

ENCUENTRO INMIGRACIÓN Y SALUD

«IMPULSO PARA LA
CONSTRUCCIÓN DEL III PLAN
INTEGRAL PARA LA INMIGRACIÓN
EN ANDALUCÍA EN EL ÁREA
SOCIO-SANITARIA»

FORO DE DEBATE PARTICIPADO

Sevilla, 23 y 24 de junio de 2009

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de salud
Depósito Legal: SE-3404-09

DIRIGIDO A

- ≈ Técnicos de la Secretaría General de Salud Pública.
- ≈ Técnico responsable de las Delegaciones Provinciales de Salud.
- ≈ Profesionales del Servicio Andaluz de Salud.
- ≈ Técnicos / R. Políticos de Gobiernos Locales.
- ≈ Asociaciones firmantes del acuerdo Marco.

OBJETIVOS

- ≈ Proyectar medidas para la construcción del III Plan Integral para la inmigración en Andalucía, partiendo de los planes anteriores.
- ≈ Definir instrumentos para un abordaje de los objetivos socio-sanitarios desde el ámbito local.

METODOLOGÍA

- ≈ La Metodología propuesta para este encuentro será a través de tres talleres simultáneos.
- ≈ Dichos talleres estarán constituidos por participantes de las asociaciones de inmigrantes y pro-inmigrantes, profesionales de los servicios de salud y técnicos de las delegaciones provinciales de salud y la Secretaría General de Salud Pública y Participación.



ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL ENCUENTRO

ORGANIZACIÓN DEL ENCUENTRO:

1. Ponencia.

- Gestión de la Diversidad.
-

2. Mesa Redonda: Investigación-acción participativa para la atención a la inmigración en Andalucía:

- La humanización de la atención perinatal en la red pública de centros hospitalarios de Andalucía.
 - Elaboración de mensajes y soportes sobre la píldora postcoital dirigida a mujeres inmigrantes en Andalucía.
 - Violencia de género sobre las mujeres que ejercen la prostitución.
-

3. Talleres:

3.1. Organización de los talleres:

Sobre tres talleres recaerán la reflexión y propuesta de los participantes. Cada uno de los talleres abordará un objetivo de los propuestos por el documento borrador.

- 1.1.1. Avanzar en la mejora en la accesibilidad y conocimiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) por parte de las personas extranjeras y sus familias mejorando la calidad de la atención que se les presta, especialmente a las personas inmigrantes con más factores de vulnerabilidad.
- 1.1.2. Incorporar en la atención sociosanitaria de las personas extranjeras y sus familias una perspectiva orientada a la gestión de la diversidad en la que se contemplen enfoques específicos de género, infancia, juventud, salud mental y los relativos a la atención de grupos en situación de especial vulnerabilidad
- 1.1.3. Asegurar una atención sociosanitaria a la población extranjera con carácter de integralidad, intersectorialidad y equidad, pro-

moviendo la articulación territorial, a una escala local, de los espacios de coordinación necesarios que faciliten la participación activa y complementaria de los sectores públicos, profesionales, asociaciones de inmigrantes y proinmigrantes y asociaciones y colectivos de la zona.

- 1.1.4. Atender a las consecuencias sociosanitarias en la población inmigrante causadas por etapas socioeconómicas desfavorables, que agravan las desigualdades sociales en salud.

3.2. Dinámica de los talleres:

Cada taller se desarrollará de la siguiente manera:

1. Breve introducción por parte del dinamizador
2. Presentación de los relatores.
3. División del taller en dos subgrupos.
4. Debate y aportaciones por subgrupos.
5. Puesta en común de los subgrupos.
6. Continuación del debate y aportación.
7. Conclusiones.

TALLER 1: Debate y aportación al objetivo 1º y 4º:

Objetivo 1º: Avanzar en la accesibilidad y conocimiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía por parte de las personas extranjeras y sus familias mejorar la calidad asistencial que se les presta, especialmente a las personas inmigrantes con más factores de vulnerabilidad.

Objetivo 4. Atender a las consecuencias sociosanitarias en la población inmigrante causadas por etapas socioeconómicas desfavorables, que agravan las desigualdades sociales en salud.

Relatores: Rafael Muriel. SGSPyP.
Silvia Rodríguez (EASP).

TALLER 2: Debate y aportación al objetivo 2º y 4º:

Objetivo 2º: Incorporar en la atención sociosanitaria de las personas extranjeras y sus familias una perspectiva orientada a la gestión de la diversidad en la que se contemplen enfoques específicos de género, infancia, juventud, salud mental y los relativos a la atención de grupos en situación de especial vulnerabilidad.

Objetivo 4. Atender a las consecuencias sociosanitarias en la población inmigrante causadas por etapas socioeconómicas desfavorables, que agravan las desigualdades sociales en salud.

Relatores: Antonio Garrido. SGSPyP
Elena Gonzalez (EASP).

TALLER 3: Debate y aportación al objetivo 3º y 4º:

Objetivo 3º: Asegurar una atención sociosanitaria a la población extranjera con carácter de integralidad, intersectorialidad y equidad, promoviendo la articulación territorial, a una escala local, de los espacios de coordinación necesarios que faciliten la participación activa y complementaria de los sectores públicos, profesionales, asociaciones de inmigrantes y proinmigrantes y asociaciones y colectivos de la zona.

Objetivo 4. Atender a las consecuencias sociosanitarias en la población inmigrante causadas por etapas socioeconómicas desfavorables, que agravan las desigualdades sociales en salud.

Relatores: Rafael García. SGSPYP
Covadonga Monte

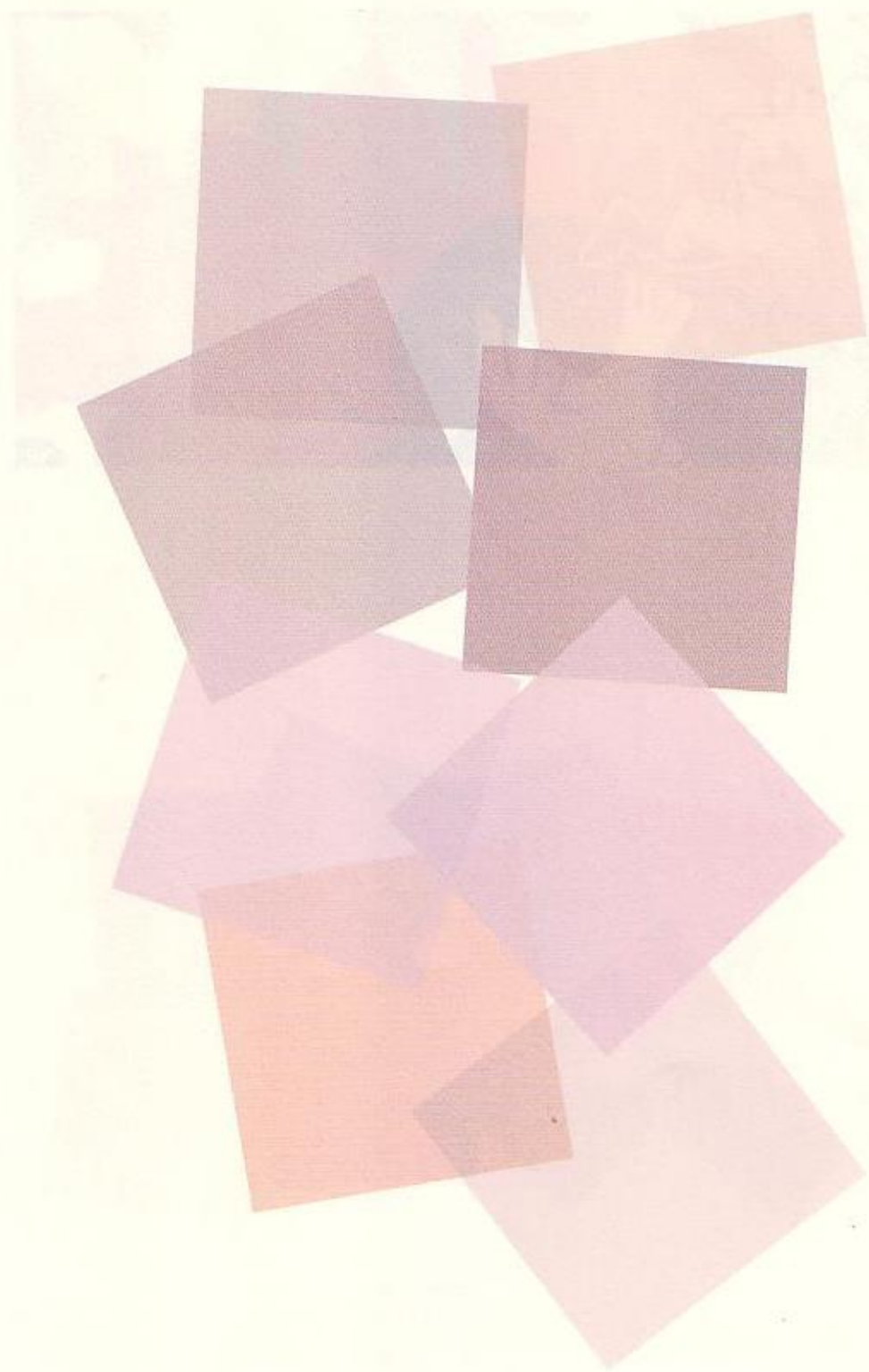
DESARROLLO DEL ENCUENTRO

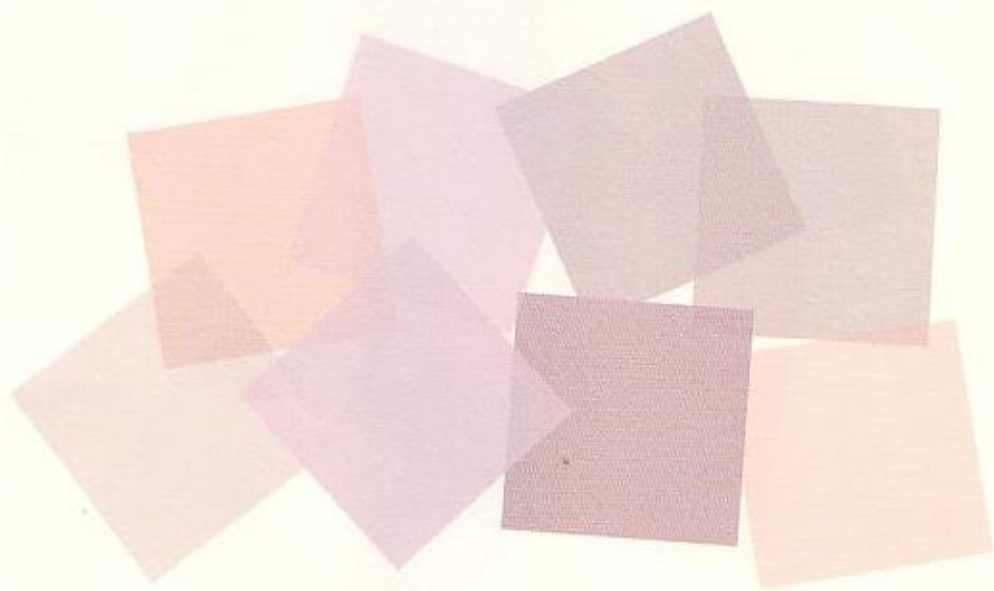
Martes 23 de Junio de 2009	
9:00h > 10:00h	Recepción y entrega de material
10:00h > 10:30h	Inauguración
10:30h > 11:30h	Ponencia: "GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD" * Diplomado en Trabajo Social y Licenciado en Antropología Social. Profesor Titular de Escuela Universitaria del Departamento de Sociología y Trabajo Social
11:30h > 12:00h	Café
12:00h > 13:30h	Mesa Redonda: INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA PARA LA ATENCIÓN A LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA: <ul style="list-style-type: none">• La humanización de la atención perinatal en la red pública de centros hospitalarios de Andalucía.• Elaboración de mensaje y soporte sobre la píldora postcoital dirigida a mujeres de origen inmigrante en Andalucía.<ul style="list-style-type: none">- Hélène Bretin. Investigadora. Socióloga. Profesora Titular Universidad Paris 13.- Carmuca Gómez Bueno. Investigadora. Socióloga. Profesora Titular Universidad de Granada.• Violencia de género sobre las mujeres que ejercen la prostitución.<ul style="list-style-type: none">- Isabel Ruiz Pérez. Profesora Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

13:30h>14:30h	Constitución Talleres 13:15h>14:00h Relatores
14:30h>16:00h	Almuerzo
16:00h>19:30h	Continuación talleres 16:00h>17:30h Reflexión y aportación de los subgrupos. 17:30h>18:00h Café. 18:00h>19:30h Puesta en común de los subgrupos y cont. taller.
19:30h>20:15h	Reunión técnicos de las Delegaciones Provinciales para la presentación de los instrumentos.

Miércoles 24 de Junio de 2009

9:00h>11:00h	Continuación del taller. Síntesis.
11:00h>11:30h	Café
11:30h>13:30h	Puesta en común de conclusiones talleres
13:30h>13:45h	Fin del Encuentro
14:00h>15:00h	Aperitivo







DOCUMENTO DE TRABAJO

“APORTACIÓN DE LA SECRETARIA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN AL III PLAN ANDALUZ PARA LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCIA”

I. PREÁMBULO.

El diseño e implementación, a partir de 2001, de los I y II Planes Integrales para la Inmigración en Andalucía ha puesto de manifiesto la centralidad y el carácter estructural que la sociedad andaluza y sus instituciones otorgan a los fenómenos migratorios contemporáneos y ha posibilitado, de ese modo, la configuración de un conjunto de estrategias para el abordaje coordinado, sistemático, participado y continuado de los procesos de acogida e integración de la población inmigrante.

El hecho migratorio exhibe una naturaleza dinámica, presentándose en íntima asociación con una multiplicidad de factores de naturaleza sociocomunitaria, cultural, educativa, psicológica, etc., de modo que su tratamiento impone el establecimiento de escenarios permanentes para su análisis y de apuestas intersectoriales con las que crear las condiciones de posibilidad para aquellas sinergias y flujos informacionales, participativos y de recursos que eviten la dispersión y la fragmentación de su abordaje.

Todos los procesos de atención sociosanitaria se inscriben en un marco conceptual, jurídico e institucional determinado, que, en el caso de la realidad andaluza, otorga a los mismos una cualidad de derecho universal y fundamental extensible al conjunto de la ciudadanía, con independencia de su procedencia y de su situación personal, familiar y legal. Ello, no obstante, no entra en colisión con el reconocimiento de la plasticidad y pluriformidad del hecho migratorio y de las condiciones objetivas en que se desenvuelven las infraestructuras económicas, sociales y culturales de las sociedades de acogida.

El III Plan Integral se elabora en un escenario socioeconómico más incierto y vulnerable, caracterizado por una fuerte contracción económica de carácter sistémico y estructural y que ya está debilitando los tejidos productivos, presionando sobre las políticas públicas de bienestar y erosionando los mecanismos de cohesión y solidaridad social. Este diagnóstico de un escenario de crisis



económica de onda larga acentuará la incertidumbre, la precarización y las tensiones sobre los procesos de inclusión social y exigirá, por tanto, incrementar y fortalecer el conjunto de programas y actuaciones tendentes a amortiguar las tendencias centrífugas y de fractura y desagregación social que con mayor dureza afectarán a los colectivos desfavorecidos y en riesgo de exclusión social.

En el ámbito sociosanitario, los Planes Integrales en Andalucía han venido estableciendo una lógica de continuidad en virtud de la cual las prioridades han transitado desde la facilitación del acceso al Sistema Sanitario Público Andaluz y la atención a los procesos de acogida (I PIPIA) a la calidad de la asistencia sanitaria y a privilegiar los procesos de integración (II PIPIA). Especial relieve ha tenido en el II PIPIA la orientación hacia la provincialización de las actuaciones de modo que se permitiese el análisis específico de la situación concreta, se facilitase la perspectiva transversal y colaborativa de los recursos, así como la convergencia de los mismos que asegure la intervención sobre las condiciones particulares de los procesos de salud y enfermedad de la población inmigrante. El III Plan Integral ha de persistir en esta estrategia de territorialización de las intervenciones, profundizando y descendiendo hasta centrar en lo local el ámbito de la coordinación intersectorial, la elaboración de los diagnósticos sobre las necesidades de prevención de las enfermedades en los colectivos inmigrantes y de promoción de su salud, así como la implementación de las actuaciones

sociosanitarias. Asimismo, se da continuidad a los ejes transversales vinculados a los enfoques de género y de derechos de la infancia y a la reducción de las desigualdades en salud y por tanto orientado a la equidad.

Por otra parte, este III Plan Integral contempla una orientación general hacia la proactividad de la población inmigrante que potencie la autogestión de su participación e integración en los procesos de atención socio-sanitaria, promoviendo, de esta manera, su aporte a una visión plural y diversa de las percepciones sociales sobre la salud, la enfermedad y los recursos asistenciales y que, finalmente, fortalezca su conciencia de ciudadanía con derechos universales y con la capacidad y los mecanismos necesarios para hacerlos efectivos.

