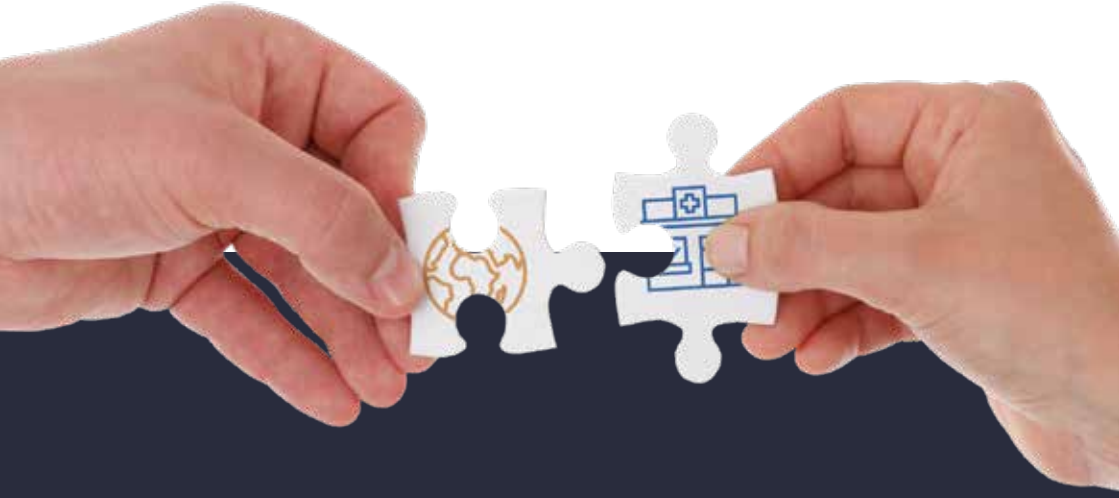
Guía de Gestión de la **diversidad cultural** en los **centros de salud**



la merced migraciones

Fundación La Merced Migraciones
Diciembre, 2019

Equipo técnico del Proyecto de Mediación Sociosanitaria
de la Fundación La Merced Migraciones:
Abdelaziz Allaouzi Abakkouy
Francisco González Rodríguez.

C/ Eraso 36 3ª planta 28028 Madrid
T.+34 91 355 55 50 I F.+34 91 713 03 71
mediacion@lamercedmigraciones.org
www.lamercedmigraciones.org
Facebook : Fundación la Merced Migraciones
Twitter: @lmmigraciones
Linkedin: Fundación la Merced Migraciones
Instagram: lamercedmigraciones

Guía de Gestión de la **diversidad cultural** en los **centros de salud**

la merced
migraciones

Queremos expresar nuestro especial agradecimiento a Francisco Collazos Sánchez, María del Pilar Munuera Gómez y Ana Valiente Otero, por sus colaboraciones y aportes realizados durante el desarrollo de nuestro proyecto de Mediación Sociosanitaria.

Índice

Introducción 7

I. Dificultades de los/as profesionales sociosanitarios/as y usuarios/as inmigrantes dentro del sistema sanitario 11

II. El trabajo en el ámbito sanitario con personas de culturas diferentes 29

III. La competencia intercultural: habilidad clave para los/as profesionales sociosanitarios/as que trabajan con población inmigrante 35

IV. Propuesta de mejora para implementar un modelo intercultural de salud 49

V. Recursos de atención a población inmigrante 59

VI. Proyecto de Mediación Sociosanitaria. Propuesta de proceso de sensibilización y formación a centros sanitarios 67

Bibliografía 73

21
PISO 1
ASCENSOR
SANITARIO
BANCO DE SANGRE
TERAPIA NEONATAL
TERAPIA ADULTOS

Introducción

La llegada de personas inmigrantes a España, ha supuesto un gran cambio demográfico, económico, social y cultural, que nos lleva a una reflexión sobre la asistencia sanitaria a pacientes culturalmente diferentes a la sociedad de recepción.

En La **Merced Migraciones** entendemos la diversidad sociocultural como reto y oportunidad para la convivencia intercultural. Los **contextos multiculturales** hacen necesario el desarrollo de dinámicas de relación que favorezcan el conocimiento y el entendimiento mutuo. En los últimos años hemos detectado por parte de un sector significativo de la población inmigrante, **dificultades de acceso a servicios básicos como el sanitario**, no basadas tanto en el idioma como en las distintas concepciones culturales que dificultan la relación entre las personas de origen extranjero y los/as profesionales.

Esta llegada de grupos poblacionales procedentes de diferentes partes del mundo ha ido transformando el paisaje social y cultural del territorio español. Enmarcado en un contexto de profundos cambios económicos, sociales y políticos, presentes tanto a nivel nacional como global,

España ha pasado de ser un país de emigrantes a consolidarse como un país receptor de población extranjera que llega con el objetivo de mejorar sus condiciones económicas, sociales y laborales. Esto se debe, en gran medida, a las profundas desigualdades sociales existentes entre las distintas regiones del mundo y que convierten a la emigración en un derecho que se manifiesta como un fenómeno imparable.

En el **terreno de la salud**, la presencia cada vez mayor de contextos tan diversos implica el contacto constante de diferentes grupos culturales con sus maneras propias de entender la salud, la enfermedad y el proceso curativo. Vivimos, por lo tanto, en un entorno social en donde conviven en una misma realidad temporal y territorial diferentes instancias terapéuticas y asistenciales, siendo necesario, en consecuencia, **desarrollar un enfoque sanitario basado en la idea de interculturalidad**, entendido como un conjunto de acciones dirigidas a conocer e incorporar la cultura del paciente en el proceso de atención (Alarcón y otros, 2003).

Tras la experiencia de varios años de intervención con profesionales sociosanitarios mediante las **acciones de formación y sensibilización**, en más de **10 hospitales y varios Centros de Madrid Salud (CMS)**, hemos decidido elaborar esta Guía de apoyo a dichos profesionales. Consideramos que es imprescindible facilitar **pautas, claves y herramientas** para una mejora de la atención y, por tan-

to, de la calidad de vida de las personas culturalmente diferentes. El mayor conocimiento de esta realidad y la adecuada gestión de la diversidad cultural suponen tanto un reto como una oportunidad de mejora en la relación asistencial entre los/as profesionales de la salud y los/as pacientes inmigrantes.

Por lo tanto, este trabajo pretende ser una aproximación al análisis de este fenómeno y contribuir a que los/as profesionales sociosanitarios/as puedan entender y responder adecuadamente ante los requerimientos específicos de la diversidad cultural en el ámbito de la salud.

Esta Guía forma parte del Proyecto: **"MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA. Gestión de la diversidad cultural y prevención de la discriminación en el ámbito de la salud"**, financiado por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, y el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI).

I. Dificultades de los/as profesionales sociosanitarios/as y usuarios/as inmigrantes dentro del sistema sanitario

Desde el trabajo realizado en el Proyecto de Mediación Sociosanitaria que se inició en el año 2012 y continúa hasta la actualidad, hemos podido analizar aquellos aspectos o necesidades, compatibilizando la perspectiva tanto de las personas inmigrantes, usuarios/as de los servicios sanitarios, como las de los/as profesionales del ámbito de la salud.

En la **fase preliminar del proyecto**, que corresponde a la realización de varios Diagnósticos Participativos con los/as profesionales sociosanitarios/as, hemos efectuado sesiones grupales con médicos/as de primera atención y especialistas, enfermeros/as, trabajadoras sociales, administrativos/as y auxiliares administrativos/as, en los siguientes establecimientos sanitarios:

- Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- Hospital Universitario 12 de Octubre.

- Hospital Universitario Infanta Leonor.
- Hospital Universitario La Paz.
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- Hospital Universitario Severo Ochoa.
- Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Hospital Universitario de Móstoles.
- Hospital Universitario del Sureste.
- Hospital General Universitario de Elche
- Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.
- Centro de Salud Silvano.
- Centro de Salud Londres.
- Centro de Salud Ciudad Lineal.
- Centro de Salud Retiro.
- Centro Joven Madrid Salud.

Fruto de este trabajo **hemos recogido** tanto **las dificultades** que tienen los/as profesionales sanitarios/as en la atención de la población inmigrante como las dificultades que tienen las personas inmigrantes en el acceso y uso del sistema de salud.

Dentro del ámbito sanitario, tanto los/as profesionales como los/as pacientes de origen extranjero, han manifestado toda una serie de dificultades que impiden la implementación de un modelo intercultural basado en la tolerancia y el entendimiento mutuo. Pese al deseo de las partes implicadas de lograr una adecuada comunicación, con vistas al cumplimiento de su objetivo último (por el

lado de los/as profesionales sociosanitarios/as de querer realizar un buen diagnóstico y tratamiento y, por parte de los/as pacientes de alcanzar un buen estado de salud), en el contexto sanitario español están presentes toda una serie de dificultades que quedaron manifiestas en las formaciones realizadas en varios hospitales de la Comunidad de Madrid.

A continuación se abordarán dichas dificultades.

