

Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud

Immigrants Women Care in a Health Intercultural Mediation Program

Manuela Alcaraz Quevedo (1,2), Joan J. Paredes-Carbonell (1,2,3), Carla Sancho Mestre (4), Pilar López-Sánchez (1) (3), J. Luis García Moreno (1) y David Vivas Consuelo (4)

(1) Centre de Salut Pública de València. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. València.

(2) Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana - FISABIO. València.

(3) Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València. València.

(4) Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud. Universidad Politécnica de Valencia. València.

RESUMEN

Fundamentos: la mediación intercultural es una estrategia para una atención sanitaria de calidad orientada a la disminución de desigualdades en población inmigrante. El objetivo fue analizar los principales motivos de consulta con el servicio de mediación, el perfil de las mujeres atendidas y las características de la intervención realizada.

Métodos: Estudio transversal de 339 episodios de atención de dos mediadoras interculturales (MI) desde febrero de 2008 a octubre de 2011 en Valencia. Se analizaron las variables de los registros individuales de las consultas de mediación: motivos de derivación a MI y profesionales que remitieron, motivos y problemas detectados por MI, tipo de intervención, tipo de derivación de MI y variables socioeconómicas. Para evaluar las diferencias entre países de origen se utilizó el test χ^2 en las variables cualitativas y el test de Anova de un factor en las cuantitativas.

Resultados: 123 (36,3%) mujeres fueron remitidas a las MI por el Centro de Salud Sexual y Reproductiva y 98 (28,9%) por la matrona. 272 (80,24%) fueron remitidas para información y demanda de métodos anticonceptivos. Las MI realizaron educación para la salud y detectaron problemas sociales en 67 (19,7%) mujeres y en 38 (11,21%) violencia de género. 142 (27%) eran bolivianas.

Conclusiones: Las mujeres atendidas fueron inmigrantes latinoamericanas y fueron remitidas principalmente para anticoncepción. Las mujeres bolivianas presentan más factores de vulnerabilidad como irregularidad, trabajo precario y poco tiempo de residencia.

Palabras clave: Promoción de la salud. Inmigración. Competencia cultural. Mujeres maltratadas. Factores de riesgo. Atención Primaria.

ABSTRACT

Background: Intercultural Mediation is a strategy for quality health care aimed at reducing inequalities in immigrant population. The aim is to analyse main reasons consultation with the mediation service, women care profile and characteristics of intervention.

Methods: Cross-sectional study of 339 episodes of care by two intercultural mediators (MI) from February 2008 to October 2011 in Valencia. Variables were analysed individual records of the consultations of the MI: reasons for referral to MI and professionals who refer, motives and problems identified by MI, kind of intervention, kind of derivation of MI and socio-economic variables. To evaluate the differences between countries, X2 test was used for qualitative variables and one-way ANOVA test for quantitative variables.

Results: 123 women (36,3%), were referred to the MI by the Sexual and Reproductive Health Centre and 98 (28,9%) by the midwife. 272 women (80,24%) were referred for information and demand for contraception. The MI conducted health education and detected social problems in 67 women (19,7%) and gender violence in 38 (11,21%).

Conclusions: The women attending were Latin American immigrants (those of Bolivia showed more vulnerability) and were referred for contraception. The MI provided information, education and facilitated access to reproductive health services. Bolivian women showed more vulnerability factors: irregular situation, precarious work and low residence time.

Key words: Health Promotion. Immigration. Cultural competency. Battered women. Risk Factors. Primary care.

Introducción

La inmigración es, sin lugar a dudas, uno de los indicadores de vulnerabilidad social en salud¹. Esta vulnerabilidad se concibe como resultado de las desiguales condiciones de vida y de las diferencias en la exposición, en la disponibilidad de capacidades para el manejo de riesgos, movilización de recursos y redes sociales y en la disponibilidad y acceso a servicios de salud².