Por último, otro de los objetivos esenciales de este Plan se define por la incorporación de un paradigma adecuado al Sistema Sanitario Público Andaluz para la gestión de la diversidad en los procesos de planificación en cuanto variable de calidad en la prestación de los servicios. La gestión de la diversidad que se deriva de la inmigración, entendida como la relación dinámica entre las personas, orientadas hacia la construcción de espacios de diálogo y convivencia, fortalece el potencial inclusivo de los objetivos asistenciales e incrementa la profundidad de los procesos comunicativos adaptados a las peculiaridades de lo local. De ahí la importancia de hacer competente interculturalmente a las administraciones y profesionales. Por tanto, cohesión y diversidad se anudan en una misma orientación en la que las prestaciones se articulan en orden de complejidad creciente aumentando las expectativas de los beneficiarios inmigrantes y mejorando su visibilidad como colectivo diferente en necesidades pero igual en derechos. En definitiva, el objetivo de gestión de la diversidad que incorpora este III Plan Integral persigue mejorar la atención socio-sanitaria de los inmigrantes y dotar a los profesionales de herramientas conceptuales y prácticas para la detección y prevención de conflictos, la mejora de la comunicación profesional intercultural y la participación comunitaria.

Por tanto, la definición del área socio-sanitaria en este III Plan ha de contemplar las líneas del Plan Andaluz de Salud y por ello, se establecen los siguientes ejes vertebradores:

1. Mejorar la información y accesibilidad a los recursos socio-sanitarios de la población extranjera y, muy particularmente, de sus colectivos más vulnerables.
2. Avanzar en un modelo de atención integral con perspectiva familiar, generacional y multicultural, que incluya aspectos relevantes, relacionados con la salud de la mujer, los procesos de socialización y crecimiento de los menores y jóvenes, así como la salud mental entre otros.



3. Fortalecer las líneas de intervención que atienden a personas vulnerables dentro de la población extranjera (personas que ejercen la prostitución, violencia de género, situaciones de irregularidad administrativa, cuidadores/as en riesgo de desempleo)
4. Ahondar en la localización de las actuaciones, haciendo converger en el territorio los dispositivos para la coordinación y gestión de la atención sociosanitaria.
5. Fortalecer los mecanismos de coordinación de todos los actores que tienen un protagonismo fundamental para el trabajo vinculado con la población extranjera (Consejería de Salud, Delegaciones Provinciales, Corporaciones Locales y Organizaciones No Gubernamentales).

En definitiva, se promueve un III Plan Integral que subraya la necesaria continuidad con las líneas de intervención de los planes anteriores, mejorando la capacidad para gestionar la diversidad y la complejidad de los procesos asistenciales socio-sanitarios y privilegiando el eje de decisión y materialización de las actuaciones en la convergencia territorial definida por los espacios locales de coordinación.

II. OBJETIVOS DEL III PIIA¹.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1º

Avanzar en la mejora en la accesibilidad y conocimiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) por parte de las personas extranjeras y sus familias mejorando la calidad de la atención que se les presta, especialmente a las personas inmigrantes con más factores de vulnerabilidad.

Descripción

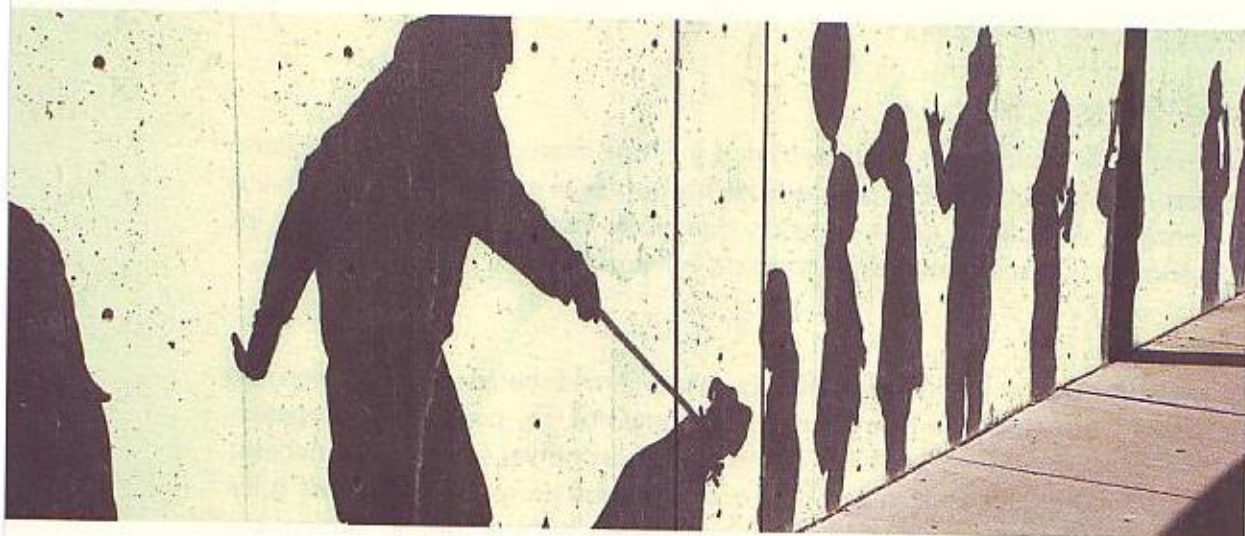
La atención a la salud de la población extranjera debe asegurar el ejercicio universal y equitativo de este derecho fundamental. Es, por tanto, competencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía promover los recursos necesarios que faciliten el conocimiento y el acceso de las personas extranjeras a las distintas prestaciones y servicios en función de sus necesidades sanitarias. Los dispositivos y profesionales sanitarios adoptarán una orientación proactiva en las labores de sensibilización e intervención con la finalidad de reducir las desigualdades sociales en la atención socio-sanitaria.

Medidas

1. Inclusión en el plan de comunicación de los centros sanitarios, estrategias específicas dirigidas a la población extranjera que atiende.
2. Difusión, en distintos idiomas, de la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público Andaluz entre las personas extranjeras y las asociaciones que trabajan para su integración.
3. Potenciación del programa "Salud responde" con las traducciones necesarias para facilitar la comunicación de las personas extranjeras con el sistema sanitario público de Andalucía y con sus profesionales.
4. Coordinación de las Zonas Básicas de Salud con las asociaciones de apoyo a la población extranjera para potenciar su capacidad de mediación entre los profesionales, los inmigrantes y sus familias.

¹ Para la elaboración de los objetivos socio-sanitarios del III PIIA, además de los cinco ejes vertebrados anteriormente referidos, hemos contemplados 4 aspectos estratégicos de transversalidad como son:

1. La localización de las acciones sociosanitarias, que significa la coordinación intersectorial y participado entre los gobiernos locales, los sectores públicos y las asociaciones de inmigrantes y proinmigrante.
2. La gestión de la diversidad, definido como el reconocimiento de identidades y culturas distintas para la construcción de ámbitos de convivencia y de trabajo en común.
3. Con un enfoque de salud pública que pone el énfasis en los aspectos promotivos y participativos de las intervenciones sociosanitarias.
4. Con lo puesto en marcha de criterios para la asignación de recursos que tengan en cuenta el territorio, la intersectorialidad, la integralidad y la participación.



5. Potenciación de la formación de los profesionales sanitarios en competencias interculturales para facilitar su labor profesional.
6. Inclusión en los sistema de información del sistema sanitario público de Andalucía de indicadores cuantitativos y cualitativos, que posibilite un análisis de la utilización de los mismos de la población extranjera. Sin crear situaciones estigmatización.
7. Potenciación de medidas pro-activa de información y captación de la población extranjera.
8. Mejora del conocimiento de la organización sanitaria por parte de otros sectores y agentes para incrementar su capacidad de orientación y calidad en la atención.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Incorporar en la atención sociosanitaria de las personas extranjeras y sus familias una perspectiva orientada a la gestión de la diversidad en la que se contemplen enfoques específicos de género, infancia, juventud, salud mental y los relativos a la atención de grupos en situación de especial vulnerabilidad

Descripción

La velocidad y magnitud de los procesos migratorios ha incrementado la pluralidad de las sociedades contemporáneas y ha puesto de manifiesto nuevas dimensiones en los entornos comunitarios relacionadas con la diferencia cultural y la heterogeneidad de las percepciones y comportamientos sociales. La población extranjera ha de ser atendida por el Sistema Sanitario Público de Andalucía con una mirada que reconozca a los inmigrantes como sujetos de derechos y aprecie las desigualdades sociales, culturales y evolutivas, adecuando sus intervenciones a las diferencias. En el marco de un enfoque estratégico de naturaleza inclusiva, la gestión de la diversidad enfatiza la necesidad de aumentar las competencias interculturales de los profesionales y profundizar en la versatilidad de los recursos de salud para dar respuesta a carencias, hándicaps y déficits específicos de personas inmigrantes en circunstancias de especial vulnerabilidad.

Medidas

1. Inclusión de la perspectiva multicultural en los diferentes programas de salud (materno-infantil, forma joven, salud mental, atención perinatal...).
2. Diseño e implementación de instrumentos y herramientas para la planificación y gestión que requiere la puesta en marcha de los programas de atención a la salud de la población extranjera.
3. Potenciación de la formación de cuidadores y cuidadoras extranjeras de salud para el desarrollo de sus actividades profesionales.
4. Adecuación de la atención de las necesidades de salud de las personas extranjeras que ejercen la prostitución, en conexión con los servicios de salud y las asociaciones de inmigrantes y pro-inmigrantes.
5. Atención y seguimiento de las personas que sufren violencia doméstica
6. Promoción de la formación de los profesionales sanitarios en competencias interculturales que fortalezca su conocimiento sobre la gestión de la diversidad.
7. Potenciación de la investigación cualitativa y de la investigación acción-participativa para su aplicación a las intervenciones de salud con la población inmigrante.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Asegurar una atención socio-sanitaria a la población extranjera con carácter de integralidad, intersectorialidad y equidad, promoviendo la articulación territorial, a una escala local, de los espacios de coordinación necesarios que faciliten la participación activa y complementaria de los sectores públicos, profesionales, asociaciones de inmigrantes y proinmigrantes y asociaciones y colectivos de la zona.



Descripción

La acogida e integración de la población inmigrante se lleva a cabo en un tejido social que tiene condiciones específicas en cada territorio. La localización de las intervenciones para la normalización y participación de las personas extranjeras toma como referente el territorio en tanto contexto comunitario específico y medio ecológico constituido por estructuras físicas, sociales, culturales y psicológicas. Las necesidades sociosanitarias de la población inmigrante han de poner en valor los dispositivos endógenos de las comunidades locales, articulando y utilizando los recursos existentes de un modo integrado y sostenible y estimulando el carácter activo y los procesos de toma de decisiones de los agentes locales y promoviendo, en definitiva, la articulación de un campo social-territorial con el mayor grado de complementación posible entre las políticas públicas y los grupos y personas involucrados.

Medidas

1. Creación de espacios de trabajo para la coordinación local de los servicios, profesionales y asociaciones vinculados a la atención de los problemas de salud de las personas extranjeras y sus familias.
2. Diseño de programas y actuaciones intersectoriales, integrales y participados adaptados a las particularidades locales que presentan las necesidades de salud de la población extranjera.

3. Diseño y edición de documentación sobre estrategias y técnicas de trabajo intersectorial y participativo y en red como herramientas de ayuda a los distintos agentes dedicados a la actuación socio-sanitaria con las personas extranjeras y sus familias.
4. Creación de banco de buenas prácticas de acciones locales con población inmigrante.
5. Desarrollo de instrumentos de dinamización, gestión del conocimiento y trabajo colaborativo que posibilite el desarrollo de redes y, en particular, de la Red ISIR.
6. Fomento de iniciativas para que los planes de participación de las unidades de gestión clínica del SSPA, contemplen aspectos a desarrollar con la población inmigrante.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Atender a las consecuencias socio-sanitarias en la población inmigrante causadas por etapas socioeconómicas desfavorables, que agravan las desigualdades sociales en salud.

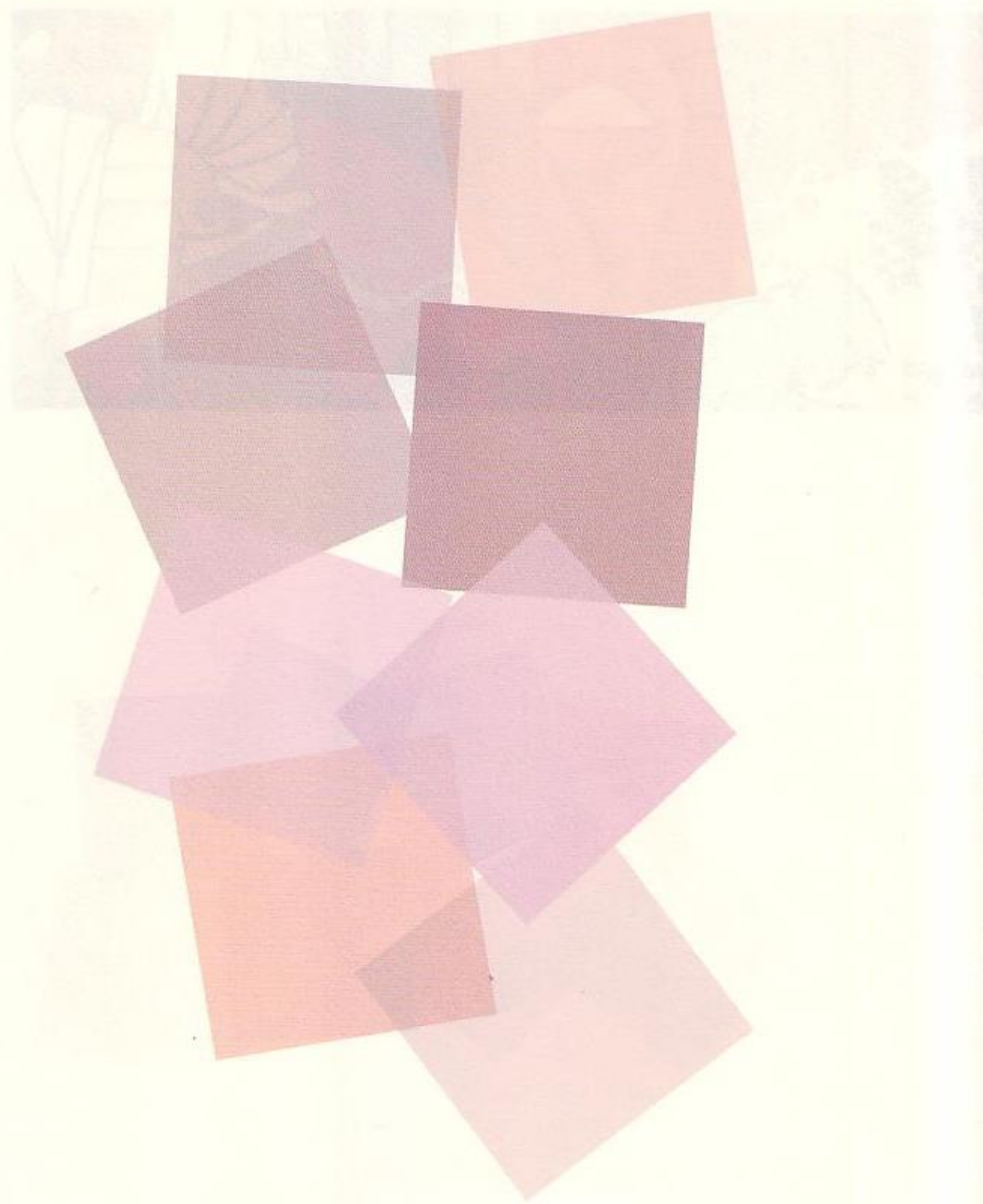
Descripción:

