (pp. 255-290). Granada: Universidad de Granada.
- Mascarella, L., Comelles, J., & Allué, X. (2001). La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España [Electronic Version]. Retrieved 10/2003 from www.salutpertitti.org/inglese/immi_say/spa/2.4.2%20sp.%20caso%20spag_nolo.pdf.
- Mayer, P. (1962). Migrancy and the Study of Africans in Town. *American Anthropologist*, 64, 576-592.
- Mayhew, K. P., & Mayhew, M. (2003). La resiliencia en estados Unidos: desarrollos recientes y aplicaciones prácticas. In M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Mayoral, R. (2003). Los cambios en la profesión de traductor o intérprete jurado en España. In C. Valero Garcés (Ed.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos* (pp. 127-132). Granada: Comares.
- Menéndez, E. L. (1993). Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la Antropología Médica. In M. (comp) (Ed.), *Familia, salud y sociedad*. (pp. 130-162). México: Universidad de Guadalajara.
- Mercadé, F. (1981). Intelectuales y nacionalismo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 14, 21-45.
- Mercado, F. J., Villaseñor, M., & Lizardi, A. (1999). Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo de consolidación [Electronic Version] from www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html.
- Miguel, C. (2003). Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en la Unión Europea. In C. Valero Garcés (Ed.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. (pp. 35-50). Granada: Editorial Comares.
- Mitchell, J. C. (1969). Social networks in urban situations: Analyses of Personal Relationships in Central African Towns. In J. C. Mitchell (Ed.), *The concept and use of social networks*. Manchester: Manchester University Press.
- Mitchell, J. C. (1973). Networks, norms and institutions. In J. Boissevan & J. C. Mitchell (Eds.), *Network Analysis Studies in Human Interaction*. Paris: Mouton . The Hague.
- Molina, J. L. (2001). El análisis de redes sociales. Aplicaciones al estudio de la cultura en las organizaciones [Electronic Version]. *Athenea Digital*. Retrieved 24-05-07 from <http://antalya.uab.es/athenea/num0/tesis-joseluis.htm>.
- Moncusí, A. (2008). Institucionalización, interculturalidad y mediación ciudadana o natural. Reflexiones desde un proyecto en curso. In *La política de lo diverso. ¿Producción, reconocimiento o apropiación de lo intercultural?* (pp. 119-129). Barcelona: Centre d'Investigació de Relacions Internacionals i de Desenvolupament. Fundació CIDOB.
- Montgomery Hart, D. (1996). Murder in the Market: Penal aspects of berber customary law in the precolonial Moroccan Rif. *Islamic Law and Society*, 3, 343-372.
- Moore, H. L. (1991). *Antropología y Feminismo*. Madrid: Ediciones Cátedra.

- Morera de Paz, I. (2000). Trabajo de Campo: La interpretación Social en los Hospitales de Granada Capital. Programa de Doctorado Traducción y Sociedad (1999/2000). Departamento de Traducción e Interpretación. Universidad de Granada.
- Munné, M., & Villanueva, N. (2004). Assaig sobre la mediació. In C. Villagrasa (Ed.), *La mediació* (pp. 17-37). Barcelona: Portic.
- Muñoz, A. (1998). Semper pacis amica. Mediación y práctica política (siglos VI-XIV). *Arenal*, 5(2), 263-276.
- National Council on Interpreting in Health Care: A code of ethics for health care interpreters: A working paper or discussion. National Council on Interpreting in Health Care and Department of Health and Human Services office of Minority Health* (2001). Retrieved. from.
- National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care: Executive Summary in Health Care. Washington DC, Department of Health and Human Services.* (2001). Retrieved. from.
- O'Neil, J. (1989). The cultural and political context of patient dissatisfaction in cross-cultural clinical encounters: a Canadian Inuit study. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(4), 325-344.
- Ortner, S. (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? In O. Harris & K. Young (Eds.), *Antropología y Feminismo* (pp. 109-113). Barcelona: Anagrama.
- Ortuño, P. (2005). El reto de la mediación en el panorama internacional. In F. Romero Navarro (Ed.), *La mediación. Una visión plural.* (pp. 56-61). Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Presidencia y Justicia. Viceconsejería de Justicia y Seguridad. Gobierno de Canarias.
- Otero Parga, M. (2007). Las raíces históricas y culturales de la mediación. In H. Soleto Muñoz & M. Otero Parga (Eds.), *Mediación y Solución de Conflictos. Mediación para una Necesidad Emergente* (pp. 172-184). Madrid: Tecnos.
- Oyhanarte, M. (1996). Los nuevos paradigmas y la mediación. In J. Gottheil & A. Schiffrin (Eds.), *Mediación: una transformación en la cultura.* Buenos Aires: Paidós.
- Palacio, J. I., & Simón, H. J. (2006). Segregación laboral y diferencias salariales por razón de sexo en España. *Estadística Española*, 48(163), 493-524.
- Páramo, P., & Otálvo, G. (2006). Investigación alternativa: Por una disitnción entre posturas epistemológicas y no entre métodos. *Cinta de Moebio*, 25.
- Pardell, H. (2003). ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy? *Educación Médica*, 6, 63-80.
- Parella, S. (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación.* Rubi: Anthropos.
- Parsons, T. (1963b). On the concept of power. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 107, 232-262.
- Pastor, X. (2001). Voluntariat i Gestió Alternativa del Conflict. Una nova font de riquesa per a la democràcia. from www.grecmail.org/docpdf/voluntariat%20i%20Gesti%20Alternativa%20del%20Conflicte.pdf

- Peralta, M. I. (2006). *Las estrategias del clientelismo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Pérez Andrés, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 373-380.
- Pérez Crespo, M. J. (2005). Mediación Intercultural. El trabajo con familias de inmigrantes: de la mediación social intercultural a la mediación familiar en el espacio comunitario. In F. Romero Navarro (Ed.), *La Mediación. Una visión Plural*. (pp. 251-265). Las Palmas de Gran Canarias: Consejería de Presidencia y Justicia. Viceconsejería de Justicia y Seguridad. Gobierno de Canarias.
- Perry, C. (1998). Processes of a case study methodology for postgraduate research in marketing. *European Journal of Marketing*, 32(9/10), 785-802.
- Petitclerc, J. M. (2002). *La mediación social*. Retrieved 23/04/2007, from <http://www.ugr.es/~equallab>.
- Pilone, J. (2001). *La profesión como emergente en proceso de cambio entre capitalismo liberal y capitalismo monopólico*. Paper presented at the Unidad Académica: "Currículum Universitario: Demandas y Propuestas". from http://www.unne.edu.ar/institucional/documentos/j_pilone_profesiones.pdf.
- Pla de ciutadania i Immigració 2005-2008. Generalitat de Catalunya*. Retrieved 9-09-2008. from www.gencat.cat/benestar/immi/pdf/pla_05_08.pdf.
- Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut*. (2006). Retrieved. from www.gencat.cat/salut.
- Pla, M., Masip, M., Lurbe, K., Gil, E., & Chela, X. (2005). Anàlisi de la situació dels serveis de mediació. Unitat de Recerca Qualitativa. Fundació Dr. Robert. UAB.
- Podro, S. (1994). Training in bilingual advocacy. The British, Belgian and French experience of intercultural mediation. Document. London Interpreting Project.
- Programa "Immigración y Salud". Memoria 2007*. (2008). Barcelona: Fundación Salut y Familia.
- Pulido, R. (2006). Interculturalidad y sociedad del conocimiento algunos elementos para la reflexión. In J. A. Guerrero Villalba (Ed.), *Estudios sobre la Mediación Intercultural*. Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Puy Muñoz, F. (2007). La Expresión "Mediación Jurídica" un Análisis Tópico". In H. Soletto Muñoz & M. Otero Parga (Eds.), *Mediación y Solución en Conflictos. Habilidades para una Necesidad Emergente*. Madrid: Tecnos.
- Qureshi, A., & Collazos, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 50-57.
- Qureshi, A., Revollo, H.-W., Collazos, F., Visiers, C., & Harrak, E. (2009). La mediación intercultural sociosanitaria. Implicaciones y retos. *Norte de Salud Mental*, 35, 56-66.
- Radcliffe-Brown, A. R. (1940). Preface. In M. Fortes & E. E. Evans-Pritchard (Eds.), *African Political System*. Oxford: Oxford University Press.

- Reay, M. (1967). Present Day Politics in the New Guinea Highlands. In R. M. Cohen, J. (Ed.), *Comparative Political Systems*. New York: The natural History Press.
- Redorta, J. (2006). *El poder y sus conflictos*. Barcelona: Paidós.
- Redorta, J. (2008). La gestión de las emociones en el espacio de mediación. CeiMigra.
- Redorta, J., Obiols, M., & Bisquerra, R. (2006). *Emoción y conflicto*. Barcelona: Paidós.
- Requena Santos, F. (1989). El Concepto de Red Social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 48, 137- 152.
- Requena Santos, F. (1991). *Redes sociales y mercado de trabajo. Elementos para una teoría del capital relacional*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Requena Santos, F. (1996). *Redes sociales y cuestionarios*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Requena Santos, F. (2003). *Análisis de redes sociales. Orígenes, teorías y aplicaciones*. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas.
- Revilla, J. A. (2007). La mediación penal. In H. Soletto Muñoz & M. Otero Parga (Eds.), *Mediación y solución de conflictos*. Madrid: Tecnos.
- Richarte, I. (2008). *Una aproximación Transnacional a la Mediación Intercultural: Realidades en Francia, Italia y España*. Valencia: Fundación CeiMigra.
- Rius, X. (2007). *El libro de la inmigración en España*. Córdoba: Almuzara.
- Rivoir, A. L. (2007). Redes Sociales: ¿instrumento metodológico o categoría sociológica? [Electronic Version]. Retrieved 20-07-07 from www.lasociedadcivil.org/uploads/ciberteca/articulo_redes.pdf.
- Roat, C., Gheisar, B., Putsch, R., & SenGupta, I. (1999). *Bridging the gap: A Basic Training for Medical Interpreters's Handbook* Seattle: WA: Cross Cultural Health Care Program (CCHCP).
- Roberts, R. (1997). Community interpreting today and tomorrow. In S. Carr, R. Roberts, A. Dufour & D. Steyn (Eds.), *The critical link: interpreters in the community* (pp. 7-26). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Roca, F., & LLauger, M. (1994). Grupos de Ayuda Mutua: una realidad a tener en cuenta en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 1(4), 214-223.
- Rodríguez, J. A. (1995). *Análisis estructural y de redes*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Roigé, X., Estrada, F., & Beltran, O. (1999). *Tècniques d'Investigació en Antropologia Social*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Ros, M., & Ollé, C. (2003). Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. In *La prevención de la infección del VIH/SIDA en la población inmigrante. Ministerio de Sanidad y Consumo* (pp. 85-96). Madrid.
- Rosaldo, M. Z. (1979). Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica. In O. Harris & K. Young (Eds.), *Antropología y feminismo* (pp. 153-180). Barcelona: Anagrama.
- Ross, M. H. (1995). *La Cultura del Conflicto. Las diferencias interculturales en la práctica del conflicto*. Barcelona: Paidós.
- Roux, S. (1993). Mediation culturelle et travail social. *Acuellir*, 193, 11.

- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Saito, A. (2006). *Mujeres japonesas entre el liberalismo y el totalitarismo (1868-1945)*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Sales, D. (2005). Panorama de la Mediación Intercultural. Retrieved 25/01/2007, from www.translationdirectory.com/article335.htm
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition, and personality*, 9(3), 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. Washington: American Psychological Association.
- Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.* (2005). Retrieved from.
- Sánchez Elías, M. (2005). La Formación de Mediadores Interculturales. La Experiencia de la Red Acoge. In G. Carrera & G. Dietz (Eds.), *Patrimonio Inmaterial y gestión de la diversidad* (Vol. XVII). Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Cultura. Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico.
- Sánchez Picanyol, J. (2001). Política i Poder. In J. Sánchez i Picanyol (Ed.), *Política, poder i democràcia. Una introducció a la ciència política*. Barcelona: Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya.
- Sancho, A., Antonin, M., Iniesta, C., & Tomás-Sábado, J. (2007). Mediación Intercultural. Experiencia en el Hospital del Mar de Barcelona. *Todo Hospital*, 238, 466-470.
- Sanz Menéndez, L. (2003). Análisis de redes sociales: o como representar las estructuras sociales subyacentes. *Apuntes de Ciencia y Tecnología*, 7, 21-25.
- Sautu, R. (2003). *Todo es Teoría. Objetivos y Métodos de Investigación*. Buenos Aires: Lumiere.
- Scott, J. (1986). ¿Patronazgo o explotación? In E. Gellner (Ed.), *Patronos y clientes*. Madrid: Jucar Universidad.
- Schiffirin, A. (1996). La mediación. Aspectos generales. In J. Gottheil & A. Schiffirin (Eds.), *Mediación: una transformación en la cultural*. Buenos Aires: Paidós.
- Serra-Sutton, V., Hausmann, S., Bartomeu, N., Berra, S., Elorza Ricart, J., & Rajmil, L. (2004). *Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb immigració en altres països europeus*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Service, E. R. (1990). *Los orígenes del Estado y de la Civilización*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Servicio de Compatriota a Compatriota. Memoria 2005.* (2006). Barcelona.
- Shapiro, L. E. (1997). *How to rise a child with a higher EQ*. New York: Harper Collins.
- Simón, H. J., Ramos, R., & Sanromá, E. (2007). *Segregación laboral y estructuras salariales de nativos e inmigrantes en España. Un análisis con*