Las personas inmigrantes en situación de vulnerabilidad no son vulnerables per se sino por las condiciones en las que viven. La comprensión integral de tales desigualdades puede abordarse desde el marco de los determinantes sociales de la salud, de las condiciones en las que estas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, el contexto de su vida cotidiana, sus acciones y las consecuencias que tienen². En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud

estableció la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de reducir las inequidades en salud y, entre otras medidas, recomendó mejorar las condiciones de vida, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones³. Siguiendo estas indicaciones y las de la Comisión para la Reducción de las Desigualdades en Salud de España⁴, las instituciones están obligadas a proponer cambios que faciliten los procesos de atención a las personas inmigrantes, disminuyan las cargas que acarrea el desconocimiento de los circuitos de atención sanitaria y proporcionen una educación para la salud adecuada a la diversidad cultural⁵.

Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud (MIHsalud) es un programa de promoción de la salud y movilización social dirigido a poblaciones en situación de vulnerabilidad con perspectiva de género. Tras un análisis de necesidades, el programa, define tres líneas de actuación: mediación intercultural en salud, capacitación de profesionales en competencia intercultural y dinamización comunitaria⁶. Entre sus objetivos están la mejora de la salud sexual y reproductiva y la prevención de la violencia de género mediante el empoderamiento de la población^{7,8}, especialmente la de origen latinoamericano en la ciudad de Valencia.

La mediación intercultural se entiende como "una modalidad de intervención de terceras partes en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados"⁹.

Si bien se parte de la definición anterior, que es la más extendida y aceptada en el campo académico, la práctica profesional de la mediación intercultural en el programa MIHSalud adquiere las características propias del entorno sanitario y la promoción de la salud. Las mediadoras interculturales (MI) tienen una doble faceta en el programa: proporcionar atención individual a personas con especial vulnerabilidad y realizar actividades de dinamización comunitaria⁶. Este enfoque se conoce como mediación intercultural preventiva¹⁰ y tiene tres objetivos:

- Diseñar y utilizar estrategias adecuadas para establecer un puente entre la cultura de las personas atendidas y las/los profesionales del sistema sanitario.
- Mejorar la calidad de la atención sanitaria ofrecida a las/los pacientes de minorías étnicas.
- Promover, desde una perspectiva integral de género¹¹, prácticas saludables en torno a la salud sexual y reproductiva y la prevención de la violencia de género.

En otros países existen experiencias de mediación intercultural en el ámbito sanitario¹² y aunque son escasas en nuestro contexto⁵, la mediación es una estrategia que contemplan la mayoría de los planes estatales o autonómicos de atención a la población inmigrante¹³. Los estudios realizados indican que la mediación mejora la calidad de la atención sanitaria de personas de minorías étnicas¹² y favorece la cooperación de las/los usuarios/as y la utilización de los recursos sanitarios⁵.

Las principales barreras en la incorporación de la mediación a los servicios de salud son la falta de reconocimiento profesional y la cualificación de las MI¹².

Valencia es la tercera ciudad española con mayor porcentaje de población extranjera (13,6%) después de Barcelona (17,4%) y Madrid (15,4%). En Valencia del total de personas extranjeras, 43.620 (42,22%) son de origen latinoamericano y 18.426 (55,4%) son mujeres. Los países de origen más frecuente son: Bolivia: 11.319 (25,95%); Ecuador: 10.220 (23,43%) y Colombia: 7.743 (17,75%)¹⁴. El programa MIHsalud se diseñó para dar respuesta a esta realidad de diversidad cultural orientándose especialmente hacia las mujeres inmigrantes latinoamericanas.

El objetivo del presente artículo es describir los principales motivos de consulta con el servicio de mediación de MIHsalud, el perfil de las mujeres atendidas y las características de la intervención realizada.

Material y método

Diseño del estudio y fuente de información: estudio transversal a partir de los registros generados en cada consulta. Se estudiaron todos los episodios de atención a mujeres inmigrantes por las MI en la ciudad de Valencia registrados desde febrero de 2008 a octubre de 2011. En total 339 episodios. Para el estudio de las variables relacionadas con los determinantes sociales, se seleccionó a las 284 mujeres de los países más frecuentes: Bolivia, Ecuador y Colombia.