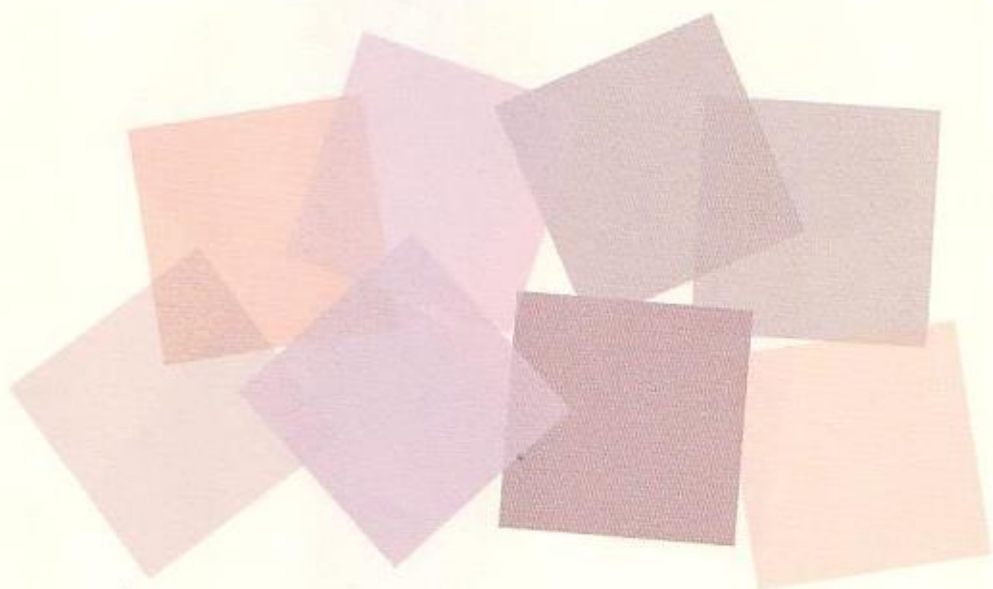
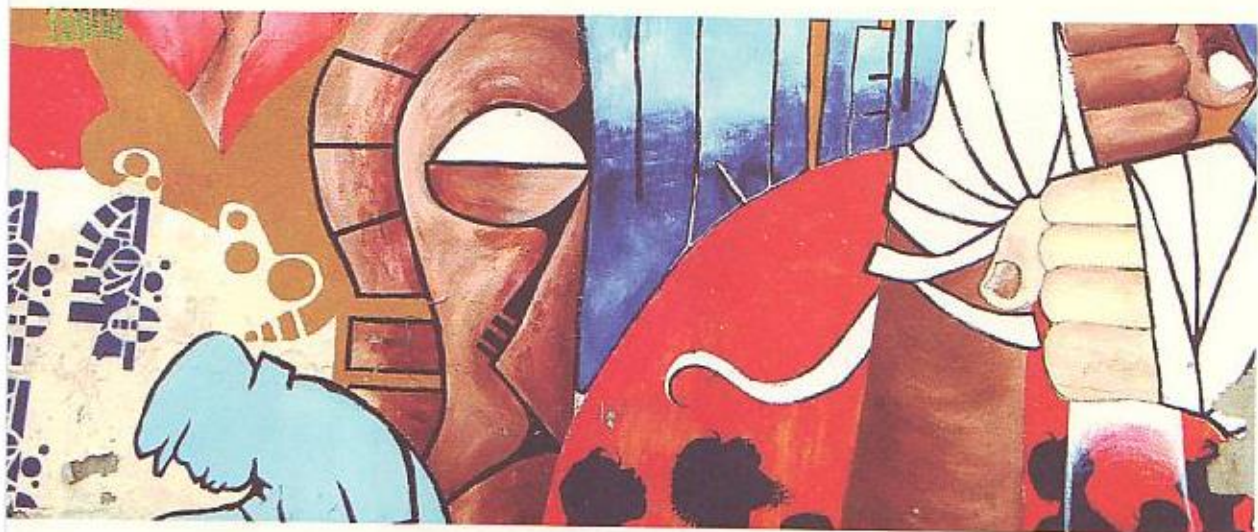
La situación desfavorable desde el punto de vista socioeconómico, tiene una especial repercusión en la población inmigrante, sobre todo en personas en situación desfavorable como son entre otros, los menores, mujeres, mayores, etc., incidiendo negativamente en las condiciones de vida, haciendo por tanto que se planteen estrategias de apoyo para corregir situaciones de exclusión social

Medidas

1. Visibilización de las evidencias de la repercusión de la crisis en población extranjera especialmente en las personas vulnerables. Vigilancia y documentación.
2. Establecimiento de mecanismos que aseguren la protección de la salud a nivel de convivencia, alimentación y salud laboral.
3. Articulación de respuestas de carácter socio-sanitarias, que mitiguen las repercusiones negativas de las situaciones socioeconómicas desfavorables sobre los grupos más vulnerables, en coordinación con otros sectores públicos, asociaciones de inmigrantes y proinmigrantes y gobiernos locales.

ITINERARIO DE ELABORACIÓN			
CONTENIDO	RESPONSABLE	PRODUCTO ESPERADO	FECHA LÍMITE
1. Elaboración del Documento inicial	Servicio de Participación	Primer Borrador	24 de Abril.
2. Aportación Secretaría General de Salud Py P.	Servicio de Promoción Servicio Sociosanitario Servicio Red Local	Aportaciones al Borrador	6 de Mayo.
4. Aportación de grupo asesor	1. Antonio Garrido. Participación Social. 2. Rafael García. Participación Social 3. Inmaculada Sillero. Jefe de Servicio de Salud de Jaen. 4. Pilar Lasheras. Delegación Sevilla 5. Carmen Lama. SAS. 6. Pilar Baraza. Distrito Sanitario Poniente. 7. Ángel Gómez. EASP. 8. Juan Carlos Rasffo. 9. Rafel Muriel Fernandez.	Aportaciones.	4 de Junio
5. Aportaciones de los profesionales.	Red Isir	Aportaciones	Desde el 28 de mayo
6. Taller sectorial participado	SGSPyP. Servicio de Participación	Aportaciones	23 y 24 de Junio
7. Encuentro Red Isir	EASP	Difusión y Aplicación	Octubre





TALLER 1

Objetivo 1º: Avanzar en la accesibilidad y conocimiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía por parte de las personas extranjeras y sus familias mejorar la calidad asistencial que se les presta, especialmente a las personas inmigrantes con más factores de vulnerabilidad.

Objetivo 4º: Atender a las consecuencias sociosanitarias en la población inmigrante causadas por etapas socioeconómicas desfavorables, que agravan las desigualdades sociales en salud.

PROCESO:

1º) Presentación de los relatores:

- Silvia Rodríguez (EASP). **Mirada evaluativa en referencia al II PIPIA.**
- Rafael Muriel, SGSPyP. **Propuesta para los objetivos sociosanitario para el III PIPIA.**

2º) División del taller (2 subgrupos).

DEBATE:

1. Con respecto al objetivo 1º y 4º:

- Aportación a la redacción del objetivo (aspectos a suprimir, matizar y / introducir):

Objetivo 1º:

-

-

-

-

-

-

-

- En referencia a las medidas propuestas Objetivo 4 (a suprimir, matizar y / introducir):

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

- Respecto a indicadores en relación a las medidas del objetivo 1:

MEDIDAS	INDICADORES
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

- Respecto a indicadores en relación a las medidas del objetivo 4:

MEDIDAS	INDICADORES
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

2. Valoración General del Documento borrador del III PIPIA.

-
-
-
-
-
-
-

TALLER 2

Objetivo 2º: Incorporar en la atención sociosanitaria de las personas extranjeras y sus familias una perspectiva orientada a la gestión de la diversidad en la que se contemplen enfoques específicos de género, infancia, juventud, salud mental y los relativos a la atención de grupos en situación de especial vulnerabilidad.

Objetivo 4º: Atender a las consecuencias sociosanitarias en la población inmigrante causadas por etapas socioeconómicas desfavorables, que agravan las desigualdades sociales en salud.

PROCESO:

1º) Presentación de los relatores:

- Elena Gonzalez. **Mirada evaluativa del II PIPIA.**
- Antonio Garrido. SGSPyP. **Propuesta para los objetivos sociosanitario para el III PIPIA.**

2º) División del taller (2 subgrupos).

DEBATE:

1. Con respecto al objetivo 2º y 4º:

- Aportación a la redacción del objetivo (aspectos a suprimir, matizar y / introducir):

Objetivo 2º:

-
-
-
-
-
-
-
-

Objetivo 4º

Aportación a la redacción del objetivo (aspectos a suprimir, matizar y / introducir)

Objetivo 4:

-

-

-

-

-

-

-

- En referencia a las medidas propuestas Objetivo 2 (a suprimir, matizar y / introducir):

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

- En referencia a las medidas propuestas Objetivo 4 (a suprimir, matizar y / introducir):

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

- Respecto a indicadores en relación a las medidas del objetivo 2:

MEDIDAS	INDICADORES
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

- Respecto a indicadores en relación a las medidas del objetivo 4:

MEDIDAS	INDICADORES
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

2. Valoración General del Documento borrador del III PIPIA.

-
-
-
-
-
-
-
-

TALLER 3

Objetivo 3º: Asegurar una atención sociosanitaria a la población extranjera con carácter de integralidad, intersectorialidad y equidad, promoviendo la articulación territorial, a una escala local, de los espacios de coordinación necesarios que faciliten la participación activa y complementaria de los sectores públicos, profesionales, asociaciones de inmigrantes y proinmigrantes y asociaciones y colectivos de la zona.

Objetivo 4º: Atender a las consecuencias sociosanitarias en la población inmigrante causadas por etapas socioeconómicas desfavorables, que agravan las desigualdades sociales en salud.

PROCESO:

1º) Presentación de los relatores:

- Covadonga Monte SGSP Y P. **Proyecto Red Local.**
- Rafael García. SGSPyP. **Propuesta para los objetivos sociosanitario para el III PIPIA.**

2º) División del taller (2 subgrupos).

DEBATE:

1. Con respecto al objetivo 3º y 4º:

- Aportación a la redacción del objetivo (aspectos a suprimir, matizar y / introducir):

Objetivo 3º:

-
-
-
-
-
-
-
-

Objetivo 4º

Aportación a la redacción del objetivo (aspectos a suprimir, matizar y / introducir)

Objetivo 4:

-

-

-

-

-

-

-

- En referencia a las medidas propuestas Objetivo 3 (a suprimir, matizar y / introducir):

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

- En referencia a las medidas propuestas Objetivo 4 (a suprimir, matizar y / introducir):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

- Respecto a indicadores en relación a las medidas del objetivo 3:

MEDIDAS	INDICADORES
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

- Respecto a indicadores en relación a las medidas del objetivo 4:

MEDIDAS	INDICADORES
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

2. Valoración General del Documento borrador del III PIPIA.

-
-
-
-
-
-
-

ENCUENTRO



ENCUENTRO INMIGRACIÓN-SALUD

“Impulso para la construcción del III PIPIA en el área socio-sanitaria”

Foro de debate participado

Sevilla, 23 y 24 de Junio de 2009

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A LA INTERCULTURALIDAD EN LOS PLANES.

I PIPIA

II PIPIA

III PIPIA





ENCUENTRO EN EL
TERRITORIO

X diversidad

SERVICIOS SECTORIALES

OTROS SECTORES

ASOCIACIONES

GOBIERNOS LOCALES



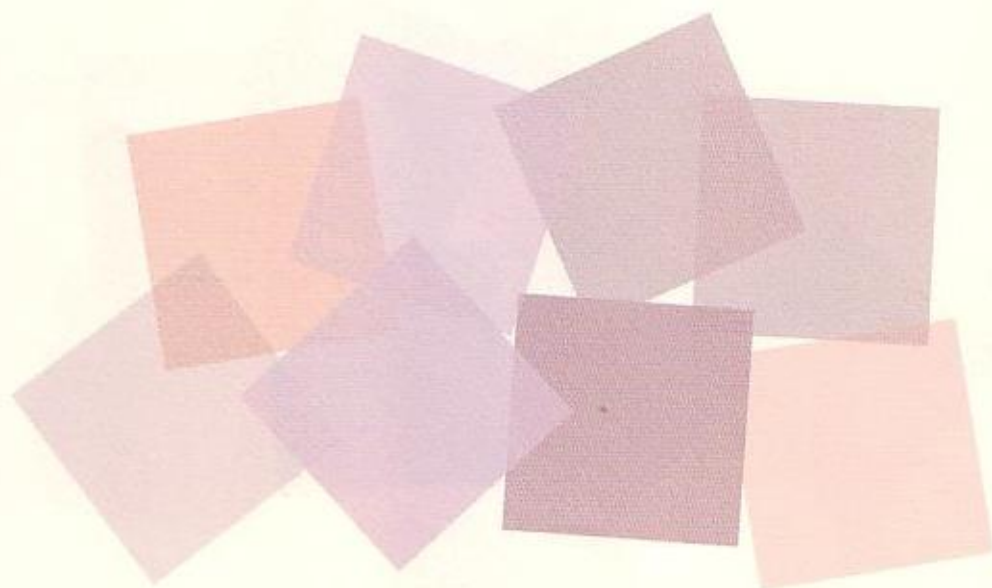
- * Necesidad de la mediación
- * Ámbito sectorial
- * Para los inmigrantes...
- * Trabajar para la diferencia
- * Planificación propia
- * Evaluación interna.

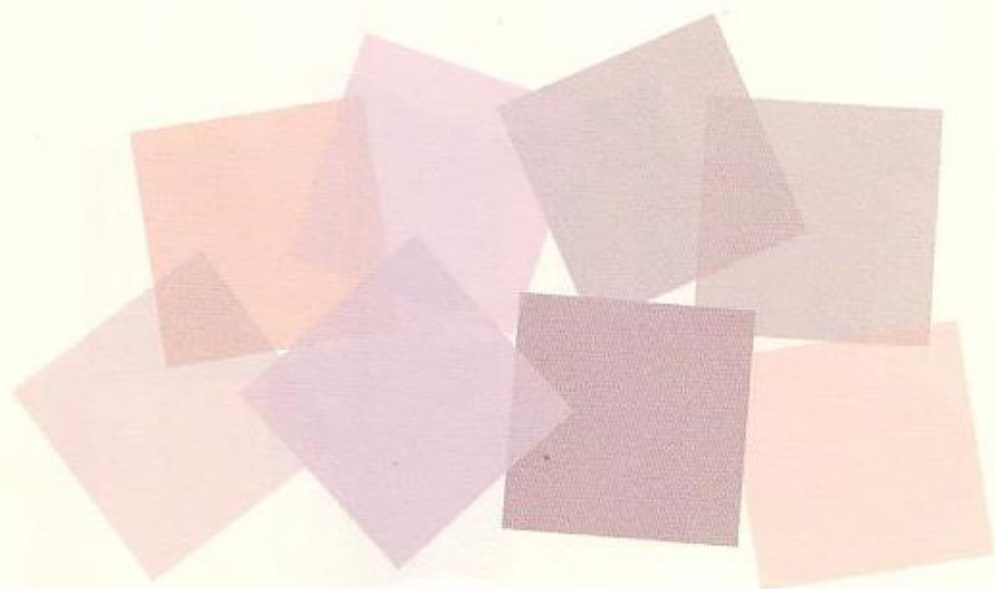
- Redefinición de la mediación.
- Trabajo compartido intersectorial.
- Con los inmigrantes...
- Trabajar con la diversidad.
- Planificación conjunta.
- Seguimiento compartido

PRODUCTOS ALCANZADO DESDE EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO CON LA
PERSPECTIVA DE LA DIVERSIDAD



- 1. Mejorar la información y accesibilidad a los recursos sociosanitarios de la población extranjera y, muy particularmente, de sus colectivos más vulnerables*
- 2. Avanzar en un modelo de atención integral con perspectiva familiar, generacional y multicultural, que incluya aspectos relevantes, relacionados con la salud de la mujer, los procesos de socialización y crecimiento de los menores y jóvenes, así como la salud mental entre otros.*
- 3. Fortalecer las líneas de intervención que atienden a personas vulnerables dentro de la población extranjera (personas que ejercen la prostitución, violencia de género, situaciones de irregularidad administrativa, cuidadores/as en riesgo de desempleo)*
- 4. Ahondar en la localización de las actuaciones, haciendo converger en el territorio los dispositivos para la coordinación y gestión de la atención sociosanitaria.*
- 5. Fortalecer los mecanismos de coordinación de todos los actores que tienen un protagonismo fundamental para el trabajo vinculado con la población extranjera (Consejería de Salud, Delegaciones Provinciales, Corporaciones Locales y Organizaciones No Gubernamentales).*





LA RELACIÓN DE AYUDA INTERCULTURAL

Octavio Vázquez Aguado
Universidad de Huelva

1. CONDICIONES Y CONCEPTOS CLAVES PARA ABORDAR LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON INMIGRANTES EN CLAVE INTERCULTURAL

Como punto de partida para el desarrollo de este trabajo creemos que es imprescindible prestar atención a los elementos contextuales que afectan al desarrollo de la intervención social en sociedades multiculturales. Son aspectos que requieren de una reflexión previa para entender cómo debemos pensar esta intervención. De lo contrario, abordaremos con debilidad el esfuerzo analítico y profesional que requiere este tipo de intervención.

Son tres los elementos que creemos condicionan la aproximación profesional en los contextos plurales. Se dan en todas las situaciones pero no siempre en igual medida. Corresponderá a los profesionales interrogarse acerca de la ecuación que, en cada situación, perfilan estos tres elementos: la constatación de la diversidad, el lugar que los actores ocupan en la estructura social y, finalmente, las condiciones de desigualdad en la que se produce la relación profesional-cliente.

Constatar, descubrir, la diversidad creciente en un territorio es un requisito previo a plantearnos la intervención social desde las claves de la competencia intercultural. En efecto, nuestros contextos, ya plurales de por sí en su configuración histórica y en su definición actual, están creciendo en diversidad fundamentalmente, pero no exclusivamente, por la presencia de ciudadanos de origen extranjero. Aunque insistimos que la diversidad no se agota en este fenómeno, no es menos cierto que la presencia de este tipo de ciudadanos ha coincidido con el debate sobre la diversidad en nuestra sociedad.