- datos emparejados empresa-trabajador*. Alicante: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, S.A.
- Singer, L. R. (1996). *Resolución de Conflictos. Técnicas de actuación en los ámbitos empresarial, familiar y legal*. Buenos Aires: Paidós.
- Six, J. F. (1990). Le temps des médiateurs. In. Paris: Éditions du Seuil.
- Six, J. F. (1995). *Dynamique de la médiation*. Paris: Desclée de Brouer.
- Six, J. F. (1997). *Dinámica de la Mediación*. Barcelona: Paidós.
- Smith, M. G. (1960). *Government in Zazzau*. Londres.
- Smith, N. C. (1990). The case study: a useful research method for information management. *Journal of Information Technology*, 5, 123-133.
- Soler i Amigó, J. (1996). *L'Atenció sanitària als Immigrants. L'Experiència del Consorci Sanitari de Mataró*. Barcelona: Fundació Serveis de Cultura Popular.
- Soletó Muñoz, H. (2007). La mediación en la Unión Europea. In H. Soletó Muñoz & M. Otero Parga (Eds.), *Mediación y solución de conflictos. Habilidades para una necesidad emergente*. Madrid: Tecnos.
- Suares, M. (1996). *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Suares, M. (2001). *Mediando en sistemas familiares*. Barcelona: Paidós.
- Swartz, M. J., Turner, V. W., & Tuden, A. (1966). *Political Anthropology*. Chicago.
- Tomas, A., Kennedy, L., & Colomer, C. (1998). El voluntariado y la reorientación de los servicios de salud. *Atención Primaria*, 22, 450-456.
- Touzard, H. (1981). *La mediación y la solución de conflictos*. Barcelona: Herder.
- Trotta, M. E. V. (2003). *Las Metamorfosis del clientelismo político. Contribución para el análisis institucional*. Buenos Aires: Espacio.
- Valero-Garcés, C. (2004). Barreras Lingüísticas en la comunicación intercultural. Datos y acciones. *Ofrim Suplementos*, 11, 19-36.
- Valero-Garcés, C. (2006). *Formas de Mediación Intercultural. Traducción e interpretación en los Servicios Públicos*. Granada: Comares.
- Valero-Garcés, C., & Lázaro, R. (2005). Traducción como mediación entre lenguas y culturas. Introducción. In C. Valero Garcés (Ed.), *Traducción como Mediación entre Lenguas y Culturas*. Madrid: Universidad de Alcalá.
- Valero Garcés, C. (2006). *Formas de Mediación Intercultural. Traducción e interpretación en los Servicios Públicos*. Granada: Comares.
- Varderi, A. (2006). *El voluntariat en l'àmbit hospitalari i sociosanitari*. Barcelona: Federació Catalana de Voluntariat Social.
- Varderi i Cases, A. (2006). *El voluntariat en l'àmbit hospitalari i sociosanitari*. Barcelona: Federació Catalana de Voluntariat Social.
- Varona, F. (2007). La intervención apreciativa: Una nueva manera de descubrir, crear, compartir e implementar conocimiento para el cambio en instituciones gubernamentales o privadas. *Investigación y Desarrollo*, 15(2), 394-419.
- Vázquez, M. L., Terraza, R., & Vargas, I. (2007). *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

- Velasco, H., & Díaz de Rada, A. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Editorial Trotta.
- Verrept, H. (2004). Mediación intercultural en la atención sanitaria belga. *Quaderns CAPS*, 32, 31-39.
- Verrept, H. (2008). Intercultural Mediation: an Answer to health Care Disparities? In C. Valero Garcés & A. Martín (Eds.), *Crossing borders in community interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam: Philadelphia: Benjamins.
- Vincent, J. (1998). Political Anthropology. In A. Barnard & J. Sperber (Eds.), *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology* (pp. 428-433). London: Routledge, London & New York.
- Vinyamata, E. (2003). *Aprender Mediación*. Barcelona: Paidós.
- VV.AA (Ed.) (2001) (Vigésima Segunda ed.). Real Academia Española
- Wall, Stark, J. B., & Standifer, R. L. (2001). Mediación, una revisión actual y un desarrollo teórico. *Lecturas para mediación intercultural: comprendiendo y construyendo la mediación intercultural*, from www.ugr.es/~equallab
- Wall, J. A., & Blum, M. (1991). Communication mediation in the People's Republic of China. *Journal of Conflict Resolution*, 35(1), 3-20.
- Weidman, H. H. (1973). *Implications of the Culture-broker. Concept for the Delivery of Health Care*. Paper presented at the Meetings of the Southern Anthropological Society.
- Wieviorka, M. (2002). La Médiation. Une comparaison européenne [Electronic Version] from http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/mediation_de03e6d5.pdf.
- Wilensky, H. (1964). The professionalization of Everyone? . *American Journal of Sociology*, 70, 137-158.
- Willigen, J. V. (1986). *Applied Anthropology*. Massachusetts: Bergin & Garvey Publishers, Inc.
- Wolf, E. (1956). Aspects of Group Relations in a Complex Society. *American Anthropologist*, 58, 1065-1078.
- Wolf, E. (1980). Relaciones de Parentesco, de amistad y de patronazgo en las sociedades complejas. In M. Banton (Ed.), *Antropología Social de las sociedades complejas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Yao, X. (2001). *El confucianismo*. Madrid: Cambridge University Press.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods. Applied Social Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

IX. ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Porcentaje de población extranjera sobre la población total del barrio	22
FIGURA 2. Distribución de mediadores por comunidades autónomas	212
FIGURA 3. Fases del proceso de la intervención apreciativa	283
FIGURA 4. Ámbitos y modelos de mediación emergente	287
FIGURA 5. Competencias emocionales	290
FIGURA 6. Mediación emocional	291

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Densidad de población según cifras oficiales, año 2008	21
TABLA 2. Principales áreas de asistencia realizadas al colectivo extranjero... 24	
TABLA 3. Diseño del estudio de campo. Trabajo de campo. Fase 1	28
TABLA 4. Diseño del estudio de campo. Trabajo de campo. Fase 2	28
TABLA 5. Criterios de excelencia según metodología empleada	33
TABLA 6. Tipos de triangulación.....	34
TABLA 7. Planteamiento de la investigación	35
TABLA 8. Tipologías de mediación	86
TABLA 9. Modelos de mediación intercultural	92
TABLA 10. Descripción de las características y las competencias de cada uno de los perfiles	143
TABLA 11. Cálculo preliminar orientativo de necesidades de mediadores interculturales por región sanitaria	196
TABLA 12. Distribución de las respuestas a la pregunta... <i>En el caso de contestar "nunca" ¿porqué no ha utilizado el servicio?</i>	229

TABLA 13. Publicaciones realizadas por el SMI, el Servicio de Comunicación y Atención al Usuario	242
TABLA 14. Comunicación de resultados. Participación en jornadas y congresos	242
TABLA 15. Distribución de las respuestas a la pregunta, <i>¿Considera a la Mediadoras del servicio suficientemente formadas?</i>	250
TABLA 16. Distribución de las respuestas a la pregunta... <i>¿Considera que las MIS le han permitido elaborar una historia clínica (médica o de enfermería) más detallada?</i>	254
TABLA 17. Respuestas a la pregunta recodificada en médicos y enfermeras <i>¿Considera que las mediadoras le han permitido a usted realizar diagnósticos más precisos (médicos o de enfermería) y/o diferenciar entre ellos?</i>	255
TABLA 18. Distribución de las respuestas a la pregunta... <i>¿Considera que las MIS han ayudado a los usuarios inmigrantes a aumentar su adhesión a ciertos tratamientos?</i>	256
TABLA 19. Distribución de las respuestas a la pregunta... <i>¿Cuál es su grado de Satisfacción respecto al servicio de mediación intercultural del hospital?</i>	257
TABLA 20. Distribución de las respuestas a la pregunta... <i>¿Cree que el servicio de mediación intercultural ha de ser un servicio propio del hospital?</i>	261
TABLA 21. Principios teóricos de la intervención apreciativa en mediación	283

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Tasa de población extranjera en los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí respecto a la población de Barcelona. Datos evolutivos 2004-2008	22
GRÁFICO 2. Perfil de la población extranjera en los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí	24

X. ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Área de influencia y actividad asistencial del IMAS	326
ANEXO 2. Estructura del Hospital del Mar - 2008	327
ANEXO 3. Grupo focal. Diseño metodológico y guía para la discusión temática	328
ANEXO 4. Registro para las notas de la observadora de los grupos focales	329
ANEXO 5. Clasificación de códigos y categorías	330
ANEXO 6. Entrevista en profundidad. Guía metodológica	332
ANEXO 7. Proceso de diseño y validación del cuestionario	333
ANEXO 8. Programa IMAS-Mediadores. Objetivos y cronograma de su Implantación en el Hospital del Mar	345
ANEXO 9. Disponibilidad semanal de las mediadoras del SMI	347
ANEXO 10. Análisis de los datos cuantitativos	348
ANEXO 11. Formulario on-line para la demanda de mediación	378
ANEXO 12. Registro de las intervenciones	379
ANEXO 13. Registro informático de las intervenciones a través de la intranet del Hospital del Mar y actualización del mismo en 2007	380
ANEXO 14. Primeras evaluaciones del SMI	381
ANEXO 15. Publicaciones del SMI, el Servicio de Comunicación y Atención al Usuario del Hospital del Mar 2003 - 2007	385
ANEXO 16. Mediadoras Interculturales. Ficha técnica.....	386
ANEXO 17. Documentación del SMI	389

ANEXO 1. Área de influencia y actividad asistencial del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria

Figura 1. Área de Influencia del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria. Ubicación de los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí y de los centros asistenciales del IMAS



Fuente: Informació sanitària dels districtes de Ciutat Vella i Sant Martí (2007). Consorci Sanitari de Barcelona. Institut Municipal d'Assistència Sanitària.

Nota: Se estima, que en la actualidad, el área de influencia del IMAS tiene una población de 350.431 habitantes previéndose que en 2015 crecerá un 10% más que en el resto de la ciudad (L'IMAS a la butxaca – Diciembre 2008).

Cuadro. 1 Actividad asistencial del Institut Municipal d'Assistència Sanitària, 2004 - 2007

Actividad asistencial	2004	2005	2006	2007
Altas hospitalarias	22.188	21.952	29.980	30.715
Primeras visitas	70.449	39.677*	104.001	116.097
Visitas sucesivas (con Atención Primaria)	236.118	163.349	339.922	388.973
Urgencias	124.440	124.870	156.319	159.068
Hospital de Día	15.010	15.363	34.299	36.851

Fuente: Memoria IMAS. Barcelona, 2004, 2005, 2006, 2007

ANEXO 2. Estructura del Hospital del Mar - 2008

ESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEL MAR	
Nº de camas	
Convencionales	431
Pacientes Críticos	413
	18
Unidades de Hospitalización	16
Quirófanos	11
Quirófanos de Cirugía continuada	2
Unidades de Recovering	12
Unidades Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	10
Consultorios en Consultas Externas	64
Unidades Hospital de Día	54
Boxes polivalentes en Urgencias	21
Gabinetes diagnósticos	21
Salas de Parto	2

Fuente: Intranet del Hospital del Mar. 16 de septiembre de 2008.

Nota: Cabe citar que el servicio de urgencias dispone de las especialidades de cirugía general y vascular, neurocirugía, traumatología, ginecología y obstetricia, especialidades de medicina general e intensiva, pediatría, cardiología y nefrología así como servicios generales de anestesiología, radiología, análisis clínicos y endoscopia digestiva²⁷⁰. En la actualidad, el Hospital ha marcado dos objetivos prioritarios: afrontar el envejecimiento de la población en los distritos de referencia y mejorar la dotación de las estructuras de urgencias, pruebas diagnósticas, y salas de partos con la finalidad de atender las necesidades de la población más joven que se ha instalado y que va en aumento en su área.

²⁷⁰ <http://www.imasbcn.com/hospitals/hospital-del-mar/index.html>. 1 de julio de 2008

ANEXO 3. Grupo Focal. Diseño metodológico y guía para la discusión temática

Tabla 1. Diseño metodológico de la sesión con el grupo focal

1. PRESENTACIÓN
Presentación moderadora
Presentación de los asistentes
Rol y propósito del grupo focal
2. ENFOQUE TÉCNICO
Propósito y objetivo de la reunión
Expectativas respecto a la sesión
Normas de conducción: <ul style="list-style-type: none">- confidencialidad de la información- autorización para la grabación de la sesión
3. DESARROLLO
Pregunta/Tema de reflexión inicial
Desarrollo propiamente dicho
4. CIERRE
Conclusiones finales
Agradecimientos

Tabla 2. Guía para la discusión temática del grupo focal

TEMAS A DESARROLLAR
Rutina diaria y valoración de la misma
Registro de las intervenciones (SMI e Historia Clínica)
Conocimiento de las actividades del SMI por parte de los profesionales
Uso del servicio de mediación (mediadoras) por parte de los profesionales
Formación de profesionales y mediadoras
Valoración y reconocimiento profesional por parte de los facultativos
Vinculación con la asociación Salud y Familia
Compromiso Institucional
Autonomía en el trabajo
Acciones / Propuestas de mejora y expectativas de futuro

ANEXO 4. Registro para las notas de la observadora de los grupos focales

NOTES OBSERVADOR		
Data: 27 de Novembre de 2008		
(Àrab)	(Romania)	(Pakistan)
<ul style="list-style-type: none"> - Iluy abanta - con mucha iniciativa; gesticula mucho con las manos. tirada muy expresiva. - Iluy predispuesta a aportar información. - Habla con mucha seguridad; afirma. - Enseguida responde a las preguntas de Nourse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brizos cruzados - Timida - A los 10' más abieida y cómoda cuando no está sentada cómodamente. Está más relajada. 	<ul style="list-style-type: none"> → llega a las 12'04h Iluy colaboradora enseguida. Responde a la 1ª preg → tira mucho a los 44' al grupo Iluy dispuesta a hablar. → Ante la intervención de Inaree hablando del voto (1-10) sobre el servicio, → asiente ante la información y aporta Inaree
<p>• OBSERVACIONES GENERALES:</p> <p>→ A partir de los 25' → todos intervienen y se cartan entre ellos, aportando su acuerdo o desacuerdo.</p>		

ANEXO 5. Análisis de los datos cualitativos. Clasificación de categorías y códigos.