Una de las dificultades más recurrentes en el proceso de atención sanitaria a personas inmigrantes aparece como consecuencia de las **diferencias culturales** entre el/la profesional sociosanitario/a y la población extranjera, así como la **barrera idiomática** que les impide comunicarse eficazmente. Respecto a la barrera cultural, lo que limita la comprensión y entendimiento mutuo por parte de ambos colectivos encuentra su explicación, por un lado, en la falta de formación de los/as profesionales sociosanitarios/as en los aspectos culturales presentes en otros grupos humanos, así como sus maneras de percibir y entender la salud, la enfermedad y el proceso curativo. Por otro lado, se encuentra el problema de los **estereotipos**, es decir, todo un conjunto de percepciones socialmente aceptadas, por lo general de carácter negativo, construidos en parte debido al desconocimiento del "otro" culturalmente diverso. La presencia de todo este conjunto de percepciones establecidas a priori del contacto con personas procedentes de otras culturas, está en parte condiciona-

da por la influencia de algunos medios de comunicación que construyen una manera concreta de pensar y mirar a la figura del inmigrante. A su vez, la falta de formación en aspectos culturales, así como la lentitud de adaptación y adecuación institucional del sistema sanitario a los cambios sociales y culturales, contribuyen a mantener todo un conjunto de imágenes estereotipadas, las cuales pueden ser empleadas para justificar ciertas actuaciones que limitan la comprensión de los verdaderos motivos del inadecuado uso de los servicios sanitarios. Un ejemplo de ello es la evidencia estadística de la baja utilización de los mismos por parte de los colectivos en riesgo de exclusión social (población inmigrante entre ellos), lo cual está enfrentado a la opinión generalizada que percibe un alto y abusivo empleo de los recursos sanitarios (Cebolla Boado y otros, 2016).

La **disparidad conceptual y teórica en el campo de la enfermedad** puede generar situaciones en las que el médico y el paciente no comparten objetivos comunes frente a la construcción del sentido de la enfermedad, del cuidado de la salud, de la propia recuperación, del dolor, de las percepciones sobre la dolencia, de la trayectoria e historia que padece, etc.

Lo anterior guarda relación con las características organizacionales de los propios servicios sanitarios. En este sentido, de acuerdo a lo señalado por la Mesa de Salud e Interculturalidad del distrito Centro del Ayuntamiento de

Madrid (en la que participamos desde hace 5 años), muchos/as trabajadores/as desean llevar a cabo **formaciones de sensibilización sobre la diversidad sociocultural de sus pacientes**, dada la limitada receptividad de las estructuras y organizaciones sanitarias en torno a dicha heterogeneidad social y cultural, lo cual dificulta el proceso de atención terapéutica a la población extranjera.

Entre estas **limitaciones** se destacó:

- Falta en el servicio de un **ideario comprometido** con la diversidad.

- **Prácticas administrativas y de atención** no adecuadas a las características de las personas inmigrantes.

- Profesionales con **escasa preparación** para atender a los/as nuevos/as usuarios/as.

Todo este conjunto de impedimentos en la relación comunicativa entre paciente y profesional, tanto a nivel idiomático como a un nivel más complejo como es el cultural, se concretan en toda una acumulación de barreras que dificultan el encuentro sanitario entre ambas partes y tienen, como consecuencia final, una mala o limitada implementación y gestión de dichos recursos sanitarios.

Lo anterior se puede resumir de la siguiente manera a partir de la percepción de ambas partes:

- **Percepción del/la usuario/a en la cita médica:** el/la usuario/a, al comienzo de la cita, percibe las diferencias culturales que provocan una distancia social. Ante el desconocimiento del/la profesional de sus maneras de entender y experimentar la enfermedad, puede llegar a creer que el/la profesional sociosanitario/a no le comprende y, en consecuencia, puede sentirse juzgado. La presencia de la barrera comunicativa que impide la comprensión mutua puede derivar en una manifiesta (o no) preocupación (no necesariamente de manera verbal) en la relación al sentirse incomprendido/a. En última instancia, se produciría una clara desconfianza en la relación y el/la usuario/a no aportaría la información necesaria que permita al/la profesional realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento. Por último, esta relación puede acabar con la decisión del/la paciente de cancelar futuras citas, faltar a las mismas y abandonar de forma prematura el tratamiento.

- **Percepción del/la profesional:** él/ella también se da cuenta de las diferencias culturales y sociales respecto a su paciente. Su manera de comunicarse con el/la paciente es posible que se base en patrones comunicativos diferentes a los de la otra parte, lo que puede provocar malentendidos por no comprender los usos y las formas comunicativas culturales, generando incomodidad en la relación. Ante la distancia respecto a su paciente, puede llegar a pensar que éste/a adopta una posición resistente que limita la comprensión

de su malestar. El/la profesional puede, por tanto, no responder de forma adecuada a la desconfianza que le lleva a entender que el/la usuario/a no tiene deseo de mejorar su estado de salud y, en consecuencia, puede efectuar un mal diagnóstico y a percibir una planificación defectuosa del tratamiento por parte del/la paciente.

En definitiva, es necesario tener en cuenta que todo sistema de salud: "*lleva un sustrato cultural que incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad*" (Martín, E., Martínez, M. F. y Martínez, J., 2014). El sistema biomédico español debe partir del **reconocimiento del componente cultural que subyace a su práctica médica** y, a partir de ahí, reconocer y aceptar que existen otras estrategias culturales igual de legítimas y válidas que dan cuenta de los diferentes procesos de salud y enfermedad. Sin ese reconocimiento inicial no se llevarán de manera exitosa futuras acciones tendentes a implementar un modelo intercultural en salud dentro de nuestro sistema sanitario y seguirán existiendo ambivalencias entre usuario/a y profesional por la distinta confianza en la medicina occidental.

Otra de las dificultades que afectan tanto a los/as pacientes como a los/as profesionales tiene que ver con la **situación de irregularidad de las personas inmigrantes**, también llamada **barrera administrativa**. La población extranjera, cuando se encuentra en una situación administra-

tiva irregular dentro del territorio español, se ve enfrentada a problemas de acceso al sistema sanitario que acrecientan su situación de vulnerabilidad por la dificultad de no saber cómo desenvolverse dentro del mismo. A su vez, tienen miedo a que les retiren los documentos, les pasen factura o les denieguen la tarjeta sanitaria tras comprobar que carecen de documentación en regla. Ante esta realidad, la población extranjera, en especial, la recién llegada, suele carecer de redes de apoyo que les informen sobre sus derechos y obligaciones, así como disponer de guías, folletos o protocolos básicos que les ayuden a saber desenvolverse dentro de las estructuras sanitarias. Por ello, las primeras consultas donde se solicita la identificación del/la usuario/a generan desconfianza y miedo entre los/as pacientes extranjeros/as, los cuales deciden a modo de prevención aplazar sus consultas hasta que su situación administrativa esté en regla. Es necesario por parte del/la profesional generar la suficiente confianza para que la persona no asocie su situación administrativa irregular con la imposibilidad de tener acceso a la atención sanitaria.

Ligado también a la barrera administrativa, los centros sanitarios de diversa índole tienen problemas a la hora de gestionar la atención a la población extranjera debido, por un lado, a las **escasas redes de comunicación** entre hospitales, centros de salud, etc. y, por otro lado, a las consecuencias derivadas de la **reforma sanitaria** recogida en el **Real Decreto-Ley 16/2012**. La promulgación del RD de

2012 cambió el modelo sanitario establecido en la Ley General de Sanidad pasando de un modelo basado en la residencia a otro que se fundamenta en el aseguramiento[1].

La aplicación que regula el Real Decreto-Ley 16/2012 de asistencia sanitaria, puso de manifiesto las consecuencias negativas que limitan el acceso a los recursos sanitarios a personas que carecen de toda la documentación en regla y a las que no coticen a la Seguridad social. Pese a los intentos a nivel autonómico de algunas Comunidades Autónomas de garantizar el acceso de toda la población a los recursos sanitarios, en el caso de la Comunidad de Madrid, al no haberse producido aún una derogación efectiva del anterior Real Decreto, no ha habido en la práctica un cambio significativo de los efectos que trajo la reforma de 2012. A pesar de la voluntad de diversos centros de salud y hospitales de la Comunidad de Madrid de querer asegurar una sanidad pública y universal a todos los ciudadanos y ciudadanas, sigue existiendo una gran falta de coordinación y comunicación entre los organismos que conforman la estructura sociosanitaria, los cuales operan de forma aislada, complicando la implementación de un protocolo común de actuación.

Un ejemplo de esta problemática, ante la inexistencia de transparencia administrativa de los centros sanitarios, se

1. En la actualidad, este Real Decreto se ha modificado por el RDL 7/2018, de 27 de julio de 2018.

Primera Jornada "Salud e Inmigración", en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

da en los protocolos de derivación. Muchas veces dentro de los propios centros de salud y hospitales se hacen derivaciones de pacientes a otras áreas sin que exista una red de información de los distintos servicios disponibles, así como de qué áreas pueden ofrecerlos. De esta manera, tanto los/as profesionales como los/as pacientes se encuentran en una situación de desinformación que les impide a unos desarrollar eficazmente sus competencias sanitarias y, a otros, acceder equitativamente a los recursos sanitarios disponibles.