La primera consideración que nos merece la diversidad es generalmente positiva. En todos los órdenes de la vida tendemos a considerar que la pluralidad de opciones sobre un mismo hecho u objeto es un factor de riqueza, de amplitud de posibilidades. Estimamos que una sociedad plural y diversa es más rica y potente. Sin embargo, la diversidad existente sobre un territorio nos enfrenta

no sólo a consideraciones positivas del tono de las comentadas aquí, sino que también nos predispone a interrogarnos acerca de cómo gestionar los conflictos potenciales que se puedan producir a partir de la existencia de dos o más visiones diferentes sobre un mismo hecho. Es decir, cómo gestionar y organizar los espacios, formales e informales, en los que se produce el contacto personal entre sujetos de origen diverso. Es importante esta cuestión porque, cuando se producen estos conflictos, la primera reacción que se suele producir es defensiva: tendemos a considerar nuestra visión como la adecuada o correcta y como errónea la otra visión. Sin embargo, desde el punto de vista de la intervención social es necesario prestar atención a las otras visiones sobre un hecho que genera conflicto. Esta atención deriva de la necesidad de saber por qué la otra persona actúa de una manera concreta. Este conocimiento no implica aceptación o justificación de su comportamiento; tan sólo conlleva un intento de comprender qué sentido tiene el comportamiento desarrollado por uno o varios individuos.

El lugar que ocupan los actores de la relación en la estructura social es otro elemento de poderosa reflexión en los contextos multiculturales en la medida que es un elemento que influye enormemente tanto en la consideración de los actores como en la relación en sí. Esta posición condiciona el acceso al empleo, a los recursos sociales, a una vivienda digna y, en definitiva, a un reconocimiento social que, como decimos, afecta tanto a nuestra percepción del otro como la relación en sí. En nuestro contexto qué duda cabe que, generalmente, las personas de origen extranjero objeto de la intervención social suelen ocupar peores empleos y viviendas menos dignas que la población de la sociedad receptora.

Las condiciones desiguales en las que tiene lugar la relación profesional con los inmigrantes es el tercer elemento que condiciona la intervención profesional. Generalmente, los profesionales ocupan no sólo un lugar de referencia respecto a sus clientes sino que, además, tienen posiciones de superioridad respecto a los mismos porque no sólo están reconocidos como expertos para aconsejar y resolver problemas sino que también son mayoritariamente miembros de las sociedades receptoras y representan un discurso, una manera de ver la realidad social, que es considerada como la normal y correcta.

Lo importante de estas tres condiciones es que todas, en mayor o menor medida, están presentes en todas las intervenciones profesionales en contextos plurales y/o multiculturales. Corresponde a los profesionales conocer qué lugar y qué influencia tiene cada una de ellas sin atender de manera preferente o única a una de ellas. Veamos su influencia a partir de un caso tomado de El corazón

de Madrid (2002: 91) que recoge la experiencia del servicio de mediación social intercultural del Ayuntamiento de Madrid y que creemos que ilustra perfectamente las tres dimensiones que acabamos de señalar.

El punto de partida de este caso es la situación de precariedad en la que se encuentra una mujer marroquí divorciada y con una hija de cinco años a su cargo. En el momento en el que se producen los hechos que a continuación relatamos, ésta recibía una prestación de RMI de 58.000 pts. Mensuales, residiendo en una habitación alquilada con derecho a cocina.

Los Servicios Sociales municipales tienen conocimiento de este caso a través de la trabajadora social del centro escolar al que acude la niña, pues, a partir de la revisión médica anual que se realiza en el mismo se detecta que pesa menos de lo normal. A ello se une, además, algunos problemas de adaptación y que la niña sufre ataques epilépticos.

Ante esta situación, la trabajadora social del colegio se pone en contacto con la trabajadora social que se ocupa de esta familia en los Servicios Sociales municipales. Ambas, después de repasarlos hechos, consideran que, en realidad, están ante un caso de sobreprotección de la madre hacia la hija. Puesto que la niña es epiléptica, la madre está muy pendiente de ella y le deja comer sólo lo que le apetece.

Así pues, la trabajadora social municipal decide asignarle a esta mujer, a través del Programa de Prevención y Familia, una educadora para la familia, que le ayude a reconducir la relación con su hija y a introducir pautas saludables en su dieta. La educadora se hace cargo del caso, pero en seguida se da cuenta de que tiene dificultades de entendimiento lingüístico y cultural con la madre y, por esta razón, solicita la intervención de la mediadora social intercultural.

Una vez que la mediadora entra en escena, se encuentra, por una parte, con una mujer que no comprende que alguien le tenga que enseñar cómo dar de comer a su hija y, por otra, a una educadora con dificultades para hacerse entender por su usuaria.

En un primer momento, la intervención de la mediadora se centra en realizar sesiones de interpretación con el objetivo de mejorar la comunicación entre la educadora y la usuaria. Con estas sesiones, no sólo se realiza una labor de traducción, sino sobre todo una labor de puente entre ambas partes para que se comprendan mejor, puesto que a la falta de entendimiento no se debe sólo a problemas de comunicación lingüística, sino también a una diferencia cultural en cuanto a la valoración de qué tipo de alimentos son mejores para la niña y cómo se han de cocinar.

Las discrepancias sobre cuál sería la dieta más adecuada se resumen en los siguientes puntos: por una parte, la educadora se basa en las pautas normalizadas de una guía española de nutrición infantil y juvenil. Por su parte, la madre elabora la dieta a partir de su experiencia y las costumbres de su país.

Cuando la mediadora social es conocedora de este hecho, su labor se amplía hacia una mediación interpersonal que se centra, en un primer momento, en conseguir acercar las posiciones de la madre y la educadora, procurar que se escuchen mutuamente y que argumenten sus opiniones. Durante este proceso, la mediadora recoge lo

más destacado, los puntos en común y aquellos que les distancia, para posteriormente poder llegar a un acuerdo entre las partes.

El segundo paso de la mediadora va dirigido a nivelar la situación entre la madre y la educadora, puesto que la mujer se hallaba en una posición de desequilibrio de poder ante la educadora, debido a su estado psicológico depresivo y sin muchas fuerzas para dialogar, y también, al miedo que sentía de perder su derecho a la RMI. Por ello, la mediadora se propuso reforzar a la madre para que se expresara sin miedo a la hora de exponer su punto de vista ante la educadora.

A partir de este momento, la comunicación, mejoró, la madre pudo explicar en qué consiste la dieta habitual que se suele dar a los hijos en su país y por qué es así, mientras que la educadora pudo transmitir los principios en los que se basa la nutrición infantil que recomiendan los expertos. A partir de este momento, las dos mujeres dialogaron y confeccionaron juntas cuál habría de ser la dieta más adecuada para que la niña superase su problema de bajo peso,

Estamos, por lo tanto, ante un caso claro de intervención de la mediadora social intercultural como apoyo a un profesional y, también, ante una de las vías más habituales que conducen hacia la mediación interpersonal.

A nosotros no nos interesa analizar en estos momentos la intervención de la mediadora social intercultural. Sí nos ocupa un análisis de este caso de acuerdo a los tres elementos que hemos dicho que condicionan la intervención social en contextos plurales. Por un lado, en este caso, nos encontramos con elementos de diversidad cultural que, como se recoge, tienen que ver con una familia marroquí compuesta por madre e hija y su visión de lo que se consideran pautas correctas de alimentación frente a otras consideraciones de los profesionales sobre esta cuestión. También concurren dificultades de entendimiento lingüístico. Asimismo, hay elementos que nos remiten a los lugares que ocupan los actores en la estructura social: una de las partes vive en una habitación con derecho a cocina y sus ingresos económicos se reducen a la RMI que teme perderlos sino atiende a las recomendaciones de los profesionales contratados por administraciones públicas. Finalmente, la desigualdad que existe en la relación es también palmaria: no menos de cuatro profesionales por un lado y, en frente una madre y su hija. En medio, lo que se considera como pautas correctas de alimentación: los profesionales se apoyan en una guía elaborada por un experto mientras que la madre se basa en su experiencia.

Hubiera sido muy fácil explicar el problema de falta de peso de la hija tan sólo porque la madre no la alimenta bien. Sin embargo, hemos podido comprobar que hay otros elementos que influyen en la situación y que los profesionales deben contemplar. Este análisis triple de los elementos culturales, del lugar en la estructura social y de desigualdad en la relación, son los que los profesionales deben analizar en su intervención profesional porque las situaciones que

abordan están atravesados por ellos tres. Ahora bien, por sí solos no explican qué es lo que ocurre en una relación profesional en un contexto multicultural. Es necesario prestar atención a otros elementos que tienen que ver con el proceso de comunicación. Para analizar este nuevo factor, nos basaremos en la teoría de la ansiedad y la incertidumbre de Gudykunst según el análisis realizado por Rodrigo (1999). Sostiene esta teoría que los malentendidos en las relaciones interculturales son frecuentes aun compartiendo entre los interlocutores una lengua que haga más fácil la comunicación. Ello genera un grado de ansiedad e incertidumbre mayor que cuando la relación se produce entre personas de la misma cultura. Gudykunst, con el desarrollo de esta teoría, pretende identificar cuáles son los elementos que facilitan y dificultan la relación intercultural al objeto de poder establecer una comunicación eficaz y no perfecta. La diferencia entre estos dos calificativos es importante porque la perfección nos remite al control de todos los elementos presentes en la comunicación, algo imposible en cualquier intercambio comunicativo mientras que, la eficacia, nos aproxima al nivel a partir del cual los interlocutores consideran que la comunicación es aceptable.

Los conceptos fundamentales que emplea Gudykunst para explicar su teoría son los siguientes: el primero de ellos es el de forastero que viene definido por una doble percepción: está próximo porque entra en interacción con unos sujetos a partir de los cuales establecer las categorías de proximidad o lejanía, y está lejos porque se le atribuye una pertenencia un grupo distinto. Como señala Rodrigo (1999: 170) la clave en la determinación de este concepto es el grupo a partir del cual se define lo extraño y lo lejano y el criterio que se emplea para tal distinción. Debido a esta doble circunstancia de proximidad y lejanía, la relación con el forastero genera incertidumbre y ansiedad. La incertidumbre la define Rodrigo como un fenómeno cognitivo que condiciona lo que pensamos sobre los forasteros. Gudykunst establece dos tipos: la predictiva que produce inseguridad puesto que no sabemos cómo el otro se va a comportar, y la explicativa que deviene de la imposibilidad de explicar el comportamiento del otro de acuerdo a nuestros marcos culturales. Sin embargo, en toda relación existe siempre un grado de incertidumbre porque nunca tenemos la certeza absoluta sobre el comportamiento del otro. Hemos de encontrar un equilibrio entre la máxima y la mínima incertidumbre porque, de este modo, tendremos confianza para predecir el comportamiento del otro al mismo tiempo que estaremos vigilantes para no obviar los posibles malentendidos que sucedan en la relación. Sin embargo, como señala Rodrigo (1999: 171) el grado de incertidumbre variará a lo largo del tiempo y en cada interacción específica por lo que no tendremos nunca la certeza de dónde localizar el nivel medio de incertidumbre. Únicamente debemos entrenarnos para encontrarlo en cada interacción.

Si la incertidumbre alude al aspecto conductual de la interacción, la ansiedad nos remite al componente emocional. Rodrigo lo define como un desequilibrio que padecen las personas y no saben exactamente a qué se debe. Es una respuesta emotiva que presupone consecuencias negativas. La ansiedad también está presente en toda interacción comunicativa y el reto es encontrar un equilibrio entre un máximo que, según Gudykunst, equivale al uso de los estereotipos para explicar el comportamiento del otro volviendo ineficaz nuestra comunicación, y un mínimo, que conlleva una desmotivación por la interacción.

El logro de una comunicación efectiva depende del equilibrio en la incertidumbre y en la ansiedad. Según Gudykunst, se trata de un proceso de intercambio de mensajes, de creación, interpretación y construcción de sentido que no todas las personas, ni siquiera aquéllas que pertenecen a un mismo marco cultural, realizan del mismo modo aunque, evidentemente, es más fácil la comunicación cuando se comparte el marco cultural que cuando no. Para lograr una mayor eficacia en la comunicación, hay que tener conciencia del proceso comunicativo, superar la comunicación como algo automático e incorporar el análisis de los valores y significados implícitos que usamos.

La importancia de los conceptos expuestos en esta teoría (forastero o extranjero, doble vinculación con el mismo: cercanía y lejanía, incertidumbre, ansiedad y proceso comunicativo) podemos verlos con claridad en otro breve relato de otra intervención profesional que nos sirve de excusa para ilustrar lo anterior:

El trabajo con la familia B. comenzó en 1991 cuando el cabeza de familia, M., quería regularizar su situación en España aprovechando el período extraordinario que había concedido el Gobierno Central para ello. M. estaba en nuestro país desde 1984 trabajando como marinero acogido al convenio de pesca entre España y Marruecos. En 1993 abandona la actividad laboral al conseguir una pensión de jubilación de invalidez por enfermedad profesional.

También en 1993 consigue reagrupar a su familia que, durante todo este tiempo, había permanecido en una ciudad del norte de Marruecos. Esto fue posible gracias a la labor desarrollada por la asociación por medio de su trabajador social. La familia está compuesta por un total de nueve miembros, siete de los cuales son hijos entre veintidós y cinco años. Todos, salvo el segundo, están escolarizados aunque presentan situaciones de fracaso y retraso escolar respecto a otros niños de su edad. Su situación económica es precaria puesto que la renta media disponible por cada miembro de la unidad familiar supera en poco las ocho mil pesetas mensuales. Tras una estancia prolongada en una vivienda del centro de la ciudad, se trasladaron a una casa adquirida en propiedad en un barrio periférico, que presenta unas condiciones de habitabilidad deficientes por la escasa dotación de servicios y por la insuficiencia de espacios.

La relación que mantienen los cónyuges entre sí es muy tensa: la mujer se quiere separar pero no se atreve dada su condición de musulmana. El marido pasa mucho

tiempo fuera del hogar y es criticado por su escasa aportación a la economía familiar. De los hijos, la hija mayor se presenta como el miembro de la familia con más autoridad, asumiendo decisiones que le corresponden a lo padres: interviene en el proceso educativo de los hermanos, busca recursos sociales y económicos..., es el miembro que mejor habla la lengua castellana y que mejor conoce la organización de nuestra sociedad.

El trabajo realizado por los trabajadores sociales de la asociación con esta familia ha sido importante a lo largo de todos estos años. Han hecho posible la reagrupación familiar facilitando la tramitación de los documentos. Se ha dispuesto un sistema de apoyo para la enseñanza de la lengua a los hijos y la esposa. Se le ha apoyado en la adquisición de material escolar, en el equipamiento del hogar, el pago de alquiler y suministros básicos. Se le ha ayudado en la toma de decisiones mediante la clarificación y el análisis de su situación... a pesar de todo ello, las relaciones entre los miembros de la familia y los profesionales no han sido fáciles. Por parte de estos últimos, se observa una relación de dependencia hacia la asociación, situación que se quiere romper. La familia considera, a juicio de los profesionales, que la asociación tiene la obligación de responder a todas sus necesidades de origen económico: cuando se da la respuesta querida, hay una actitud positiva; cuando no, se producen tensiones por ambas partes.

La relación con la familia se deteriora a un ritmo acelerado a partir de la intervención profesional descrita a continuación: la hija mayor, la que muestra una mayor adaptación a la sociedad de acogida, plantea al profesional su deseo de trabajar. Tras sopesar si el deseo era firme o no, la profesional moviliza una serie de contactos que fructifican en la posibilidad de trabajar de empleada de hogar en el domicilio de un matrimonio, ambos funcionarios, sin hijos, en horario de mañana, siendo sus tareas las relacionadas con la limpieza de la casa. No estaría contratada, pero el sueldo doblaría los ingresos medios familiares y las condiciones de trabajo le permitirían seguir estudiando. Tras comunicar tales condiciones a la interesada, en el último momento, ésta rechaza el trabajo. Se presenta en la asociación acompañada de su madre, la cual, increpa a la profesional por el trabajo hecho y por no habérselo comunicado antes a ella. La profesional muestra una incomprensión ante la actitud acusadora de la madre y la inhibida de la hija. No saber por qué se comportan así. A partir de estos momentos, la relación con la familia B. se enfría y prácticamente se pierde. La profesional creía que el trabajo era la solución a la situación de la familia y, sin embargo, lo que se encuentra es con la pérdida de confianza de la misma.