Categoría / Familia	Códigos
Circuito y Gestión de la demanda	Circuito rutina diaria
	Demanda: generación, gestión y cumplimiento
	Registro de las intervenciones
	Seguimiento de las Intervenciones
Mediadoras en la organización hospitalaria Servicio de Mediación Intercultural	Condiciones y precariedad
	Coordinación
	Acciones concretas
	Mediadoras en la organización hospitalaria
	Asociación Salud y Familia
Mediación	Mediación e Información
	Mediación natural
	Mediación preventiva
	Mediación y conflicto
	Mediación y traducción
	Mediación, administración y burocracia
	Triangulación de la mediación
	Intervención y adhesión a los tratamientos
	Casos de mediación
Mediadoras, Profesionales y Usuarios	Inicios en la mediación
	Des/conocimiento de los profesionales sobre el rol de las mediadoras
	Des/conocimiento de los usuarios sobre el rol de las mediadoras
	Mediadores y profesionales
	Mediadoras y Usuarios
	Mediación, género y etnia. Prejuicios y estereotipos
	Equipo Interdisciplinar

Autonomía y Reconocimiento	Autonomía en el trabajo
	Reconocimiento profesional
Evaluación de la Satisfacción	Satisfacción de las mediadoras respecto a los profesionales
	Satisfacción de los usuarios
Propuestas de Mejora	Sesiones clínicas
	Otras propuestas de mejora
Formación	Formación de los profesionales en interculturalidad
	Formación en mediación y salud de las mediadoras
Pasado y Futuro	Evolución de la mediación
	Expectativas de futuro
Anécdotas y Reflexiones	Anécdotas y Reflexiones

ANEXO 6. Entrevista en profundidad. Guía metodológica

AREAS TEMÁTICAS A DESARROLLAR

Llegada al ámbito de la mediación intercultural en salud

Estudios realizados y formación de los MIS

Institución para la que se trabaja y circuito y gestión de las demandas

- ¿Para que organización trabajas como mediadora?
- ¿Evalúan tu trabajo como mediadora?
- ¿Cómo te llegan las demandas de mediación?
- ¿Qué sueles hacer, cual es tu rutina cuando tienes una demanda de mediación?
- ¿Cómo registras las intervenciones?

Mediación

- ¿Crees que los MIS garantizáis el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud?
- ¿Crees que tus intervenciones hacen aumentar la calidad de la asistencia o procesos asistenciales de los profesionales de la salud con los cuales interactúas?
- ¿Crees que los profesionales os ven como profesionales del equipo de salud?
- ¿Qué relación crees que debe de tener el MIS con el equipo de salud?
- ¿Qué porcentaje aproximado de tus acciones están específicamente dirigidas a la resolución de conflictos?
- ¿Qué consideras que realizas más dentro de la mediación: traducción, mediación cultural, mediación preventiva?

Valoración y reconocimiento profesional por parte de los facultativos

Compromiso Institucional

- ¿En los años que llevas trabajando como mediadora como crees que ha evolucionado la mediación en el ámbito de la salud?
- ¿Cuál consideras que es o ha sido la implicación de las instituciones en el desarrollo de la mediación en Cataluña?

Propuestas de mejora

Expectativas de futuro

ANEXO 7. Proceso de diseño y validación del cuestionario.

Diseño preliminar del cuestionario. Consultive breafing.

A principios de junio de 2005 se realiza un pre-test con el primer diseño del cuestionario (cuestionario piloto) que se administra en forma de entrevista semiestructurada. La finalidad de dicho pre-test fue la validación del cuestionario desde diferentes perspectivas: la validez del constructo y la validez interna. Con la validez del constructo se pretendía comprobar que el cuestionario contemplara todas las dimensiones del fenómeno objeto de estudio. La validez interna permitía comprobar que las preguntas diseñadas fueran entendidas por los entrevistados de la misma manera que fueron formuladas para obtener preguntas comprensibles, pertinentes, unívocas y, por consiguiente, útiles para la finalidad con la que se habían elaborado.

La muestra, representativa de los diferentes servicios y facultativos del hospital, fue compuesta por 10 personas: un jefe de servicio (Unidad de Cuidados Intensivos), un médico del servicio de urgencias, un residente (MIR), una trabajadora social, una administrativa, una jefa de enfermería (de hospitalización), dos enfermeras (de consultas externas y hospitalización) y dos auxiliares de enfermería (servicio de ginecología y hospitalización).

La observación directa de las preguntas, respuestas y comentarios de dichos profesionales permitió el intercambio personal con los interlocutores lo que propició la obtención de otras informaciones, percepciones y observaciones que permitieron valorar la relevancia y pertinencia de las preguntas diseñadas. Estas "observaciones" fueron registradas con el objetivo de realizar un análisis posterior de las mismas. Como resultado de este proceso de validación se modificó la redacción de algunas preguntas, respuestas, se añadieron algunos aspectos que no habían sido contemplados y se omitieron algunos otros, tal y como se concreta en el diseño del cuestionario que se muestra a continuación.

ENTREVISTA / QUESTIONARI N°

DATA

SEXE: HOME DONA

EDAT:

UNITAT / SERVEI:

SUPERVISOR/A INFERMER/A AUXILIAR D'INF.

CAP SERVEI ADJUNT/A M.I.R

ALTRES PROFESSIONALS

ANYS D'EXERCICI PROFESSIONAL

ANYS D'EXERCICI PROFESSIONAL A L'HOSPITAL DEL MAR.....

Que passa quan s'ha treballat a l'hospital durant diferents períodes ?

1.- Atén en el seu Servei/Unitat usuaris immigrants ?

- Amb molta freqüència *com es determina la freqüència ?*
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai *(en aquest cas passi a la pregunta n° 4)*

2.- En quina mesura l'atenció a l'usuari immigrant li suposa haver de fer un "esforç" addicional en la seva tasca assistencial ?

- Em suposa molt d'esforç
- Em suposa un considerable esforç
- Em suposa poc esforç
- No em suposa cap esforç *(en aquest cas passeu a la pregunta n° 4)*
- Depèn de la procedència de l'immigrant*

3.- Per quina/es de les següents raons ? (poden senyalar més d'un ítem)

- Per la complexitat de les malalties ateses
- Per les demandes assistencials que excedeixen les meves possibilitats professionals
- Per les dificultats de l'entorn social de l'usuari
- Per les dificultats en l'atenció degudes a les diferències culturals
- Per les limitacions idiomàtiques
- Per les demandes assistencials que excedeixen els recursos del servei o la unitat*

4.- Que en sap sobre la mediació intercultural en salut ?

- Res. Desconec el tema
- No desconec el tema però tinc poca informació
- Considero tenir suficient informació
- Tinc formació al respecte

5.- Considera necessària la figura del mediador/a a l'àmbit hospitalari ?

- No és necessària
- Si, és necessària.

creuar la pregunta nº 5 amb la 8 -- contradiccions

6.- Quina és la funció bàsica dels mediadors/es interculturals a l'àmbit hospitalari? (poden senyalar més d'un ítem)

- Facilitar el diàleg entre professional i usuari
- Mediar en conflictes
- Traduir la conversa entre professionals i usuaris
- Informar a l'usuari respecte al seu procés de salut / atenció
- Cooperar amb els professionals en tot allò que respecta a l'atenció als immigrants
- No sap / No contesta

podrien unir-se en una de sola ?

7.- Quan creu que pot ser, o no, necessari utilitzar els serveis de la medidora intercultural ? (poden senyalar més d'un ítem) *massa ítems per respondre*

- No és necessari quan l'usuari parla una mica el nostre idioma
- No és necessari quan l'usuari ve acompanyat per un familiar o amic
- És necessari quan l'usuari no parla el nostre idioma
- És necessari tot i que l'usuari parli una mica el nostre idioma
- És necessari tot i que l'usuari estigui acompanyat per un familiar o amic
- És necessari tot i que l'usuari parli el nostre idioma
- Sempre que l'usuari sigui immigrant, parli o no, la nostre llengua
- És necessari quan hi ha manca d'informació

8.- Creu que la traducció de documentació (suport escrit) pot suplir les funcions dels mediadors ?

- No, en cap cas
- No, tot i que és un complement per tots els professionals
- Si

9.- Quina relació creu que ha de tenir el mediador/a intercultural amb l'equip de salut ?

- Col·laborador extern
 - Auxiliar dels professionals de la salut
 - Un professional més de l'equip interdisciplinari en salut
-

10.- Coneix el servei de mediació intercultural d'aquest Hospital ?

- Si
- No el conec tot i que n'he sentit a parlar*
- No, no tinc cap informació al respecte. (En aquest cas contesti, si us plau, la ,ultima pregunta d'aquest qüestionari)*

11.- Com va rebre la informació de la creació / existència del Servei de Mediació Intercultural

- Pel Servei d'Atenció a l'Usuari
- Per part de la supervisora
- Per una companya de la unitat /servei
- Per la pròpia mediatadora
- Informalment en el propi hospital
- Mitjançant la Jornada sobre M. I. que es va organitzar a l'Hospital

12.- Utilitza el servei regularment ?

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai

13.- En cas d'haver contestat "mai", per què no ha utilitzat el servei ?

- Perquè no el conec . No he tingut informació al respecte *Anul·lar aquest ítem si s'esmena la pregunta n° 10*
- No l'he necessitat mai
- Perquè no el considero útil / eficaç ...
- Perquè puc solucionar els problemes que es generen
- Perquè el servei de mediació no compta amb el mediador que necessito

14.- Que en pensa del Servei de Mediació de l'Hospital del Mar ?

- No és necessari
- No respon a les expectatives / necessitats *necessitats = insuficiència per tant es pot treure*
- És necessari però insuficient
- És adequat a *la meva* demanda
- És útil per traduir les converses

15.- Ha utilitzat alguna vegada el servei de mediació ? *Anul·lar aquesta pregunta*

- Si
- No

(15.-) 16.- (Treure En cas d'haver contestat "si") Valori en quina mesura li és o li ha estat útil el servei de mediació per al seu exercici professional

- Molt útil
 - Prou útil
 - Poc útil
 - Gens útil
-

(16.-) 17.- (Pregunta per metges/ses *que atenen usuaris en el servei i en consultes externes*) On utilitza més el servei de mediació?

- En la unitat / servei
- En consultes externes

(17.-) 18.- (Pregunta per metges/ses i infermers/res) Considera que les mediadores han ajudat a l'hora d'elaborar una història clínica *o d'infermeria* més detallada ?

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai

(18.-) 20.- (Pregunta per metges/ses i infermers/res) Considera que les mediadores han augmentat la seva capacitat per realitzar (certs diagnòstics) *diagnòstics més precisos* / diagnòstics d'infermeria (*mèdics o d'infermeria*) i/o per diferenciar entre ells ?

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai

19.- Considera que les mediadores han facilitat la cooperació entre professionals i usuaris com a resultat d'una millora en la comunicació

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai

(20.-) 21.- Considera que les mediadores han estat clau per resoldre situacions de conflicte entre els professionals sanitaris i els usuaris

- En moltes ocasions
- En ocasions
- En poques ocasions
- Mai

(21.-) 22.- Creu que treballar amb mediadores interculturals ha fet que millori la qualitat de l'atenció dispensada *per vostè* als pacients/usuaris (d'origen) estranger?

- En moltes ocasions
- En ocasions
- En poques ocasions
- Mai

(22.-) 23.- Considera a les mediadores del Servei suficientment formades (contestar només si utilitzeu el servei amb assiduitat)

- Si *tant en l'àmbit de la mediació com en de la salut*
- No, els hi manca formació en mediació
- No, els hi manca formació en salut

(23.-) 25.- Quin és el seu grau de satisfacció respecte al Servei de Mediació de l'Hospital?

- Molt satisfet/a
- Satisfet/a
- Ni satisfet/a / Ni insatisfet/a
- Insatisfet/a
- Molt insatisfet/a

24.- Creu que *el* servei de mediació intercultural hauria de ser un servei propi de l'hospital?

- Sí, i contemplar al mediador com un professional més de l'equip de salut
- Sí, tot i que el mediador no forma part de l'equip de salut
- No, donada la transitorietat del fenomen de la immigració
- No, ja està bé com a servei extern

Observacions:

Moltes gràcies per la seva col·laboració

Diseño definitivo del cuestionario

El diseño de la versión final se estructuró en 5 secciones con el objetivo de obtener la siguiente información: el primer apartado estuvo dirigido a obtener *datos de carácter general de los encuestados* como su filiación, el servicio o unidad donde se desarrolla su ejercicio profesional, categoría laboral y años de ejercicio profesional.

El segundo apartado, presentaba los ítems 1 al 9 diseñados con el objetivo de conocer la *frecuencia con la que los profesionales atienden a usuarios inmigrantes* y el *conocimiento de los mismos respecto a la mediación intercultural*. Los ítems 10 al 15 constituyen las preguntas del tercer apartado siendo diseñados para obtener *información sobre el servicio de mediación intercultural y su utilización*. *Evaluar el ejercicio y calidad asistencial una vez utilizado el servicio de mediación* es el objetivo con el que se formularon las preguntas de este cuarto apartado. En él se diseñaron preguntas específicas para médicos y enfermeras, ítems del 16 al 19, y preguntas generales para todos los profesionales del hospital, ítem 20 al 22. Por último, el apartado quinto se diseñó con el objetivo de obtener *información respecto al nivel de formación de las mediadoras y el grado de satisfacción de los profesionales respecto al servicio de mediación intercultural*. Este apartado se corresponde con los ítems 23 al 25. Se creyó oportuno diseñar una última pregunta de control, ítem 26, que permitiera evaluar la coherencia entre algunas de las preguntas anteriormente formuladas respecto a la figura del mediador intercultural en salud.

A continuación se muestra el cuestionario definitivo.

ENTREVISTA / QUESTIONARI N°

DATA

SEXE: HOME DONA

EDAT:

CONSULTES EXTERNES **UNITAT / SERVEI:**

SUPERVISOR/A INFERMER/A AUXILIAR D'INF.

CAP SERVEI ADJUNT/A M.I.R

ALTRES PROFESSIONALS

ANYS D'EXERCICI PROFESSIONAL

ANYS D'EXERCICI PROFESSIONAL A L'HOSPITAL DEL MAR.....

1.- Atén en el seu Servei/Unitat usuaris immigrants ?

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai (en aquest cas passi a la pregunta n° 4)

2.- En quina mesura l'atenció a l'usuari immigrant li suposa haver de fer un "esforç" addicional en la seva tasca assistencial ?

- Em suposa molt d'esforç
- Em suposa un considerable esforç
- Em suposa poc esforç
- Depèn de la procedència de l'immigrant
- No em suposa cap esforç (en aquest cas passeu a la pregunta n° 4)

3.- Per quina/es de les següents raons ? (poden senyalar més d'un ítem)

- Per la complexitat de les malalties ateses
- Per les demandes assistencials que excedeixen les meves possibilitats professionals
- Per les dificultats de l'entorn social de l'usuari
- Per les dificultats en l'atenció degudes a les diferències culturals
- Per les limitacions idiomàtiques
- Per les demandes assistencials que excedeixen els recursos del servei o la unitat

4.- Que en sap sobre la mediació intercultural en salut ?