Una dificultad, más ligada a la situación de los colectivos inmigrantes, es la **presencia de factores sociales, económicos y laborales que constituyen serios obstáculos al acceso de los mismos al sistema sanitario**. Un problema

Segunda Jornada "Salud e Inmigración", en el Centro Cultural Buenavista.

muy recurrente se da a la hora de lograr compatibilizar los horarios laborales (por lo general, abusivos para las personas de origen extranjero, lo cual les obliga a trabajar más horas de las permitidas legalmente) con las necesidades de acudir a citas médicas, pruebas o revisiones.

Otra de las dificultades esgrimidas que tiene la población de orígenes culturales diversos son los **problemas asociados a la falta de redes sociales de apoyo y a los sentimientos de soledad**. En este sentido, el psiquiatra Joseba Achotegui desde hace años viene incidiendo en sus estudios sobre los numerosos obstáculos con que se encuentran un alto número de personas inmigrantes, que llegan a vivir a Europa y a España. La emigración para millones de personas, se está convirtiendo en la actualidad

Formación en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el "Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple" o "Síndrome de Ulises", nombre que hace alusión al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos. Achotegui considera que existen al menos 7 duelos que afectarían, en mayor o menor medida a las personas que migran. Estos duelos son los siguientes: duelo por la familia y amigos, por la lengua, por la cultura, por la tierra, por el status social, por el contacto con el grupo étnico y por los riesgos para la integridad física. Por último, el autor considera este síndrome como un factor de riesgo para el inmigrante y no como una patología.

Formación en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Por último, en el caso de la **mujer migrante**, estas dificultades y barreras descritas con anterioridad son aún más marcadas. Siguiendo a Sira Villardel (2009), esta autora plantea que la imagen de la inmigración sigue siendo masculina, ya que minimiza la presencia y el peso de la mujer en los procesos migratorios:

Por tanto, **es necesario visibilizar a las mujeres en dichos procesos:**

- Desde hace algunas décadas se viene produciendo una creciente **feminización de las migraciones** internacionales (la mitad de los/as migrantes en el mundo son mujeres, y un poco más de la mitad lo son en la Comunidad de Madrid).

Formación en el Hospital Universitario Puerta de Hierro.

- Hay que contemplar las **diferentes condiciones**, situaciones y necesidades de las mujeres y los hombres inmigrantes.
- Debemos fijar nuestra mirada tanto en los **países de origen como en los de recepción**, con vistas a analizar el papel que desempeñan mujeres y hombres, el modo que se reparten las tareas domésticas y el trabajo asalariado, y el acceso de ellas y ellos a los recursos.
- Se debe **mostrar y criticar la triple discriminación** que sufre la mujer inmigrante: por ser de una cultura diferente que generalmente es desvalorizada (discriminación etno-cultural), por ser en muchas ocasiones pobre (discriminación por clase social), y por último, por ser mujer (discriminación por género).

Entrega de la placa como "Centro Sanitario Intercultural" al Hospital Universitario 12 de Octubre.

- Cada vez hay más **mujeres que migran solas**, con proyecto migratorio propio con independencia de los hombres, o que son las cabezas de familia con cargas familiares no compartidas.
- Se debe asumir un **compromiso colectivo** para la modificación de la condición y la posición de las mujeres y sensibilizar para conseguir un sistema de género equitativo, contrarrestando y desmontando estereotipos negativos y prejuicios, así como promover la igualdad de trato, de derechos y de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Las mujeres inmigrantes por muchas de estos motivos, se encuentran con **mayores obstáculos** para el acceso y uso del sistema sanitario.

Consideramos que es fundamental que **los/as profesionales de la salud, estén sensibilizados/as** y sean conscientes de las mayores desigualdades sociales que afronta la mujer en comparación al hombre, incluido a las referidas al campo de la salud. Sólo así se podrá ver la realidad, en este caso, migratoria, de forma integral, en su totalidad, incluyendo a mujeres y hombres por igual.

Por ello, es necesario implementar un modelo de salud que vaya más allá del componente biomédico de la salud y la enfermedad para pasar a **incorporar factores sociales, económicos y laborales**, así como **desarrollar una perspectiva de género** imprescindible para comprender la realidad tanto las mujeres inmigrantes, como del fenómeno de la inmigración en general.

II. El trabajo en el ámbito sanitario con personas de culturas diferentes

La progresiva llegada de inmigrantes ha supuesto un marcado cambio social.

En un país como España donde, según los datos del INE, en 1996 las personas de origen extranjero suponían un 1,37% se pasó en 13 años a alcanzar el 12% de 2009. Y aunque desde 2012 esta tendencia se ha estabilizado, incluso con una ligera retracción que volvió a dejar paso a un incremento en los últimos años, la presencia de personas "culturalmente diferentes", suponiendo que hubiera personas "culturalmente idénticas", es una realidad incontestable.

Esta **diversidad cultural** plantea importantes **retos de convivencia y de integración** y, en lo que concierne a **los/as profesionales de la salud**, supone un claro desafío para el que aún la institución sanitaria no pareciera estar adecuadamente preparada al tratar con población inmigrada.

La primera cuestión que cabe plantearse es si el **grado de competencia** que actualmente ofrecen los dis-

positivos asistenciales de nuestro entorno es el adecuado. Pocos/as profesionales negarán que la asistencia sanitaria a pacientes con los que no se comparte un marco cultural más o menos similar puede plantear serias dificultades que, en el caso de no subsanarse, llevarán a un peor resultado de la asistencia, aspecto éste que resulta inaceptable desde un punto de vista ético. El sistema sanitario no puede permitir que los/as usuarios/as estén expuestos a recibir una asistencia de peor calidad por el simple hecho de pertenecer a un grupo étnico o cultural minoritario. Por esto, debe considerarse prioritario implantar las medidas pertinentes que aseguren una **asistencia igualitaria**. Esto nos lleva al concepto de competencia intercultural que, en el campo de la salud, hace referencia a la capacidad de atender de forma competente a cualquier usuario/a, independientemente de su pertenencia cultural o étnica.

Se puede afirmar que cada vez más hay en el sistema sanitario de nuestro país un mayor interés y sensibilidad hacia la **competencia intercultural**. Si hace unos años casi nadie reparaba en la importancia de este concepto, hoy empieza a considerarse su inclusión entre los criterios de calidad con que deben contar los dispositivos asistenciales de salud. Aún estamos lejos de países con una larga tradición multicultural como, por ejemplo los Estados Unidos, donde cualquier centro que opte a una subvención pública para realizar investigación ha de probar un grado de competencia intercultural óptimo que asegure una misma calidad asistencial a todos/as sus usuarios/as.

La competencia intercultural contempla dos dimensiones bien diferenciadas:

La primera es la individual. Corresponde al **profesional** que aspire a ser culturalmente competente, alcanzar un nivel de conocimientos adecuado en las distintas áreas relacionadas con la interacción intercultural. Además, debe disponer de las habilidades necesarias para saber manejar este tipo de situaciones y, por último, mostrar una actitud y unos valores congruentes con las características de la interacción.

La segunda dimensión de la competencia intercultural es la institucional. Este punto es frecuentemente objeto de debate. Al respecto suelen surgir **dos posturas bien diferenciadas:** la de los que sostienen que los/as inmigrantes deben adaptarse al sistema sin que éste deba ser modificado, y la de aquellos que consideran que la adaptación corresponde tanto al inmigrante como a la sociedad mayoritaria y, por tanto, apoya la adaptación del sistema sanitario a las características demográficas de sus usuarios/as. A favor de la primera postura está el riesgo de "guetización" que implica adaptar los servicios de salud a grupos poblacionales concretos; en su contra está la posible "ceguera cultural" que puede entrañar el hecho de negar la importancia de los aspectos culturales en la asistencia sanitaria. La segunda postura, extendida en países con sociedades multiculturales como los Estados Unidos, Australia, el Reino Unido o Canadá, apuesta por la creación de servicios culturalmente sensibles, insertados en los dispositivos asistenciales al uso. Así, tratan de cumplir los criterios de compe-

tencia institucional ofreciendo al personal del staff formación en multiculturalidad/interculturalidad; procuran que la diversidad cultural de la sociedad tenga su reflejo en la diversidad de los/as profesionales; tratan de derribar cualquier tipo de barrera en la comunicación con la inclusión de intérpretes y mediadores/as interculturales, así como ofreciendo cualquier información relevante en los principales idiomas de los/as usuarios/as; establecen vías de comunicación con los líderes de las distintas comunidades para identificar cuáles son las necesidades de las mismas y poder adaptar las estrategias de intervención; y diseñan cualquier línea de investigación de una manera culturalmente sensible, teniendo en cuenta la diversidad de la población de origen extranjero.

Cabe señalar que **la competencia intercultural no debe entenderse como algo estático**, sino que se debe aceptar que es un concepto dinámico, que está en constante expansión, que nunca alcanza un grado máximo y universal, sino que siempre puede abarcar más dominios. En este sentido, el grado de competencia intercultural que se le supone a un/a profesional sanitario/a, no tiene por qué ser el mismo que el de otro/a. Si bien es cierto que en cualquier contacto intercultural puede haber un sustrato común, compartido por todos/as los/as profesionales, es evidente que el personal sanitario culturalmente competente, con independencia de su profesión, debería tener unos conocimientos mínimos que compatibilicen los aspectos relacionados con su especialidad y el trabajo con personas de culturas diferentes. Esto debe servir para reflexionar sobre la necesidad de introducir en la **Formación**

Continuada del profesional sanitario, los **temas de interculturalidad** que sean pertinentes para formar profesionales culturalmente competentes, ya que hoy día, no hay en las carreras sanitarias ninguna asignatura que aborde esta temática.