Los conceptos claves que expone Gudykunst en su teoría los podemos ver perfectamente en este breve relato: nos encontramos con otra familia (qué casualidad, también de origen marroquí) con la que una asociación viene trabajando desde hace tiempo por lo que se puede pensar que, a pesar de las dificultades y problemas que se muestran, la relación es fluida. La incertidumbre y la ansiedad de los profesionales en este caso son menores en la medida que ya hay una relación de mucho tiempo. Sin embargo, hay un acontecimiento que desencadena la pérdida de confianza de la familia en los profesionales: la búsqueda de un trabajo para la hija mayor. La comunicación entre familia y asociación, que se nutría de una relación de varios años se rompe y genera

incomprensión por un comportamiento concreto de la hija mayor que sólo se puede explicar desde un marco de referencia diferente al de los profesionales. Es decir, hay una comunicación fluida basada en la proximidad pero, sin embargo, hay una atribución de comportamientos a un grupo que es ajeno. Esta es la clave, lo que genera la ansiedad y la incertidumbre: ¿por qué se comportan así? Los profesionales necesitan superar esta situación mejorando su conocimiento sobre los sujetos de la acción y sobre las causas que explican su comportamiento. Pero no basta con conocer más. Es necesario articular también una estrategia de intervención -la competencia intercultural- basada en las bases de la acción intercultural.

2. LA ACCIÓN INTERCULTURAL

Entendemos que la acción intercultural es una forma de intervención que se caracteriza por abordar la realidad de la diversidad atendiendo tanto a factores culturales, socioestructurales y personales. Se basa en el abordaje de la diferencia pero no la reduce únicamente a sus elementos de naturaleza cultural, sino que introduce otros elementos para abordar su análisis.

Como forma de intervención, la acción intercultural la definimos como un proceso que comienza con la constatación positiva de la diversidad que existe sobre un territorio aunque, en determinadas ocasiones, esta convivencia puede ser conflictiva. Afecta a toda la población y no se dirige, por tanto, exclusivamente a los miembros de los grupos minoritarios o etiquetados como diferentes. Tiene una dimensión preventiva en la medida que, a través de la educación, puede facilitar a los individuos concernidos elementos que les ayuden a convivir con diversidad. Posee, asimismo, una función reparadora puesto que sus estrategias se desarrollan también en situaciones de conflicto. Sus objetivos fundamentales deben permitir el análisis de la producción de las diferencias sociales a partir de la diversidad cultural, facilitar la convivencia entre sujetos diferentes logrando que esta diversidad no sea un obstáculo para la convivencia.

Esta concepción de la acción intercultural descansa en considerar que los procesos de cambio y aceptación no afectan únicamente a los inmigrados (De Lucas, 2001: 49), puesto que implican también a las sociedades receptoras en la medida que se generan transformaciones y mutaciones en las mismas. Cómo abordar estos cambios y, sobre todo, cómo hacer ver que la inmigración representa más pluralidad y más diversidad a sociedades ya plurales y, por tanto, no homogéneas, es uno de los desafíos a los que se enfrentan los países que acogen inmigrantes y a los que la acción intercultural puede dar respuesta en

la medida que la misma pretende una educación en la convivencia con la diversidad. Todo ello sin obviar que la integración implica también un tratamiento legal adecuado para la extranjería, una mejora en las condiciones de trabajo, acceso a la vivienda, educación, una participación en el espacio público y una ocupación del mismo que exige renegociar las claves de su ordenamiento.

A pesar de la importancia de la acción intercultural como propuesta de intervención, su desarrollo no es ajeno a los problemas que plantea la convivencia entre sujetos diferentes. El principal de ellos es el que afecta al "límite de la tolerancia" que marca la frontera a partir de la cual la diversidad no es aceptable. Este límite tiene una dimensión personal (lo que cada sujeto está dispuesto a aceptar), y una dimensión social (lo que cada sociedad, a través de la regulación normativa, asume como correcto).

3. EL CONCEPTO DE COMPETENCIA INTERCULTURAL

Para el desarrollo de la acción intercultural como estrategia de intervención proponemos el concepto de competencia intercultural, que pretende reflejar el conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades que los profesionales del trabajo social deben poseer para desempeñar con éxito su labor en contextos multiétnicos. Esta competencia, de acuerdo con Rodrigo (1997 y 1999) tiene tres dimensiones fundamentales: la cognitiva, que exige un aumento del conocimiento que tengamos acerca del otro pero también sobre nosotros mismos. Este conocimiento no se limita a la dimensión cultural sino que debe incorporar otras, como la posición estructural, que los individuos en relación ocupan. Posee una dimensión afectiva que se desarrolla fundamentalmente a través de la empatía, que nos facilita comprender mejor el punto de vista del otro, pero que exige también desarrollar una capacidad para manifestar emociones positivas frente al otro diferente. Por último, tiene una dimensión comportamental en la medida que la competencia intercultural proporciona habilidades para adecuar el comportamiento individual al contexto en el que se desarrolla. En esta dimensión es muy importante la comunicación verbal y la no verbal. La suma de estas habilidades debe permitir que los profesionales sean eficaces en la comunicación intercultural.

Pero el desarrollo de esta competencia está sujeta a una serie de riesgos sobre los que debemos estar alerta. Existe un riesgo de cosificación de la misma. Como nos señalan Soenen, Verlot y Suijs (2001: 65) esta competencia es una noción en alza pero peligrosa en la medida que su desarrollo puede quedar reducido a una enumeración universal de habilidades, conocimientos y actitudes

que deben ser adquiridos por quienes trabajan con la diversidad. Circunscribir la competencia intercultural a este listado equivale a negar el carácter dinámico e interactivo que exige la acción intercultural y que todo profesional debe tener en cuenta para conducir con éxito su labor en contextos plurales. No podemos, como nos señalan estos autores, limitar esta competencia a un mero perfil profesional que pretenda dar respuesta a las necesidades formativas y técnicas de profesionales que empiezan a trabajar con inmigrantes. La competencia intercultural requiere, por tanto, de la concepción interactiva de la intervención social, donde los profesionales sean conscientes de la diversidad cultural y de la dinámica de cambio que genera cualquier comunicación, sin olvidarnos que el simple hecho de poner en contacto a personas diferentes en un mismo espacio no presupone garantía de éxito en el intercambio. Pensamos que es necesario formar y entrenar a los profesionales para que puedan gestionar con éxito sus contactos con la diversidad. Sin embargo, desarrollar cualquier programa formativo conducente al entrenamiento en la competencia intercultural no conlleva la adquisición inmediata de la misma. Los profesionales no pueden conformarse con recibir un conjunto de nociones teóricas y prácticas más o menos interesantes, más o menos novedosas. Pensamos que es necesario incorporar la formación continua que, en este caso, podría centrarse en aprender y reflexionar sobre las experiencias laborales para perfeccionar y mejorar el conjunto de habilidades y procedimientos que definen a la competencia intercultural.

Por último, debemos evitar el riesgo del culturalismo. Para nosotros, el culturalismo consiste básicamente en atender, de manera exclusiva o preferente, a la dimensión cultural de los inmigrantes como elemento que explica todos los problemas o conflictos que puedan tener. Aunque hemos sido insistentes en incorporar siempre otros elementos al análisis de la realidad de la inmigración, pensamos que éste es el riesgo principal al que nos enfrentamos cuando trabajamos en medio multiétnico: es muy fácil explicar todos los problemas atendiendo únicamente a la diferencia, pero no sólo es un análisis que se vuelve en contra de los propios inmigrantes, sino que simplifica en exceso, por la vía de la descalificación, el trabajo de los profesionales.

La competencia intercultural encuentra un marco de aplicación en la intervención social en el desarrollo de la mediación social en clave intercultural. La mediación, que implica la participación de una tercera parte cuando dos o más están en conflicto, descansa en el reconocimiento que tienen éstas para resolver los problemas que les enfrentan con la ayuda de un sujeto externo. El mediador facilita la toma de decisiones y agiliza la comunicación entre las partes. Para desempeñar esta función, los trabajadores sociales poseen una serie de habilidades y conocimientos, proporcionados por su formación curricular, que

incorporan a la mediación: saber escuchar, la empatía, capacidad para buscar nuevos recursos, la comprensión de la lógica de la comunicación, la idea de sistema...

Sin embargo, cuando la mediación se realiza en contextos plurales, se requiere una formación específica que permita comprender la dinámica de los relaciones interculturales. No podemos, una vez más, enfocar el análisis de estos problemas desde una dimensión basada únicamente en la diferencia cultural: es imprescindible incorporar la dimensión estructural y el conocimiento de las realidades personales de las partes en conflicto. La mediación intercultural pretende lograr el reconocimiento del otro como interlocutor válido para resolver los problemas. Para ello, los mediadores interculturales deben poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes, coincidentes con las de la competencia intercultural, que les faculte para realizar su trabajo.

4. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA INTERCULTURAL

Para poder perfilar la propuesta que hemos elaborado sobre el desarrollo de la competencia intercultural en la intervención social debemos contemplar tres referentes fundamentales: por un lado, las aportaciones teóricas que se han realizado en el estudio de la comunicación intercultural y que, de manera resumida, nos proponen tres espacios de formación para el logro de la competencia intercultural: el ámbito de lo cognitivo o nuestra necesidad de incrementar nuestro conocimiento acerca de nuestras pautas culturales y las del otro con el propósito de perder incertidumbre y ganar seguridad en el momento de entrar en contacto con el otro diferente. Debemos trabajar, así mismo, el ámbito de lo afectivo con la intención de poder generar sensaciones positivas sobre el otro diferente, controlando la influencia de los estereotipos y prejuicios. A estos dos ámbitos sumamos el deseo de mejorar el abanico de habilidades de intervención con el propósito de mejorar la gestión de los posibles conflictos que puedan surgir en la relación intercultural.

Hemos contemplado el conjunto de propuestas formativas que se han desarrollado en España en lo que afecta fundamentalmente a las estrategias metodológicas para el trabajo de los contenidos. Nos parece fundamental que los mismos se aborden desde la realidad del propio grupo que va a realizar la formación, que se contemple su ritmo de trabajo y que se responda a sus propios intereses y deseos. Todos los contenidos serán trabajados desde una perspectiva práctica, que permita la interacción entre los miembros del grupo,

ensayando las habilidades nuevas que se proponen al objeto de alcanzar la mínima destreza que se requiere para su ejercicio.

Por último, no debemos olvidar que las profesiones sociales ya reciben una formación reglada que enfatiza las técnicas y habilidades en la relación interpersonal de ayuda. Debemos tener en cuenta toda esta formación y reorientarla hacia la intervención con inmigrantes y hacia el logro de la competencia intercultural.

Aunque hemos procedido a presentar los contenidos de nuestra propuesta atendiendo a los tres ámbitos principales que define la investigación sobre la comunicación intercultural para el logro de la competencia intercultural, debemos señalar que es difícil establecer una frontera nítida que diferencie claramente cada contenido en los tres ámbitos referidos. Entendemos que un mejor conocimiento sobre la inmigración y la comunicación ayuda al componente emotivo y, de igual modo, el uso de habilidades de intervención para la competencia requiere, en determinadas ocasiones, una nueva visión de la inmigración.

En el ámbito de los conocimientos nos parece fundamental, en primer lugar, trabajar los contenidos relacionados con la creación de los grupos y el desempeño de tareas en común. Para ello, seguimos las propuestas realizadas por Shaw (1979), Tous (1993) y el Colectivo Amani (1996). El trabajo de estos contenidos responde a una doble intención: proporcionar elementos teóricos que permitan la comprensión de la dinámica de los grupos y, por otro lado, facilitar estrategias que faciliten a los participantes la adquisición de habilidades para trabajar en grupos. Con este doble propósito también trabajamos inicialmente los contenidos relacionados con la lógica de la comunicación de Watzlawick y otros (1981) así como pistas que nos permitan mejorar nuestra comunicación (Luft, 1978; Costa y López, 1991).

También ofrecemos referentes teóricos para lograr la comprensión de la realidad de la inmigración. Al respecto, Verbunt (1999: 35-41) propone los siguientes contenidos: Historia de las migraciones. Con el propósito de lograr la desdramatización de la inmigración y su consideración como un fenómeno que ha estado presente en toda la historia de la humanidad. Se trataría de analizar tanto la historia de la emigración como la de la inmigración, contextualizando ésta última de acuerdo a la globalización y mundialización en la que estamos insertos. Es imprescindible ofrecer información sobre las dimensiones de la inmigración en nuestra sociedad así como de sus principales características. Consideramos que esta aproximación debe completarse con la realización de historias de vida de inmigrantes a partir del empleo de las entrevistas en pro-

fundidad, que permite tanto el adiestramiento en técnicas cualitativas como el acercamiento a la realidad de la inmigración, lo que contribuye a desdibujar la presencia de prejuicios y estereotipos. El acercamiento de las culturas. Este acercamiento se basa en el conocimiento tanto de la cultura del otro como en la propia. Sin embargo, no se trata de proporcionar un conocimiento enciclopédico acerca de las mismas, sino de abordar, a partir de hechos concretos, el conocimiento de aspectos parciales. No olvidemos, de cualquier modo, que hemos de rechazar una visión estática de la identidad y de la cultura. Por último, las estrategias identitarias. Hemos intentado poner de manifiesto cómo la intervención social con inmigrantes está atravesada por la presencia de identidades diferentes en el marco de la relación. Es necesario acercarse al conocimiento de los impactos que produce en la identidad de los migrantes su inserción en contextos diferentes. Sin embargo, no podemos obviar que la identidad propia, tanto personal como profesional, está sometida a conflictos. Cómo se producen y qué incidencia tienen han de ser objeto de la formación de los profesionales en clave intercultural. De igual modo, sucede con los estereotipos y los prejuicios, que son trabajados tanto conceptualmente como analizados desde la propia experiencia personal.

Los profesionales de la mediación intercultural deben contemplar una serie de principios que ayuden a la eficacia de su trabajo. En primer lugar, está la necesidad de comprender la lógica interna de cada cultura, con el objetivo de evitar las clasificaciones y las interpretaciones desde un solo punto de vista que conduce siempre a la emisión de juicios negativos. Se impone un conocimiento de la cultura del otro tanto desde el punto de vista del observador como de la comprensión a partir de los sujetos que la viven. Este aporte doble de información nos ayudará a la educación en el relativismo, fundamental para evitar el desarrollo de prejuicios y la emisión de opiniones negativas sobre el otro: se trata de reconocer la validez de todas las culturas y la dificultad de establecer clasificaciones. Sin embargo, esta afirmación no implica una sacralización de las culturas, en el sentido de que son inmutables e inalterables. Nada más lejos de la dinámica intercultural que implica una aceptación del cambio. Otro principio básico de la mediación reside en la no definición de estereotipos, es decir, la atribución a todos los miembros de un grupo de unas características individuales. Aunque no podemos evitar el establecimiento de categorías analíticas (africanos, marroquíes, musulmanes...), el problema reside en el uso que damos a estas construcciones y en cómo se generan las mismas. Por último, no hay que evitar los conflictos, que no sólo tienen una raíz cultural, sino que en numerosas ocasiones se debe a las diferentes posturas estructurales que ocupan los sujetos de la acción (Camilleri, 1999: 208-214).

Una vez que hemos facilitado a los alumnos el conocimiento de la realidad de la inmigración debemos proponer, en el ámbito de los conocimientos, la reflexión acerca de las propuestas que existen sobre cómo organizar la convivencia entre sujetos diferentes. Hacemos especial hincapié en las posibilidades, las exigencias y los límites que impone la acción intercultural con el propósito de descubrir la interculturalidad como una opción válida aunque problemática. Será en este contexto donde desarrollaremos, así mismo, las habilidades necesarias para el ejercicio del Trabajo Social con inmigrantes a través de la mediación intercultural. Para ello, en primer término, proponemos una reflexión sobre la mediación y sobre las especificidades de la mediación intercultural. Posteriormente, entramos en el ámbito de las estrategias de intervención.

Estas estrategias de intervención representan el núcleo central de las habilidades y competencias conductuales que los trabajadores sociales deben desarrollar en su acción intercultural. Al respecto, Cohen-Emerique (1993) propone la incorporación de los dos niveles de análisis al proceso de ayuda a través de tres fases: La descentración. Consiste en tomar distancia de uno mismo. En dirigir la mirada no sólo hacia el otro como objeto de trabajo, sino también hacia el propio profesional, que se convierte así en objeto de conocimiento. Esta primera fase consiste en reflexionar sobre cómo participamos de las construcciones sociales que están presentes en los incidentes críticos. Pensar sobre nuestra propia visión de los hechos. Desnaturalizarla para verla como un constructo social e histórico que, ciertamente, nos puede llegar de manera objetivada (Berger y Luckman, 1993), es decir, construida de antemano, pero con la que nosotros interactuamos. Reflexionar sobre nuestros puntos de vista, tomar distancia sobre ellos para no hacer una defensa a ultranza de los mismos en el contexto intercultural. La penetración en el sistema del otro. Si ya hemos tomado conciencia de nuestra propia visión sobre los hechos, procede ahora, en coherencia con la reconstrucción del objeto, ver al otro como un sujeto cuyos comportamientos y actitudes también tienen sentido al poseer una estructura profunda que los dota de coherencia. Intentar conocer su punto de vista sobre las situaciones conflictivas antes de emitir ningún juicio. Para conseguirlo, Cohen-Emerique nos propone una serie de actividades como son la obtención de información, estar atento al discurso del otro, comprender el lenguaje no verbal, tomarse tiempo para poder descifrar un registro cultural diferente. La negociación y la mediación. Si hemos realizado las dos anteriores fases, descubriremos que nos enfrentamos a una situación donde existen dos entidades con sentido y que se reconocen mutuamente. La negociación y mediación no es fácil puesto que los aspectos afectados pueden que sean fundamentales para las partes implicadas en la relación y ninguna de ellas esté dispuesta a ceder. A veces, hay límites institucionales que impiden a los profesionales ir lejos en la negociación.