- Res. Desconec el tema
- No desconec el tema però tinc poca informació
- Considero tenir suficient informació
- Tinc formació al respecte

5.- Considera necessària la figura del mediador/a a l'àmbit hospitalari ?

- No és necessària
- Si, és necessària.

6.- Quina és la funció bàsica dels mediadors/es interculturals a l'àmbit hospitalari? (poden senyalar més d'un ítem)

- Facilitar la comunicació intercultural entre professional i usuari
- Mediar en conflictes
- Traduir la conversa entre professionals i usuaris
- Informar a l'usuari respecte al seu procés de salut / atenció
- Cooperar amb els professionals en tot allò que respecta a l'atenció als immigrants
- No sap / No contesta

7.- Quan creu que pot ser, o no, necessari utilitzar els serveis de la medidora intercultural ? (poden senyalar més d'un ítem)

- No és necessari quan l'usuari parla una mica el nostre idioma o està acompanyat per un familiar o amic
- És necessari quan l'usuari no parla el nostre idioma
- És necessari tot i que l'usuari parli una mica el nostre idioma o està acompanyat per un familiar o amic
- És necessari tot i que l'usuari parli el nostre idioma
- Sempre que l'usuari sigui immigrant, parli o no, la nostre llengua

8.- Creu que la traducció de documentació (suport escrit) pot suplir les funcions dels mediadors ?

- No, en cap cas
- No, tot i que és un complement per tots els professionals
- Si

9.- Quina relació creu que ha de tenir el mediador/a intercultural amb l'equip de salut ?

- Col·laborador extern
 - Auxiliar dels professionals de la salut
 - Un professional més de l'equip interdisciplinari en salut
-

10.- Coneix el servei de mediació intercultural d'aquest Hospital ?

- Sí
- No el conec tot i que n'he sentit a parlar
- No, no tinc cap informació al respecte. (En aquest cas contesti, si us plau, la última pregunta)

11.- Com va rebre la informació de la creació / existència del Servei de Mediació Intercultural

- Pel Servei d'Atenció a l'Usuari
- Per part de la supervisora d'infermeria
- Per una companya de la unitat /servei
- Per la pròpia medidora
- Informalment en el propi hospital
- Mitjançant la Jornada sobre M. I. que es va organitzar a l'Hospital

12.- Utilitza el servei regularment ?

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai

13.- En cas d'haver contestat "mai", per què no ha utilitzat el servei ?

- No l'he necessitat mai
- Perquè no el considero útil / eficaç ...
- Perquè puc solucionar els problemes que es generen
- Perquè el servei de mediació no compta amb el mediador que necessito

14.- Que en pensa del Servei de Mediació de l'Hospital del Mar ?

- No és necessari
- No respon a les expectatives
- És necessari però insuficient
- És adequat a la meva demanda
- És útil per traduir les converses

15.- Valori en quina mesura li és o li ha estat útil el servei de mediació per al seu exercici professional

- Molt útil
 - Prou útil
 - Poc útil
 - Gens útil
-

16.- (Pregunta per metges/ses que atenen usuaris en el servei i en consultes externes) On utilitza més el servei de mediació?

- En la unitat / servei
- En consultes externes

17.- (Pregunta per metges/ses i infermers/res) Considera que les mediadores li han permès a vostè elaborar una història clínica (mèdica o d'infermeria) més acurada?

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai

18.- (Pregunta per metges/ses i infermers/res) Considera que les mediadores li han permès a vostè realitzar diagnòstics més precisos (mèdics o d'infermeria) i/o diferenciar entre ells ?

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai

19.- (Pregunta per metges/ses i infermers/res) Considera que les mediadores han ajudat als usuaris immigrants a augmentar la seva adhesió a certs tractaments ?

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai

20- Considera que les mediadores han facilitat la cooperació entre professionals i usuaris com a resultat d'una millora en la comunicació ?

- Amb molta freqüència
- Amb freqüència
- Amb poca freqüència
- Mai

21.- Considera que les mediadores han estat clau per resoldre situacions de conflicte entre els professionals sanitaris i els usuaris ?

- En moltes ocasions
- En ocasions
- En poques ocasions
- Mai

22.- Creu que treballar amb mediadores interculturals ha fet que millori la qualitat de l'atenció dispensada per vostè als pacients/usuaris immigrants?

- En moltes ocasions
- En ocasions
- En poques ocasions
- Mai

23.- Considera a les mediadores del Servei suficientment formades ? (contestar només si utilitzeu el servei amb assiduitat)

- Si tant en l'àmbit de la mediació com en de la salut
- No, els hi manca formació en mediació
- No, els hi manca formació en salut

24.- Quin és el seu grau de satisfacció respecte al Servei de Mediació de l'Hospital?

- Molt satisfet/a
- Satisfet/a
- Ni satisfet/a / Ni insatisfet/a
- Insatisfet/a
- Molt insatisfet/a

25.- Creu que el servei de mediació intercultural hauria de ser un servei propi de l'hospital?

- Si, i contemplar al mediador com un professional més de l'equip de salut
- Si, tot i que el mediador no forma part de l'equip de salut
- No, donada la transitorietat del fenomen de la immigració
- No, ja està bé com a servei extern

26.- Qui és, al seu criteri, el Mediador Intercultural en Salut ?

- Persona d'origen cultural comú al col·lectiu de persones immigrades amb el que intervé, amb experiència migratòria i coneixença de la nostra societat
- Traductor lingüístic que dona recolzament als professionals de la salut
- Assessors culturals de professionals i usuaris de la salut i facilitadors del diàleg intercultural
- NS /NC

Moltes gràcies per la seva col·laboració

ANEXO 8. Programa IMAS-Mediadors. Objetivos y cronograma de su implantación en el Hospital del Mar

OBJETIVOS DEL PROGRAMA (Sancho et al., 2007):

- Facilitar la comunicación y el conocimiento mutuo así como facilitar las relaciones interculturales entre los usuarios inmigrantes y los profesionales del Hospital,
- Promover la autonomía del paciente-inmigrante después del alta asistencial del Hospital, mediante información y soporte escrito,
- Facilitar el acceso a la mujer inmigrante a los programas de educación sexual y salud reproductiva,
- Diseñar y elaborar acciones formativas e informativas dirigidas particularmente a los profesionales médicos y de enfermería y, por último,
- Mejorar la información al inmigrante sobre el sistema público sanitario catalán.

Que se configuran alrededor de tres ejes fundamentales:

- Actuaciones de mediación intercultural, traducción e interpretación. Consiste en la formación y dotación de mediadores de origen árabe, paquistaní y rumano
- Actuaciones formativas dirigidas a los profesionales del hospital así como de sensibilización entre los usuarios de dichos colectivos
- Información y acciones de sensibilización entre los usuarios del colectivo inmigrante. Dichas actuaciones tienen como objetivo resolver las dificultades de accesibilidad de los usuarios inmigrantes a los diversos dispositivos del sistema sanitario público informando sobre la obtención y utilización de la tarjeta sanitaria (TSI) así como orientar sobre los diferentes recursos y dispositivos de la red.

CRONOGRAMA

Si bien el programa no se implementa hasta el año 2003 con el inicio “formal” del Servicio de Mediación Intercultural, cabe mencionar, la colaboración que el HdM llevo a cabo con la entidad BCN Activa al incorporar dos mediadores interculturales en prácticas durante los periodos lectivos de los años 2001 y 2002. Esta colaboración constituyó una experiencia piloto que ayudó a visualizar la figura del mediador intercultural en la actividad asistencial diaria.

CRONOLOGIA	IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA
2001 - 2002	Colaboración con la entidad BCN Activa como centro de de prácticas del Curso de Formación para Mediadores Experiencia Piloto con dos MI
Enero - 2003	Inicio del proyecto de mediación intercultural en el HdM – Programa IMAS-Mediadores
Febrero/Mayo - 2003	Elaboración del Plan de Acción
Junio - 2003	Diseño del Plan para la Implementación y Desarrollo del Programa
Septiembre - 2003	Inicio del Programa IMAS-Mediadores

ANEXO 9. Disponibilidad semanal de las mediadoras del SMI

Tabla 1. Junio de 2003

	Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	TOTAL horas
Árabe	9 a 14						20
Pakistaní	9 a 13						12
Rumana	9 a 13						12

Tabla 2. Diciembre de 2005

	Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	TOTAL horas
Árabe	9 a 14						25
Pakistaní	9 a 15						28
Rumana	9 a 13						8
China	9 a 13						8
Etnia Gitana	9 a 13						8

ANEXO 10. Análisis de los datos cuantitativos

A continuación se muestra el análisis estadístico realizado en sus aspectos descriptivos e inferenciales.

El cuestionario se presenta estructurado en 5 apartados. El primero de ellos reúne los datos sobre filiación de los encuestados, el servicio o la unidad y la categoría laboral de los profesionales. Se entrevistaron un total de 302 profesionales, 77 hombres (25.5%) y 225 mujeres (74.5%). Los sujetos tenían una edad media de 40, 98 (DT= 10.34) y un rango de 19 a 63 años.

La tabla 1 muestra la distribución de las edades de los participantes.

Tabla 1.
Distribución de la edad de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	19	1	,3	,3	,3
	20	2	,7	,7	1,0
	21	1	,3	,3	1,3
	22	3	1,0	1,0	2,3
	23	4	1,3	1,3	3,6
	24	7	2,3	2,3	6,0
	25	9	3,0	3,0	8,9
	26	6	2,0	2,0	10,9
	27	11	3,6	3,6	14,6
	28	10	3,3	3,3	17,9
	29	8	2,6	2,6	20,5
	30	7	2,3	2,3	22,8
	31	8	2,6	2,6	25,5
	32	5	1,7	1,7	27,2
	33	7	2,3	2,3	29,5
	34	6	2,0	2,0	31,5
	35	6	2,0	2,0	33,4
	36	10	3,3	3,3	36,8
	37	9	3,0	3,0	39,7
	38	10	3,3	3,3	43,0
	39	7	2,3	2,3	45,4
	40	13	4,3	4,3	49,7
	41	7	2,3	2,3	52,0
	42	6	2,0	2,0	54,0
	43	11	3,6	3,6	57,6
	44	8	2,6	2,6	60,3
	45	9	3,0	3,0	63,2
	46	9	3,0	3,0	66,2
	47	15	5,0	5,0	71,2
	48	9	3,0	3,0	74,2
	49	7	2,3	2,3	76,5

50	12	4,0	4,0	80,5
51	10	3,3	3,3	83,8
52	11	3,6	3,6	87,4
53	6	2,0	2,0	89,4
54	4	1,3	1,3	90,7
55	10	3,3	3,3	94,0
56	4	1,3	1,3	95,4
57	5	1,7	1,7	97,0
58	5	1,7	1,7	98,7
59	2	,7	,7	99,3
62	1	,3	,3	99,7
63	1	,3	,3	100,0
Total	302	100,0	100,0	

La tabla 2 contiene la distribución de los profesionales según la unidad donde desarrollan su labor. Como se observa, el mayor porcentaje de profesionales (49%) pertenece a Unidades de Hospitalización (UH), seguido por consultas externas (CCEE) con un 24,2%.

Tabla 2.
Distribución de los profesionales según el lugar de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Otros servicios	20	6,6	6,6	6,6
C. Externas	73	24,2	24,2	30,8
UCI	25	8,3	8,3	39,1
UH	148	49,0	49,0	88,1
Urgencias	36	11,9	11,9	100,0
Total	302	100,0	100,0	

En la tabla 3 figura la distribución de las categorías de los distintos profesionales. El mayor porcentaje corresponde a las enfermeras, con un 31.5%, seguido de un 26.2% de médicos adjuntos y un 19.2% de auxiliares de enfermería.

Tabla 3.
Distribución por categoría profesional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Supervisor/a	4	1,3	1,3	1,3
	Enfermera/o	95	31,5	31,5	32,8
	Auxiliar Enfermería	58	19,2	19,2	52,0
	Jefe de Servicio	12	4,0	4,0	56,0
	Adjunto/a	79	26,2	26,2	82,1
	MIR	23	7,6	7,6	89,7
	Jefe de Área - Enfermería	3	1,0	1,0	90,7
	Otros Profesionales	28	9,3	9,3	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Con respecto a los años de ejercicio profesional, a nivel global, se obtuvo una media de 15.67 (DT= 2.24) con un rango de 1 a 41 años. En cuanto a los años de ejercicio profesional en el hospital del Mar, la media fue de 12.08 (DT= 8.99) y un rango de 1 a 37 años.

El segundo apartado de la encuesta está constituido por las preguntas 1 a la 9. El objetivo de estas preguntas es valorar los conocimientos de los profesionales del hospital respecto a la mediación intercultural.

La distribución de las respuestas a la pregunta nº 1, *¿Atiende en su servicio/unidad a usuarios inmigrantes?* figura en la tabla 4. Puede observarse que la gran mayoría de profesionales, el 89.7%, atienden con frecuencia o mucha frecuencia a usuarios inmigrantes. Estos resultados son muy similares a los que figuran en las estadísticas mostradas anteriormente respecto al área de referencia del Hospital del Mar: los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí.

Tabla 4.
Distribución de las respuestas a la pregunta 1. ¿Atiende en su servicio/unidad a usuarios inmigrantes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con mucha frecuencia	131	43,4	43,5	43,5
	Con frecuencia	139	46,0	46,2	89,7
	Con poca frecuencia	31	10,3	10,3	100,0
	Total	301	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		302	100,0		

Para realizar una inferencia coherente de estos datos se decidió utilizar únicamente las categorías de *médico* y *enfermera*, por constituir estos profesionales la gran mayoría de la muestra y ser ellos los más directamente implicados en la atención al usuario. Así mismo, se agruparon las opciones de respuesta a la pregunta en dos categorías: *con mucha frecuencia/con frecuencia* y *con poca frecuencia/nunca*. Las respuestas observadas y esperadas figuran en la tabla 4.1. Las diferencias entre las respuestas de ambas categorías profesionales resultaron no significativas ($p > 0.05$).