Los datos procedieron de una base de datos creada *ad hoc* en el programa Access para registrar la información relevante surgida a lo largo de las consultas de atención individual de las MI. Las consultas estaban ubicadas en dos centros de atención primaria (CAP) de la ciudad de Valencia, donde, previa cita, dos MI atendían a las mujeres inmigrantes, garantizando una adecuada acogida y confidencialidad. La consulta duraba entre 30 y 60 minutos.

Las MI eran dos mujeres, una colombiana y otra marroquí, de 27 y 29 años. Ambas tenían formación en mediación intercultural y fueron formadas en temas de salud sexual y reproductiva, utilización del sistema sanitario y prevención de la violencia de género.

Las mujeres fueron remitidas a las MI desde los CAP y Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) con los que el equipo del programa consensuó los criterios de remisión. Tras la consulta, las MI derivaban de forma urgente o programada a servicios sociosanitarios. Urgente en los casos fundamentalmente de violencia de género o demanda de interrupción del embarazo (IVE), para los que se gestionaba una cita para el mismo día o el día siguiente. Programada cuando se gestionaban telefónicamente y se le proporcionaba a la mujer una cita para consulta al CSSR, matrona, trabajo social, enfermería, medicina de familia, pediatría o centro de atención 24 horas (centro de atención permanente a mujeres víctimas de violencia de género).

Variables. Se recogieron las siguientes variables:

Motivos de derivación a las MI: información y demanda de métodos anticonceptivos (MAC), problemas sociales, problemas de pareja, violencia de género, demanda de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE) (incluye necesidades de atención pre y post IVE), captación precoz para el seguimiento de embarazo en CAP y otros.

Profesional que remite a las MI: profesionales de CSSR, matrona, medicina de familia, enfermería, trabajo social y otros.

Motivos y problemas detectados por las MI: información y demanda de MAC, problemas sociales, problemas de pareja, violencia de género, demanda de IVE (incluye necesidades de atención pre y post IVE), captación precoz para el seguimiento de embarazo en CAP y otros.

Tipo de intervención de las MI: información sobre acceso y funcionamiento del CSSR y sobre MAC, promoción del uso del preservativo y reflexión sobre proyecto reproductivo, proyecto migratorio o rol de género.

Tipo de derivación de las MI a servicios socio sanitarios: urgente o programada.

Servicio al que derivan las MI: profesionales del CSSR, matrona, medicina de familia, trabajo social, enfermería y otros.

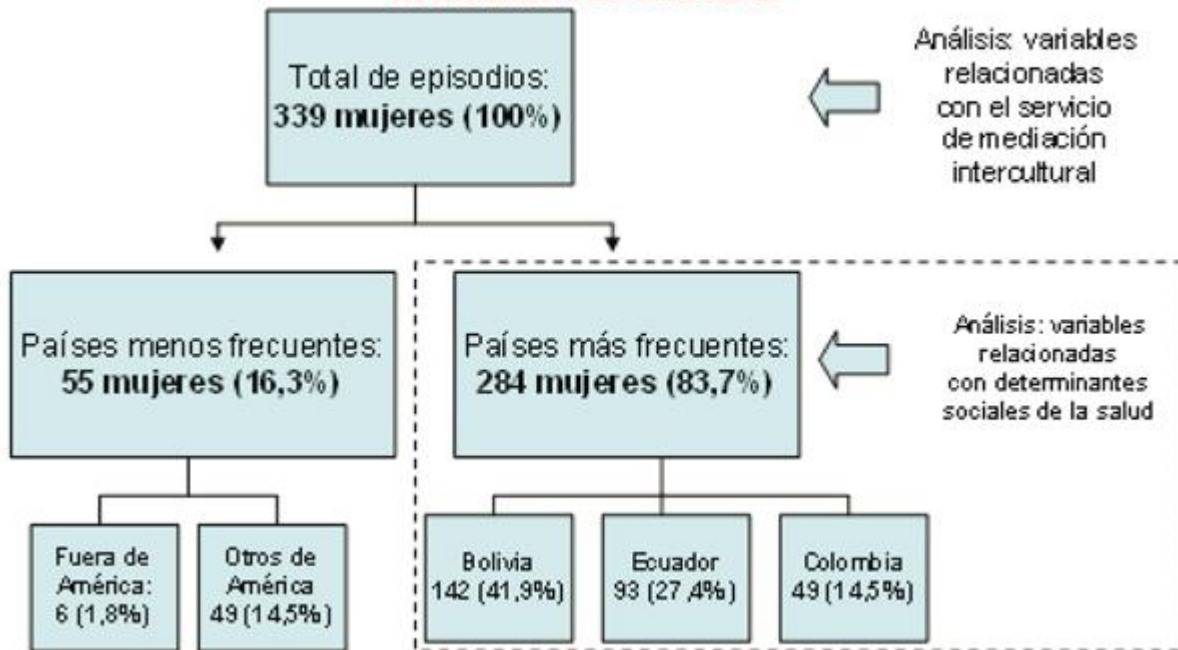
Sociodemográficas. Edad, país de origen, situación administrativa, posesión de tarjeta sanitaria, situación laboral, nivel de instrucción y tiempo de residencia en España, tipo de convivencia (pareja, hijos, compañeros/as de piso), número de personas en el hogar y convivencia con los/as hijos/as.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de las variables para los registros de las 339 mujeres atendidas. En las variables relacionadas con los determinantes sociales se analizaron las posibles diferencias entre los países de origen más frecuentes (Bolivia, Ecuador y Colombia) utilizándose el test Anova de un factor para variables cuantitativas y el test χ^2 para cualitativas mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados

El país de origen fue Bolivia en 142 (41,9%) mujeres, Ecuador en 93 (27,4%), Colombia en 49 (14,5%), 49 (14,5%) procedían del resto de países de América Central y del Sur y 6 (1,8%) de otros países ([figura 1](#)).

Figura 1
Diagrama de flujo del estudio sobre mujeres atendidas en el servicio de mediación intercultural



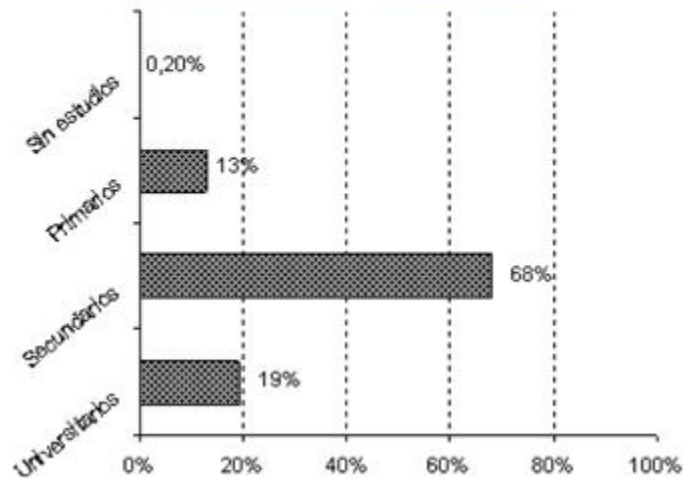
No se encontraron diferencias significativas por países en las variables del proceso de atención de las MI (motivos y profesionales que remiten, tipo de intervención, derivación, etc.). Así pues, para disponer de un mayor tamaño de muestra y dar mayor solidez a los resultados, se analizaron para estas variables el total de los 339 episodios.

De las 339 mujeres 234 (69%) tenían entre 21 y 35 años y 31 (9%) eran menores de edad. La media de edad fue de 29 años (DE=8,34) y esta variable no mostró diferencias significativas por países ($p>0,05$) ([tabla 1](#)). 231 (68%) mujeres tenían nivel de estudios de secundaria y 64 (19%) estudios universitarios ([figura 2](#)) no observándose diferencias estadísticamente significativas entre países ($p>0,05$) ([tabla 1](#)).

