

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA**



**Título del Trabajo de Fin de Grado:** ¿Podemos mejorar la calidad asistencial en la atención sanitaria a nuestros pacientes inmigrantes?: una perspectiva desde los profesionales de la salud

**AUTOR:** García Marco, Alba

**TUTOR:** Castejón Bolea, Ramón

**Departamento y Área:** Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Historia de la Ciencia

**Curso académico:** 2021/2022

**Convocatoria:** Febrero

## RESUMEN

**Introducción:** Las barreras lingüísticas y culturales dificultan la comunicación en el proceso asistencial de la población inmigrante. Con el fin de disminuirlas, Medicus Mundi-Alicante llevó a cabo una intervención con Mediadores Interculturales (MI) en salud con población magrebí y subsahariana en diversos centros sanitarios de Alicante. Nuestra hipótesis sostiene que el personal de los centros donde se ha realizado la mediación percibe ésta como un instrumento eficaz para la mejora de la calidad asistencial en la atención sanitaria a esta población. **Objetivo:** Conocer la percepción del personal sanitario de los centros en los que se ofrecía el servicio respecto al impacto de la mediación intercultural en la calidad asistencial en la atención sanitaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal cuantitativo y cualitativo mediante cuestionario autocumplimentado enviado a los profesionales de los centros en los que se ofrecía el servicio. Se recogen motivos de utilización o no utilización; concordancia con afirmaciones sobre el impacto de la mediación, mediante escala Likert; y preguntas abiertas sobre los cambios percibidos tras el uso. Se realizó un análisis cuantitativo descriptivo sobre el uso de la mediación y la concordancia con afirmaciones y un análisis de los datos cualitativos en el que se categorizaron y agruparon las variables por área temática, mediante el programa informático Excel de Microsoft office en ambos casos.

**Resultados:** Se obtuvieron 44 cuestionarios cumplimentados. Más de la mitad de los encuestados se mostraron “muy de acuerdo” con que la mediación mejora la comunicación (4,68 en la escala Likert) y el abordaje de los problemas de salud (4,52 en la escala Likert), facilita el diagnóstico y disminuye los errores en la interpretación del tratamiento. Los cambios identificados fueron: disminución del tiempo empleado para la atención, aumento de confianza y de la calidad de la relación inmigrante-sistema y mayor integración en el sistema de la población inmigrante. En contra, se manifestó la escasez de recursos por el horario limitado de los MI y la discontinuidad del servicio. El principal motivo de no uso de la mediación (90%) fue por la presencia de familiares acompañantes en la consulta que realizaban la traducción.

**Conclusiones:** La mediación intercultural sanitaria mejora la calidad asistencial de la atención sanitaria al colectivo migrante, principalmente a través de la mejora de la comunicación. También mediante la mejora del abordaje de los problemas de salud y el diagnóstico, la reducción de errores en la interpretación del tratamiento, la reducción de la distancia cultural profesional-paciente, el aumento de la confianza hacia el profesional y el sistema, así como la mejora del conocimiento de su enfermedad y del proceso salud-enfermedad por parte del colectivo inmigrante.

**Palabras clave:** Calidad asistencial, Inmigración, Barreras de comunicación, Mediador intercultural, Intérprete.

## ABSTRACT

**Introduction:** Linguistic and cultural barriers make communication difficult in the care process of the immigrant population. In order to reduce them, Medicus Mundi-Alicante carried out an intervention with Intercultural Mediators (IM) in health with the Maghreb and sub-Saharan population in several health centers in Alicante. Our hypothesis maintains that the healthcare professionals of the centers where the mediation has been carried out perceives it as an effective instrument for improving the quality of care in health care for this population. **Objective:** To know the perception of the healthcare professionals of the centers in which the service was offered regarding the impact of intercultural mediation on the quality of care in health care.

**Methods:** A qualitative and quantitative cross-sectional descriptive study using a self-completed questionnaire sent to professionals at the centers where the service was offered. Reasons for use or non-use of the service are collected; agreement with statements about the impact of mediation, using a Likert scale; and open questions about perceived changes after use. A descriptive quantitative analysis was carried out on the use of mediation and agreement with statements and an analysis of qualitative data in which the variables were categorized and grouped by subject area, using the Microsoft office Excel computer program in both cases.

**Results:** 44 completed questionnaires were obtained. More than half of the respondents "strongly agreed" that mediation improves communication (4.68 on the Likert scale) and the approach to health problems (4.52 on the Likert scale), facilitates diagnosis and reduces errors in the interpretation of treatment. The changes identified were: a decrease in the time used for care, an increase in trust and the quality of the immigrant-system relationship and a greater integration of the immigrant population into the system. On the contrary, it was manifested the scarcity of resources due to the limited hours of the IM and the discontinuity of the service. The main reason for not using mediation (90%) was due to the presence of accompanying relatives in the consultation who translated.

**Conclusions:** Intercultural health mediation improves the quality of health care of the migrant community, mainly through the communication improvement. Also, through the improvement of the approach to health problems and diagnosis, the reduction of mistakes in the interpretation of the treatment and the professional-patient cultural distance, the increase of trust towards the professional and the system, as well as the improvement of the knowledge of their disease and the health-disease process by the immigrant community.

**Key words:** Quality of care, Immigration, Communication barriers, Intercultural mediator, Interpreter.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>Hipótesis</b> .....	<b>7</b>
<b>Objetivo principal</b> .....	<b>7</b>
Objetivos secundarios .....	8
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>8</b>
<b>Diseño del estudio y fuente de información</b> .....	<b>8</b>
<b>VARIABLES</b> .....	<b>9</b>
<b>Análisis</b> .....	<b>10</b>
<b>Evaluación ética</b> .....	<b>10</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>10</b>
<b>Uso del servicio de mediación</b> .....	<b>10</b>
<b>Concordancia con afirmaciones respecto al uso del servicio</b> .....	<b>11</b>
<b>Cambios identificados tras el uso del servicio/ debilidades y fortalezas</b> .....	<b>12</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>17</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>18</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>19</b>
<b>TABLAS Y FIGURAS</b> .....	<b>22</b>
<b>Figura 1: Motivos de no uso del servicio</b> .....	<b>22</b>
<b>Figura 2: Motivos de uso del servicio</b> .....	<b>22</b>
<b>Figura 3. Escala Likert. Concordancia con afirmaciones.</b> .....	<b>23</b>
<b>Tabla 1. Escala Likert. Concordancia con afirmaciones tras el uso del servicio</b>	<b>24</b>
<b>Tabla 2. Cambios identificados. Debilidades y fortalezas</b> .....	<b>25</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>27</b>
<b>Aprobación COIR</b> .....	<b>27</b>
<b>Cuestionario</b> .....	<b>27</b>

## INTRODUCCIÓN

La evidencia muestra que la población inmigrante recibe una asistencia sanitaria de menor calidad que la población autóctona [1] [2]. Siguiendo el modelo de Aday y Andersen [3], las barreras de acceso a los servicios sanitarios de este grupo se relacionan con el contexto al que pertenece el sistema sanitario y con los servicios que ofrece, así como con las creencias y actitudes del profesional sanitario y las del inmigrante. Entre ellas: barreras financieras y legales, lingüísticas y culturales, discriminación e incompetencia cultural por parte del personal sanitario, así como el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario por parte del inmigrante [4].

El mayor desafío que encuentran los inmigrantes en el acceso al sistema sanitario es la comunicación, que va más allá de la distancia lingüística, ya que engloba símbolos culturales. Le sigue la confianza hacia el profesional y el desconocimiento del funcionamiento del circuito sanitario [5]. Las barreras lingüísticas y culturales se han asociado, entre otras, a desconfianza, retraso y errores diagnósticos, menor adherencia al tratamiento y menos participación en promoción de salud y prevención de la enfermedad [5] [1].