Para la resolución de los conflictos en los que intervienen los trabajadores sociales, además de la estrategia planteada Cohen-Emerique y el análisis de los incidentes críticos, los profesionales deben entrenarse en la resolución de conflictos a través del ejercicio de la mediación. Para ello proponemos el método "todos ganan" de Costa y López (1991) que permite el abordaje de situaciones conflictivas teniendo en cuenta a las dos partes en conflicto y, así mismo, establece con claridad el rol y las funciones que el mediador debe desarrollar en cada fase de resolución de los mismos.

A este conjunto de estrategias de intervención que configuran el grueso de la intervención intercultural de los trabajadores sociales debemos añadir una serie de habilidades que mejoran su trabajo. Destacan en este segundo ámbito las siguientes: la animación de los grupos y saber establecer objetivos en común en su seno. Saber presentarse y generar confianza ante y con personas desconocidas. En el ámbito de la comunicación, se entrenan habilidades relacionadas con la escucha activa, pistas para mejorar la comunicación en los grupos y en la relación interpersonal (respetar los ritmos, saber cuándo se debe intervenir...). Identificar los procesos a través de los cuales se distorsiona la comunicación. En el ámbito de la comunicación no verbal se aprende a valorar la influencia de los espacios en la relación. Se entrenan gestos y comportamientos que ayudan a mejorar la comunicación. Se analiza la dimensión intercultural de los mismos y se aprende el significado diferente que algunos gestos tienen en culturas diferentes.

En el ámbito de las competencias emotivas, es decir, aquéllas que nos ayudan a emitir mensajes positivos antes, durante y después de mantener relaciones con sujetos de diferente cultura (Rodrigo, 1997) hemos trabajado específicamente la incidencia de los estereotipos en las relaciones interculturales. El origen de nuestras percepciones erróneas sobre la realidad de los inmigrantes y la influencia que ejercen en las lecturas que hacemos de la realidad. Asimismo, para el desarrollo de esta competencia, proponemos el entrenamiento de los profesionales en el reconocimiento del otro a través de comportamientos verbales y no verbales (Fried, 2000 y Cormier y Cormier, 1994) que ayuden a emitir mensajes positivos, y saber emitir críticas (Costa y López, 1991) que cuestionen un comportamiento concreto y no a toda la persona y su grupo de pertenencia. Aunque no son estrategias concretas para la emisión de mensajes positivos, a nosotros nos parece fundamental trabajar las visiones que tienen sobre la realidad de la inmigración. Nos parece fundamental que la percepción estereotipada de la realidad, la que se sostiene en un discurso social que negativiza todo lo relacionado con la inmigración, sea transformada de acuerdo a un conocimiento más próximo a la realidad y, para ello, deben trabajarse en el

ámbito de los conocimientos, cuestiones tan básicas como conocer el número de extranjeros existentes en nuestra sociedad, su perfil en cuanto a origen, sexo, edad..., la incidencia que tienen sobre el trabajo o las aportaciones que realizan a las sociedades receptoras.

Con este conjunto de conocimientos que se transforman no sólo en habilidades para un mejor hacer sino también en nuevas actitudes respecto a la inmigración y la educación intercultural, creemos que se contribuye al desarrollo de la competencia intercultural tal y como la entiende Rodrigo (1997: 13): consiste en tener habilidad para poder negociar los significados culturales de los hechos a través de los cuales se motiva el contacto con el otro. Saber qué representan y cómo se interpretan estos acontecimientos desde el marco de referencia del inmigrante y también desde el propio del trabajador social, descubriendo que son dos actores portadores de cultura los que intervienen en la relación. Adquirir una competencia comunicativa enriquecida con la dimensión intercultural que proporcionan las interrelaciones en los contextos plurales.

5. BIBLIOGRAFÍA

BERGER, P y LUCKMANN, T. (1993): La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Amorrortu.

CAMILLERI, C. (1999): "Principes d'une pedagogie interculturelle". En DEMORGUN, J. y LIPIANSKY, E.M. Guide de l'interculturelle en formation. París, Retz; 208-214.

COHEN-EMERIQUE, M. (1993): "L'approche interculturelle dans le processus d'aide". En Santé Mentale au Québec, Vol. XVIII, n° 1; 71-92.

COHEN-EMERIQUE, M. (1999): "L'approche interculturelle dan le processus d'aide". En DEMORGUN, J. y LIPIANSKY, E.M. Guide de l'interculturelle en formation. París, Retz; 228-240.

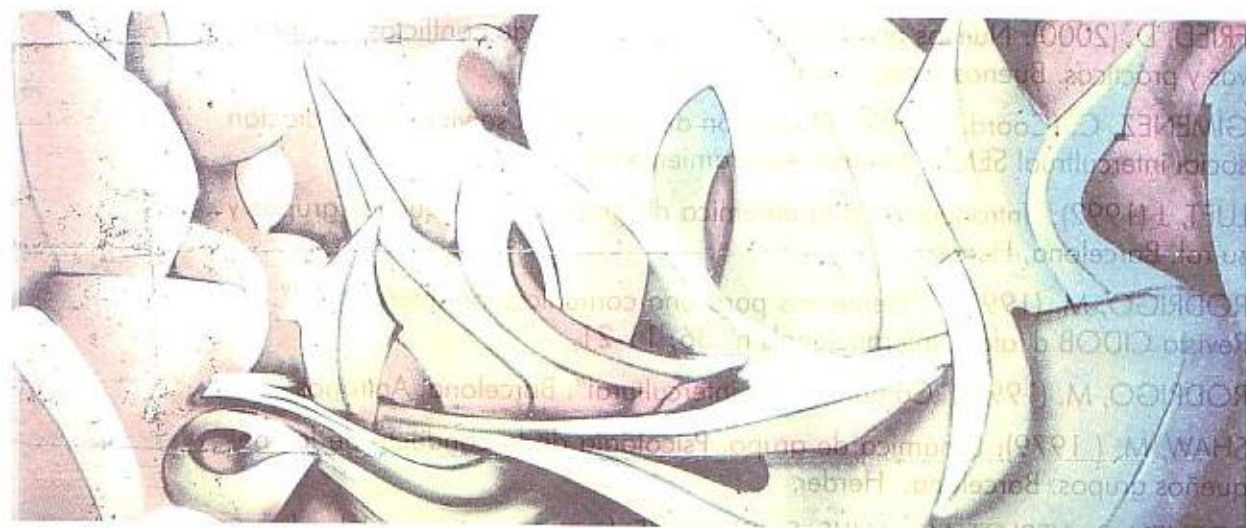
COLECTIVO AMANI (1996): Educación intercultural. Análisis y resolución de conflictos. Madrid, Popular.

CORMIER, W.H. Y CORMIER, L.S. (1994): A partir de Estrategias de entrevistas para terapeutas. Desclée de Brouwer, Madrid,

COSTA, M. Y LÓPEZ, E. (1991): Manual para el educador social. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.

DE LUCAS, J. (2001): "Las condiciones de un pacto social sobre la inmigración". En FERNÁNDEZ, N. Y CALVO, M. (coordinadores): Inmigración y Derechos. Zaragoza, Mira Editores; 33-59.

- FRIED, D. (2000): Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos. Perspectivas y prácticas. Buenos Aires, Gránica.
- GÍMENEZ, C. (Coord.) (2002): El corazón de Madrid. El servicio de mediación social intercultural SEMSI. Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- LUFT, J (1992): Introducción a la dinámica de grupos: los pequeños grupos y su rol. Barcelona, Herder.
- RODRIGO, M. (1997): "Elementos para una comunicación intercultural". En Revista CIDOB d'afers internacionals nº 36; 11-21.
- RODRIGO, M. (1999): Comunicación intercultural". Barcelona, Antropos.
- SHAW, M. (1979): Dinámica de grupo. Psicología de la conducta de los pequeños grupos. Barcelona, Herder.
- SOENEN, R., VERLOT, M. y SUIJS, S. (2001): "Enfoque pragmático del enfoque intercultural". Políticas sociales en Europa, 9, 61-74.
- TOUS. J.M. (1993): Comportamiento social y dinámica de grupos. Barcelona, PPU.
- VERBUNT, G. (1999): "Le problème des migrants et la formation des travailleurs sociaux". En En DEMORGUN, J. y LIPIANSKY, E.M. Guide de l'interculturelle en formation. París, Retz; 99-109.
- WATZLAWICK, BEAVIN y JACKSON (1981): Teoría de la comunicación humana. Barcelona, Herder.



MEJORAR LA ATENCIÓN AL PARTO EN HOSPITALES ANDALUCES: APORTACIONES DE UNA INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA

Carmuca Gómez Bueno y Hélène Bretin.
Sociólogas. Universidad de Granada, Université Paris 13, Iris.

El estudio se integra en el marco del proyecto de mejora de la atención perinatal en la red de hospitales públicos andaluces. Los objetivos son:

- 1) conocer la situación de la atención perinatal en los hospitales andaluces,
- 2) identificar las dificultades que puedan encontrar las mujeres inmigrantes en este contexto.

La investigación exploratoria consiste en:

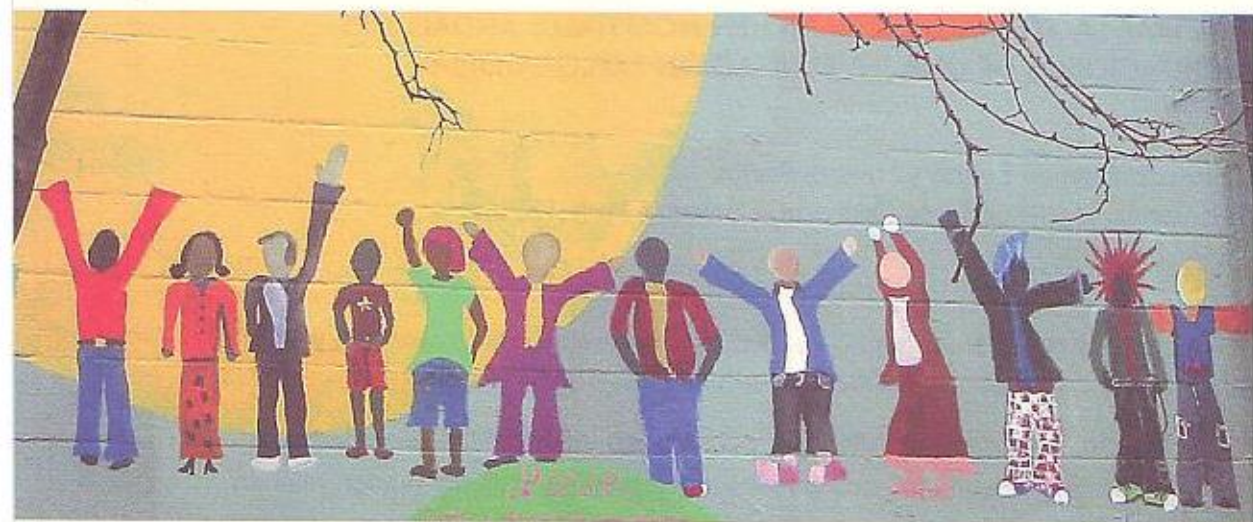
- a) Revisión bibliográfica;
- b) Entrevistas semi-estructuradas y observaciones exploratorias en hospitales andaluces (6 hospitales, 4 ginecólogos-obstetras; 2 pediatras (uno, neonatólogo), 4 enfermeros/as; 3 matronas; 30 mujeres).

Tanto la bibliografía como las entrevistas y observaciones exploratorias muestran que:

- 1) Los principales obstáculos a una mejora de la atención al parto son: las formas de organización del trabajo que impiden una atención "continuada" a las mujeres; el poder médico intervencionista; la falta de compromiso colectivo de los profesionales potencialmente implicados en los cambios de actitudes y prácticas; la falta de información clara y de implicación de las mujeres; la presión de los familiares a veces favorables a una intervención más rápida.
- 2) La principal dificultad de las madres extranjeras es la comprensión de la lengua oral y/o escrita. Pero su nivel de satisfacción depende también de su experiencia previa tanto en el país de origen como en otros hospitales españoles. El personal carece de estrategias de comunicación eficaces.

Ambas aproximaciones abren pistas sobre las posibilidades de mejora:

- mejoras en infraestructuras y en dotación de personal dentro y fuera del hospital (atención primaria) facilitando la preparación, la información y la implicación de las mujeres.



- reconocer y devolver su papel central a las matronas.
- conseguir y compensar la implicación del personal en el análisis y las modificaciones de sus prácticas.
- implicar a las mujeres en el proceso de cambio.
- formar al personal en los modos de relacionarse con mujeres de varias procedencias, favoreciendo diversas formas de comunicación con ellas.

SITUACIONES Y EXPERIENCIAS RESPECTO A LA PÍLDORA POSTCOITAL EN POBLACIONES DE MUJERES INMIGRANTES

El estudio se realiza como paso previo para planificar la difusión de información sobre la píldora postcoital (P.P) entre mujeres inmigrantes en Andalucía. Objetivos: Conocer y analizar las condiciones de acceso a la contracepción y P.P. en los países de origen y en países con larga tradición en la recepción de inmigrantes por motivos económicos.

Se seleccionaron los 3 países de origen de emigración más representados en Andalucía (Marruecos, Rumania y Ecuador) y 3 países con acceso a la P.P. y con una larga tradición en acogida de inmigrantes (Francia, Suecia y Estados- Unidos). Las herramientas de recogida de información fueron:

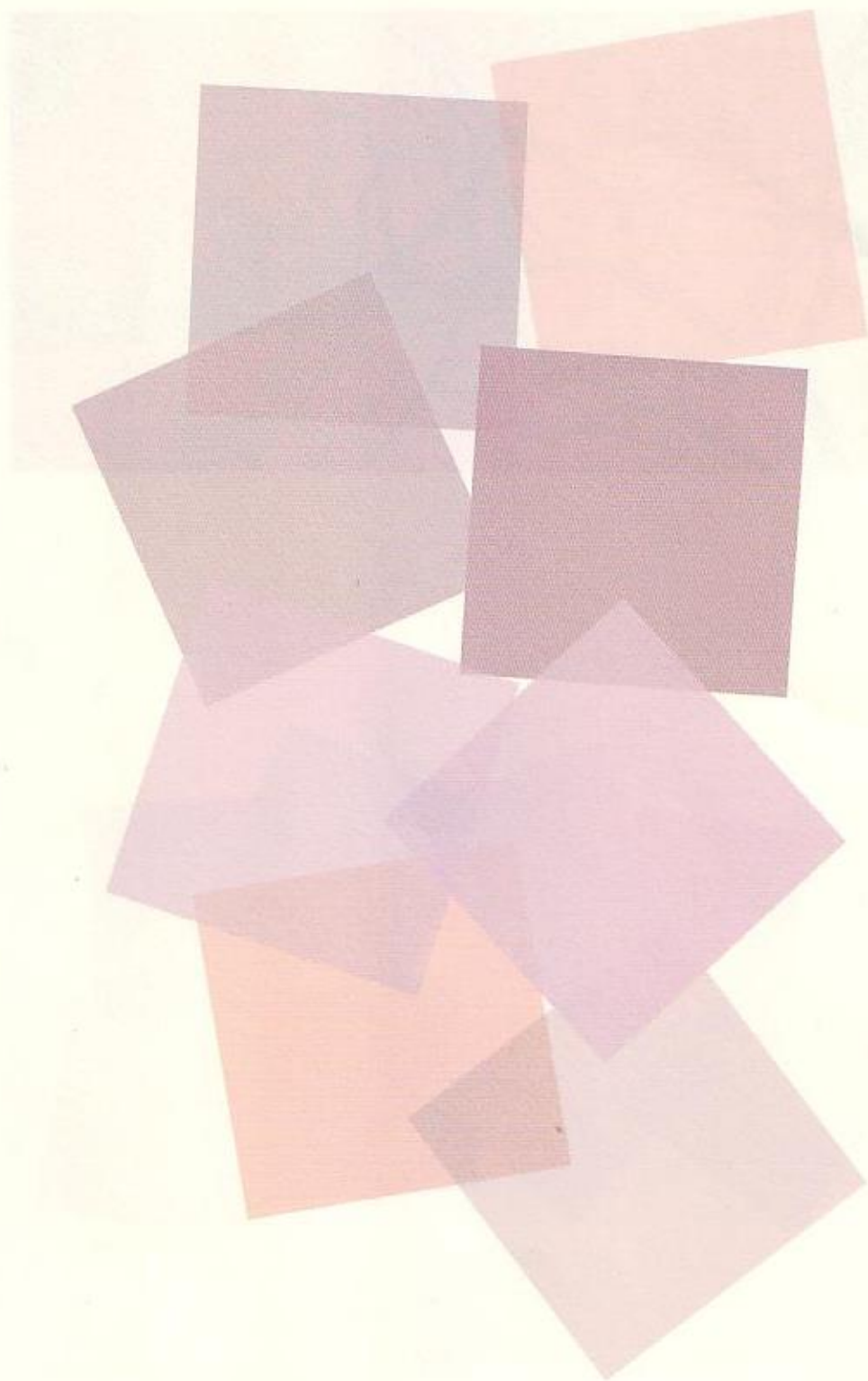
- 1) Literatura científica (inglés, francés, español): búsqueda cruzando los términos: anticoncepción; píldora del día después/siguiente/de emergencia; inmigración/migración, inmigrantes.
- 2) Sitios webs dedicados a la P.P. y planificación familiar.
- 3) Contactos con profesionales de la salud pública y planificación (Francia, Estados- Unidos).
- 4) Entrevistas a mujeres inmigrantes en edad fértil.