Tabla 1
Características sociodemográficas de las mujeres atendidas por el servicio de mediación

		Bolivia		Ecuador		Colombia		p
		n	%	n	%	n	%	
Edad media		28 (DE=9,49)		30 (DE=5,97)		28 (DE=6,51)		
Situación administrativa	Irregular	95	66,90	12	12,90	7	14,29	<0,05
	Regular	42	29,58	80	86,02	33	67,35	
	No consta	5	3,52	1	1,08	9	18,37	
Nivel de estudios	Primaria	15	10,56	12	12,90	0	0,00	>0,05
	Secundaria	70	49,30	53	56,99	26	53,06	
	Universitaria	22	15,49	8	8,60	10	20,41	
	No consta	35	24,65	20	21,51	13	26,53	
Situación laboral	Ama de casa	3	2,11	6	6,45	2	4,08	<0,05
	Autónoma	0	0,00	0	0,00	1	2,04	
	Desempleada con prestación	5	3,52	7	7,53	3	6,12	
	Desempleada sin prestación	37	26,06	31	33,33	15	30,61	
	Empleada con SS	18	12,68	31	33,33	10	20,41	
	Empleada sin SS	70	49,30	14	15,05	2	4,08	
	Estudiante	3	2,11	3	3,23	7	14,29	
	No consta	6	4,23	1	1,08	9	18,37	
Tiempo de residencia	Hasta 3 años	75	52,82	13	13,98	22	44,90	<0,05
	De 4 a 5 años	47	33,10	13	13,98	11	22,45	
	De 6 a 7 años	12	8,45	18	19,35	0	0,00	
	Más de 7 años	8	5,63	49	52,69	16	32,65	
Convivencia con hijos	Sí	58	55,77	20	83,33	51	70,83	<0,05
	No	46	44,23	4	8,16	21	29,17	
Total		142	100,00	93	100,00	49	100,00	

Figura 2
**Nivel de estudios de las mujeres atendidas
por el servicio de mediación**



Según los registros, 275 (81%) mujeres vivían de alquiler y 166 (48%) compartían piso, 273 (70%) convivían con 4 personas o más; 226 (66,7%) tenían pareja y 183 (54%) convivían con ella. 104 (30,7%) mujeres no tenían hijos/as y 103 (30,6%) tenían un hijo/a, no observándose diferencias estadísticamente significativas por países ($p>0,05$) en estas variables, excepto que las mujeres de Ecuador eran las que con más frecuencia convivían con sus hijos/as y las de Bolivia las que con menor frecuencia ($p<0,05$) ([tabla 1](#)).

Las mujeres bolivianas fueron las que más se encontraban en situación irregular y ([tabla 1](#)). 95 (66,90%) mujeres bolivianas estaban en situación de irregularidad frente a 12 (12,90%) de Ecuador y 7 (14,29%) de Colombia.

En cuanto a la situación laboral, en los tres países 83 (30%) mujeres presentaban situación de desempleada sin subsidio. Por otro lado, 70 (49,30%) de las mujeres bolivianas eran "empleadas sin alta en la seguridad social trabajando en labores domésticas" frente a 14 (15,05%) de las que procedían de Ecuador y 2 (4,08%) de las de Colombia ($p<0,05$) ([tabla 1](#)).

75 (52,8%) mujeres naturales de Bolivia llevaban menos de 3 años residiendo en España, siendo las de más reciente llegada. 67 (72,1%) mujeres de Ecuador llevaban más de 5 años, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) ([tabla 1](#)).

Tal como expresa la [tabla 2](#), 123 mujeres (36,30%) se remitieron al servicio de mediación por profesionales del CSSR y 98 (28,90%) por la matrona. Los/as profesionales remitieron 272 (80,24%) mujeres para información y demanda de métodos anticonceptivos y el principal motivo de consulta que identificaron las mediadoras fue la demanda de información sobre anticonceptivos, no observándose diferencias estadísticamente significativas por países ($p>0,05$).

Tabla 2

Profesionales que remiten, motivos de derivación, problemas detectados por las mediadoras, tipos de intervención y derivaciones del servicio de mediación