Aunque no hay una definición concreta sobre qué es la calidad asistencial, la OMS reconoce 6 dimensiones básicas en las que se expresa: seguridad, eficacia, efectividad, accesibilidad, equidad y centrada en la persona [6] [7]. Y puede medirse a través de 3 categorías: estructura, proceso y resultado, esta última, en relación a los resultados que produce el acto asistencial. Componen la calidad de un acto médico los aspectos técnico-científicos (correcto diagnóstico y tratamiento), la relación interpersonal y el entorno (sistema de información para el uso del mismo, el confort y la intimidad). La importancia de la relación interpersonal radica en que es el vehículo a través del cual se transmite la asistencia científico-técnica y del que depende el éxito de la asistencia [7].

En 2005 la OMS creó la Comisión de los determinantes sociales de la Salud con el fin de disminuir las inequidades en salud [1]. En España, desde 1986, la Ley General de Sanidad afirma que la cobertura del sistema nacional de salud debe ser universal y no discriminatoria. Entre las intervenciones recomendadas por la OMS para aumentar la calidad asistencial y disminuir las barreras de acceso en el colectivo inmigrante se encuentra la incorporación de mediadores interculturales (MI), la mejora de la información sobre el circuito de funcionamiento del sistema sanitario así como el fomento de programas de prevención y promoción de la salud para este colectivo, y la adaptación de los profesionales sanitarios a sus necesidades específicas [8].

En España existen diversas experiencias con MI en salud en la atención sanitaria del colectivo migrante: Hospital del Mar y diversos centros de atención primaria en Barcelona, Hospital Sant Joan de Déu, Programa MIH Salud en Valencia, Hospital La Fe de Valencia, Programa de Mediación Sociosanitaria Intercultural del Hospital de Poniente en Andalucía, Servicio de mediación intercultural en el Hospital Ramón y Cajal, el Hospital Reina Sofía en Murcia y el programa PRIS en Guadalajara, entre otros [9] [10] [11].

La asociación Medicus Mundi Comunidad Valenciana-Alicante, llevó a cabo, entre 2010 y 2015, un programa de mediación intercultural en salud dirigido a población magrebí y subsahariana en los Centros de Salud “Parque lo Morant” (CSPM) y “Ciudad Jardín” (CSCJ) del Departamento de Salud-Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), bajo un convenio de colaboración entre la Asociación Medicus Mundi-Alicante y la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Estos centros de salud, situados en la zona norte de Alicante, concentran la mayor proporción de población inmigrante. Este programa se desarrolló también en el Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS), en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSyR), la consulta externa de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y la de Medicina Preventiva del HGUA y el Centro de especialidades de Babel [12]. Los MI eran

inmigrantes magrebíes y subsaharianos integrados en Alicante, con un buen conocimiento del sistema y en contacto con las asociaciones de inmigrantes, entre cuyas funciones estaba facilitar la comunicación entre personal sanitario y pacientes, informar a pacientes y familiares sobre los circuitos y el funcionamiento del sistema sanitario, acompañarlos dentro del mismo en caso necesario, y adaptar programas de promoción de la salud y prevención, así como adaptación cultural de material informativo sanitario. Medicus Mundi contribuyó directa, o indirectamente mediante la organización de jornadas con ponentes referentes, en la formación de los MI en diversas materias: determinantes sociales de la salud, el derecho a la asistencia sanitaria, enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas y salud sexual y reproductiva, entre otras.

Tanto en España, como en la mayoría de países europeos, la introducción de los MI en los centros sanitarios forma parte de las recomendaciones de las políticas públicas [8] [13]. Por otra parte, existe evidencia que demuestra que la adaptación lingüístico-cultural disminuye los costes [14] [15]. Sin embargo, existe poco conocimiento sobre el efecto de los MI en la calidad de la asistencia sanitaria en la literatura científica [1].

### **Hipótesis**

Nuestra hipótesis sostiene que el personal de los centros donde se ha realizado la mediación intercultural en salud percibe ésta como un instrumento eficaz para la mejora de la calidad asistencial en la atención sanitaria a esta población.

### **Objetivo principal**

- El objetivo principal de este estudio es conocer la percepción del personal sanitario de los centros en los que se ofrecía el servicio respecto al impacto de la mediación intercultural en la calidad asistencial en la atención sanitaria.

## **Objetivos secundarios**

- Conocer la utilización o no del servicio de mediación y sus motivos
- En caso utilizarlo, estudiar la satisfacción como indicador de calidad asistencial en la atención sanitaria
- Describir los cambios percibidos tras su uso.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño del estudio y fuente de información**

Se realizó un estudio descriptivo transversal cuantitativo y cualitativo de carácter fenomenológico. El área de estudio fue constituida por los centros en los que se llevó a cabo la intervención, es decir, Centros de Salud “Parque lo Morant” y “Ciudad Jardín”, situados en la zona norte de Alicante, donde se concentra la mayor proporción de población inmigrante, Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS), Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSyR), Consulta de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Preventiva del HGUA y Centro de especialidades de Babel.

A partir de resultados sobre el impacto de la mediación intercultural en la salud del colectivo inmigrante [1] y utilizando como punto de partida el cuestionario que utiliza el Instituto Nacional de Estadística en su Encuesta de Salud de población Gitana [16], otra minoría étnica, la investigadora desarrolló un cuestionario anónimo para ser autocumplimentado por el personal de los centros sanitarios. Posteriormente fue evaluado por un grupo de expertos del área de salud pública en estadística, desigualdades, determinantes de la salud y salud de la población inmigrante. Las nuevas aportaciones fueron analizadas y, finalmente, añadidas. Una vez finalizado, se realizó una prueba piloto de 10 cuestionarios con el fin de comprobar la idoneidad del mismo.



Los cuestionarios fueron distribuidos en sobres a través de los casilleros/buzones de los profesionales sanitarios y de las administrativas del centro, quienes también centralizaron la recogida de los cuestionarios cumplimentados. El tamaño final de la muestra se concretó por disminución de la obtención de nuevos cuestionarios cumplimentados, a pesar de la insistencia del personal administrativo del centro.

## **Variables**

Las variables del cuestionario (**Anexo 1**) son, primero, las características sociodemográficas. A continuación, variables sobre el uso del servicio de mediación: si conoce el servicio de mediación, si lo usa, con qué frecuencia y por qué motivos lo utiliza o no. Estas variables son presentadas con preguntas mixtas mediante diferentes ítems con posibilidad de elección múltiple, así como espacio libre para redactar motivos nuevos. El siguiente bloque engloba la concordancia con afirmaciones tras el uso del servicio, que recoge 10 variables sobre el retraso diagnóstico, la identificación de síntomas, el seguimiento de casos, los conflictos, el tiempo de consulta, la comunicación, la adherencia al tratamiento y el abordaje socio-sanitario. Estos ítems se valoran con una escala Likert, siendo 1= “muy en desacuerdo”, 2= “en desacuerdo”, 3= “indiferente”, 4= “de acuerdo” y 5= “muy de acuerdo”, añadiendo una opción de “no sabe” y otra de “no contesta”. El último bloque de variables aborda de manera cualitativa, mediante preguntas abiertas, los cambios en el uso de los centros sanitarios y en consultas a demanda por parte del colectivo inmigrante, en las actividades de promoción y prevención y en la atención a los problemas crónicos de salud. Del mismo modo, se pregunta por debilidades, fortalezas, propuestas de mejora, así como si el servicio ha mejorado la integración de la población magrebí y subsahariana.