Necesidad de crear servicios especializados:

De lo expuesto con anterioridad, se desprende que la creación de servicios de salud especializados en la asistencia a población inmigrante o culturalmente minoritaria implica una importante inversión de recursos. Evidentemente, dotar a cualquier dispositivo de los medios necesarios que aseguren su **competencia intercultural** es algo absolutamente inviable. Quizás habrá que plantearse niveles de competencia, igual que hay niveles de asistencia. Así, sería aconsejable que los hospitales que contaran con estos servicios actuaran como interconsultores suprasectoriales. Estos servicios deberían asegurar un grado óptimo de competencia intercultural.

Para los hospitales contar con un servicio en el que estén disponibles **mediadores/as interculturales y una asesoría** por parte de antropólogos/as, al alcance de los/as profesionales, puede suponer una gran ventaja. El tipo de problemática social de estos/as pacientes muchas veces es compleja. La falta de documentación, los problemas de vivienda, la precariedad laboral, la ausencia de soportes sociales, etc., hacen que el manejo de estos casos se vea necesitado de la intervención de los servicios sociales junto con el apoyo de los/as mediadores/as interculturales.

III. La competencia intercultural: habilidad clave para los/as profesionales sociosanitarios/as que trabajan con población inmigrante

Las competencias se deben concebir como las capacidades de llevar a cabo las tareas de una persona o de un grupo en un momento dado, activando un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes en un contexto profesional.

La **competencia cultural** se puede definir como el **conjunto de conocimientos, actitudes, conductas e incluso políticas que capacitan a un/a profesional para trabajar con eficacia en diferentes contextos interculturales** (Marrero, 2013). A su vez, la competencia intercultural comprende las habilidades cognitivas, afectivas y prácticas necesarias para desenvolverse eficazmente en un medio intercultural (Aguado, 2003). La competencia intercultural incide de modo directo en la relación, en la comunicación efectiva y en la calidad de la atención entre profesional y paciente.

La competencia intercultural, por tanto, es la habilidad, tanto

de individuos (en este caso de los/as profesionales sociosanitarios/as) como de organizaciones (la institución sanitaria), de **interactuar eficazmente con personas de diferentes culturas** en un mismo espacio territorial o contexto multicultural.

El/la profesional sociosanitario/a vive con **cierto estrés y ansiedad** la atención al/la paciente inmigrante como consecuencia fundamentalmente de las propias características actuales del sistema: falta de tiempo, exceso de demanda, desequilibrios en el número de pacientes adscritos a cada profesional, restricciones al acceso a determinadas pruebas complementarias, etc.; unidas a las características específicas de este colectivo: idioma, dudas sobre interpretación correcta de síntomas y signos, incertidumbre ante patologías poco conocidas, problemas de adherencia a los tratamientos y seguimiento (Fuertes y Martín Laso, 2006).

Por consiguiente, **la llegada de población inmigrante, constituye un reto y un desafío para el personal sociosanitario**, que ha de atender a esta población culturalmente diversa, por lo que deberán adquirir o acrecentar nuevas competencias profesionales.

En este sentido, en lo referente a los componentes de la competencia cultural enfocada a los/as profesionales en su proceso para la adquisición de dicha competencia, **Josepha Campinha-Bacote** nos propone un modelo para la formación y entrenamiento de los/as profesionales de la salud. Esta autora considera que los componentes de la competencia cul-

tural se enmarcan en distintas fases: deseo cultural, conocimiento cultural, habilidad cultural y encuentros culturales, las cuales tienen: "*el potencial para procurar las valoraciones culturalmente sensibles que a sus vez facilitarán las intervenciones culturales pertinentes*" (Campinha-Bacote, 1998).

Tabla: Componentes de la competencia cultural

Componentes de la Competencia cultural	Definición	Aportación
El Deseo cultural	Es el proceso deliberado y cognoscitivo de ser sensible a los puntos de vista de pacientes de otras culturas.	Ayuda a la comprensión y al ejercicio de la reciprocidad entre las personas de diferentes culturas.
Conocimiento cultural	Los/as profesionales de la salud profundizan en el conocimiento de las culturas de sus pacientes y desarrollan estrategias.	Se trata de entender la visión del mundo del paciente.
Habilidad cultural	La pericia de obtener los datos culturales pertinentes de los/as pacientes.	El conocimiento evita la ceguera cultural ante las diferencias étnicas.
Encuentro cultural	Los/as profesionales de la salud se comprometen en las interacciones transculturales.	El encuentro facilita la relación y el logro de objetivos comunes.

Tabla elaborada a partir de Campinha-Bacote (1998).

Estos factores **aumentan la calidad del servicio** prestado por el/la profesional de la salud, lo que tal vez no pueda medirse directamente, aunque sí se puede experimentar por los/as pacientes de una manera positiva cuando no sufren ninguna discriminación debido a su cultura. Hay que trabajar por la adquisición de esta competencia cultural desde el encuentro y la aceptación de la persona.

El desarrollo de la competencia cultural está inmerso en un proceso de dos fases que están relacionadas entre sí:

Fase cognoscitiva:

- **Incompetencia cultural:** existe falta de conocimiento de las implicaciones culturales de las conductas humanas.
- **Conocimiento cultural:** se inicia el aprendizaje del papel de los elementos culturales que definen y conforman la conducta de salud.
- **Conciencia cultural:** se reconocen y entienden las implicaciones culturales de las conductas de salud.

Fase afectiva:

- **Sensibilidad cultural:** se integra el conocimiento cultural y conocimiento en el individuo y la conducta institucional.
- **Competencia cultural:** se produce la aplica-

ción rutinaria de las intervenciones de cuidado de salud culturalmente apropiadas.

- **Habilidad cultural:** integración de la competencia cultural en la organización y en la práctica profesional, enseñanza e investigación.

El modelo de **Josepha Campinha-Bacote** considera que la competencia cultural hay que comprenderla como un **proceso constante** en que los/as profesionales de manera continuada se esfuerzan por lograr la habilidad de trabajar eficazmente, tomando en cuenta el contexto cultural del individuo o comunidad.

La aceptación y respeto por las diferencias culturales, la sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas y la habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales, son requisitos indispensables para que el cuidado transcultural se pueda consolidar.

Finalmente, para esta autora, a través de este modelo procesual, se consigue atender a las personas inmigrantes con problemas de salud de una forma más humanizada y eficaz, evitando errores e intervenciones innecesarias por la falta de entendimiento entre las partes.

A su vez, cabe destacar que el factor cultural, sin duda es importante, y hay que adjudicarle el peso específico que tiene, no más ni menos, pero esto no nos debe hacer caer

en el "culturalismo" (posición determinista, reduccionista, esencialista y homogeneizadora que pretende interpretar y/o explicar la personalidad o los comportamientos de un individuo en función de la pertenencia a una determinada cultura, o a unos supuestos caracteres étnicos o nacionales, con lo cual se prescinde del peso que realmente tiene la dimensión de lo personal, en detrimento de la adscripción cultural). Por consiguiente, **se ha de evitar caer en la "trampa" del culturalismo:** "*El culturalismo consiste básicamente en atender, de manera exclusiva o preferente, a la dimensión cultural de los inmigrantes como elemento que explica todos los problemas o conflictos que puedan surgir*" (Vázquez Aguado, 2009). Así jamás podremos ver a la persona desde su singularidad, como un ser único.

Es necesario recordar que en la interacción entre personal sociosanitario - paciente inmigrante, no sólo este último es portador de factores culturales, sino también los/as profesionales de la salud, así como también la propia institución sanitaria (la cultura institucional y organizativa del propio sistema sanitario español o de la Comunidad de Madrid), todo lo cual tiene una gran incidencia en el acceso de los/as pacientes de origen extranjero al mismo.

La **formación en competencias interculturales** debería ser fundamental para las carreras del área de Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería, etc.) y también para los Departamentos de Formación Continuada de los hospitales: "*Los profesionales sanitarios deben trabajar para de-*

sarrollar competencias asistenciales que tengan en cuenta la diversidad cultural y los elementos de esa competencia deberían figurar en los programas de formación tanto de pregrado como postgrado. Las autoridades sanitarias, por otro lado, deben proporcionar formación continuada y exigir unos mínimos de competencia cultural en la acreditación de centros y servicios para así poder afrontar mejor los retos de la diversidad, favorecer el acceso a los servicios de las personas de otras culturas y reducir la discriminación en el ámbito de la salud y la asistencia sanitaria" (Fuertes y Martín Laso, 2006). Disciplinas como Antropología de la Salud y Medicina y Enfermería Transculturales deberían ser materias relevantes en la formación de las carreras de Ciencias de la Salud. No obstante, esto aún dista mucho de ser así.