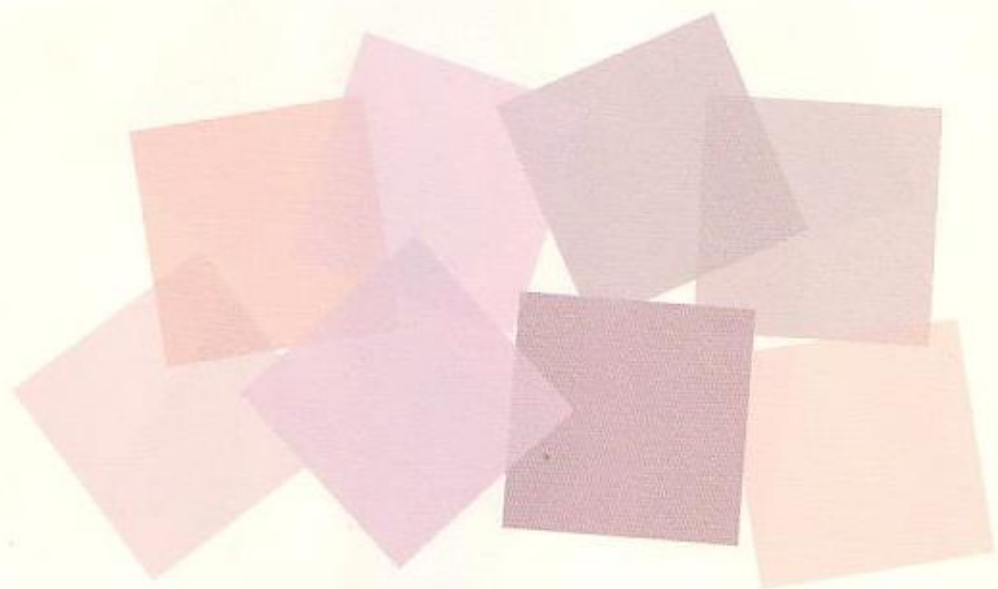
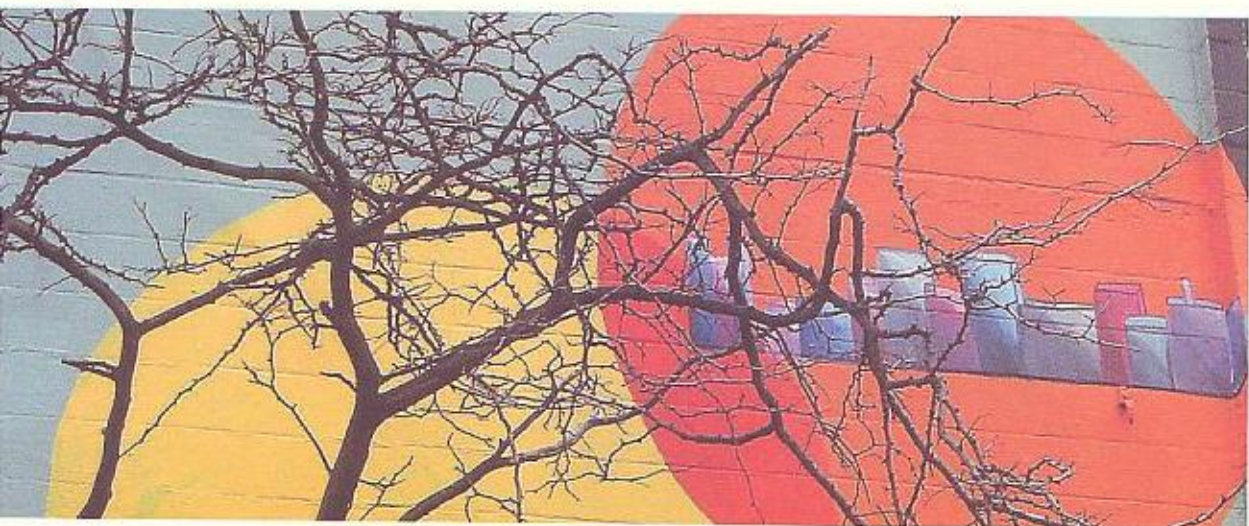
Respecto a los 3 países de procedencia: El uso de anticonceptivos modernos creció en los 3 casos en las últimas décadas. La P.P. está disponible en los tres países (Ecuador: 1998, Rumania: 2002/2003, Marruecos 2008), pero hay varios obstáculos a su acceso/uso: precio, necesidad de receta, ausencia de campañas informativas, y oposición de grupos "por la vida".

Respecto a los 3 países de referencia: Francia, Suecia y EE.UU. distribuyen la P.P. sin receta a los adultos, incluso gratuitamente para los menores en Francia. Se necesita receta para los menores en EEUU, salvo en 9 estados. No hay estudios sobre el uso de la P.P. por las inmigrantes en Francia o Suecia. Un estudio californiano muestra diferencias según los grupos étnicos y más obstáculos potenciales expresados por las hispanas (pedir la autorización de su pareja; que la religión la prohíbe; que no funcionará; no saber donde conseguirla). En Suecia y EE.UU. encontramos iniciativas dirigidas hacia poblaciones inmigrantes: sitio en internet con informaciones en 13 idiomas (Suecia), formación de farmacéuticos y folletos específicos hasta en 11 idiomas (California).



Recomendaciones : Informar a las mujeres inmigrantes sobre el acceso a la PP. a través del desarrollo de herramientas (escritas/orales) en varios idiomas. Formar a farmacéuticos y demás dispensadores de la PP. La literatura muestra también que aspectos como las percepciones del riesgo de embarazo, las condiciones concretas de acceso y las actitudes de los profesionales implicados en su distribución son condicionantes a tener en cuenta.





OBJETIVOS

OBJETIVOS SOCIOSANITARIOS DEL II PLAN INTEGRAL PARA LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1.

3.1. Facilitar el acceso al Servicio Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante.

Objetivos Generales Asociados

- A) Promover las condiciones económicas, sociales y culturales que fomenten las políticas de acogida de la población que llega por primera vez a Andalucía, apoyando estrategias que permitan un modelo de inclusión autónomo para los nuevos y nuevas andaluces y andaluzas.

- C) Asegurar el acceso, en condiciones de igualdad y equidad, de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, tales como la salud, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica, impulsando y realizando estrategias activas que garanticen este acceso.

Medidas

- 3.1.1. Difusión de la forma de acceso a los servicios de salud entre la población inmigrante.
- 3.1.2. Potenciación y redefinición de la mediación a través de programas de las ONG's.
- 3.1.3. Información en diferentes idiomas de la cartera de servicios de los centros de atención primarias.

Organismos Responsables

Consejería de Salud.

Organismos Gestores

SAS: Áreas Sanitarias, Distritos de Salud y Zonas Básicas de Salud.

Asociaciones y ONG's

Organizaciones Sindicales.

Indicadores de evaluación.

Objetivo General C	Indicador Cualitativo	Acceso a la Sanidad
		$\left(\frac{\text{Personas de origen extranjero que acceden a la sanidad}}{\text{Población de origen extranjero}} \right)$ $\left(\frac{\text{Personas que acceden a la sanidad}}{\text{Población residente en Andalucía}} \right)$
Objetivo Especifico 3.1	Indicador Cualitativo	Número de documentos de reconocimiento temporal. Desglose de datos por variables incluidas (Edad, sexo, origen, asociación de mediación, zona de origen según el documento de derivación,..)
Medida 3.1.1.	Indicador Cualitativo	Número y tipo de material (dípticos, trípticos, carpetas de mano...), según idiomas.
	Indicador Cualitativo	Valoración del material por parte de la población inmigrante
Medida 3.1.2.	Indicador Cualitativo	Número de acciones de mediación. Número de acciones de mediación por asociaciones.
	Indicador Cualitativo	Perfil de actividades realizadas.
Medida 3.1.3.	Indicador Cualitativo	Elaboración de mapas de referencia por Zonas Básicas Sanitarias. Asistencias sanitarias realizadas: Datos acumulados, nivel atención primaria y especializada, así como otros datos de interés. Extender el sistema de traducción a todo el SSPA.
	Indicador Cualitativo	Perfil de las estrategias de captación llevadas a cabo.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2.

3.2. Mejorar la calidad asistencial de los problemas de salud de la población inmigrante y sus familias.

Objetivos Generales Asociados

- A) Promover las condiciones económicas, sociales y culturales que fomenten las políticas de acogida de la población que llega por primera vez a Andalucía, apoyando estrategias que permitan un modelo de inclusión autónomo para los nuevos y nuevas andaluces y andaluzas.

- C) Asegurar el acceso, en condiciones de igualdad y equidad, de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, tales como la salud, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica, impulsando y realizando estrategias activas que garanticen este acceso.

Medidas

3.2.1. Conocimiento y uso de las particularidades de la multiculturalidad por parte del colectivo de profesionales de la salud.

3.2.2. Formación en aspectos relacionados con el Sistema de Salud en Andalucía dirigida a entidades que participan en el mismo relacionadas con la población inmigrante.

3.2.3. Intercambio de experiencias y buenas prácticas en Atención Primaria y Hospitalaria.

3.2.4. Elaboración de protocolos de atención a la salud de inmigrantes y sus familias.

Organismos Responsables

Consejería de Salud.

Organismos Gestores

SAS: Áreas, Distritos de Salud y ZBS.

Indicadores de evaluación.

Objetivo General C	Indicador Cualitativo	Incidencia y evolución del concepto de Salud en el colectivo de personas de origen extranjero. Número de protocolos específicos de atención en los temas prevalentes en este colectivo.
	Indicador Cualitativo	Evolución del impacto de la condición de inmigrante en la incidencia y prevalencia de determinados aspectos de salud.
Objetivo Especifico 3.2	Indicador Cualitativo	Estudio de satisfacción por personas implicadas.
Medida 3.2.1.	Indicador Cualitativo	Número de cursos impartidos. Número y categoría profesional de los sanitarios participantes.
	Indicador Cualitativo	Grado de satisfacción de los participantes. Aplicación a la práctica profesional de los contenidos tratados.
Medida 3.2.2.	Indicador Cualitativo	Número de cursos impartidos a ONG's. Número de participantes. Tipo de cursos impartidos.
	Indicador Cualitativo	Grado de satisfacción de los participantes de las ONG's.
Medida 3.2.3.	Indicador Cualitativo	Conclusiones del encuentro y orientación de buenas prácticas. Número de buenas prácticas detectadas. Ámbitos de trabajo de las buenas prácticas detectadas.
Medida 3.2.4.	Indicador Cualitativo	Tipo y ámbito de trabajo de los protocolos elaborados.

En todos casos los datos podrán ser desagregados en el ámbito provincial.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.3.

3.3. Incorporar la perspectiva y las necesidades de la población inmigrante en la atención del Programa de Salud Materno Infantil.

Objetivos Generales Asociados

- A) Promover las condiciones económicas, sociales y culturales que fomenten las políticas de acogida de la población que llega por primera vez a Andalucía, apoyando estrategias que permitan un modelo de inclusión autónomo para los nuevos y nuevas andaluces y andaluzas.
- C) Asegurar el acceso, en condiciones de igualdad y equidad, de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, tales como la sanidad, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica, impulsando y realizando estrategias activas que garanticen este acceso.

Medidas

3.3.1. Adaptación del marco conceptual del Programa de Salud Materno Infantil, teniendo en cuenta la realidad de la población inmigrante y la concepción de las relaciones sexuales, la maternidad y la crianza en sus países de origen.

3.3.2. Realización de módulos formativos dirigidos a profesionales en todos los niveles del Sistema de Salud sobre:

- Diversidad de concepciones sobre relaciones sexuales, salud materno infantil, estilos de crianza.
- Estrategias de comunicación con la población extranjera.
- Recursos sociales comunitarios disponibles en el territorio.

3.3.3. Traducción de materiales y edición de cada uno de los subprogramas de salud materno infantil, incorporando la perspectiva de la población inmigrante en la elaboración de materiales.

Organismos Responsables

Consejería de Salud.

Organismos Gestores

Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Indicadores de evaluación

Objetivo General C	Indicador Cualitativo	Pertinencia de la adaptación de los materiales de trabajo.
		Número y tipo de material que incorpora de la perspectiva de la inmigración en los materiales del programa materno infantil.
Objetivo Especifico 3.3.	Indicador Cualitativo	Tipo y distribución de materiales del programa materno infantil con la incorporación de la perspectiva de la inmigración.
Medida 3.3.1.	Indicador Cualitativo	Número de personas implicadas en la revisión de los subprogramas. Número de subprogramas revisados.
	Indicador Cualitativo	Impacto de la participación de los inmigrantes en la revisión.
Medida 3.3.2.	Indicador Cualitativo	Número de cursos Número de participantes.
	Indicador Cualitativo	Evaluación de la calidad de la formación de los participantes y su impacto en la práctica profesional.
Medida 3.3.3.	Indicador Cualitativo	Número de materiales editados por subprogramas.
	Indicador Cualitativo	Evaluación de los materiales editados por parte de las personas usuarias.

En todos casos los datos podrán ser desagregados en el ámbito provincial.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.4.

3.4. Ampliar el Plan de Atención a Cuidadores y Cuidadoras adaptándolo a los problemas de salud de las familias inmigrantes.

Objetivos Generales Asociados

F) Diseñar y promover programas de formación para todas las personas que realicen actividades, en el ámbito privado o público, permitiendo una adecuación constante a la aplicación de conocimientos.

Medidas

3.4.1. Captación de cuidadores y cuidadoras para su inclusión en talleres de formación para la asistencia en el domicilio de personas mayores y discapacitadas.

3.4.2. Inclusión de módulos sobre cuidados básicos impartidos por Enfermeras Comunitarias de Enlace, Enfermeras de Familia y profesionales del trabajo social en los talleres.

3.4.3. Formación a enfermeras comunitarias de enlace, enfermeras de familia y profesionales del trabajo social sobre aspectos relacionados con la inmigración y la interculturalidad.

Organismos Responsables

Consejería de Salud con el apoyo de los sectores implicados.

Organismos Gestores

Consejería de Salud.
SAS.

Indicadores de evaluación.

Objetivo General F	Indicador Cualitativo	Evolución del número de cuidadores formados.
Objetivo Especifico 3.4.	Indicador Cualitativo	Nº de cuidadores formados. Personas de origen extranjero formadas según nacionalidad, edad y sexo.
Medida 3.4.1.	Indicador Cualitativo	Nº de cuidadores formados. Personas de origen extranjero formadas según nacionalidad, edad y sexo.
Medida 3.4.2.	Indicador Cualitativo	Evaluación de los cursos impartidos: discente y docente.
Medida 3.4.3.	Indicador Cualitativo	Numero de profesionales del ámbito sanitario que acceden a la formación específica. Tipo de profesionales. Cursos realizados. Horas lectivas.
	Indicador Cualitativo	Valoración de los contenidos y la formación recibida.

En todos casos los datos podrán ser desagregados en el ámbito provincial.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.5.

3.5. Adaptar el modelo de atención de los dispositivos de salud mental para incorporar la diversidad cultural en los enfoques de trabajo.

Objetivos Generales Asociados

- A) Promover las condiciones económicas, sociales y culturales que fomenten las políticas de acogida de la población que llega por primera vez a Andalucía, apoyando estrategias que permitan un modelo de inclusión autónomo para los nuevos y nuevas andaluces y andaluzas.
- C) Asegurar el acceso, en condiciones de igualdad y equidad, de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, tales como la sanidad, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica, impulsando y realizando estrategias activas que garanticen este acceso.
- E) Mejorar permanentemente el conocimiento de la realidad, las estrategias más adecuadas de cambio, así como el análisis de los logros conseguidos, manteniendo de forma sostenida la actividad investigadora sobre el fenómeno de la inmigración en Andalucía.