## **Análisis**

Se realizó un análisis cuantitativo descriptivo sobre los datos socioprofesionales, el uso del servicio de mediación y la concordancia con afirmaciones respecto al mismo. Los resultados se estudiaron mediante el programa informático Excel de Microsoft office. Para el análisis de los datos cualitativos se usó también Excel de Microsoft office, donde se categorizaron y agruparon las variables por área temática de las ideas manifestadas.

## **Evaluación ética**

Se obtuvo la aprobación de la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández tras la evaluación ética favorable, con el siguiente Código de Investigación Responsable: TFG.GME.RCB.AGM.211102

## **RESULTADOS**

Se obtuvieron 44 cuestionarios cumplimentados. 14 personas no contestaron a la parte sobre concordancia con las afirmaciones y cambios tras el uso de la mediación intercultural, 12 de ellos por no haber hecho uso del mismo y/o no conocerlo y 2 que, simplemente, no contestaron. El 55,81% (n=24) fueron hombres y el 44,19% (n=19) mujeres, de 51,44 años de media (desviación estándar= 9,19) y 8,84 años trabajados de media (desviación estándar= 9,50), siendo el 51,16% (n=22) médico/a, el 34,88% profesional de enfermería; 2 matrones o matrones y trabajadores o trabajadoras sociales y 1 celador/a y 1 administrativo/a.

### **Uso del servicio de mediación**

El 95,45% (n=42) de los encuestados conocían el servicio. No obstante, el 23,81% (n=10) no hacía uso del mismo, pese a conocerlo. Entre los motivos para no utilizarlo, el 90% (n=9) afirmaba no hacerlo por la presencia de familiares acompañantes en la consulta que traducían

(Figura 1). Otros motivos de menor peso son el entendimiento del paciente del castellano (40%, n=4), el conocimiento del profesional de otros idiomas que le permiten hacerse entender (20%, n=2), la discontinua disponibilidad del servicio (20%, n=2), el mayor tiempo necesario para coordinar la mediación que la propia consulta y, en último lugar, el descontento tras el uso del servicio (10%, n=1, en ambos casos). El 76,19% (n=32) restante que sí usaba el servicio, lo hacía, principalmente, por su utilidad y satisfacción tras haberlo usado con anterioridad, por sentir la mediación necesaria y por la ausencia de traductores informales (84,38%, n=27; 78,13%, n=25; 68,75%, n=22; 62,50%, n=20; respectivamente) (Figura 2). En menor proporción, por el desconocimiento de otros idiomas (43,75%, n=14), por la disminución del tiempo de consulta menor con el servicio de mediación (28,13%, n=9) o por el desconocimiento de los pacientes de la lengua castellana (25%, n=8). El 65% lo usó al menos una vez al mes y un 43% lo usaba al menos 4 veces al mes.

### **Concordancia con afirmaciones respecto al uso del servicio**

Más de la mitad de los encuestados se mostraron “muy de acuerdo” con que la mediación mejora la comunicación (4,68 en la escala likert) (Figura 3 y Tabla 1) y el abordaje de los problemas de salud (4,52 en la escala likert). Aunque en menor porcentaje, también hubo mayor frecuencia de “muy de acuerdo” con que el servicio facilita el diagnóstico (4,48 en la escala likert), disminuye los errores en la interpretación del tratamiento prescrito (4,57 en la escala likert), disminuye la distancia cultural profesional-paciente (4,48 en la escala likert), así como los conflictos lingüísticos y culturales (4,42 en la escala likert). Casi el 60% se mostró “de acuerdo” acerca de que los MI habían disminuido el tiempo necesario para la identificación de síntomas (4,23 en la escala likert). Alrededor del 30% se manifestó “de acuerdo” ante la influencia de la mediación intercultural en la disminución de los abandonos de tratamiento (4,10 en la escala likert), en la mejora del seguimiento en los casos derivados al especialista

(3,93 en la escala likert) y en la reducción del tiempo de consulta (3,85 en la escala likert). No obstante, en relación a estos tres ítems, la tasa de “indiferente” y de “no sabe” fue mayor que para el resto de afirmaciones. Concretamente, un 19,23% se mostró “indiferente” ante la disminución de los abandonos de tratamiento y un 23,08% contestó “no sabe”; un 11,54% se mostró “indiferente” y un 34,62% “no sabe” en relación a que la mediación había mejorado el seguimiento en los casos derivados al especialista. Del mismo modo, un 19,23%, se posicionó “indiferente” en la reducción del tiempo de consulta gracias a la mediación y un 19,23%, “no sabe”. Además, una persona (3,85%; n=1) discrepó con estos dos últimos ítem, es decir, se manifestó “en desacuerdo” respecto a que la mediación disminuía el tiempo de consulta y mejoraba el seguimiento en casos derivados al especialista. Nadie más estuvo “en desacuerdo” ni “muy en desacuerdo” con ninguna otra afirmación.

### **Cambios identificados tras el uso del servicio/ debilidades y fortalezas**

Los cambios identificados (Tabla 2) con mayor frecuencia por los profesionales en el uso del sistema sanitario por parte de los inmigrantes tras la introducción de las mediaciones interculturales en la cartera de servicios fueron: la disminución del tiempo empleado para la atención, así como el aumento de confianza y de la calidad de la relación inmigrante-sistema. También detectaron que el servicio era demandado por el propio colectivo inmigrante, así como que aumentó su presencia en las actividades de prevención y promoción para la salud y se redujeron las consultas innecesarias.

Respecto a los cambios en las consultas a demanda, expresaron que la mediación intercultural había mejorado la comunicación y había aumentado la satisfacción de la población inmigrante demandante en relación con el aumento de la confianza, además permitía que las demandas fueran concretas y aumentaba la asistencia. En la atención de problemas de salud crónicos en consultas programadas, el cambio apreciado con mayor frecuencia fue la mejora de la

comunicación. A su vez, también expresaron la mejora en el conocimiento de su enfermedad y la adherencia al tratamiento. Los cambios detectados en las actividades de promoción de la salud y prevención tras la mediación fueron el aumento de la calidad y, sobre todo, la mejora del conocimiento del proceso salud-enfermedad, su prevención y sus tratamientos.

Por un lado, la mayor debilidad respecto a la atención del colectivo inmigrante fue en torno a limitación del servicio en relación a la escasez de recursos: horario limitado, pocos mediadores y mediadoras y discontinuidad del servicio. Por otro lado, entre las fortalezas destacó la mejora de la comunicación, seguida del aumento de la calidad de la atención, la integración de este colectivo migrante y la eficacia del servicio. Las propuestas de mejora fueron encaminadas a suplir las limitaciones comentadas, es decir, aumento de los recursos y la difusión del servicio. Además, se propuso que el servicio incluyera formación en atención a la diversidad para el resto del equipo de salud.

El personal encuestado manifestó percibir que la mediación había favorecido la integración del colectivo inmigrante en las consultas ya que habían facilitado la comunicación, tanto a nivel individual como colectiva. Por ello, los inmigrantes se sentían más seguros y confiados hacia el sistema y los y las profesionales.

## **DISCUSIÓN**

En nuestro estudio, la mediación intercultural en salud se percibe positivamente por parte de los profesionales y trabajadores de la salud como una herramienta para la mejora de la calidad asistencial de nuestros inmigrantes. Por tanto, la mediación intercultural en salud puede ser un instrumento integrador en un contexto de globalización en el que los movimientos migratorios y la multiculturalidad son características inherentes a nuestras sociedades y, particularmente, a la sociedad alicantina.