Muchos colectivos inmigrantes, por no estar acostumbrados, para acceder al sistema sanitario público se enfrentan a una organización que se rige por una tecnificación y burocratización crecientes: "*Los centros sanitarios se encuentran en una encrucijada, por un lado, sus estructuras burocratizadas presionan sobre sus técnicos a trabajar por objetivos, despersonalizando la intervención, y por otro, se topan con la tesitura de repersonalizar y humanizar sus actuaciones. El esfuerzo por recuperar un sujeto con el cual dialogar, al cual incluir, en definitiva hacerlo participe de la intervención, se sitúa en un entorno protocolarizado y estandarizado*" (Vázquez, Gutiérrez, Gómez y Maldonado, 2011). **La humanización, coloca al/la paciente en el centro**, y es la razón de ser del sistema sanitario y de sus profesio-

nales, y éste/a debe ser tratado/a como un ser humano desde su globalidad (abordaje integral). En muchas ocasiones, el modelo biomédico desde su validación científica ha tendido a reducir al/la enfermo/a y a la enfermedad a algo meramente biológico y cuantitativo, prescindiendo del contexto cultural. No obstante, se trata de una realidad en la que lo objetivo y lo subjetivo se encuentran entrelazados: los/as pacientes inmigrantes tienen diversas formas de concebir y vivenciar la enfermedad, de expresar el dolor, etc.

Por tanto, la competencia intercultural es clave para **superar barreras de comunicación, estereotipos negativos, prejuicios**, etc. Dicha competencia tiene un caràcter multidimensional que incluye: Competencias cognitivas (aumento del conocimiento que tengamos acerca del otro, pero también sobre nosotros mismos), Competencias afectivas (basadas fundamentalmente en la empatía que nos permite comprender mejor el punto de vista del otro) y Competencias comportamentales o conductuales (lo que nos permite adecuar el comportamiento individual al contexto en el que se desarrolla). La suma de estas habilidades debería permitir que los/as profesionales sean eficaces en la comunicación intercultural (Rodrigo, 2012).

De manera complementaria, **M. Cohen-Emerique** en lo que concierne al enfoque de la competencia intercultural, **plantea 3 procesos** referidos tanto a uno/a mismo/a (el/la profesional) como sobre los/as otros/as en la comuni-

cación entre personas culturalmente diferentes. Éstos son, **la descentración** (proceso de distanciamiento respecto a la propia cultura, para evitar sesgos etnocéntricos), **la aproximación al marco referencial del otro** (con el fin de comprender el sistema de normas y valores que orienta y guía los comportamientos y reacciones de tu interlocutor/a) **y la negociación/mediación intercultural** (instancias que favorecen la búsqueda de un espacio común, que permitirá soluciones más satisfactorias y resultados viables para ambas partes). La autora considera clave lo que denomina como "zonas sensibles" que son aquellas regiones de la identidad cultural, que cuando se tocan, provocan fuertes reacciones afectivas (incluido el choque cultural), donde lo emocional prima sobre lo racional; de ahí que sea tan importante que en su caso, el/la profesional sea consciente de las mismas, para no bloquear la comunicación efectiva con el/la paciente.

Recapitulando, la **competencia y la comunicación intercultural**, por tanto, ayudan entre otros aspectos a mejorar habilidades como: **desarrollar la escucha activa, a profundizar en el conocimiento del otro y de uno mismo, la empatía y la asertividad**. Esto no significa que el/la facultativo/a comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del mismo.

La atención primaria, constituye el espacio privilegiado

para que el/la profesional sea competente culturalmente por la cercanía y posibilidad de seguimiento que existe con el/la paciente culturalmente diferente. Para los/as médicos de familia, los/as pediatras y los/as profesionales de Enfermería que trabajan en este ámbito, la realización de entrevistas clínicas sustentadas en una eficaz comunicación intercultural con el/la paciente, constituirán un instrumento idóneo para superar muchos recelos y desconfianzas mutuos. Esto permitiría una atención médica o sanitaria, con eficiencia clínica y culturalmente apropiada, lo cual conduce a "normalizar" las diferencias.

Por último, existe una estrecha relación entre la competencia y la comunicación intercultural, con la **Mediación Intercultural**. Muchas de las competencias y habilidades interculturales mencionadas con anterioridad, se pondrán en juego en el papel de facilitador/a que desempeña el/la Mediador/a en el proceso de acercar posiciones y mejorar la comunicación efectiva entre las partes en conflicto. Por ello consideramos que es fundamental para el incremento de las competencias interculturales institucionales y organizacionales de los hospitales y de los centros de atención primaria, contar con la figura profesional de apoyo de un/a Mediador/a Sociosanitario/a Intercultural, como existe desde hace décadas en muchos países de la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá.

La Mediación Intercultural es necesaria y pertinente en situaciones como las siguientes: cuando existen dificultades de comunicación entre personas inmigrantes y autóctonas,

hay un desconocimiento de los códigos culturales tanto de una como de la otra parte, cuando se produce una falta de adecuación de la metodología de intervención a las especificidades culturales, cuando se requiere cierto empoderamiento ante la desigualdad en la atención a las necesidades de las personas inmigrantes y cuando la mediación natural muestra sus límites (Munuera, 2015).

La labor del/la Mediador/a sociosanitario/a intercultural es acercar posturas y hacer que las dos partes en conflicto se entiendan (por ejemplo, entre un personal sociosanitario autóctono y un paciente inmigrante o entre este último y la institución sanitaria).

El/la Mediador/a conoce los giros, 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 determinada. El ser humano está inmerso en todo momento en una red de significados; la búsqueda de esos significados es parte de la tarea de este/a profesional.

Asimismo, algunos objetivos de la Mediación Intercultural son:

- **Superar la barrera lingüística** (lengua, códigos y significados).
- **Favorecer la interpretación** de las concepciones culturales de las partes para lograr un entendimiento común.

- **Reducir la distancia u hostilidad** entre las partes y establecer una comunicación eficaz.
- **Ayudar a** éstas a **comprender** las necesidades y los intereses del otro.

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

En lo que concierne a las principales funciones de los/as mediadores/as interculturales, éstas son:

- **Traducción lingüística.**
- Interpretación de **choques culturales**. Cuando alguna de las partes plantea una situación no entendida o a la cual no se encuentra explicación y que está dificultando el proceso de atención sanitaria.
- **Asesoramiento** a profesionales, acompañamiento a los/as usuarios/as, sesiones informativas con grupos, etc.
- **Participación en proyectos comunitarios**, como los vinculados a la promoción de la salud desde una perspectiva preventiva.

El/la Mediador/a debe también ayudar a explicar la cultura del hospital y del médico al paciente, y el mundo del paciente al médico. Su figura debe ser un instrumento al que acudir cuando existen situaciones sociosanitarias

muy complicadas, dado que muchas veces se producen momentos de gran tensión en los hospitales, como es el caso del servicio de urgencias.

En conclusión, la meta principal de la competencia intercultural tanto a nivel profesional como institucional (organizacional) debería ser que la **atención sanitaria** estuviera **adaptada a las necesidades del/la paciente y que la calidad de la atención médica sea igual para todos**, con independencia de las culturas de origen de las personas.

IV. Propuesta de mejora para implementar un modelo intercultural de salud

Una vez tratadas las dificultades más recurrentes en el contexto sanitario de la Comunidad de Madrid, se pasará ahora a abordar todo el conjunto de propuestas de mejora.

A través de la puesta en común de todas las **posibles mejoras en el ámbito sanitario**, se persigue la consecución de un modelo intercultural en salud que contribuya a acabar con las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios, así como lograr una distribución justa de todas las instancias terapéuticas disponibles a través de un intercambio bidireccional de las partes implicadas que permitan el desarrollo de nuevas relaciones basadas en el entendimiento recíproco (Cross y otros, 1989).

Es importante matizar que la promoción de un modelo intercultural en salud no es lo mismo que occidentalizar, por ejemplo, las medicinas tradicionales (o viceversa), sino que consiste en un trabajo complementario de todos los recursos sanitarios disponibles. Implica, a su vez, promover una atención diferenciada, la cual se logrará a través de la adquisición por parte de los/as profesionales de herra-

mientas que les ayuden a reconocer y valorar los aspectos inherentes a la cultura de los individuos que componen el panorama español. Al crear un clima de comprensión y reconocimiento mutuo los/as usuarios/as se sentirán incluidos y, por tanto, querrán participar activamente en los procesos de implementación de medidas competentes culturalmente dentro del sistema sanitario (Sen, 2002).

En definitiva, la implementación de un **sistema sanitario fundamentado en la equidad** deberá asegurar no sólo una igual distribución de la atención sanitaria, sino que ha de abrir su abanico de acción y tener en cuenta diversos factores tales como los ingresos individuales, los estilos de vida, las condiciones de trabajo, etc.

Concretando las propuestas de mejora, frente al problema de la barrera lingüística y cultural, se debería recurrir a **mediadores/as e intérpretes profesionalizados/as**. Por un lado, la figura del/a **traductor/a** ayudará a acabar con una primera barrera, la comunicativa, permitiendo a todos/as aquellos/as pacientes que lo necesiten la posibilidad de hablar en su lengua materna y explicar con más claridad todos los problemas relacionados con su estado de salud. Los servicios de interpretación pueden implementarse contando con representantes de la medicina tradicional de cada grupo cultural y con la inclusión de miembros adultos de la familia o de la comunidad. Asimismo, se puede contar con profesionales permanentes en los servicios, intérpretes ad hoc, interpretaciones

simultáneas, etc. Cabe destacar el hecho de que estos/as intérpretes no deben confundirse con meros traductores/as en un sentido estrictamente lingüístico, sino que resulta importante que conozcan tanto las prácticas culturales con las que interactúen como las disciplinas médicas con las cuales colaboran.