Tabla 4.1
Respuestas a la pregunta 1 (recodificada) en médicos y enfermeras

		Atiende en su servicio/unidad a usuarios inmigrantes?		Total	
		Con mucha frecuencia o con frecuencia	Con poca frecuencia o nunca		
Nuevas categorías	medico	Recuento	101	13	114
		Frecuencia esperada	102,4	11,6	114,0
	enfermera	Recuento	145	15	160
		Frecuencia esperada	143,6	16,4	160,0
Total		Recuento	246	28	274
		Frecuencia esperada	246,0	28,0	274,0

$$\chi^2 = 0,299 ; p > 0,05$$

La tabla 5 contiene las respuestas a la pregunta 2 *¿En que medida la atención al usuario inmigrante le supone hacer un esfuerzo adicional en sus tareas asistenciales?* La respuesta mayoritaria, 37.3%, es la opción que expresa que el esfuerzo depende de la procedencia del inmigrante, mientras que el 32.3% considera que le supone un considerable o gran esfuerzo. Sólo un 5% de los profesionales manifiestan no suponerles ningún esfuerzo adicional. Este es un porcentaje relativamente bajo dado el elevado número de usuarios inmigrantes atendidos en el hospital.

Tabla 5.
Distribución de las respuestas a la pregunta 2. ¿En que medida la atención al usuario inmigrante le supone hacer un esfuerzo adicional en sus tareas asistenciales?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Me supone mucho esfuerzo	10	3,3	3,3	3,3
	Me supone un considerable esfuerzo	87	28,8	29,0	32,3
	Me supone poco esfuerzo	76	25,2	25,3	57,7
	Depende de la procedencia del inmigrante	112	37,1	37,3	95,0
	No me supone ningún esfuerzo	15	5,0	5,0	100,0
	Total	300	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,7		
Total		302	100,0		

En el análisis inferencial de la pregunta 2 las opciones de respuestas se recodificaron en dos categorías: *mucho/considerable esfuerzo* y *poco/ningún esfuerzo*, excluyendo del análisis la categoría *depende de la procedencia del inmigrante*. Los resultados figuran en la tabla 5.1 e indican que los médicos manifiestan de forma significativa un mayor esfuerzo adicional en su labor cotidiana de atención a los inmigrantes ($p < 0.10$)

Tabla 5.1
Respuestas a la pregunta 2 (recodificada) en médicos y enfermeras

			En que medida la atención al usuario inmigrante le supone un esfuerzo adicional en su labor asistencial		Total
			Mucho/considerable esfuerzo	Poco/ningún esfuerzo	
Nuevas categorías	medico	Recuento	50	30	80
		Frecuencia esperada	41,6	38,4	80,0
	enfermera	Recuento	39	52	91
		Frecuencia esperada	47,4	43,6	91,0
Total		Recuento	89	82	171
		Frecuencia esperada	89,0	82,0	171,0

$$\chi^2 = 6.58; p < 0,01$$

Las tablas 6.1 a 6.6 contienen las respuestas a la pregunta 3, *¿Por cual de las siguientes razones?*. En esta pregunta, en la que podía anotarse más de una respuesta, se observa que el motivo más importante que supone un esfuerzo adicional es el debido a las limitaciones idiomáticas con un 89% seguido de las dificultades que supone el entorno social del usuario, 53.2% y por las dificultades debidas a las diferencias culturales, un 44.3%. Los resultados sugieren la existencia de una relación entre el esfuerzo que realiza el profesional y la procedencia del inmigrante, o lo que es lo mismo, existe una relación entre idioma y esfuerzo, lo que puede hacer pensar que los determinantes culturales de los usuarios no parecen influir o ser tenidos en cuenta por los profesionales, por el hecho de hablar una misma lengua. La comunidad gitana constituye un buen ejemplo ya que, a pesar de compartir el mismo idioma, existe un escaso conocimiento sobre las características y cultura de esta minoría por parte de los profesionales sanitarios. El desconocimiento de la importancia que el luto tiene para la etnia gitana y el miedo o la vergüenza de las muchachas para asistir a la consulta ginecológica, son sólo dos ejemplos que pueden llevar al profesional a actuar de forma incorrecta o con un comportamiento poco adecuado ante la situación.

Tabla 6.1.
Distribución de las respuestas a la pregunta 3.
¿Por cual de las siguientes razones?
Esfuerzo adicional dada la complejidad de las enfermedades atendidas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	29	9,6	10,3	10,3
	No	253	83,8	89,7	100,0
	Total	282	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	20	6,6		
	Total	302	100,0		

Tabla 6.2.
Distribución de las respuestas a la pregunta 3.
¿Por cual de las siguientes razones?
Esfuerzo adicional debido a las demandas asistenciales que exceden mis posibilidades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	45	14,9	16,0	16,0
	No	237	78,5	84,0	100,0
	Total	282	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	20	6,6		
	Total	302	100,0		

Tabla 6.3.
Distribución de las respuestas a la pregunta 3.
¿Por cual de las siguientes razones?
Esfuerzo adicional debido a las dificultades del entorno social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	150	49,7	53,2	53,2
	No	132	43,7	46,8	100,0
	Total	282	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	20	6,6		
	Total	302	100,0		

Tabla 6.4.
Distribución de las respuestas a la pregunta 3.
¿Por cual de las siguientes razones?
Esfuerzo adicional por las dificultades en la atención debido a las diferencias culturales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	125	41,4	44,3	44,3
	no	157	52,0	55,7	100,0
	Total	282	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	20	6,6		
	Total	302	100,0		

Tabla 6.5.
Distribución de las respuestas a la pregunta 3.
¿Por cual de las siguientes razones?
Esfuerzo adicional debido a las limitaciones idiomáticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	251	83,1	89,0	89,0
	no	31	10,3	11,0	100,0
	Total	282	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	20	6,6		
	Total	302	100,0		

Tabla 6.6.
Distribución de las respuestas a la pregunta 3.
¿Por cual de las siguientes razones?
Esfuerzo adicional por las demandas asistenciales que exceden los recursos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	35	11,6	12,4	12,4
	no	247	81,8	87,6	100,0
	Total	282	93,4	100,0	
Perdidos	Sistema	20	6,6		
	Total	302	100,0		

Las respuestas a la pregunta nº 4 *¿Qué sabe sobre la mediación intercultural en salud?* se presentan en la tabla 7. Se observa que un 68.3% de los profesionales opinan que, aún no desconociendo el tema, tienen poca información al respecto. El porcentaje de profesionales que desconocen el tema (9%) es prácticamente igual al porcentaje de profesionales que reconocen tener información sobre mediación intercultural en salud (9.3%). La globalidad de estos datos pone en evidencia, una vez más, la necesidad de formación en interculturalidad y mediación de los profesionales sanitarios.

Tabla 7.
Distribución de las respuestas a la pregunta 4.
¿Qué sabe sobre Mediación Intercultural en Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada. Desconozco el tema	27	8,9	9,0	9,0
	No desconozco el tema pero tengo poca información	205	67,9	68,3	77,3
	Considero tener suficiente información	40	13,2	13,3	90,7
	Tengo información al respecto	28	9,3	9,3	100,0
	Total	300	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,7		
Total		302	100,0		

Para realizar la comparación entre médicos y enfermeras con respecto a las respuestas a la pregunta 4 se recodificaron las opciones de respuesta en dos categorías: *desconozco el tema/tengo poca información* y *tengo suficiente/tengo información*. Los resultados figuran en la tabla 7.1 indicando que las enfermeras manifiestan tener más información, aunque las diferencias con los médicos son pequeñas y no significativas ($p > 0.05$).

Tabla 7
Respuestas a la pregunta 4 (recodificadas) en médicos y enfermeras

		¿ Que sabe de los MIS ?		Total	
		Desconozco el tema/ tengo poca información	Tengo suficiente/ tengo información		
Nuevas categorías	medico	Recuento	91	21	112
		Frecuencia esperada	87,3	24,7	112,0
	enfermera	Recuento	121	39	160
		Frecuencia esperada	124,7	35,3	160,0
Total		Recuento	212	60	272
		Frecuencia esperada	212,0	60,0	272,0

$$\chi^2 = 1,21 ; p > 0,05$$

Con respecto a la pregunta nº 5, ¿Considera necesaria la figura del mediador/a intercultural en el ámbito hospitalario? Solamente un profesional declara que no es necesaria mientras que el resto, el 98,7% considera que si lo es siendo este un porcentaje muy significativo.

Las tablas 8.1. a 8.6. muestran las respuestas a la pregunta nº 6, ¿Cuál es la función básica de los mediadores/as interculturales en el ámbito hospitalario?. La pregunta admite varias respuestas. Se observa que el porcentaje más alto, el 84.6% considera que la función básica de los mediadores interculturales en el ámbito de la salud es la de facilitar la comunicación intercultural entre profesionales y usuarios. Le siguen aquellos que opinan que la función básica es traducir la conversación entre profesionales y usuarios con un 65,9% y los que piensan que se trata de cooperar con los profesionales en todo aquello que concierne a la atención de los usuarios, con un 52.2%.

Tabla 8.1.
Distribución de las respuestas a la pregunta 6.
¿Cuál es la función básica de los mediadores/as interculturales en el ámbito de la salud?
Facilitar la comunicación intercultural entre profesional y usuario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	253	83,8	84,6	84,6
	no	45	14,9	15,1	99,7
	12	1	,3	,3	100,0
	Total	299	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,0		
Total		302	100,0		

Tabla 8. 2.
Distribución de las respuestas a la pregunta 6.
¿Cuál es la función básica de los mediadores/as interculturales en el ámbito de la salud?
Mediar en conflictos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	87	28,8	29,1	29,1
	no	212	70,2	70,9	100,0
	Total	299	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,0		
Total		302	100,0		

Tabla 8. 3.
Distribución de las respuestas a la pregunta 6.
¿Cuál es la función básica de los mediadores/as interculturales en el ámbito de la salud?
Traducir la conversación entre profesionales y usuarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	197	65,2	65,9	65,9
	no	102	33,8	34,1	100,0
	Total	299	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,0		
Total		302	100,0		

Tabla 8. 4.**Distribución de las respuestas a la pregunta 6.****¿Cuál es la función básica de los mediadores/as interculturales en el ámbito de la salud?****Informar al usuario con respecto a su proceso de salud/atención**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	156	51,7	52,2	52,2
	no	143	47,4	47,8	100,0
	Total	299	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,0		
Total		302	100,0		

Tabla 8. 5**Distribución de las respuestas a la pregunta 6.****¿Cuál es la función básica de los mediadores/as interculturales en el ámbito de la salud?****Cooperar con los profesionales en todo aquellos que concierne a la atención a los inmigrantes**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	159	52,6	53,2	53,2
	no	140	46,4	46,8	100,0
	Total	299	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,0		
Total		302	100,0		

Tabla 8. 6.**Distribución de las respuestas a la pregunta 6. ¿Cuál es la función básica de los mediadores/as interculturales en el ámbito de la salud?****No sabe / no contesta**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	7	2,3	2,3	2,3
	no	292	96,7	97,7	100,0
	Total	299	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,0		
Total		302	100,0		

Dada la escasa diferencia porcentual entre el ítem número 1 “*facilitar la comunicación intercultural entre profesional y usuarios*” y el ítem número 3 “*traducir la conversación entre profesional y usuarios*” podría inferirse que para los profesionales sigue siendo parte de un todo comunicación (intercultural) y traducción. Por otra parte, es significativo el bajo porcentaje (29.1%) de profesionales que identifican como función básica del mediador la resolución de conflictos, máxime cuando la pregunta permite la posibilidad de dar varias respuestas.

Respecto a la pregunta nº 7, *¿Cuándo cree que puede ser, o no, necesario utilizar los servicios de la mediadora intercultural?*, las tablas 9.1 a 9.5, contienen las siguientes puntuaciones, entre las cuales cabe destacar que el 74.2% de los profesionales opina que este servicio es necesario cuando el usuario no habla nuestro idioma. La pregunta admite varias respuestas. Este dato viene a corroborar, una vez más, la percepción que tienen los profesionales sanitarios del mediador intercultural como traductor. El dato se correlaciona con el bajo porcentaje de profesionales (15.1%) que opinan que el mediador intercultural es necesario aunque el usuario inmigrante, o no, hable nuestro idioma.

Tabla 9. 1.
Distribución de las respuestas a la pregunta 7.
¿Cuándo cree que puede ser necesario utilizar los servicios de la mediadora intercultural?
No es necesaria cuando el usuario habla un poco nuestro idioma o está acompañado por un familiar o un amigo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	51	16,9	17,1	17,1
	no	247	81,8	82,9	100,0
	Total	298	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,3		
Total		302	100,0		

Tabla 9. 2
Distribución de las respuestas a la pregunta 7.
¿Cuándo cree que puede ser necesario utilizar los servicios de la mediadora intercultural?
Es necesaria cuando el usuario no habla nuestro idioma

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	221	73,2	74,2	74,2
	no	77	25,5	25,8	100,0
	Total	298	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,3		
Total		302	100,0		

Tabla 9. 3
Distribución de las respuestas a la pregunta 7.
¿Cuándo cree que puede ser necesario utilizar los servicios de la mediadora intercultural?
Es necesaria aunque el usuario hable, ligeramente nuestro idioma o esté acompañado por un familiar o amigo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	143	47,4	48,0	48,0
	no	155	51,3	52,0	100,0
	Total	298	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,3		
Total		302	100,0		

Tabla 9. 4.
Distribución de las respuestas a la pregunta 7.
¿Cuándo cree que puede ser necesario utilizar los servicios de la mediadora intercultural?
Es necesaria aunque el usuario hable nuestro idioma

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	45	14,9	15,1	15,1
	no	253	83,8	84,9	100,0
	Total	298	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,3		
Total		302	100,0		

Tabla 9.5.
Distribución de las respuestas a la pregunta 7.
¿Cuándo cree que puede ser necesario utilizar los servicios de la mediadora intercultural?
Siempre que el usuario sea inmigrante, hable o no, nuestro idioma

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	29	9,6	9,7	9,7
	no	269	89,1	90,3	100,0
	Total	298	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,3		
Total		302	100,0		

La tabla 10 contiene las respuestas a la pregunta nº 8, *¿Cree que la traducción de documentación (soporte escrito) puede suplir las funciones de las mediadoras?*. El 68.2% de los profesionales consideran que no, aunque debe considerarse un complemento para todos ellos.