No obstante, como en todas las investigaciones, nuestro estudio no está exento de limitaciones. Por una parte, encontramos las propias del diseño del estudio: posible falta de sinceridad, respuestas poco concienzudas, diferencias a la hora de interpretar las preguntas por parte de los encuestados, así como la posibilidad de que se omitan preguntas. Con el fin de disminuir esas limitaciones, diseñamos un cuestionario anónimo, corto y sencillo. Las preguntas abiertas dificultan la interpretación de los sentimientos y emociones que los encuestados quieren transmitir, por lo que redujimos su número e introdujimos una escala likert. Además, el diseño *de novo* de un cuestionario puede implicar pérdida de validez interna. Es por ello, que este cuestionario fue creado a partir de la encuesta nacional de salud de población gitana, validado previamente por expertos en estadística y salud pública y se realizó una primera prueba piloto con 10 cuestionarios. Por otra parte, aunque en la literatura se utilice frecuentemente la satisfacción como indicador de calidad asistencial, la satisfacción no depende solo objetivamente de la calidad del servicio en sí mismo, sino de las expectativas que se tiene hacia el mismo subjetivamente. Asimismo, el hecho de haber obtenido únicamente 44 cuestionarios limita la generalización de los resultados obtenidos.

En líneas generales, el personal sanitario encuestado percibe la actividad de los mediadores interculturales en salud como positiva para la mejora de la calidad asistencial del colectivo inmigrante. Además, estos resultados concuerdan con la necesidad que ellos mismos expresan en otros estudios en los que manifiestan que los MI mejorarían la atención del colectivo migrante en el centro sanitario [17].

Según los resultados de nuestro estudio, el efecto más observado de la intervención de los mediadores interculturales es la mejora de la comunicación y, con ella, la disminución de la distancia médico-paciente, los conflictos lingüístico-culturales, el aumento de la empatía por parte del profesional, mejorando también la comprensión del problema de salud de los pacientes. Esta mejora de la comunicación, según la literatura, también es el cambio más

evidenciado [1] [10] [11] como consecuencia de los mismos y es el indicador que más se ha asociado a la mejora de la calidad asistencial y a la mejora de la relación médico-paciente migrante, gracias al intercambio de información más precisa y detallada [1] [18].

Según nuestros resultados, la mediación intercultural disminuye el retraso en la identificación de los síntomas, facilita el diagnóstico, disminuye los errores en la toma del tratamiento y disminuye el abandono del tratamiento, así como las consultas innecesarias. Sin embargo, en la literatura, no existe evidencia clara del impacto que tiene sobre la salud de los inmigrantes y sobre la adherencia al tratamiento [1] [19]. No obstante, como hemos observado en nuestro estudio, la mediación intercultural mejora la comunicación. Es importante señalar que los problemas en la comunicación se han asociado con excesivas pruebas diagnósticas asociadas a difícil interpretación de los síntomas, tratamientos innecesarios, aumento del número de consultas, pérdida de pacientes y dificultades para un correcto consejo por parte del personal sanitario [20] [21] [2].

La mediación intercultural, según los profesionales sanitarios encuestados en nuestro estudio, aumenta la confianza de la población inmigrante hacia nuestro sistema sanitario y hacia los profesionales y se sienten más seguros en el mismo, manifestando haber favorecido, gracias a todos estos cambios, una mayor integración del colectivo en nuestra sociedad [1].

No obstante, pese a la satisfacción generalizada, según uno de nuestros encuestados, la mediación intercultural también puede resultar insatisfactoria. En la literatura científica este hecho se ha asociado a la posibilidad de inhibir al paciente en caso de que el mediador adopte un papel dominante [22], sea poco transparente y tome decisiones en nombre del paciente o enfatice la distancia cultural [23], pudiendo desempoderar a los pacientes y reforzando estereotipos culturales en la relación. Cabe la posibilidad de que el efecto de la mediación cultural esté ensombrecido por la falta de profesionalización de los mediadores, en cuanto a

que no existe una formación reglada para ejercer tal función. Por eso, es necesaria una formación cualificada que esté constituida por temas médico-sanitarios, antropológicos, así como de interpretación y traducción [1] [18].

Esta falta de profesionalización también se ha asociado en la literatura al hecho de que los profesionales acepten a los familiares como mediadores informales. Coincide con el principal motivo, estando muy distante del resto de motivos, por el que el 90,00% de nuestros encuestados no hacen uso del servicio de mediación [24]. Otro motivo encontrado es la creencia de los profesionales de que los usuarios prefieren a sus familiares [20] [25]. Sin embargo, la evidencia dice que con mediadores formales los pacientes se encontraron más cómodos y menos inhibidos [1], fueron más precisos en la transmisión del mensaje que los propios familiares [26] y, de manera general, la mediación formal obtuvo mejores resultados [27].

Algunas investigaciones afirman que la consulta con mediadores interculturales requiere más tiempo del que emplean habitualmente [28]. Sin embargo, en nuestro estudio el 53,84% afirma que tal intervención lo disminuye y es el motivo por el que el 28,13% hace uso del servicio. Esta discrepancia puede ser consecuencia de comparar la misma consulta con o sin mediadores, como ocurre en nuestro estudio, mientras que en la literatura se compara con una consulta tipo con pacientes autóctonos.

La principal queja de nuestros encuestados es la escasez de mediadores, así como su limitación horaria, que se relaciona con la dificultad para la gestión y coordinación del servicio en la consulta, encontrada también en la bibliografía [29] y que se podría solventar ofreciendo la posibilidad de realizar la mediación mediante videollamada, lo que se ha mostrado útil para la mejora de la comunicación en Bélgica [30].

A pesar de las limitaciones, nuestro estudio tiene implicaciones para la mejora de la calidad asistencial en la asistencia sanitaria a los inmigrantes. Los resultados muestran que la



mediación ha mejorado la comunicación, ha disminuido la distancia cultural profesional-paciente, así como los conflictos derivados de la misma. Por ello, la mediación genera un impacto positivo en la calidad asistencial y mejora la confianza en los profesionales y en el sistema sanitario, pudiendo, en última instancia, disminuir las barreras de acceso al sistema sanitario y, con ello, las desigualdades en salud. Por todo esto, urgen políticas sanitarias sensibles cultural e idiomáticamente que aseguren un abordaje digno y respetuoso de la atención de la población inmigrante y que garanticen el derecho a la igualdad.

Finalmente, se necesita más investigación que estudie los efectos de la mediación intercultural sobre los resultados en salud de los inmigrantes y su adherencia al tratamiento. Además, la mediación se ha mostrado parte del engranaje de la integración de este colectivo, facilitando la comunicación entre el sistema nacional de salud y los inmigrantes, así como el uso de los circuitos del mismo. Es por ello, que sería interesante para futuros estudios analizar el impacto del mismo en los costes de salud.

## **CONCLUSIONES**

- La mediación intercultural sanitaria mejora la calidad asistencial de la atención sanitaria al colectivo migrante.
- La mediación intercultural en la atención sanitaria mejora la comunicación, motivo principal por el que los profesionales se sirven del servicio. No obstante, la falta de profesionalización puede contribuir a malas experiencias con la misma.
- Esta mediación facilita el abordaje de los problemas de salud y el diagnóstico, disminuye los errores en la interpretación del tratamiento prescrito y la distancia cultural profesional-paciente, así como los conflictos lingüísticos y culturales.
- La mediación intercultural disminuye el tiempo empleado para la atención, aumenta la confianza hacia el profesional y el sistema y la satisfacción de la población inmigrante;

mejorando el conocimiento de su enfermedad y del proceso salud-enfermedad por parte de este colectivo y favoreciendo su adherencia al tratamiento. Sería recomendable la incorporación de los MI en el sistema nacional de salud de manera estable y con una formación estándar regulada y bien definida

## **AGRADECIMIENTOS**

A Medicus Mundi-Alicante por haberme apoyado desde que este proyecto se concibió y se diseñó.