Por otro lado, **la figura del/a mediador/a** ayudaría en un nivel más complejo al permitir la resolución de conflictos latentes o manifiestos que no se pueden resolver entre las partes implicadas (profesional sanitario/a y paciente). Sería, pues, un recurso al alcance de las personas culturalmente diversas que actúa como puente, con el fin de facilitar las relaciones, fomentar la comunicación efectiva y promover la integración entre personas o grupos, pertenecientes a una o varias culturas. De este modo, la mediación la entendemos como un recurso profesionalizado que pretende contribuir a una mejora de la comunicación, relación e integración entre personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas (Casas y otros, 2009).

Estas áreas de actuación fomentarán **cambios en la conducta del/a profesional y del/a usuario/**a, logrando una mejora de la comunicación, el incremento de la confianza y del conocimiento mutuo para abordar los problemas que puedan surgir en esta interacción.

Sin embargo, pese a las grandes aportaciones que tanto

la figura del/a traductor/a como la del/a mediador/a aseguran en el ámbito de la salud, es importante que las personas que trabajan dentro del contexto sanitario español desarrollen conocimientos y habilidades propias en su trabajo diario con poblaciones de origen extranjero. Al estar en contacto permanente con personas de procedencias culturales tan diversas, es necesario que los/as profesionales estén concienciados/as, dispongan de información y habilidades significativas para atender adecuadamente a usuarios/as pertenecientes a otros grupos culturales.

Hablaríamos, por lo tanto, de **desarrollar una competencia intercultural que incorpore conocimientos, actitudes y habilidades sobre grupos culturales diversos**, permitiendo al profesional proporcionar cuidado cultural. Se trata, a su vez, de un proceso continuo que involucra la aceptación y el respecto a la diferencia, logrando acabar con la percepción de la cultura del otro como un problema. La competencia intercultural permite desarrollar estrategias que mejoran los procesos de comunicación y de diálogo, posibilitando una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores, además de mejorar el nivel de satisfacción de los/as usuarios/as con el sistema de salud biomédico.

En definitiva, la competencia intercultural implica: "*un conjunto congruente de comportamientos, actitudes y políticas que confluyen en un sistema, organización, o entre los/as profesionales que les permiten trabajar de manera efectiva en situaciones multiculturales*" (Cross, Bazron, Dennis e

Isaacs, 1989). Gracias a la competencia intercultural se reconoce la influencia de la cultura sobre la salud y la forma en que los/as usuarios/as definen y conciben la salud, el dolor, el tratamiento, etc.

Otras propuestas de mejora guardan relación con el **problema de acceso a los recursos por parte de la población extranjera** debido a la dificultad de obtener la información relativa al funcionamiento del sistema sanitario y con la falta de información y coordinación entre los centros que estructuran el sistema sanitario español. Para solucionar el problema de la falta de coordinación entre centros de salud y hospitales, una iniciativa relevante es la creación de redes entre entidades sanitarias que permitiese a las diferentes áreas que conforman el panorama sanitario español tener canales de información actualizada, así como opciones de consulta y de derivación fiables que eviten "marear" al paciente.

Dentro de la Comunidad de Madrid, el **Hospital General Universitario Gregorio Marañón** está realizando reuniones informativas periódicas de manera intrahospitalaria para ampliar y difundir información entre las diferentes áreas del centro. Del mismo modo, el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés ha llevado a cabo la iniciativa de crear una Comisión de atención a la población inmigrante, tanto en el área de Atención Primaria como a nivel hospitalario, promoviendo protocolos internos que ayuden a resolver las dificultades que dicha población tiene a la hora de acceder a los recursos.

Otros casos a nivel estatal y europeo que demuestran cómo emprender ajustes organizativos y administrativos que mejoran la toma de decisiones en relación a la aplicación de criterios de coordinación y trabajo en red es el **"Migrant Friendly Hospitals Project".** Esta iniciativa está patrocinada y financiada por la Comisión Europea, y cuenta con la participación de hospitales de 12 países miembros de la Unión Europea; su objetivo es el de promover una competencia intercultural que esté abierta a la creciente diversidad cultural presente en el continente. Este proyecto apunta a hacer visible la necesidad de implementar una política sanitaria que proporcione un marco, legal, financiero y organizativo que haga factible la inclusión y reconocimiento de la diversidad cultural.

Asimismo, el **"Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en Salud Mental. Hacia la equidad en salud"** (Ministerio de Sanidad, 2011), es una herramienta que teoriza y promueve iniciativas que acaben con las desigualdades en el cuidado sanitario a grupos culturalmente diversos. Impulsado desde las instituciones estatales, tiene por objetivo desarrollar una competencia intercultural y organizativa a través de la promoción de una guía que se presenta como un instrumento de autoevaluación para instituciones que permita conocer sus competencias y necesidades de mejora. Entre las muchas acciones que contempla, se destacan las siguientes:

- Dotar de recursos como **intérpretes, mediadores/as y materiales** facilitadores de comunicación.

- **Adecuar las prestaciones** a las necesidades de la población de referencia.
- **Mejorar la información** sobre los recursos existentes y su forma de acceso.
- **Mejorar la mutua interacción** entre la cultura de la institución y la de los/as usuarios/as.
- **Mejorar la competencia intercultural** de los/as profesionales.
- **Personalizar las intervenciones.**
- **Disponer de una guía** para lograr el reconocimiento del derecho a la atención.
- **Habilitar circuitos** para facilitar y agilizar ese reconocimiento del derecho a la atención.
- Facilitar la incorporación o **recoger contribuciones** de organizaciones y ONGs que trabajan con minorías culturales.
- Habilitar mecanismos para la **detección de necesidades específicas.**
- Definir **rutas diferenciadas de atención** para personas con necesidades especiales.
- Implementar **programas** para atender a colectivos con alto riesgo de exclusión.
- **Establecer mecanismos** para proveer a los/as profesionales de tiempo adicional para atender a los/as usuarios/as inmigrantes, teniendo en cuenta las dificultades en la comunicación, diagnóstico, etc.
- Fomentar **programas transversales**, intersectoriales e interinstitucionales para el conocimiento de las características culturales de los grupos que forman una comunidad.

Otras medidas que se pueden llevar a cabo con el fin de lograr que la población extranjera tenga pleno acceso a toda la información relativa al procedimiento y uso de los recursos sanitarios disponibles, son las siguientes: distribución de programas integrales de acogida que especifiquen el derecho de la cobertura sanitaria, trámites burocráticos, etc.; así como la promoción de guías informativas sobre los recursos de los que dispone el sistema sanitario, red de hospitales y centros de salud presentes en el territorio español, que incluyan los procedimientos y requerimientos que se necesiten para acceder a los mismos. Además, la creación de páginas web interactivas con toda la información actualizada, garantizará el acceso a estos recursos sanitarios en cualquier momento y desde cualquier lugar.

En conclusión, todas estas propuestas pretenden **promover relaciones terapéuticas basadas en el entendimiento y el intercambio recíproco.** En la atención a la población culturalmente diversa es necesario la participación activa de todas las partes, la adecuación de las intervenciones y la formación continuada de los/as profesionales en competencias interculturales, así como la integración efectiva de todas las instancias terapéuticas y el conocimiento y respeto a los valores, creencias y a la autonomía del "otro" culturalmente diverso. La incorporación del enfoque de la interculturalidad en el ámbito de la salud supone una apuesta por el encuentro, el intercambio mutuo y la complementariedad, en donde las personas, los saberes, sentidos y prácticas se encuentran en constante diálogo.

V. Recursos de atención a población inmigrante

MARCO JURÍCO: Ley de Extranjería
y Real Decreto 16/2012

ESTATAL	AUTONÓMICO	LOCAL
Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Secretaría de Estado de Migraciones	Comunidad de Madrid. Consejería de Políticas Sociales y Familia	Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Políticas de Género y Diversidad

Organizaciones privadas sin ánimo de lucro

Marco legal de las personas extranjeras

- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en su redacción dada por las leyes orgánicas 8/2000, de 22 de diciembre, 11/2003, de 29 de septiembre, 14/2003.
- Real Decreto 16/2012.
- Real Decreto 7/ 2018.

Recursos a nivel estatal

Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad social (con varios órganos específicos relacionados con inmigración).

Recursos:

- Foro para la Integración Social de los Inmigrantes.
- Centros de Acogida a Refugiados (CAR).
- Convocatoria de Subvenciones a entidades locales y a entidades sin ánimo de lucro.
- Programa Retorno Voluntario (SEPE).

Recursos a nivel autonómico

Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Recursos:

- Foro Regional para la Inmigración de la Comunidad de Madrid: órgano de consulta, cauce de participación y

diálogo interinstitucional. Con 12 representantes de las administraciones públicas y 22 de organizaciones sociales y asociaciones de inmigrantes y 3 expertos.

- Observatorio de la Comunidad de Madrid contra el Racismo y la Intolerancia: órgano de consulta, recaba información sobre los fenómenos de racismo e intolerancia y formula propuestas de actuaciones.
- Centros de Participación e Integración (CEPI).