		n	%
Remisión por	Profesionales del CSSR	123	36,30
	Matrona AP	98	28,90
	Medicina de familia	50	14,80
	Enfermería	20	5,90
	Trabajador/a Social	3	0,88
	Otros	45	13,28
Motivos de derivación a las mediadoras	Información y demanda de anticonceptivos	272	80,24
	Problemas sociales	26	7,67
	Problemas de pareja	20	6,00
	Violencia de género	18	5,31
	Demanda de IVE	17	5,01
	Captación de mujeres embarazadas	6	1,77
	Otros	12	3,53
Motivos y problemas detectados por las mediadoras	Información y demanda de anticonceptivos	243	71,70
	Problemas sociales	67	19,70
	Violencia de género	38	11,20
	Demanda de IVE	20	5,90
	Problemas de pareja	18	5,30
	Captación de mujeres embarazadas	6	1,77
	Otros	20	5,90
Tipos de intervención de las mediadoras	Informa acceso a CSSR	297	87,60
	Promoción uso preservativo	291	85,80
	Proyecto reproductivo	264	77,90
	Rol de género	236	69,60
	Proyecto migratorio	236	69,60
Tipos de derivación por las mediadoras	Urgentes	60	17,70
	Programadas	279	82,30
Derivada por las mediadoras a	Profesionales del CSSR	299	88,20
	Trabajador/a Social	19	5,60
	Matrona AP	17	5,01
	Medicina de familia	7	2,06
	Enfermería	6	1,77
	Otros	96	28,32

Por otro lado, los profesionales derivaron a 26 (7,67%) mujeres por problemas sociales y las mediadoras los identificaron durante su consulta en 67 (19,7%). Las/os profesionales de la salud remitieron a 18 (5,3%) por violencia de género y las mediadoras identificaron este problema en 38 (11,2%) mujeres ([tabla 2](#)).

Las mediadoras derivaron a 299 (88,20%) al CSSR, 19 (5,60%) a la trabajadora social y 17 (5,01%) a la matrona. 96 mujeres (28,32%) fueron derivadas a otros servicios, como el Centro Mujer 24 horas, asociaciones de población inmigrante, de mujeres o a las actividades propias del programa MIHsalud.

Discusión

Desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud contrasta el hecho de que las mujeres atendidas, a pesar que tenían un nivel formativo elevado, lo que se considera como un activo para la salud¹⁵, presentaban una situación precaria en términos laborales (eran empleadas sin seguridad social o desempleadas sin prestación).

En nuestro estudio se observó que más de dos tercios de las mujeres residían en una vivienda con cuatro personas o más, lo que puede deberse a dos motivos: pertenencia a familias extensas o a compartir piso con compañeros/as. El trabajo y la vivienda son unos de los principales determinantes de salud en la población inmigrante, como también han identificado otros autores¹⁶.

Según los registros de las atenciones, se destaca que la mayoría de las mujeres tenía algún hijo/a y las mujeres bolivianas con mayor frecuencia no convivían con ellos/as. Esto puede deberse a que están en sus países de origen bien con la pareja o con las abuelas, por lo que las mujeres tienen mayores facilidades para trabajar en España, pero también se encuentran expuestas al proceso de duelo por la separación¹⁷.

El perfil de las mujeres atendidas fue de un nivel educativo medio-alto y un trabajo por debajo de sus posibilidades, lo que condicionaría una movilidad social descendente¹⁸, que compartían la vivienda y presentaban con frecuencia multitud de problemas: separación del país, familia, amigos e hijos en origen.

Todos los factores descritos: tiempo de residencia, condiciones de trabajo, vivienda e hijos, son factores de vulnerabilidad¹⁹ para estas mujeres que no siempre se tienen en cuenta en las consultas sanitarias y, gracias a la intervención de las MI, se visibilizaron y se incorporaron como parte de la atención a su salud.

Las mujeres bolivianas fueron las de más reciente llegada en el periodo del estudio y las que presentaron lógicamente un mayor desconocimiento del sistema sanitario y fueron las que más utilizaron el servicio de MI. Eran las que presentaron mayor vulnerabilidad social, más

frecuentemente estaban en situación irregular y sin alta en seguridad social, lo que justificaría intervenciones intersectoriales en este colectivo.