Tabla 10.
Distribución de las respuestas a la pregunta 8.
¿Cree que la traducción de documentación (soporte escrito) puede suplir las funciones de los mediadores?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No, en ningún caso	84	27,8	28,4	28,4
	No, aunque es un complemento para todos los profesionales	206	68,2	69,6	98,0
	Si	6	2,0	2,0	100,0
	Total	296	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	6	2,0		
Total		302	100,0		

Respecto a la pregunta 9, *¿Qué relación cree que ha de tener el mediador/a intercultural con el equipo de salud?*, la tabla 11 muestra los siguientes resultados entre los cuales destaca el 60.3% de los profesionales que opinan que el mediador intercultural debería ser un profesional más del equipo interdisciplinario en salud.

Tabla 11.
Distribución de las respuestas a la pregunta 9.
¿Que relación cree que ha de tener el MIS con el equipo de salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Colaborador externo	64	21,2	21,9	21,9
	Auxiliar de los profesionales de la salud	52	17,2	17,8	39,7
	Un profesional más del equipo interdisciplinario en salud	176	58,3	60,3	100,0
	Total	292	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	10	3,3		
Total		302	100,0		

La tabla 9.1. contiene las respuestas de médicos y enfermeras a la pregunta 9. Se observa una mayor tendencia significativa ($p < 0.01$) de las enfermeras a considerar al MIS como un profesional más del equipo de salud mientras que los médicos se inclinan más por la consideración de ser un colaborador externo o auxiliar.

Tabla 12
Respuestas a la pregunta 9 en médicos y enfermeras.

			¿Qué relación cree que debe tener el MIS con el equipo de salud ?			Total
			Colaborador externo	Auxiliar de los profesionales de la salud	Un profesional más del equipo interdisciplinar en salud	
Nuevcateg	medico	Recuento	33	27	48	108
		Frecuencia esperada	24,1	19,2	64,6	108,0
	enfermera	Recuento	26	20	110	156
		Frecuencia esperada	34,9	27,8	93,4	156,0
Total		Recuento	59	47	158	264
		Frecuencia esperada	59,0	47,0	158,0	264,0

V de Cramer = 0.26; $p < 0.01$

El tercer apartado en el diseño de la encuesta agrupa las preguntas 10 a la 16 y va dirigido a conocer cual es el grado de información y utilización del servicio de mediación intercultural del Hospital del Mar.

La tabla 13 contiene las respuestas a la pregunta número 10, *¿Conoce el servicio de mediación intercultural de este hospital?* El 49%, refiere conocer el servicio de mediación intercultural, frente al 46% que responde no conocerlo, aunque ha oído hablar de dicho servicio. Sólo un 4.3% de los profesionales no tienen ninguna información al respecto. Debe destacarse que los profesionales que han contestado este último ítem dejan de responder las siguientes preguntas del cuestionario a excepción de la última pregunta, la número 26.

Tabla 13
Distribución de las respuestas a la pregunta 10,
¿Conoce el servicio de mediación intercultural de este hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	148	49,0	49,3	49,3
	No lo conozco aunque he oído hablar	139	46,0	46,3	95,7
	No, no tengo ninguna información al respecto	13	4,3	4,3	100,0
	Total	300	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,7		
Total		302	100,0		

La tabla 13.1 contiene las respuestas de médicos y enfermeras a la pregunta 10 cuyas respuestas se recodificaron en dos opciones: si, lo conozco/no lo conozco. Como puede observarse, las respuestas de ambos grupos profesionales son muy similares y las diferencias no presentan significación estadística ($p > 0.005$).

Tabla 13.1
Respuestas a la pregunta 10 en médicos y enfermeras

		¿Conoce el servicio de mediación intercultural del hospital?		Total	
		Si, lo conozco	No lo conozco		
Nuevas categorías	médico	Recuento	53	59	112
		Frecuencia esperada	54,8	57,2	112,0
	enfermera	Recuento	80	80	160
		Frecuencia esperada	78,2	81,8	160,0
Total		Recuento	133	139	272
		Frecuencia esperada	133,0	139,0	272,0

$$\chi^2 = 0.19 ; p > 0,05$$

En las tablas 14.1 a la 14.6, figuran las respuestas a la pregunta nº 11 de aquellos profesionales que manifestaron, en la pregunta anterior, tener conocimiento del servicio de mediación intercultural. El mayor porcentaje, el 32.9% manifiesta haber recibido la información informalmente en el propio hospital seguido de un 22.8% que recibió la información por el Servicio de Atención al Usuario.

Tabla 14.1
Distribución de las respuestas a la pregunta 11.
¿Cómo recibió la información de la creación/existencia del Servicio de
Mediación Intercultural?
Por el Servicio de Atención al Usuario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	63	20,9	22,8	22,8
	no	213	70,5	77,2	100,0
	Total	276	91,4	100,0	
Perdidos	Sistema	26	8,6		
Total		302	100,0		

Tabla 14.2
Distribución de las respuestas a la pregunta 11.
¿Cómo recibió la información de la creación/existencia del Servicio de
Mediación Intercultural?
Por parte de la supervisora de enfermería

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	46	15,2	16,6	16,6
	no	231	76,5	83,4	100,0
	Total	277	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	8,3		
Total		302	100,0		

Tabla 14.3
Distribución de las respuestas a la pregunta 11.
¿Cómo recibió la información de la creación/existencia del Servicio de
Mediación Intercultural?
Por una compañera de la unidad o servicio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	42	13,9	15,2	15,2
	no	235	77,8	84,8	100,0
	Total	277	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	8,3		
Total		302	100,0		

Tabla 14.4
Distribución de las respuestas a la pregunta 11.
¿Cómo recibió la información de la creación/existencia del Servicio de
Mediación Intercultural?
Por la propia mediadora

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	50	16,6	18,1	18,1
	no	227	75,2	81,9	100,0
	Total	277	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	8,3		
Total		302	100,0		

Tabla 14.5
Distribución de las respuestas a la pregunta 11.
¿Cómo recibió la información de la creación/existencia del Servicio de
Mediación Intercultural?
Informalmente en el propio hospital

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	91	30,1	32,9	32,9
	no	185	61,3	66,8	99,6
	21	1	,3	,4	100,0
	Total	277	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	8,3		
Total		302	100,0		

Tabla 14.6
Distribución de las respuestas a la pregunta 11.
¿Cómo recibió la información de la creación/existencia del Servicio de
Mediación Intercultural?
Mediante la Jornada sobre Mediación Intercultural que se organizó en el
hospital

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	5	1,7	1,8	1,8
	no	272	90,1	98,2	100,0
	Total	277	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	25	8,3		
Total		302	100,0		

El análisis global de los datos mostrados en las tablas 14.1 a la 14.6 muestra que no ha existido una estrategia institucional en el momento de dar a conocer a los profesionales del hospital el inicio o puesta en marcha servicio de mediación intercultural. El hecho de conocer el servicio a través de canales de comunicación informales puede explicar el porcentaje significativo de profesionales que manifiestan utilizar con poca o nula frecuencia (76%) el servicio de mediación intercultural.

La tabla 15 contiene las respuestas a la pregunta número 12, *¿Utiliza el servicio regularmente?*. Destaca el porcentaje de profesionales que manifiestan utilizarlo con poca frecuencia, un 60.3% mientras que un 15.7% no lo ha utilizado nunca.

Tabla 15.
Distribución de las respuestas a la pregunta 12.
¿Utiliza el servicio regularmente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con mucha frecuencia	13	4,3	4,5	4,5
	Con frecuencia	56	18,5	19,5	24,0
	Con poca frecuencia	173	57,3	60,3	84,3
	nunca	45	14,9	15,7	100,0
	Total	287	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	15	5,0		
Total		302	100,0		

Para comparar las respuestas a la pregunta 12 entre médicos y enfermeras, se recodificaron las opciones de respuesta en dos opciones: *con mucha frecuencia/con frecuencia* y *con poca frecuencia/nunca*. La tabla 15.1 contiene las respuestas de médicos y enfermeras a la pregunta 12. Aunque, según se observa, las enfermeras manifiestan utilizar el servicio con mayor frecuencia que los médicos, las diferencias entre ambos grupos profesionales no alcanzan significación estadística.

Tabla 15.1
Respuestas a la pregunta 9 en médicos y enfermeras.

			¿Utiliza el servicio regularmente?		Total
			con mucha frecuencia/ con frecuencia	con poca frecuencia/ nunca	
Nuevas categorías	médico	Recuento	19	88	107
		Frecuencia esperada	24,7	82,3	107,0
	enfermera	Recuento	41	112	153
		Frecuencia esperada	35,3	117,7	153,0
Total		Recuento	60	200	260
		Frecuencia esperada	60,0	200,0	260,0

$$\chi^2 = 2.90 ; p > 0,05$$

En la tabla 16, aparecen las causas por las que estos profesionales no han utilizado este servicio destacando el 55.8% que manifiesta no haberlo necesitado nunca. El 30.2% considera poder solucionar los problemas que se generan.

Tabla 16
Distribución de las respuestas a la pregunta 13. En el caso de contestar "nunca", ¿por qué no ha utilizado el servicio?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No lo he necesitado nunca	24	7,9	55,8	55,8
	Porqué no lo considero útil / eficaz	2	,7	4,7	60,5
	Porqué puedo solucionar los problemas que se generan	13	4,3	30,2	90,7
	Porqué el servicio no cuenta con el MI que necesito	4	1,3	9,3	100,0
	Total	43	14,2	100,0	
Perdidos	Sistema	259	85,8		
Total		302	100,0		

Respecto a la pregunta 14 *¿Qué piensa del Servicio de Mediación Intercultural del Hospital del Mar?*, la tabla 15 muestra los siguientes resultados entre los cuales destaca una mayoría del 59.3% que considera que es necesario pero insuficiente. Este dato se relaciona, por poner sólo un ejemplo, con el incipiente aumento, que está experimentando el hospital, en la atención sanitaria a la población china y que, en el momento de realizar el cuestionario, no contaba con la prestación de una mediadora intercultural.

Tabla 17.
Distribución de las respuestas a la pregunta 14.
¿Qué piensa del Servicio de Mediación del Hospital del Mar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No es necesario	4	1,3	1,5	1,5
	No responde a las expectativas	8	2,6	3,0	4,4
	Es necesario pero insuficiente	160	53,0	59,3	63,7
	Es adecuado a mi demanda	56	18,5	20,7	84,4
	Es útil para traducir conversaciones	42	13,9	15,6	100,0
Total		270	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	32	10,6		
Total		302	100,0		

La tabla 18 responde a la pregunta número 15, *¿Valore en que medida le es o le ha sido útil el servicio de mediación para su ejercicio profesional?*. El 82.2% opinan que les es bastante o muy útil. Se puede afirmar, por tanto, que el servicio de mediación intercultural resulta de gran utilidad para aquellos profesionales que demandan sus servicios.

Tabla 18.
Distribución de las respuestas a la pregunta 15. Valore en que medida le es o le ha sido útil el servicio de mediación para su ejercicio profesional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy útil	81	26,8	31,4	31,4
	Bastante útil	131	43,4	50,8	82,2
	Poco útil	36	11,9	14,0	96,1
	Nada útil	10	3,3	3,9	100,0
	Total	258	85,4	100,0	
Perdidos	Sistema	44	14,6		
Total		302	100,0		

Las opciones de respuesta a la pregunta 15 se recodificaron en dos opciones: muy útil/bastante útil y poco útil/nada útil. La tabla 18.1 contiene las respuestas de médicos y enfermeras a la pregunta 15. Las diferencias son escasas y no alcanzan significación estadística.

Tabla 18.1
Respuestas a la pregunta 15 en médicos y enfermeras.

			Valore en que medida le es útil el SMI para su ejercicio profesional		Total
			muy útil/bastante útil	poco útil/nada útil	
Nuevas categorías	médico	Recuento	80	21	101
		Frecuencia esperada	83,2	17,8	101,0
	enfermera	Recuento	116	21	137
		Frecuencia esperada	112,8	24,2	137,0
Total		Recuento	196	42	238
		Frecuencia esperada	196,0	42,0	238,0

$$\chi^2 = 1.19; p > 0,05$$

El apartado siguiente recoge las preguntas dirigidas a evaluar las tareas de los profesionales y la calidad asistencial mediante la utilización de las mediadoras interculturales. Para ello se han diseñado preguntas específicas para médicos y enfermeras (de la 17 a la 19) y 3 preguntas generales para todos los profesionales del hospital, de la 20 a la 22.

La pregunta 16 *¿Dónde utiliza más el servicio de mediación?* está dirigida, exclusivamente, a médicos que atienden usuarios inmigrantes en el servicio, unidades de hospitalización o en consultas externas. El 78.7% responde atender a los usuarios en la unidad o servicio mientras que el 21.3 lo hace en consultas externas.

En la tabla 19 figuran las respuestas a la pregunta 17 dirigida a médicos y enfermeras, *¿Considera que las mediadoras le han permitido elaborar una historia clínica (médica o de enfermería) más detallada?*. El 57.9% responden que con frecuencia o mucha frecuencia las mediadoras les han permitido elaborar mejor la historia clínica.

Tabla 19
Distribución de las respuestas a la pregunta 17.
¿Considera que las MIS le han permitido elaborar una historia clínica
(médica o de enfermería) más detallada?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con mucha frecuencia	26	8,6	14,6	14,6
	Con frecuencia	77	25,5	43,3	57,9
	Con poca frecuencia	60	19,9	33,7	91,6
	nunca	15	5,0	8,4	100,0
	Total	178	58,9	100,0	
Perdidos	Sistema	124	41,1		
Total		302	100,0		

La tabla 19.1 contiene las respuestas de médicos y enfermeras a la pregunta 17. Las respuestas de ambos colectivos son muy similares y las diferencias no tienen significación estadística, ($p>0.05$).

Tabla 19.1
Respuestas a la pregunta 17 en médicos y enfermeras.

			Considera que las MIS le han permitido elaborar una historia clínica más detallada		Total
			con mucha frecuencia/ con frecuencia	con poca frecuencia/ nunca	
Nuevas categorías	médico	Recuento	53	43	96
		Frecuencia esperada	55,6	40,4	96,0
	enfermera	Recuento	50	32	82
		Frecuencia esperada	47,4	34,6	82,0
Total		Recuento	103	75	178
		Frecuencia esperada	103,0	75,0	178,0

$$\chi^2 = 0.60 ; p>0,05$$

Respecto a la mejora en los diagnósticos médicos o de enfermería que plantea la pregunta número 18, ¿Considera que las mediadoras le han permitido a usted realizar diagnósticos más precisos (médicos o de enfermería) y/o diferenciar entre ellos?, el 43.2% de los facultativos responden que con poca frecuencia. La tabla 20 presenta los siguientes resultados.