  Ofrecen:
  - Talleres ocupacionales y de empleo.
  - Cursos de formación.
  - Actividades culturales y deportivas.
  - Convocatoria Subvenciones para el tercer sector.

Recursos a nivel local

Planes Locales de Inmigración, por ejemplo:

- Planes de Integración Municipales.

Servicios Sociales (Dirección General de Promoción de la Igualdad y no discriminación):

- Oficinas de Información y Orientación para la Integración de la Población Inmigrante.
- Servicio Municipal de Orientación Jurídica en materia de Extranjería y para supuestos de Racismo, Xenofobia, Homofobia y Transfobia.
- Programas de Acogida para inmigrantes (El Parque, Atención a Familia).

Organizaciones privadas sin ánimo de lucro

Entidades que trabajan con población inmigrante y Asociaciones de inmigrantes.

Programas específicos para población inmigrante desarrollados desde las entidades sociales:

- Enseñanza de lengua y cultura española.
- Enseñanza de lengua y cultura de origen.
- Acogida e información.
- Empleo y formación.
- Apoyo escolar.
- Atención psicosocial a mujeres inmigrantes.
- Asesoría jurídica, etc.

LISTADO DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID:

Área de salud	Hospital	Ubicación	Estación de Metro o de Cercanías Renfe que presta servicio
1	**Hospital General Universitario Gregorio Marañón**	Madrid (Retiro)	O'Donnell Sainz de Baranda.
	Instituto Provincial de Oftalmología	Madrid (Chamberí)	Rubén Darío.
	Instituto Provincial de Rehabilitación	Madrid (Salamanca)	Diego de León.
	Hospital Infanta Leonor	Madrid (Villa de Vallecas)	Vallecas / Sierra de Guadalupe.
	Hospital Virgen de la Torre	Madrid (Villa de Vallecas)	Villa de Vallecas.
	Hospital del Sureste	Arganda del Rey	Arganda del Rey (a 1,5 Kms. de distancia).
2	**Hospital Universitario de la Princesa**	Madrid (Salamanca)	Diego de León.
	Hospital Universitario Santa Cristina	Madrid (Salamanca)	O'Donnell.
	Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	Madrid (Retiro)	Ibiza Sainz de Baranda.
	Hospital del Henares	Coslada	Hospital del Henares.

3	**Hospital Universitario Príncipe de Asturias**	Alcalá de Henares	Alcalá de Henares Universidad (a 1,5 Kms. de distancia).
	Hospital de Torrejón	Torrejón de Ardoz	Soto del Henares.
4	**Hospital Universitario Ramón y Cajal**	Madrid (Fuencarral-El Pardo)	Ramón y Cajal.
5	**Hospital Universitario La Paz**	Madrid (Fuencarral-El Pardo)	Begoña.
	Hospital de Cantoblanco	Madrid (Fuencarral-El Pardo)	Cantoblanco Universidad.
	Hospital Psiquiátrico Doctor Rodríguez Lafora	Madrid (Fuencarral-El Pardo)	Cantoblanco Universidad (a 1,5 Kms. de distancia).
	Hospital Carlos III	Madrid (Fuencarral-El Pardo)	Barrio del Pilar Ventilla.
	Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	Madrid (Tetuán)	Guzmán el Bueno, Cuatro Caminos.
	Instituto de Cardiología de Madrid	Madrid (Moncloa-Aravaca)	Ciudad Universitaria.
	Hospital Infanta Sofía	San Sebastián de los Reyes	Hospital Infanta Sofía.
6	**Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda**	Majadahonda	
	Hospital de El Escorial	San Lorenzo de El Escorial	
	Hospital de Guadarrama	Guadarrama	
	Hospital de la Fuenfría	Cercedilla	

7	**Hospital Clínico San Carlos**	Madrid (Moncloa-Aravaca)	Islas Filipinas Moncloa.
8	**Hospital Universitario de Móstoles**	Móstoles	Hospital de Móstoles.
	Hospital Rey Juan Carlos	Móstoles	Universidad Rey Juan Carlos.
	Hospital Universitario Fundación Alcorcón	Alcorcón	Alcorcón Central.
	Hospital Virgen de la Poveda	Villa del Prado	
9	**Hospital Severo Ochoa**	Leganés	Hospital Severo Ochoa.
	Instituto Psiquiá-trico de Servicios de Salud Mental José Germain	Leganés	Leganés Central.
	Hospital Universitario de Fuenlabrada	Fuenlabrada	Hospital de Fuenlabrada.
10	**Hospital Universitario de Getafe**	Getafe	Getafe Central.
	Hospital Infanta Cristina	Parla	
11	**Hospital Universitario 12 de Octubre**	Madrid (Usera)	Hospital 12 de Octubre Doce de Octubre.
	Hospital Fundación Jiménez Díaz	Madrid (Moncloa-Aravaca)	Islas Filipinas Moncloa.
	Hospital Infanta Elena	Valdemoro	
	Hospital del Tajo	Aranjuez	

VI. Proyecto de Mediación Sociosanitaria

Propuesta de proceso de sensibilización y formación a centros sanitarios.

El Proyecto de **MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA**, realizado desde el año 2012 por la **Fundación La Merced Migraciones,** pretende con su labor de sensibilización, formación y apoyo a los/as profesionales del ámbito sociosanitario, ofrecer herramientas para la gestión de la diversidad desde la perspectiva de la mediación intercultural.

De esta manera, se procura **favorecer la inclusión de las personas inmigrantes y su acceso a los servicios básicos**, especialmente en el ámbito de la salud, en igualdad de condiciones.

Asimismo, el proyecto está orientado a la **consecución de resultados de impacto real** que mejoren la atención de los centros, entre los que se contempla, la creación y consolidación de un Servicio de Apoyo y Acompañamiento en Mediación Social Intercultural en el ámbito sanitario a través de la formación y el fomento de la participación activa de usuarios/as de nuestra entidad, principalmente jóvenes inmigrantes, como mediadores.

PROCESO DE BUENA PRÁCTICA EN CENTRO SANITARIO

***Reunión de motivación para la participación del centro:* propuesta de trabajo en red y apoyo mutuo:**

- Detección inicial de **necesidades**.
- **Propuestas mutuas** de trabajo y ajuste de expectativas: presentación y adecuación del itinerario.
- **Aspectos a tener en cuenta**: figuras de referencia, canales de comunicación, acuerdos preliminares, documentos necesarios, certificados de realización de taller, datos de los/as participantes, duración de los talleres, espacios de evaluación, etc.

***Proceso grupal:* actuaciones con grupos de profesionales de centros sanitarios para el fortalecimiento de su labor con respecto a la gestión de la diversidad desde una perspectiva intercultural:**

- **Taller de motivación** a la participación y diagnóstico de detección de necesidades (4 horas).
- **Talleres de profundización** sobre migraciones e interculturalidad (4 talleres de 2,5 horas).
- **Encuentros con personas migrantes** para la identificación de necesidades desde el diálogo público.
- **Acompañamiento técnico:** orientación y formación sobre casos prácticos en materia de migraciones e interculturalidad.

- **Desarrollo de ideas y buenas prácticas,** implantación de protocolos y/o realización de materiales para:
    - Mejorar el acceso a la salud de las personas migrantes y de promoción de la salud.
    - Favorecer una acogida de calidad a las personas migrantes.
    - Mejorar la gestión de la diversidad cultural en el uso continuo de los servicios sanitarios.
- Posibilidad de comenzar **procesos con otros grupos** de profesionales del centro.

Trabajo en red: **actuaciones con grupos de profesionales de centros sanitarios para el fomento del trabajo en red, la promoción de la salud a nivel comunitario y el impulso de iniciativas solidarias de impacto local:**

- **Aportación de recursos, informes, diagnósticos previos, etc.**
- **Trabajo en red** para la promoción de la salud a nivel comunitario:
    - **Motivación** para la participación comunitaria del centro.
    - **Fomento de la coordinación** con otras organizaciones e instituciones:
        - Para la supervisión de casos.
        - Para la identificación y la intervención en casos (posible propuesta de apoyo por parte de la Fundación La

Merced Migraciones y/u otras organizaciones del entorno).

- Aprovechamiento de **recursos y retroalimentación.**
- Participación en **mesas y espacios de trabajo** existentes.
- Mejora del **apoyo social** a las iniciativas propias.
- **Acciones comunitarias** y/u otro tipo de acciones de impacto social (iniciativas sociales, solidarias, de cooperación, etc.).
- **Puesta en común** de buenas prácticas y apoyo en experiencias similares entre centros.

Metodología:

Las líneas metodológicas que han orientado nuestra formación y sensibilización se enmarcan en los **principios de la pedagogía activa y participativa.**

- Los principales principios metodológicos utilizados son:
    - Perspectiva **intercultural.**
    - Perspectiva **de género**.
    - Promoción de los **Derechos Humanos.**
    - **Pedagogía activa/participativa.**
    - **Flexibilidad.**
    - **Integralidad.**
    - **Apertura comunicacional.**

Bibliografía

- Achotegui, Joseba (2006): "Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)". Revista *Migraciones* Nº 1. Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Págs. 59-85. En: *https://revistas.upcomillas.es/index.php/revista-migraciones/article/download/3083/2847*

- Achotegui, Joseba (2009): "Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)". *ABENDUA*, diciembre. Págs. 163-171. En: *https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3119470.pdf*

- Aneas Álvarez, María Asunción (2005): "Competencia intercultural, concepto, efectos e implicaciones en el ejercicio de la ciudadanía". *Revista Iberoamericana de Educación*, 36 (13), Págs. 1-9. En: *https://rieoei.org/RIE/article/view/3004*

- Campinha-Bacote, Josepha (1998): "The process of cultural competence in the delivery of health care services: a culturally competent model of care" (3rd ed.). Transcultural CARE Association.