La atención "consulta entre la MI y la paciente" ha sido descrita por otros autores^{5,12} y se orienta a mejorar la comunicación y la cooperación de la usuaria para, entre otros objetivos, mejorar el cumplimiento del tratamiento. En nuestro programa por ejemplo, la implantación de una anticoncepción adecuada. En relación a la población latinoamericana, mayoritaria en nuestro contexto¹⁴, a pesar de la proximidad lingüística, existen otras diferencias culturales que pueden influir en la comunicación. También, al igual que en otros estudios⁵, las MI tienen un papel clave en la derivación de mujeres embarazadas a la matrona de AP para el seguimiento del embarazo normal, evitando los sobrecosques de las posibles atenciones urgentes.

Las MI identificaron problemas sociales con mas frecuencia que en otros estudios⁵, confirmando el papel clave de estos/as profesionales en la detección de este tipo de problemas.

La interacción de violencia de género e inmigración es una línea de investigación emergente²⁰. Se ha identificado a las mujeres andinas (procedentes de Ecuador, Bolivia y Colombia) como especial población de riesgo²¹. En este sentido se puede afirmar que la intervención de las MI en nuestro programa con mujeres de estos países es efectiva, ya que ha detectado más del doble de casos de violencia de género de los que habían sido remitidos por este motivo. Esto permitió su derivación a servicios especializados, como el sexólogo del CSSR o mujer 24 horas, servicio especializado en atención a cualquier hora de casos de violencia de género.

Como han descrito otros autores²², la inmigración replantea algunos de los valores fundamentales de las sociedades de origen. En el caso de las fuertemente patriarcales, donde el acceso al trabajo, a esferas de decisión y libertad, corresponden casi exclusivamente a los hombres, la inmigración pone en crisis la estructura de la familia tradicional basada en la autoridad masculina y en una segregación clara de los roles de género. De ahí que se hable de los periodos de transición (personales o colectivos) como los más peligrosos desde el punto de vista del riesgo²³ correspondiendo al perfil de las mujeres de este estudio. Los resultados obtenidos plantean la conveniencia de realizar el cribado universal a las mujeres inmigrantes²⁴.

La mediación intercultural es una figura de reciente aparición y escasa implantación en nuestro país. Los resultados obtenidos en este trabajo permiten concluir que puede tener un importante papel preventivo y de promoción de la salud, especialmente en salud sexual y reproductiva, en la prevención de la violencia de género y en la detección de problemas sociales.

Hay acuerdo en que la incorporación de la mediación es una muestra de sensibilidad cultural por parte del sistema sanitario del país de acogida para prestar una atención de calidad^{5,12,13,25,26}. Por otro lado, la formación, funciones y tareas de la mediación intercultural no están estandarizadas, aunque las mediadoras en nuestro programa tenían formación y acreditación como mediadoras interculturales y recibieron formación específica en promoción de la salud y atención sanitaria. Los aspectos de contratación de la MI, figura que no existe en el catálogo de puestos de trabajo, se

solucionaron con la colaboración de una ONG. Sería conveniente la profesionalización y valoración social de la mediación intercultural dentro del sistema sanitario^{5,12,25,26}.

Las principales limitaciones del estudio se refieren a que los datos proceden de registros realizados por las MI en el contexto de las consultas de este servicio y no responden al cálculo de una muestra. Así pues, los resultados obtenidos no pueden generalizarse a la población inmigrante. También hay que considerar las limitaciones referidas al desconocimiento de la valoración de los profesionales y de las propias usuarias sobre la utilidad del servicio de mediación. Por otro lado, el trabajo presenta limitaciones características de un estudio descriptivo como no disponer de un grupo control que permita medir la efectividad de las intervenciones²⁷.

La difusión de experiencias y resultados sobre la práctica y sistematización de la mediación intercultural en salud contribuye a concretar cómo prestar una atención efectiva, eficiente y equitativa a los sujetos de diferentes grupos culturales. La realización de este estudio pretende contribuir a ello.