A mi tutor, Ramón Castejón Bolea, por su ayuda y compromiso.

A todas las personas que forman parte de este proyecto: desde los mediadores interculturales (Djilali, Mokhtaria, Lansana, Kjadija, Ousmane) y la trabajadora social del Centro de Salud Ciudad Jardín, Mercedes Martínez, hasta el personal de los centros sanitarios que han participado en este estudio.

Al grupo de especialistas en investigación, salud pública, epidemiología e inmigración que me ha dado su opinión y consejo en el desarrollo del cuestionario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verrept H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region? 2019
2. Verrept H. Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care. *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*. 2012;2:115–27.
3. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
4. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health*. 2019;19(1):755.
5. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2006;64(1–3):21–34.
6. Periñán M del MV, Díaz IMR. La calidad asistencial: concepto y medida. Dirección y Organización [Internet]. 2003 [cited 2021 Dec 14]; 0 (29). Available from: <https://www.revistadyo.es/DyO/index.php/dyo/article/view/142>
7. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. Who.int. [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
8. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. 2017 [Internet]. [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2016/strategy-and-action-plan-for-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region>
9. Alcaraz Quevedo M, Paredes-Carbonell JJ, Sancho Mestre C, López-Sánchez P, García Moreno JL, Vivas Consuelo D. Immigrant women care in a health intercultural mediation program. *Rev Esp Salud Publica*. 2014 Apr;88(2):301–10.
10. 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(12):472–5.
11. Mendoza R, Gualda E, Spinatsch M. La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas. Modelos, estudios, programas y práctica profesional. Una visión internacional. Madrid, Díaz de Santos; 2018.

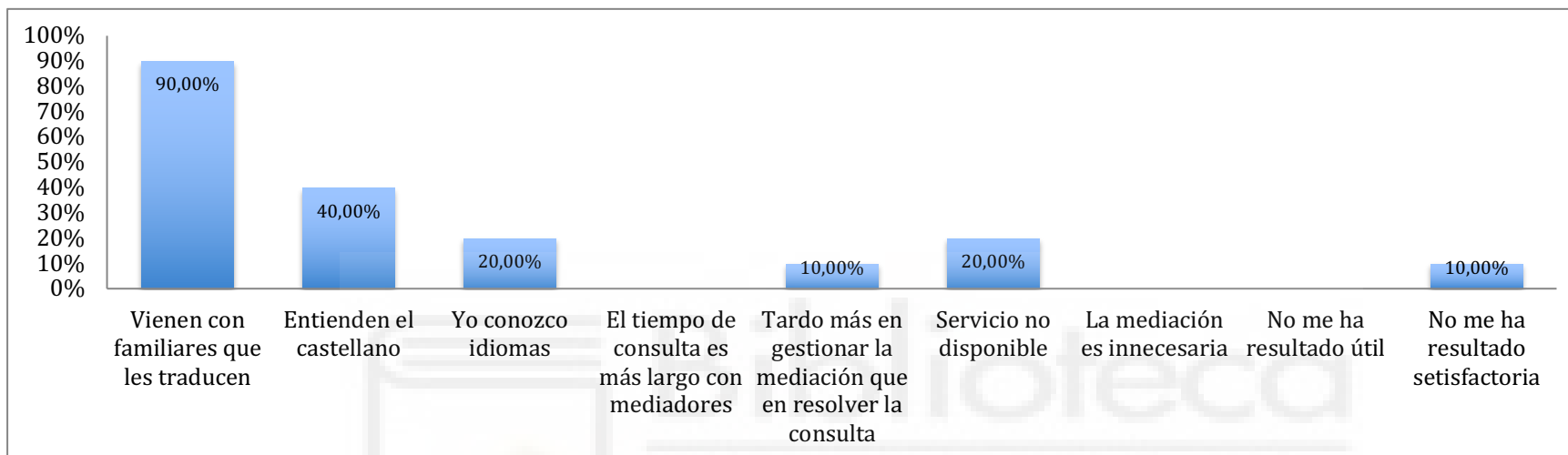
12. Castejón-Bolea R, Martínez-López M, Pérez- García A, García-López Y. Mediación intercultural e intervención con agentes de salud en poblaciones subsaharianas y magrebíes en la ciudad de Alicante: una experiencia de atención a la diversidad. En: Mendoza R, Gualda E, Spinatsch M. La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas. Modelos, estudios, programas y práctica profesional. Una visión internacional. Madrid, Díaz de Santos, 2018, pp. 313-328.
13. Felt E. Informing policies and programs to support immigrant health in Spain. Subprogram on Migration and Health, Biomedical Research Center Network for Epidemiology and Public Health (CIBERESP). 2015;(Ministerio de economía y competitividad):28.
14. Lachal J, Escaich M, Bouznah S, Rousselle C, De Lonlay PD, Canoui P, et al. Transcultural mediation programme in a paediatric hospital in France: qualitative and quantitative study of participants' experience and impact on hospital costs. *BMJ Open*. 2019;9(11):e032498.
15. Alcaraz Quevedo M. Evaluación socio-económica del Servicio de Mediación Intercultural en un programa de promoción de salud y participación ciudadana: programa mihsalud, en la ciudad de Valencia [Internet] [Tesis doctoral]. Universitat Politècnica de València; 2015 [cited 2021 Dec 27]. Available from: <https://riunet.upv.es/handle/10251/55504>
16. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - SALUD PUBLICA - EQUIDAD EN SALUD - GITANOS - POBLACION GITANA - ENCUESTA [Internet]. [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/ENS2014PG.htm>
17. Serre-Delcor N, Oliveira I, Moreno R, Treviño B, Hajdók E, Esteban E, et al. A cross sectional survey on professionals to assess health needs of newly arrived migrants in Spain. *Front Public Health*. 2021;9:667251.
18. Verrept H. Mediación intercultural en la atención sanitaria belga. *Quaderns CAPS*. 2004;(32):31–9.
19. Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Programa de Estudios Sociales en Salud; 2021.
20. Phillips C. Using interpreters: a guide for GPs. *Australian family physician*.

2010;39(4):188–97.