Tabla 20.
Distribución de las respuestas a la pregunta 18.
¿Considera que las MIS le han permitido realizar diagnósticos más precisos
(médicos o de enfermería) y/o diferenciar entre ellos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con mucha frecuencia	11	3,6	6,3	6,3
	Con frecuencia	56	18,5	31,8	38,1
	Con poca frecuencia	76	25,2	43,2	81,3
	nunca	33	10,9	18,8	100,0
	Total	176	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	126	41,7		
Total		302	100,0		

La utilidad expresada anteriormente por los profesionales respecto al servicio de mediación intercultural (el 82.2% opinaban que les es bastante o muy útil) contrasta con la baja incidencia, según los profesionales, que las tareas de las mediadoras tienen en la mejora de las historias clínicas o la elaboración de diagnósticos por parte de los facultativos/as. Estos datos contrastan con los aportados por Gailly, Verrept y Chikhi (2001) en un primer estudio de evaluación llevado a cabo, en Bélgica, entre 1993 y 1995. Estos autores afirman que los profesionales sanitarios indicaban que el programa de mediación intercultural había aumentado su capacidad para *diagnosticar ciertas condiciones y para diferenciar entre ellas* así como elaborar una historia clínica más detallada.

En la tabla 20.1 figuran las respuestas de médicos y enfermeras a la pregunta 20. Según se observa las enfermeras manifiestan en mayor medida que los médicos que las MIS les han permitido realizar diagnósticos más precisos y diferenciar entre ellos. Las diferencias entre ambos colectivos profesionales son estadísticamente significativas, ($p < 0.01$).

Tabla 20.1
Respuestas a la pregunta 18 en médicos y enfermeras.

		Recuento	¿Considera que las MIS le han permitido realizar dx. i/o diferenciar entre ellos?		Total
			con mucha frecuencia/con frecuencia	con poca frecuencia/nunca	
Nuevas categorías	médico	29	68	97	
		Frecuencia esperada	36,9	60,1	97,0
	enfermera	38	41	79	
		Frecuencia esperada	30,1	48,9	79,0
Total		67	109	176	
		Frecuencia esperada	67,0	109,0	176,0

$$\chi^2 = 6.12 ; p < 0,01$$

La tabla 21 presenta los resultados a la pregunta 19, *¿Considera que las mediadoras han ayudado a los usuarios inmigrantes a aumentar su adhesión a ciertos tratamientos?* El 65.9% de los encuestados responden que con frecuencia o mucha frecuencia las mediadoras han ayudado a los usuarios inmigrantes a aumentar su adhesión a determinados tratamientos lo cual se corresponde con los resultados del estudio de evaluación, anteriormente mencionado, donde se pone en evidencia que *los mediadores interculturales son mucho más eficientes para convencer a los pacientes de que se sometan a una operación o de que sigan ciertos regímenes terapéuticos.*

Tabla 21.
Distribución de las respuestas a la pregunta 19.
¿Considera que las MIS han ayudado a los usuarios inmigrantes a aumentar su adhesión a ciertos tratamientos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con mucha frecuencia	36	11,9	20,5	20,5
	Con frecuencia	80	26,5	45,5	65,9
	Con poca frecuencia	47	15,6	26,7	92,6
	nunca	13	4,3	7,4	100,0
	Total	176	58,3	100,0	
Perdidos	Sistema	126	41,7		
Total		302	100,0		

La tabla 21.1 contiene las respuestas de médicos y enfermeras a la pregunta 19. Aunque se observa una mayor tendencia de las enfermeras a considerar que las mediadoras han ayudado a los usuarios inmigrantes a aumentar su adhesión a los tratamientos, las diferencias entre ambos colectivos no alcanzan significación estadística, ($p > 0.05$)

Tabla 21.1
Respuestas a la pregunta 19 en médicos y enfermeras.

			¿Considera que las MIS han ayudado a los usuarios inmigrantes a aumentar su adhesión a ciertos tratamientos?		Total
			con mucha frecuencia/ con frecuencia	con poca frecuencia/ nunca	
Nuevas categorías	médico	Recuento	59	37	96
		Frecuencia esperada	63,3	32,7	96,0
	enfermera	Recuento	57	23	80
		Frecuencia esperada	52,7	27,3	80,0
Total		Recuento	116	60	176
		Frecuencia esperada	116,0	60,0	176,0

$$\chi^2 = 1.86; p > 0,05$$

Se presentan, a continuación, las preguntas generales, de este cuarto apartado, dirigidas a todos los profesionales del hospital.

La tabla 22 contiene las respuestas a la pregunta número 20, *¿Considera que las mediadoras han facilitado la cooperación entre profesionales y usuarios como resultado de una mejora en la comunicación?*. Es importante destacar que el 91.9% de los profesionales responden que las mediadoras interculturales han facilitado la cooperación entre profesionales y usuarios como resultado de una mejora en la comunicación. Este dato se corresponde con una de las conclusiones presentadas en el estudio de evaluación referido anteriormente (Gailly et al. 2001) donde se destaca que los mediadores interculturales facilitan el intercambio de una información correcta y detallada entre el personal sanitario y los pacientes.

Tabla 22.
Distribución de las respuestas a la pregunta 20.
¿Considera que las MIS han facilitado la cooperación entre profesionales y usuarios como resultado de una mejora en la comunicación?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con mucha frecuencia	60	19,9	24,4	24,4
	Con frecuencia	166	55,0	67,5	91,9
	Con poca frecuencia	19	6,3	7,7	99,6
	nunca	1	,3	,4	100,0
	Total	246	81,5	100,0	
Perdidos	Sistema	56	18,5		
Total		302	100,0		

En relación a la pregunta 21, *¿Considera que las mediadoras han sido determinantes para resolver situaciones de conflicto entre profesionales sanitarios y usuarios?* las respuestas obtenidas figuran, a continuación, en la tabla 21 donde el 77.6% de los encuestados responden que en ocasiones y muchas ocasiones las mediadoras interculturales han sido determinantes (claves) para resolver situaciones de conflicto. En el estudio de Gailly y colaboradores (2001) se menciona que *los mediadores interculturales fueron capaces de resolver una serie de conflictos entre el personal sanitario y los pacientes pertenecientes a minorías étnicas, y algunas veces defendieron con éxito a sus clientes de las prácticas racistas e insensibles.*

Tabla 23.
Distribución de las respuestas a la pregunta 21.
¿Considera que las MIS han sido determinantes para resolver situaciones de conflicto entre profesionales y usuarios?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	en muchas ocasiones	51	16,9	21,2	21,2
	en ocasiones	136	45,0	56,4	77,6
	en pocas ocasiones	43	14,2	17,8	95,4
	nunca	11	3,6	4,6	100,0
	Total	241	79,8	100,0	
Perdidos	Sistema	61	20,2		
Total		302	100,0		

La tabla 24 contiene las respuestas a la pregunta 22, ¿Cree que trabajar con mediadores interculturales ha mejorado la calidad de la atención dispensada por usted a los pacientes/usuarios inmigrantes?. En este caso, también, un considerable porcentaje, un 82.3% de los profesionales manifiestan que en ocasiones y muchas ocasiones la calidad en la atención dispensada ha mejorado gracias a la intervención de las mediadoras.

Tabla 24.
Distribución de las respuestas a la pregunta 22.
¿Cree que trabajar con mediadores interculturales ha mejorado la calidad de la atención dispensada por usted a los pacientes/usuarios inmigrantes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	en muchas ocasiones	70	23,2	28,1	28,1
	en ocasiones	135	44,7	54,2	82,3
	en pocas ocasiones	35	11,6	14,1	96,4
	nunca	9	3,0	3,6	100,0
	Total	249	82,5	100,0	
Perdidos	Sistema	53	17,5		
Total		302	100,0		

Los datos que muestran las respuestas a las preguntas del apartado anterior (17, 18 y 19) pueden hacer pensar que los profesionales consideran que la actuación de las mediadoras interculturales incide más directamente en el usuario que en su propio ejercicio asistencial. No obstante, los porcentajes significativamente altos que se muestran en las tablas 20, 21 y 22 respecto a la facilitación de la cooperación entre profesionales y usuarios, la resolución de problemas puntuales

y situaciones de conflictos y la mejora en la calidad de la atención prestada por los facultativos/as gracias a la intervención de las mediadoras interculturales contrastan con esta hipótesis. Nuevamente Gailly et al. (2001), confirman estos datos en sus conclusiones destacando que la introducción de mediadores interculturales condujo a un importante aumento de la calidad de la atención aunque puntualizan que este aumento se producía siempre y cuando los mediadores hicieran un adecuado uso de sus servicios.

El quinto y último apartado de preguntas (de la 23 a la 25) va dirigido a recoger información sobre formación de las mediadoras y el grado de satisfacción de los profesionales respecto a sus actuaciones. También se contempla la necesidad, o no, de articular el servicio de mediación intercultural como servicio propio de la institución.

La tabla 25 presenta los resultados a la pregunta número 23, *¿Considera a las mediadoras del servicio suficientemente formadas?*. Esta cuestión ha sido dirigida, exclusivamente, a aquellos profesionales que utilizan con asiduidad este servicio. El 66% de los profesionales prefiere no pronunciarse al respecto optando por el ítem no sabe/no contesta.

Tabla 25.
Distribución de las respuestas a la pregunta 23.
¿Considera a las mediadoras del servicio suficientemente formadas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si, tanto en el ámbito de la mediación como en el de la salud	53	17,5	21,2	21,2
	no, les falta formación en mediación	8	2,6	3,2	24,4
	no, les falta formación en salud	24	7,9	9,6	34,0
	no sabe / no contesta	165	54,6	66,0	100,0
	Total	250	82,8	100,0	
Perdidos	Sistema	52	17,2		
Total		302	100,0		

Respecto a la pregunta 24, *¿Qué grado de satisfacción tiene usted respecto al Servicio de Mediación Intercultural del Hospital?*, el 65.3% de profesionales refiere estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio. La tabla 26 contiene los resultados obtenidos.

Tabla 26.
Distribución de las respuestas a la pregunta 24.
¿Cuál es su grado de satisfacción respecto al Servicio de Mediación Intercultural del hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy satisfecho	26	8,6	10,4	10,4
	satisfecho	138	45,7	55,0	65,3
	ni satisfecho ni insatisfecho	71	23,5	28,3	93,6
	insatisfecho	15	5,0	6,0	99,6
	Muy insatisfecho	1	,3	,4	100,0
	Total	251	83,1	100,0	
Perdidos	Sistema	51	16,9		
Total		302	100,0		

En relación a la pregunta 25, *¿Cree que el servicio de mediación intercultural debería de ser un servicio propio del hospital?*, el 84% de los profesionales responde afirmativamente aunque de ellos, sólo el 59.4% opina que el mediador debe ser contemplado como un profesional más del equipo de salud. Este último porcentaje corrobora el obtenido en la pregunta número 9, al responder con un 60.3%, que el mediador intercultural debe ser un profesional más del equipo interdisciplinario en salud. La tabla 25 contiene las respuestas.

Tabla 25.
Distribución de las respuestas a la pregunta 25.
¿Cree que el servicio de mediación intercultural ha de ser un servicio propio del hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si, y el MIS como un profesional más del equipo	167	55,3	59,4	59,4
	si, aunque el MIS no forma parte del equipo de salud	69	22,8	24,6	84,0
	no, dada la transitoriedad del fenómeno	5	1,7	1,8	85,8
	no, ya está bien como servicio externo	40	13,2	14,2	100,0
	Total	281	93,0	100,0	
Perdidos	Sistema	21	7,0		
Total		302	100,0		

La última pregunta del cuestionario ha sido diseñada como pregunta control que permita evaluar la coherencia entre algunas de las preguntas anteriormente formuladas respecto a la figura del mediador intercultural en salud. Los datos descriptivos se presentan en la tabla 28 que muestra cómo un 46% de los profesionales contempla la figura del mediador como la de un asesor cultural de profesionales y usuarios así como la de un facilitador del diálogo intercultural.

Tabla 28.
Distribución de las respuestas a la pregunta 26.
¿Quién es, según su criterio, el MIS?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Persona de origen cultural común	125	41,4	41,7	41,7
	Traductor Lingüístico	24	7,9	8,0	49,7
	Asesor cultural	138	45,7	46,0	95,7
	No sabe / No contesta	13	4,3	4,3	100,0
	Total	300	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,7		
Total		302	100,0		

Puede inferirse que el 4.3%, de los profesionales que responden “no sabe/no contesta”, en esta pregunta es el mismo porcentaje (4.3%) de los profesionales que manifiestan no tener ninguna información respecto al servicio de mediación intercultural del hospital.

Para finalizar es importante destacar, de nuevo, el grado de satisfacción que muestran los profesionales respecto al servicio de mediación intercultural. Esta satisfacción podría relacionarse directamente con el 84% de los profesionales que opina que el SMI debería de ser un servicio propio de la institución.

ANEXO 11 Formulario on-line para la demanda de mediación

The screenshot shows the IMAS website interface. The main content area is titled "Informació i horaris d'atenció". It includes a small image of people in a meeting and a text block explaining the role of an intercultural mediator. Below this, there is a list of mediators and their availability hours:

- MEDIADORES D'ÀRAB:** Imane: de dilluns a dijous de 9:00 a 14:00 hores. Nora: divendres de 9:30 a 13:30 hores.
- MEDIADORA PAQUISTANÍ:** Nargus: dilluns, dijous i divendres de 9:30 a 13:30 hores. Farza Habibi: de dilluns a divendres de 10:00 a 14:00 hores.
- MEDIADORA ROMANESA:** Maria: dilluns i dimecres de 10:00 a 14:00 hores.
- MEDIADOR GITANO:** Manuel: dimarts i dijous de 9:00 a 13:00 hores.
- MEDIADORA XINESA:** Xuah Jiang: dimarts i dijous de 10:00 a 14:00 hores.

At the bottom of the text block, it says: "Si en qualsevol altre moment, necessitu els serveis d'algun mediador, poseu-vos en contacte amb el Servei d'Atenció a l'Usuari (ext: 3071). Per sol·licitar directament els serveis d'un mediador, podeu trucar a l'extensió 3501, al nº de busca 787 117 o per e-mail, omplint aquest formulari: FORMULARI".