- Castles, Stephen y Miller, Mark. J. (2004): *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. Universidad Autónoma de Zacatecas, México / Miguel Ángel Porrúa Editor, 2004 (1ª edición en inglés 1993, Macmilan Press, Londres).

- Cohen-Emerique, Margalit (1999): "Análisis de incidentes críticos: un modelo para la comunicación intercultural". Artículo publicado por ITECO en *Antipodes*, Nº 145, junio. Traducción para CIP-FUHEM: Laurence Thieux. En: *http://www.fuhem.es/ecosocial/dossier-intercultural/contenido/10%20INCIDENTES%20CR%C3%8DTICOS.pdf*

- Cohen-Emerique, Margalit (2013): "*Por un enfoque intercultural en la intervención social*". Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 54, Págs. 11-38. En: *https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/267189/369030*

- Colectivo IOÉ (2003): I*nmigración y ciudadanía. España en el contexto de las migraciones internacionales. Fundamentos*, Madrid.

- Collazos Sánchez, Francisco y Visiers Würth, Cristina (2009): "Salud mental". En Casas, Miquel; Collazos, Francisco y Qureshi, Adil (Coordinación de autores). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación. Fundación "la Caixa"*, Barcelona. En: *https://*

obrasociallacaixa.org/documents/10280/610232/mediacion_intercultural_en_el_ambito_de_la_salud_es.pdf/8b5ef961-b70d-4747-841b-33facb96a452

- Comelles, Josep M. (2009): "Inmigración, cultura y salud". En Casas, Miquel; Collazos, Francisco y Qureshi, Adil (Coordinación de autores). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación. Fundación "la Caixa"*, Barcelona. En: *https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/610232/mediacion_intercultural_en_el_ambito_de_la_salud_es.pdf/8b5ef961-b70d-4747-841b-33facb96a452*

- Fuertes, C. y Martín Laso, M. A. (2006): "El inmigrante en la consulta de atención primaria". *Anales del sistema sanitario de Navarra,* Vol. 29, Suplemento 1, Pamplona, Págs. 9-25. En: *http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200002*

- Giménez Romero, Carlos (2003): *Qué es la inmigración.* RBA Libros, Barcelona.

- González Juárez, Liliana y Noreña Peña, Ana Lucía (2011): "Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable". *Revista Enfermería Universitaria*, Universidad Nacional Autónoma de México, Vol. 8, Año 8, Nº 1. Enero-marzo. En: *https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741838008*

- Habermas, Jürgen (1999): L*a inclusión del otro. Estudios de teoría política*. Paidós, Barcelona.

- Juliano, Dolores (1997): "Fronteras de género", en *Género, clase y etnia en los nuevos procesos de globalización*. Maquieira, Virginia y Vara, María Jesús (Coords.). Instituto Universitario de Estudios de la Mujer / Universidad Autónoma de Madrid.

- Lillo Crespo, Manuel; Galao Malo, Roberto; Casabona Martínez, Isabel y Mora Antón, Mª Dolores. (2004): "Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica". *Evidentia, Revista Internacional de Enfermería basada en la evidencia*, sept.-dic. 1(3). En: *http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php*

- Malgesini, Graciela y Giménez, Carlos (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Los Libros de la Catarata / Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, Madrid.

- Marrero González, Cristo Manuel (2013): "Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacotte en la práctica de los profesionales sanitarios". *ENE Revista de Enfermería*, agosto, 7(3). En: *http://www.eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/278/pdf_3*

- Martín, Emma; Martínez, Manuel Francisco y Martínez, Julia (2014): "Materiales didácticos. Migraciones, interculturalidad y servicios sanitarios". Universidad de Sevilla, diciembre. En: *http://docplayer.es/29631035-Materiales-didacticos-migraciones-interculturalidad-y-servicios-sanitarios.html*

- Munuera Gómez, María Pilar (2015): *Mediación Sanitaria.* Tirant lo Blanch, Valencia.

- Muñíz Toyos, Natalia (2014): "Cuidados enfermeros y coherencia cultural". ENE Revista de Enfermería, Vol. 8, Nº 1, mayo, Santa Cruz de Las Palmas. En: *http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/331/html_3*

- Parella Rubio, Sònia (2003): *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Anthropos Editorial, Barcelona.

- Prats San Román, Genissa y Uribe Pinillos, Elizabeth (2009): "La mediación intercultural". En Casas, Miquel; Collazos, Francisco y Qureshi, Adil (Coordinación de autores). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Fundación "la Caixa", Barcelona. En: *https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/610232/mediacion_intercultural_en_el_ambito_de_la_salud_es.pdf/8b5ef961-b70d-4747-841b-33facb96a452*

- Purnell, Larry D (1999): "El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación". *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, Año III, Nº 6. En: *https://www.researchgate.net/publication/39439182_El_modelo_de_competencia_cultural_de_Purnell_descripcion_y_uso_en_la_practica_educacion_administracion_e_investigacion*

- Qureshi Burckhardt, Adil (2009): "La competencia cultural". En Casas, Miquel; Collazos, Francisco y Qureshi, Adil (Coordinación de autores). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación.* Fundación "la Caixa", Barcelona. En: *https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/610232/mediacion_intercultural_en_el_ambito_de_la_salud_es.pdf/8b5ef961-b70d-4747-841b-33facb96a452*

- Raga Gimeno, Francisco (2006): "Grupo CRIT. Comunicación intercultural y Mediación en el ámbito sanitario". Universitat Jaume I. Volumen monográfico, Págs 217-229.

- Rodrigo Alsina, Miquel (2012): *La comunicación intercultural*. Anthropos Editorial, Barcelona.

- Rodrigo Alsina, Miquel (2001): "La comunicación intercultural". Portal de la comunicación Aula abierta. Lecciones básicas. Págs. 1-11. En: *https://www.re-*

searchgate.net/publication/31721653_La_comunicacion_intercultural_M_Rodrigo_Alsina

- Sánchez-Sagrado, Teresa e Ibáñez Carrasco, Marta (2013): *Evolución de la asistencia sanitaria a la población inmigrante de la Comunidad de Madrid en la última década.* ASE (Asociación Europeos), Madrid. En: *http://migracioneseuropeas.com/wp-content/uploads/Asistencia-sanitaria.pdf*

- Santamaría, Enrique (2002): *La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la "inmigración no comunitaria"*. Anthropos Editorial, Barcelona.

- Suares, Marinés (2004): *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Paidós, Buenos Aires.

- Taylor, Charles (1993): *El multiculturalismo y "la política del reconocimiento"*. Fondo de Cultura Económica, México.

- Uría Serrano, Juan L. (2009): "La inmigración y la salud. Elementos interculturales en la atención sanitaria". *Osasunaz, Cuadernos de Ciencias de la Salud*, Nº 10. Donostia-San Sebastián. En: *https://core.ac.uk/download/pdf/11500696.pdf*

- Vázquez Aguado, Octavio (2009): "La competencia intercultural y las habilidades de intervención en Mediación social intercultural". En Checa Olmos, Francisco y

Barraza Cano, María Pilar (Coords.). *Salud: materiales didácticos*. Consejería de Empleo, Junta de Andalucía, Sevilla, Págs. 15-29. En: *https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1_2054_salud_materiales_didacticos_forinter.pdf*

- Vázquez Cañete, Ana Isabel; Gutiérrez Zornoza, Myriam; Gómez Ciriano, Emilio y Maldonado Lozano, Manuel Jesús (2011): "Cómo abordar la atención sociosanitaria a la población inmigrante". *Bits: Boletín informativo de Trabajo Social*. En: *https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3711942*

- Vilardell Canal, Sira (2009): "Interculturalidad, salud y género". En Casas, Miquel; Collazos, Francisco y Qureshi, Adil (Coordinación de autores). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación.* Fundación "la Caixa", Barcelona. En: *https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/610232/mediacion_intercultural_en_el_ambito_de_la_salud_es.pdf/8b5ef961-b70d-4747-841b-33facb96a452*

- VV.AA. (2002): *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Desenvolupament Comunitari / Andalucía Acoge. Editorial Popular, Madrid.

- VV.AA. (2011): *Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental.* Hacia la equidad en salud. Ministerio de Sanidad, Polí-

tica social e Igualdad. En: *http://aen.es/docs/Competencia_Intercultural_accesible.pdf*

- Watzlawick, Paul; Beavin, Janet Helmick y Jackson, Don D. (1985): *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Herder, Barcelona.

la merced
migraciones

la merced
migraciones

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE MIGRACIONES

SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE INTEGRACIÓN
Y ATENCIÓN HUMANITARIA

UNIÓN EUROPEA

FONDO DE ASILO,
MIGRACIÓN E INTEGRACIÓN

Por una Europa plural