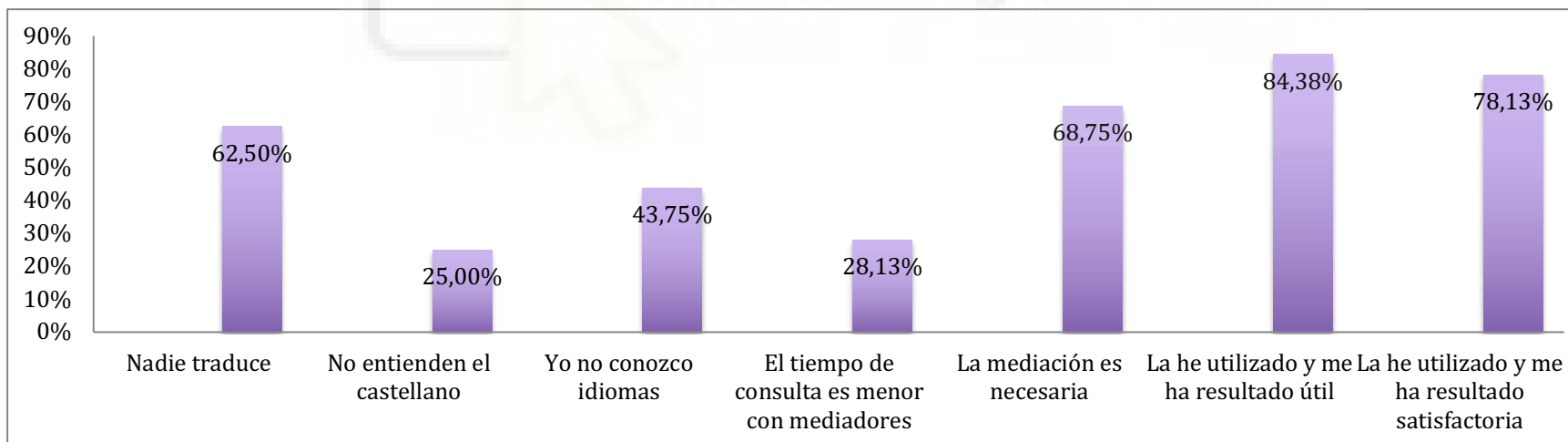
21. Abarca Tomás B, Pell B, Bueno Cavanillas A, Guillén Solvas J, Pool R, Roura M. Tuberculosis in migrant populations. A systematic review of the qualitative literature. *PLoS One*. 2013;8(12):e82440.
22. Amato A, Garwood C. Cultural mediators in Italy: a new breed of linguists. *InTRAlinea*. 2011;13.
23. Miklavcic A, LeBlanc MN. Culture brokers, clinically applied ethnography, and cultural mediation. In: *Cultural consultation*. New York, NY: Springer New York; 2014. p. 115–37.
24. Hudelson P, Dominice Dao M, Perneger T, Durieux-Paillard S. A ‘migrant friendly hospital’ initiative in Geneva, Switzerland: evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PLoS One*. 2014;9(9):e106758.
25. Clark A, Gilbert A, Rao D, Kerr L. ‘Excuse me, do any of you ladies speak English?’ Perspectives of refugee women living in South Australia: barriers to accessing primary health care and achieving the Quality Use of Medicines. *Aust J Prim Health*. 2014;20(1):92–7.
26. Butow PN, Goldstein D, Bell ML, Sze M, Aldridge LJ, Abdo S, et al. Interpretation in consultations with immigrant patients with cancer: how accurate is it? *J Clin Oncol*. 2011;29(20):2801–7.
27. Rosenberg E, Leanza Y, Seller R. Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):286–92.
28. Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson S-E, Sundquist J. A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden. *Fam Pract*. 2009;26(5):377–83.
29. Krupic F, Hellström M, Biscevic M, Sadic S, Fatahi N. Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *J Clin Nurs*. 2016;25(11–12):1721–8.
30. Médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence) [Internet]. SPF Santé publique. 2016 [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle/mediation-0>

## TABLAS Y FIGURAS

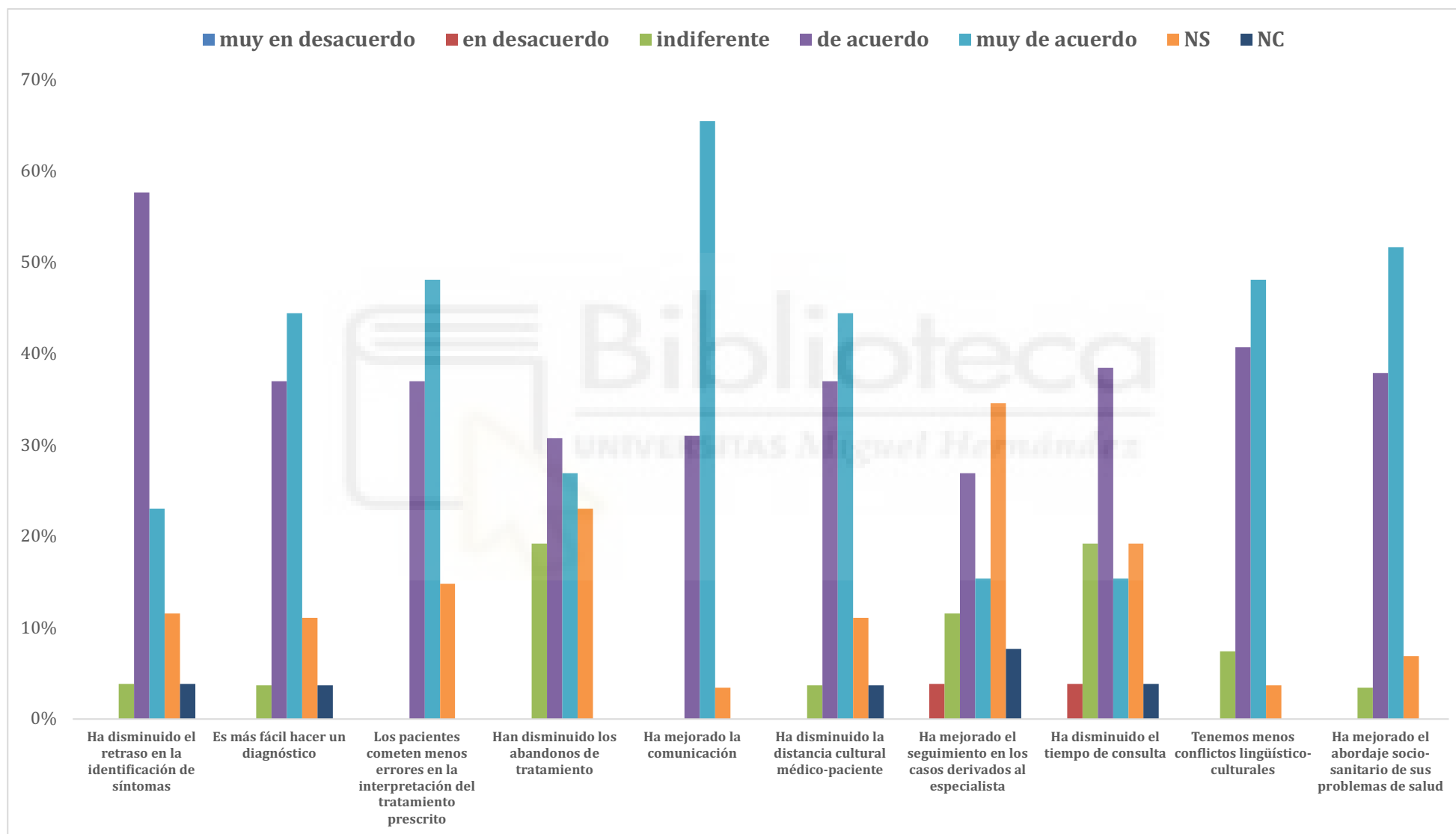
**Figura 1: Motivos de no uso del servicio**