The right sidebar contains a menu with "Mediació cultural" highlighted in red.

The screenshot shows the "Mediació Cultural" form on the IMAS website. The form is titled "Eines útils" and "Mediació Cultural". It includes a text area for "Comentaris" and a dropdown menu for "Motiu sol·licitud" with "Àrab" selected. Below these are input fields for "Persona que realitza la demanda", "E-mail de la persona que realitza la comanda", and "Telèfon de contacte". An "Enviar" button is at the bottom of the form.

The right sidebar contains a menu with "Mediació cultural" highlighted in red.

ANEXO 13. Registro informático de las intervenciones de las mediadoras a través de la intranet del HdM y actualización del mismo en 2007

The screenshot shows a web application interface for recording mediation interventions. The browser window title is "Sancho Gomez de Travesedo, Ana M - Microsoft Internet Explorer". The page title is "Hospital del Mar (3144)". The interface includes a navigation menu with options like "Intranet", "Reclamacions", "Imprès", "Queixes", "Gestions", "Mediadors", "Taules", "Ana M", and "Sortir".

The main form is titled "Mediadors" and contains the following fields and options:

- ID Registre:** 080202
- Data Mediació:** 17/09/2008
- Mediador:** (text input field)
- Idioma:** (dropdown menu)
- Area:** (dropdown menu)
- Servei:** (dropdown menu)
- Categoria:** (dropdown menu)
- ID Història:** (text input field)
- Cognoms i Nom:** (text input field)
- Tageta Sanitària:** (checkbox)

There are three sections of checkboxes:

- Iniciativa:** PROFESIONAL, PACIENTE, MEDIADORA
- Tipus Mediació:** Mediador professional, Mediador professional-Pacient
- Acció efectuada:** Acompanyament usuari, Detecció problema social, Derivació S i F, Informació TSI, Mediació enfermeria, Asesoramiento profesional, Derivación TS, Información recursos sanitario, Mediación medica, Mediación preventiva, Mediación en la dieta

At the bottom of the form, there are buttons for "Guardar", "Eliminar", "Buscar", and "Sortir". Below these buttons is a text area labeled "Observacions".

The sidebar on the right contains the text "Resultats" and "Mediacions Realitzades".

The Windows taskbar at the bottom shows the "Inicio" button and several open applications: "Internet E...", "GroupWise de...", "Calculadora", "JORNADAS", "Microsoft Pow...", "Microsoft Wor...", and "ES". The system clock shows "11:08".

ANEXO 14. Primeras evaluaciones del Servicio de Mediación Intercultural

PRIMEROS DATOS OBTENIDOS A PARTIR DE UNA PRIMERA EXPLOTACIÓN REALIZADA ENTRE JUNIO DE 2003 Y OCTUBRE DE 2004

TABLA 1. Procedencia de los usuarios atendidos en el SMI hasta octubre de 2004.

País	Número	Porcentaje
Marruecos	240	19 %
Pakistán	187	15 %
Rumanía	51	4 %
Ecuador	38	3 %
China	23	2 %

GRÁFICO 1. Porcentaje de usuarios atendidos en el SMI. Total usuarios 1.235.

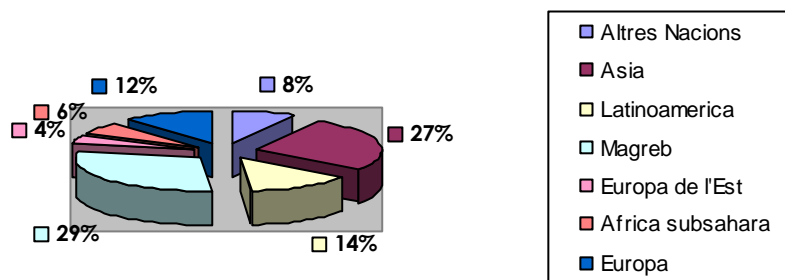


GRÁFICO 2. Perfil de los usuarios atendidos en el SMI según el sexo y la edad.

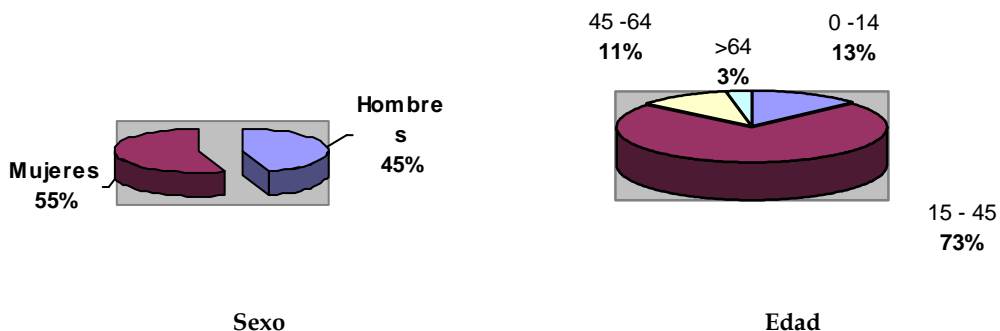


GRÁFICO 3. Usuarios atendidos en el SMI en las principales áreas asistenciales

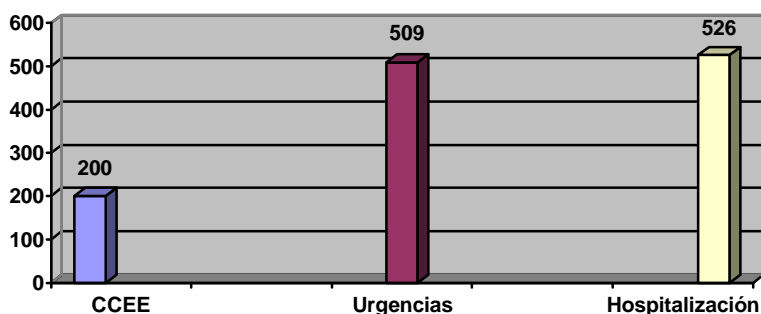
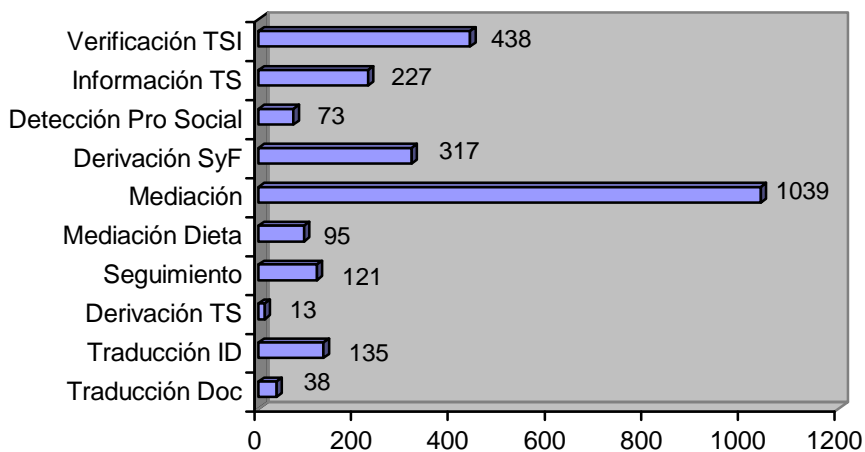


GRÁFICO 4. Intervenciones realizadas por el SMI según su primera tipificación



DATOS OBTENIDOS DESDE JUNIO DE 2003 A DICIEMBRE DE 2005

TABLA 1. Áreas y asistencias realizadas al colectivo extranjero en el año 2005

Áreas	Asistencias	Extranjeros	%
Urgencias	92.711	21.790	23.5
Consultas Externas	246.412	18.198	7.4
Hospitalización	16.659	2.030	12.2
Total	355.782	42.018	11.8

TABLA 2. Intervenciones realizadas por el SMI

Tipos de Intervención	Número
Mediación Intercultural	7.011
Acompañamiento a usuarios	1.216
Asesoramiento Profesional	200
Verificación e información Tarjeta Sanitaria	1.868
Derivación Asociación "Salut i Família"	318
Detección de problemas sociales	540
Información de los dispositivos sanitarios	1.110
TOTAL	12.263

TABLA 3. Procedencia de los usuarios

Origen	Número
Magreb	617
Pakistán	443
Rumanía	101
India	87
Ecuador	64
China	45
República Dominicana	30
Rusia	23
Senegal	21

ANEXO 15. Publicaciones del Servicio de Mediación Intercultural, el Servicio de Comunicación y el de Atención al Usuario. Periodo 2003 - 2007





Si vous avez été victime d'une agression...
On t'informe avec discrétion...

Appelez au 900900120
Ligne d'attention aux femmes 4 ans situations de violence.
Ouvert 24 heures.

Equip d'atenció a la Dona. Equip d'atenció a la femella. Ce service est destiné à l'assistance des femmes qui souffrent situations de violence. Vous offre des informations, oriente dans sociale, juridique et psychologique.
c/ Rec 15, Tel. 93 268 20 82 / 83
Horaires: jours ouvrables, de lundi à vendredi, de 9h à 19h.

CMAUS Centre Municipal d'Assistència d'Urgències Socials. Centre Municipal d'Assistència des Urgències Socials.

De service assist les situations d'urgence.
c/ Comerç 44, Tel. 900 763 830 - 93 319 00 42
Horaires: jours ouvrables, de 14h à 19h du matin. Samedi, dimanche et jours fériés. Pendant 24 heures.

SAF Servicio de Atención a la Familia. Service d'Attention a la Familla.
Via Laietana 49, Tel. 93 290 36 93

If you suffer a situation of violence and you...
Need help

Call 900900120
Line of attention to women in situation of violence.
Open 24 hours a day.

Equip d'atenció a la Dona. Equip de attention to women. It is a service destined to assist women suffering situations of violence. The service offers information and advice in social, legal and psychological matters.
c/ Rec 15, Tel. 93 268 20 82 / 83
Schedule: working days, from 9h to 19h Monday through Friday.

CMAUS Centre Municipal d'Assistència d'Urgències Socials. Assistance of urgency social's center.

It's a service that assist women in situations of urgency.
c/ Comerç 44, Tel. 900 763 830 - 93 319 00 42
Schedule: working days, from 14h up to 19h. Weekends and holidays: 24h a day.

SAF Servicio de Atención a la Familia. Family attention's service.
Via Laietana 49, Tel. 93 290 36 93

Si estàs patint una situació de violència i vols que t'assessorin... Pots adreçar-te

Truca al 900900120
Linha d'atenció a les dones en situació de violència. Obert les 24h.

Equip d'atenció a la Dona. Es un servei destinat a atendre les dones que pateixen situacions de violència. El servei ofereix informació, orientació social, jurídica i psicològica.
c/ Rec 15, Tel. 93 268 20 82 / 83
Horaris: dies laborables, de 9h a 19h de dilluns a divendres.

CMAUS Centre Municipal d'Assistència d'Urgències Socials.

Es un servei que aten la situació d'urgença.
c/ Comerç 44, Tel. 900 763 830 - 93 319 00 42
Horari: dies laborables, de 14h fins a 19h del matí, dies de setmana i dies festius, durant les 24h.

SAF Servicio de Atención a la Familia.
Via Laietana 49, Tel. 93 290 36 93

Si sufres una situación de violencia y quieres que te asesoren... Puedes dirigirte

Llma a al 900900120
Línea de atención a las mujeres en situación de violencia. Abierto las 24h.

Equip d'atenció a la Dona. Es un servicio destinado a atender las mujeres que sufren situaciones de violencia. El servicio ofrece informacón, orientación social, jurídica y psicológica.
c/ Rec 15, Tel. 93 268 20 82 / 83
Horario: días laborables, de 9h a 19h de lunes a viernes.

CMAUS Centre Municipal d'Assistència d'Urgències Socials.

Es un servicio que atiende situaciones de urgencia.
c/ Comerç 44, Tel. 900 763 830 - 93 319 00 42
Horario: laborables, de 14h a 19h del mañana, fines de semana y días festivos, durante las 24h.

SAF Servicio de Atención a la Familia.
Via Laietana 49, Tel. 93 290 36 93



ANEXO 16. Mediadoras Interculturales. Ficha técnica

MEDIADORES INTERCULTURALS HdM FITXA TÈCNICA
<p>NOMS I COGNOMS: _____</p> <p>EDAT: 31</p> <p>PAÍS DE NAIXEMENT: Casablanca (MARROC)</p> <p>ANYS A CATALUNYA: Desde 1996</p>
<p>ESTUDIS GENERALS</p> <p>· Econòmics</p> <p>ESTUDIS SOBRE MEDIACIÓ INTERCULTURAL:</p> <p>· Formació en Desenvolupament comunitari</p> <p>· ACISI - la Família</p> <p>ESTUDIS SOBRE MEDIACIÓ INTERCULTURAL EN SALUT:</p> <p>· Cursos de mediació sanitària en el Hospital de Palau</p> <p>· Curso Ail y Collojos</p>
<p>ANYS D'EXERCICI PROFESSIONAL EN EL CAMP DE LA MEDIACIÓ:</p> <p>7 anys</p> <p>ANYS D'EXERCICI PROFESSIONAL EN EL CAMP DE LA M.I. EN SALUT:</p> <p>5 anys</p> <p>ANYS D'EXERCICI PROFESSIONAL EN L'HOSPITAL DEL MAR:</p> <p>4 anys + 0 -</p>

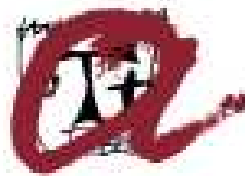
ANEXO 17 Documentación del Servicio de Mediación Intercultural

Relación de documentos consultados

Programa "IMAS-Mediadores"
Datos propios del SMI
Traducción de Informes y Material divulgativo del SMI
Primeras evaluaciones del SMI
Comunicación de resultados, premios y organización de actividades

Relación de las convocatorias a Premios a los que el Hospital del Mar ha presentado su programa y experiencia.

CONVOCATORIA	FECHA
1er. Premio Esteve. "Unidos por el paciente" convocado por Laboratorios Esteve.	Octubre - 2004
Premi "Jaime Suñol i Blanchart" a la Millora d'Informació dels Pacients convocado por la Academia de les Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears	Mayo - 2005



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Montserrat Antonin Martín
Terrassa, 22 de diciembre de 2009