Agradecimientos

A Inés Richarte Vidal por sus aportaciones al concepto y fundamentación de la mediación intercultural en salud. A Elba M^a Bermúdez, Lina M^a Ramírez y Meriem El Bokhari por su valentía en trasladarla a la práctica. Y a la ONG ACOEC que la ha hecho posible.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Instituto Nacional de Salud Pública de México. México DF: insp.mx; 2013 (actualizada el 9 de septiembre de 2013; citado 14 de noviembre de 2013). Disponible en: <http://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables.html>.
3. Organización Mundial de la Salud. 124 reunión. 4.6. Comisión sobre determinantes sociales de la salud; 2008. (consultado el 6 de octubre de 2013) Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf.
4. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

5. Iniesta C, Sancho A, Castells X, Varela J. Hospital orientado a la multiculturalidad. Experiencia de mediación intercultural en el Hospital del Mar de Barcelona. Med Clin (Barc). 2008; 130: 472-5.
6. Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, López P, Ramírez LM, El Bokhari M. MIHSALUD: una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. Comunidad. 2012; 14: 29-32.
7. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. (citado el 16 de marzo de 2013) Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/glosario.pdf>.
8. López-Sánchez P, Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz M, Ramírez LM, El Bokhari M. Rediseñando la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria. Index Enferm (revista en Internet) 2013 (citado 18 de noviembre de 2013); 22(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n3/9100.php>.
9. Giménez C. La naturaleza de la mediación intercultural. Migraciones. 1997; 2: 125-59.
10. Cohen-Emerique M. La mediación intercultural, los mediadores y su formación. En: Remotti F. Corpi Individuali e Contesti Interculturali. Turín: L'Harmattan Italia Connessioni; 2003. p. 58-87.
11. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en Programas de Salud. Madrid: Observatorio de Salud de la mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
12. Verrept H. Mediación intercultural en la atención sanitaria belga. Quaderns CAPS. 2004; 32: 31-3.
13. Terraza R, Vargas I, Rodríguez D, Lizana T, Vazquez ML. Políticas sanitarias en el ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. Gac Sanit. 2010; 24: 115.e1-115.e7.
14. Oficina Estadística del Ayuntamiento de Valencia. Recull estadístic de la ciutat de València 2012. Valencia: Ayuntamiento de Valencia; 2012.
15. Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action. New York: Springer; 2010.
16. Fuerte C, Martín MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sani. Navar. 2006; 29 Supl 1: 9-25.
17. Bermúdez EM. Historias de unión y de amor en parejas mixtas que residen en la Comunidad Valenciana: relatos desde la masculinidad y la feminidad. Cuadernos de Investigación 2007; 3 (citado 6 de mayo de 2013) Disponible en: http://www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/cuaderno_3_historias_parejas_mixtas.pdf.

18. Uribe C. Ascensos y descensos en la reproducción social. Universitas Humanística 2005; 59: 36-51 (citado el 18 de noviembre de 2013) Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/universitas/documentos/3lamovilidadsocial.pdf.
19. Foro para la integración social de los inmigrantes. Aumento de las situaciones de vulnerabilidad de la población inmigrante como consecuencia de la actual situación de crisis. En: Informe anual sobre la situación de la integración social de los inmigrantes y refugiados en 2011. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2011.
20. Vives-Cases C, Gil-González D, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar MI, Ruiz-Pérez I, Escribá-Agüir V et al. Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. Gac Sanit. 2009; 23 Supl 1: 100-6.
21. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe Violencia de Género 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012 (citado 7 de julio de 2013) Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ivg2011Intro.htm>.
22. Ramírez E. Etnicidad, identidad y migraciones. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2007.
23. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención de la Comunidad de Madrid. Salud, violencia de género e inmigración en la Comunidad de Madrid Madrid: Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid; 2010.
24. Escribá V, Royo M, Mas R, Fullana A, Moreno MP. Protocolo de atención sanitaria a la violencia de género. 3ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat; 2009.
25. Casas M, Collazos F, Qureshi A (coord). Mediación intercultural en el ámbito de la salud, programa de formación. Barcelona: Fundación La Caixa; 2009 (citado 1 de octubre de 2013) Disponible en: http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf.
26. De Muynck A. Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes? Quaderns. CAPS 2004; 32: 40-6.
27. Nebot M, Lopez MJ, Ariza C, Villalbí JR, Garcia-Altés A. Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. Gac Sanit. 2011; 25 Supl 1: 3-8.

Fuente

ALCARAZ QUEVEDO, Manuela et al. Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2014, vol.88, n.2 [citado 2014-09-01], pp. 301-310. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000200012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000200012>.