**Figura 2: Motivos de uso del servicio**



**Figura 3. Escala Likert. Concordancia con afirmaciones.**



**Tabla 1. Escala Likert. Concordancia con afirmaciones tras el uso del servicio**

	Muy en desacuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	Indiferente n (%)	De acuerdo n (%)	Muy de acuerdo n (%)	NS n (%)	NC n (%)	MEDIA	TOTAL (n)
Ha disminuido el retraso en la identificación de síntomas	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (3,86%)	15 (57,69%)	6 (23,08%)	3 (11,54%)	1 (3,85%)	4,23	26
Es más fácil hacer un diagnóstico	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (3,70%)	10 (37,04%)	12 (44,44%)	3 (11,11%)	1 (3,70%)	4,48	27
Los pacientes cometen menos errores en la interpretación del tratamiento prescrito	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	10 (37,04%)	13 (48,15%)	4 (14,81%)	0 (0,00%)	4,57	27
Han disminuido los abandonos de tratamiento	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (19,23%)	8 (30,77%)	7 (26,92%)	6 (23,08%)	0 (0,00%)	4,10	26
Ha mejorado la comunicación	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	9 (31,03%)	19 (65,52%)	1 (3,45%)	0 (0,00%)	4,68	29
Ha disminuido la distancia cultural médico-paciente	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (3,70%)	10 (37,04%)	12 (44,44%)	3 (11,11%)	1 (3,70%)	4,48	27
Ha mejorado el seguimiento en los casos derivados al especialista	0 (0,00%)	1 (3,85%)	3 (11,54%)	7 (26,92%)	4 (15,38%)	9 (34,62%)	2 (7,69%)	3,93	26
Ha disminuido el tiempo de consulta	0 (0,00%)	1 (3,85%)	5 (19,23%)	10 (38,46%)	4 (15,38%)	5 (19,23%)	1 (3,85%)	3,85	26
Tenemos menos conflictos lingüístico-culturales	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (7,41%)	11 (40,74%)	13 (48,15%)	1 (3,70%)	0 (0,00%)	4,42	27
Ha mejorado el abordaje socio-sanitario de sus problemas de salud	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)	11 (37,93%)	15 (51,72%)	2 (6,90%)	0 (0,00%)	4,52	29



**Tabla 2. Cambios identificados. Debilidades y fortalezas**

Área temática	Manifestaciones	Frecuencia
1. Uso de los centros sanitarios		
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “La canalización es más eficaz, los diagnósticos mejoran, la interrelación es más práctica”</li> <li>- “Menos demora en consulta y admisión”</li> </ul>	n=4
Confianza y calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Todo el proceso de atención médica se facilita”</li> <li>- “Ha mejorado la relación de los profesionales con el paciente”</li> <li>- “Vienen con más tranquilidad, menos incertidumbre”</li> </ul>	n=4
Demanda de mediación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Han identificado la figura de mediación y la solicitan”</li> </ul>	n=3
Prevención y promoción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Acuden más a actividades de promoción de la salud”</li> </ul>	n=1
Consultas innecesarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “No se abusa tanto del servicio”</li> </ul>	n=1
2. Consulta a demanda		
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mayor acercamiento cultural y mejora la comunicación y la empatía”</li> </ul>	n=3
Satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Salen más satisfechos de la consulta”</li> </ul>	n=2
Concreción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Acuden con temas concretos”</li> <li>- “Expresan mejor sus demandas”</li> </ul>	n=2
Demanda de mediación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Lo solicitan ellos mismos”</li> </ul>	n=2
Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Acuden regularmente a las citas concretadas”</li> </ul>	n=2
3. Problemas de salud crónicos en consulta programada		
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mejor comunicación”</li> </ul>	n=4
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mejor adherencia terapéutica”</li> <li>- “Mayor adhesión al tratamiento y seguimiento”</li> </ul>	n=2
Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Se comprometen más con su proceso”</li> </ul>	n=1
4. Actividades de promoción de la salud y prevención		
Conocimiento: Prevención y enfermedad y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mejor confección del modelo de creencias de salud”</li> <li>- “Mejor conocimiento de las patologías y tratamientos”</li> <li>- “Mejor cumplimiento de las pautas establecidas”</li> </ul>	n=6
Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Asisten más”</li> </ul>	n=3

5. Debilidades		
Escasez de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Poca gente para la cantidad de inmigrantes”</li> <li>- “Tendría que haber más mediadores por centro”</li> <li>- “No están disponibles todo el horario completo. Es imposible”</li> <li>- “Sostenibilidad en el tiempo”</li> <li>- “No cubre todo el espectro lingüístico- cultural”</li> </ul>	n=13
Desconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Muchos pacientes siguen acudiendo solos. No sé si no conocen el servicio”</li> </ul>	n=1
6. Fortalezas		
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mejor entendimiento entre el paciente y el personal sanitario”</li> <li>- “Facilita la relación entre el profesional y el paciente”</li> <li>- “La calidad y comprensión del problema de salud por ambas partes”</li> </ul>	n=8
Integración	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Integración”</li> </ul>	n=3
Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Acercamiento de los inmigrantes a los servicios de salud”</li> <li>- “El trato persona a persona”</li> </ul>	n=2
Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Eficacia. Coordinación y atención”</li> </ul>	n=1
7. Propuestas de mejora		
Aumento de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Integración de los mediadores en los equipos”</li> <li>- “Cubrir toda la jornada laboral”</li> <li>- “Que pudiera seguir más tiempo dicho servicio tal como está pues es beneficioso para el paciente y para el médico”</li> </ul>	n=15
Mayor difusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Mayor divulgación de la existencia de dicho servicio entre la población diana”</li> </ul>	n=1
Formación para profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Cursos de formación para el resto del equipo”</li> </ul>	n=1
8. Integración en la consulta		
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Al facilitar que nos entendamos ellos y nosotros”</li> <li>- “Indiscutiblemente, pues los inmigrantes acuden con más seguridad a las consultas y salen con mejor información gracias al mediador”</li> <li>- “Fundamentalmente por la posibilidad de poder establecer una comunicación más eficaz que permite al profesional conocer la situación y al inmigrante entender qué se le hace”</li> </ul>	n=11
Confianza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Yo creo que se sienten mejor tratados”</li> <li>- “Pienso que deben sentirse más apoyados porque así intenta mejorar una relación con el sistema de salud”</li> <li>- “Se sienten más integrados y mejor acogidos”</li> </ul>	n=6

## **ANEXO**

### **Aprobación COIR**

### **Cuestionario**



## INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)

Elche, a 08 de noviembre del 2021

Nombre del tutor/a	Ramón Castejón Bolea
Nombre del alumno/a	Alba García Marco
Tipo de actividad	11. Uso de datos procedentes de humanos
Título del 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)	¿Podemos mejorar la calidad asistencial en la atención a nuestros pacientes inmigrantes?: una perspectiva desde los profesionales de la salud
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	Conforme (Autodeclaración)
Evaluación Ética	Favorable
Registro provisional	211102180921
<b>Código de Investigación Responsable</b>	<b>TFG.GME.RCB.AGM.211102</b>
Caducidad	2 años

Una vez atendidas las observaciones/condiciones mencionadas en el informe adjunto del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, en caso de que las hubiera, se considera que el presente proyecto/contrato/prestación de servicios carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones y, por tanto, es conforme.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **¿Podemos mejorar la calidad asistencial en la atención a nuestros pacientes inmigrantes?: una perspectiva desde los profesionales de la salud** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)" y "Condiciones de prevención de riesgos laborales" (si procede). Es importante destacar que si la información aportada en dichos formularios no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos  
Secretario del CEII  
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán  
Presidente del CEII  
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.



La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>



“Se solicita su autorización para participar en el proyecto de investigación titulado “¿Podemos mejorar la calidad asistencial en la atención a nuestros pacientes inmigrantes?: una perspectiva desde los profesionales de la salud”, Cuyo investigador principal(tutor) es el Dr. Ramón Castejón Bolea, cuyo objetivo es conocer la percepción de los profesionales sanitarios de la mediación intercultural en salud en la calidad asistencial de población inmigrante en los centros en los que se ha llevado a cabo el servicio. Consiste en conocer si utilizaban o no el servicio y sus motivos, estudiar la satisfacción respecto al mismo, en caso de hacerlo, y describir los cambios sentidos tras su uso. Los beneficios que se esperan de este trabajo consistirán en la posibilidad de identificar si la mediación intercultural en salud es una buena intervención para mejorar la calidad asistencial del colectivo inmigrante.

El estudio se realizará hasta febrero de 2022. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si usted no desea participar en el estudio, no habrá ninguna consecuencia negativa para usted. En cualquier momento puede retirarse del estudio dejando de cumplimentar la encuesta, sin que ello tenga ninguna consecuencia. La respuesta es completamente anónima, por lo que no se dispondrá de ningún dato que pueda identificarle. Si tienen alguna pregunta sobre este proyecto de investigación, puede consultar en cualquier momento a la investigadora Alba García Marco cuyo e-mail es alba.garcia14@goumh.umh.es. Si usted responde a las cuestiones que se le propone, se entiende de forma tácita que ha comprendido el objetivo del presente estudio, que ha podido preguntar y aclarar las dudas que se le hubieran planteado inicialmente y que acepta participar en el estudio. El equipo investigador le agradece su valiosa participación.”

### CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFESIONALES

<b>Profesión:</b> matrn/a mdico/a enfermero/a psiclogo/a trabajador/a social	<b>Tiempo trabajado en el centro:</b> __ años
<b>Edad:</b> __ años	<b>Sexo:</b> Hombre Mujer
<p>1. ¿Ha tenido formación en alguna de estas áreas? <b>(Posibilidad de respuesta múltiple) Redondee las x correspondientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención a inmigrantes..... X</li> <li>- Atención a la diversidad cultural..... X</li> <li>- Mediación intercultural.....X</li> </ul>	
<p>2. ¿De qué tipo? <b>Redondee la x correspondiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Durante los estudios universitarios .....X</li> <li>-Postgrado.....X</li> <li>-Curso corto(&lt;20h)..... X</li> <li>-Curso largo (100-20h)..... X</li> </ul>	
<p>3. ¿En su día a día, se relaciona con inmigrantes? <b>Redondee la x correspondiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí..... → Pase a la 4</li> <li>- No..... → Pase a la 6</li> </ul>	
<p>4. ¿Dónde? (Posibilidad de respuesta múltiple) Redondee las x correspondientes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo.....X</li> <li>- Barrio.....X</li> <li>- Familia.....X</li> <li>- Otros _____</li> </ul>	
<p>5. ¿Ha trabajado anteriormente en algún centro con mediadores interculturales en salud? <b>Redondee la x correspondiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí.....X</li> <li>- No.....X</li> </ul>	

## USO DEL SERVICIO DE MEDIACION

1. ¿Conoce el servicio de mediación intercultural en salud (traducción, acompañamiento, información, adaptación cultural...) que se ha ofrecido en su centro? **Redondee la x correspondiente**

- Sí ..... x → **Pase a la 2**

- No..... x → **Fin del cuestionario**

2. ¿Ha hecho uso de él? **Redondee la x correspondiente**

- Sí ..... x → **Pase a la 4**

- No ..... x → **Pase a la 3**

3. ¿Cuál es el motivo? (**Posibilidad de respuesta múltiple**) **Redondee las x correspondientes**

- Los inmigrantes ya vienen con familiares que les traducen ..... X
  - La mayoría de mis pacientes entienden el castellano ..... X
  - Yo mismo/a conozco idiomas ..... X
  - El tiempo dedicado a la consulta es más largo con mediadores..... X
  - Tardo más en contactar con el mediador/a, que venga y hacer la consulta, que si directamente  
atiendo al paciente..... X
  - Los mediadores no están disponibles o el servicio es irregular... X
  - No creo que sea necesaria la mediación o no entiendo su pertinencia..... X
  - Lo he utilizado y no me ha resultado útil..... X
  - Lo he utilizado y no me ha resultado satisfactorio ..... X
- Otro/s \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### FIN DEL CUESTIONARIO

4. ¿Cuál es el motivo? (**Posibilidad de respuesta múltiple**) **Redondee las x correspondientes**

- Los inmigrantes no vienen con nadie que les traduzca ..... X
  - La mayoría de mis pacientes no entienden el castellano..... X
  - Yo no conozco idiomas..... X
  - El tiempo dedicado a la consulta es menor con mediadores..... X
  - Creo que es necesaria la mediación ..... X
  - Lo he utilizado y me ha resultado útil..... X
  - Lo he utilizado y me ha resultado satisfactorio ..... X
- Otro/s \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Con qué frecuencia ha hecho uso del servicio? (Escoja la que más se aproxime a su caso) Redondee la x correspondientes

- menos de una vez al mes (especificar cuánto: \_\_\_\_\_) .....X
- 1-3 veces al mes .....X
- 4-5 veces al mes .....X
- 6-10 veces al mes .....X
- más de 10 veces al mes ..... X

**CONCORDANCIA CON AFIRMACIONES RESPECTO AL USO DEL SERVICIO**

1 = nada de acuerdo	4 = de acuerdo
2 = en desacuerdo	5 = muy de acuerdo
3 = indiferente	Señale NS si no tiene un juicio formado sobre la pregunta realizada
	Señale NC si no quiere contestar

Clasifique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- Con respecto a los pacientes de procedencia magrebí y subsahariana, desde que utilizo el servicio de mediación intercultural en salud, en mi consulta...

1. Ha disminuido el retraso en la identificación de síntomas.....	1	2	3	4	5	NS	NC
2. Es más fácil hacer un diagnóstico.....	1	2	3	4	5	NS	NC
3. Los pacientes cometen menos errores en la interpretación del tratamiento prescrito .....	1	2	3	4	5	NS	NC
4. Han disminuido los abandonos de tratamiento.....	1	2	3	4	5	NS	NC
5. Ha mejorado la comunicación.....	1	2	3	4	5	NS	NC
6. Ha disminuido la distancia cultural médico-paciente.....	1	2	3	4	5	NS	NC
7. Ha mejorado el seguimiento en los casos derivados al especialista.....	1	2	3	4	5	NS	NC
8. Ha disminuido el tiempo de consulta.....	1	2	3	4	5	NS	NC
9. Tenemos menos conflictos lingüístico-culturales .....	1	2	3	4	5	NS	NC
10. Ha mejorado el abordaje socio-sanitario de sus problemas de salud.....	1	2	3	4	5	NS	NC



**CAMBIOS IDENTIFICADOS TRAS EL USO DEL SERVICIO / DEBILIDADES Y FORTALEZAS**

1. ¿Ha notado algún cambio en **el uso de los centros sanitarios** por parte de inmigrantes magrebíes y subsaharianos desde que existe el servicio de mediación intercultural en salud en el centro sanitario/ servicio sanitario? Cítelo.

---

---

---

2. ¿Ha notado algún cambio, que no hayamos citado, en **la consulta a demanda** en relación con los inmigrantes magrebíes y subsaharianos desde que existe el servicio de mediación intercultural en salud en el centro sanitario/ servicio sanitario? Cítelo.

---

---

---

3. ¿Ha notado algún cambio, que no hayamos citado, **en la atención a las actividades de promoción de la salud y prevención** en su consulta de los inmigrantes magrebíes y subsaharianos desde que usa el servicio de mediación intercultural en salud en el centro sanitario/ servicio sanitario? Cítelo

---

---

---

4. ¿Ha notado algún cambio, que no hayamos citado, en **la atención a los problemas de salud crónicos en su consulta programada** de los inmigrantes magrebíes y subsaharianos desde que usa el servicio de mediación intercultural en salud en el centro sanitario/ servicio sanitario? Cítelo

---

---

---

5. Destaque una **debilidad** del servicio de mediación intercultural.

---

---

---

6. Destaque una **fortaleza** del servicio de mediación intercultural.

---

---

---

7. ¿Qué **propuestas** sugeriría para la mejora del servicio de mediación?

---

---

---

8. ¿Cree que el servicio de mediación **ha mejorado la integración** de los inmigrantes magrebíes y subsaharianos en las consultas? Si responde sí diga de qué manera.

---

---

---

Muchas gracias por su ayuda