Medidas

3.5.1. Identificación de dispositivos de salud mental públicos en los que se atienda a población inmigrante.

3.5.2. Creación de un grupo de trabajo de profesionales con interés en la revisión de su práctica desde la diversidad cultural.

3.5.3. Detección de experiencias de interés en este campo en el ámbito nacional e internacional.

3.5.4. Capacitación anual en este ámbito del equipo de profesionales mencionado.

3.5.5. Elaboración de instrumentos y modelos de actuación desde diferentes dispositivos.

Organismos Responsables

Consejería de Salud.

Organismos Gestores

Consejería de Salud.
SAS.

Indicadores de evaluación.

Objetivo específico 3.5.	Indicador Cualitativo	Número de personas extranjeras que acceden a los dispositivos de salud mental, según sexo, edad y nacionalidad. Tipos de patologías tratadas.
Medida 3.5.1.	Indicador Cualitativo	Realización de un análisis del acceso de las personas extranjeras a los dispositivos de Salud Mental.
Medida 3.5.2.	Indicador Cualitativo	Creación de un grupo de trabajo de profesionales con el interés común de revisar sus prácticas desde la diversidad cultural. Componentes del grupo de trabajo. Productos realizados por el grupo de trabajo.
Medida 3.5.4.	Indicador Cualitativo	Cursos realizados para la adaptación de los modelos de intervención. Profesionales que acceden a los cursos.
Medida 3.5.5.	Indicador Cualitativo	Realización de protocolos de intervención adaptados a la nueva realidad. Resultados de la nueva aplicación de protocolos a la intervención.

En todos casos los datos podrán ser desagregados en el ámbito provincial.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.6.

3.6. Atender las necesidades de salud de las personas inmigrantes que ejercen la prostitución.

Objetivos Generales Asociados

C) Asegurar el acceso, en condiciones de igualdad y equidad, de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, tales como la sanidad, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica, impulsando y realizando estrategias activas que garanticen este acceso.

Medidas

3.6.1. Adaptación de los Servicios Sanitarios a la atención de la población inmigrante extranjera que ejerce la prostitución.

3.6.2. Formación progresiva de los profesionales implicados en la atención de la población inmigrante extranjera que ejerce la prostitución.

3.6.3. Elaboración de modelos y estrategias de actuación en el ámbito de empleo, vivienda, salud, formación.

Organismos Responsables

Consejería de Salud con los sectores implicados.

Organismos Gestores

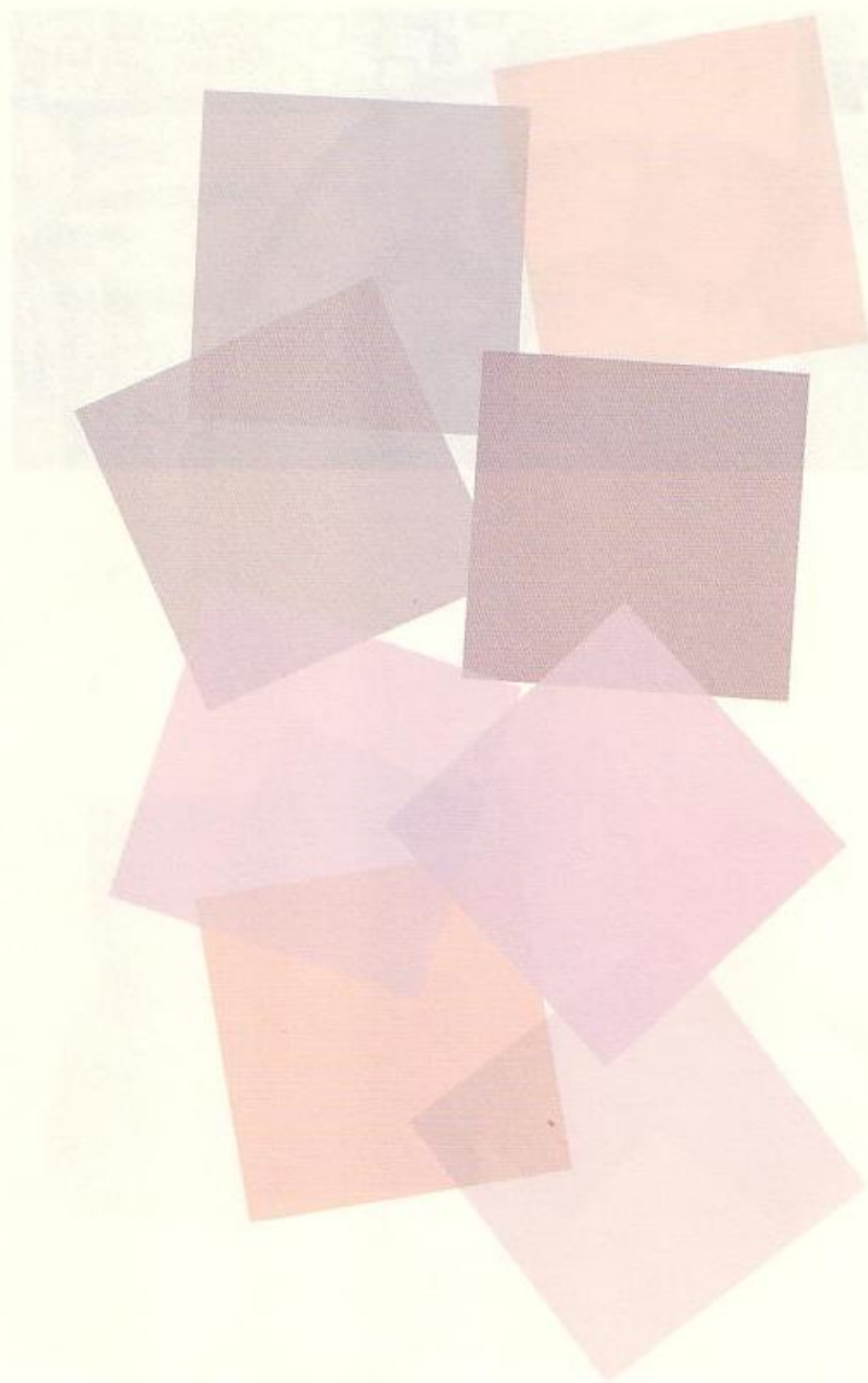
Consejería de Salud.

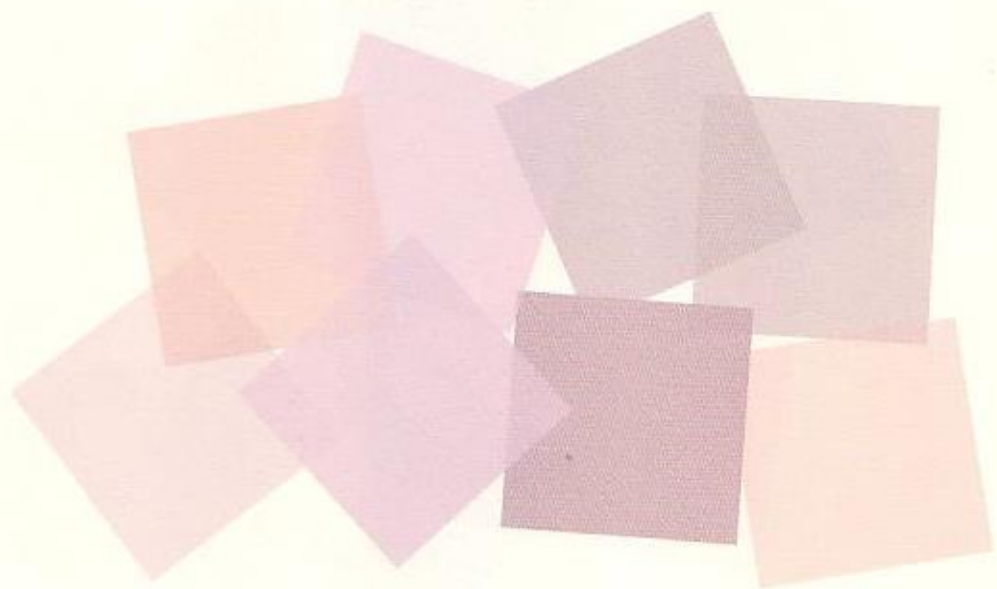
Instituto Andaluz de la Mujer.

Indicadores de evaluación.

Objetivo específico 3.6.	Indicador Cualitativo	Estimación del número de personas extranjeras que ejercen la prostitución. Estimación del número de personas extranjeras que ejercen la prostitución y acceden a los servicios prestados.
Medida 3.6.1.	Indicador Cualitativo	Servicios que dispensan atención a las personas extranjeras que ejercen la prostitución.
Medida 3.6.2.	Indicador Cualitativo	Número de cursos de formación. Número y tipo de Profesionales formados que componen los equipos. Evaluación discente y docente.
Medida 3.6.3.	Indicador Cualitativo	Protocolos de intervención diseñados. Tipo de intervenciones analizadas y adaptadas

En todos casos los datos podrán ser desagregados en el ámbito provincial.







RESUMEN EJECUTIVO

Escuela Andaluza de Salud Pública
Área de Cooperación Internacional
Granada, marzo 2008

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE SEGUIMIENTO II PLAN INTEGRAL PARA LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA 2006 – 2009. (ÁREA SOCIO-SANITARIA)

Resumen ejecutivo

El equipo técnico de evaluación de la Escuela Andaluza de Salud Pública agradece enormemente el esfuerzo realizado por todas las personas que han colaborado en el proceso de recogida de información para la elaboración de este informe.

Este informe responde a una evaluación de medio término en la implementación del II PIPIA y es el resultado de una consultoría encomendada y financiada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Las opiniones expresadas son las del equipo de evaluación y no representan necesariamente el punto de vista oficial de la Consejería.

Durante el último semestre del 2007 la Escuela Andaluza de Salud Pública ha estado realizando la evaluación de seguimiento cualitativa del área socio - sanitaria del "II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006 - 2009" (en adelante "el Plan").

El objetivo de este trabajo ha sido indagar en el proceso de puesta en marcha de las diferentes medidas que contempla el área socio - sanitaria del "II PIPIA" para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el mismo, con la intención de detectar tanto las acciones realizadas como los aspectos positivos y los aspectos a mejorar, para recogerlos en el informe que se presenta a continuación.

Este informe se concibe como una herramienta útil que permita orientar las futuras acciones hacia un mayor acercamiento a la consecución de los objetivos recogidos en el área socio - sanitaria del "II PIPIA" hasta el 2009.

El proceso de evaluación de seguimiento para la elaboración del informe ha supuesto un periodo de recogida de información compuesto por tareas de revisión de diferente bibliografía y documentación y de la realización de entrevistas en

profundidad a personal de dependencias involucradas en la puesta en marcha del Plan.

En la etapa final de trabajo se ha llevado a cabo un análisis de los datos utilizando el programa informático "Nudits Vivo", el cual permite la aplicación del método de análisis propuesto por Krippendorff y denominado "Análisis de Contenido"¹.

El criterio que se ha utilizado, no tanto para extraer sino para organizar estas conclusiones de los datos obtenidos fundamentalmente de las entrevistas, ha sido una adaptación de lo que se denomina "la saturación teórica", es decir, seleccionar los elementos que más se repiten en la mayoría de las aportaciones y que por tanto se consideran más objetivos.

Las categorías de análisis utilizadas han estado marcadas por el tipo de evaluación que se ha realizado. Es decir, dado que nos encontramos en el ecuador de la implementación del Plan, se ha llevado a cabo una evaluación de seguimiento de los mecanismos puestos en marcha para la consecución de los objetivos, indagando sobre todo en los procesos de gestión así como en los de realización de las diferentes acciones y/o medidas. En cuanto a los efectos, no se ha realizado una evaluación exhaustiva porque consideramos que sería demasiado prematuro teniendo en cuenta que aún no han pasado ni dos años desde la implementación del "II PIPIA", aunque sí se ha realizado una recopilación de algunas opiniones que, sin ser representativas, pueden darnos una idea del tipo de percepciones que tiene la población migrada con relación al Sistema Público de Salud.

Toda esta información se ha organizado en el informe en tres grandes bloques;

- por un lado, se ha agrupado la información obtenida sobre qué se ha hecho en cuanto a actuaciones concretas y cómo se ha hecho en cuanto a los mecanismos de gestión y coordinación,
- por otro lado, se ha agrupado la información referida a los posibles efectos o logros, y
- por último, se ha agrupado la información valorativa en cuanto a las actuaciones y a la gestión, haciendo especial hincapié en las valoraciones positivas, en los aspectos a mejorar, así como en las recomendaciones de cambio.

1 KRIPPENDORFF, K (1990): Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica. Barcelona, Paidós Ibérico, S.A.

¿Qué se ha hecho?

En cuanto a las actuaciones concretas, para dar cumplimiento al objetivo 3.1 "Facilitar el acceso al Servicio Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante", la Consejería de Salud ha hecho un esfuerzo importante en la producción de materiales que orientan la actuación de los profesionales y gestores del SSPA sobre la atención sanitaria a la población inmigrante, y aportan información sobre el acceso a servicios sanitarios a los propios beneficiarios. También han llevado a cabo jornadas y encuentros dirigidas a gestores y profesionales sanitarios y representantes de asociaciones de inmigrantes, generando foros de reflexión, participación y discusión, y creando un espacio para compartir experiencias en la atención sanitaria a esta población.

Las Delegaciones Provinciales de Salud por su parte, han trabajado en la adaptación de los documentos y materiales producidos por la Consejería de Salud a la realidad provincial. Se ha traducido material informativo a los idiomas de los países de origen de la población inmigrante en cada provincia y han trabajado en los convenios con las entidades no gubernamentales y sindicatos para mejorar el acceso y la información sobre los servicios sanitarios.

Dentro del SAS se está trabajando en facilitar la accesibilidad disminuyendo barreras, traduciendo documentos, utilizando mediadores, entregando la tarjeta sanitaria en todos los centros de salud, utilizando la hoja de entrevista clínica traducida a varios idiomas para facilitar la comunicación y entregando la "carpeta de salud" a las personas inmigrantes que tienen movilidad por su trabajo. El SAS también está trabajando en la línea de ampliar las jornadas de atención y mejorar los servicios de atención de urgencias para adecuar sus horarios a las posibilidades que tienen las personas migradas.

Desde los distritos sanitarios se presta especial atención al acceso a los servicios de prevención de infecciones de transmisión sexual, especialmente en personas que ejercen la prostitución. Se establecen relaciones directas con las entidades no gubernamentales que trabajan con estas personas para facilitar la información sobre los servicios de atención primaria y los controles preventivos. También se están desarrollando cursos de formación en competencias interculturales para el personal que trabaja en las áreas de atención al usuario, favoreciendo así el acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la mediación intercultural, una de las primeras acciones llevadas a cabo por la Consejería de Salud fue su ordenación, consensuando cuatro formas de intervención mediadora en la atención a las necesidades de salud: 1) el acompañamiento; 2) la mediación de los propios profesionales sanitarios; 3) la

colaboración de las asociaciones en tareas de mediación; y, 4) la contratación de mediadores profesionalizados.

Desde las Delegaciones Provinciales de Salud se han desarrollado acciones como acompañamiento y cursos de mediación intercultural. Según los entrevistados, lo que se busca es que la propia estructura sea capaz de asumir la diversidad cultural sin requerir estructuras paralelas. De las asociaciones se pide un papel fundamental en la formación de los profesionales sanitarios, para que puedan transmitir la experiencia en la atención a la población inmigrante.

Los procesos de traducción e interpretación siguen siendo solicitados desde los centros asistenciales a las entidades no gubernamentales quienes conocen las formas de mediación intercultural consensuadas por la Consejería de Salud, pero aún continúan ofreciendo estos servicios a través de voluntarios de las nacionalidades de origen de la población migrada.

La actuación específica más relevante para la captación de la población inmigrante es la simplificación del procedimiento de obtención de la tarjeta sanitaria. El SAS está trabajando en la unificación de este procedimiento, en la capacitación de los y las profesionales de las áreas de atención al usuario en los centros sanitarios para su implementación y en la difusión de información a otros agentes para mejorar la coordinación.

Desde los centros sanitarios, se capta a la población inmigrante interviniendo en problemas específicos, como la interrupción voluntaria del embarazo, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, entre otros.

Para dar respuesta al objetivo 3.2 "Mejorar la calidad asistencial de los problemas de salud de la población inmigrante y sus familias" la Consejería de Salud, a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública ha impulsado la investigación en inmigración, ha aportado conocimientos a los profesionales sobre inmigración a través del "Manual de atención sanitaria a inmigrantes" y la "Guía para profesionales de la Salud" y ha desarrollado una serie de monografías sobre temas relevantes en la atención a la población inmigrante denominada Colección "Inmigración y Salud".

Desde distintas instancias, se han desarrollado acciones de "formación en competencias culturales", destinadas principalmente a profesionales de la salud y jornadas dirigidas a los servicios de trabajo social, pediatría, medicina familiar, urgencias y ginecología.

En cuanto al intercambio de experiencias y buenas prácticas en atención primaria y especializada, desde la Consejería de Salud, a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública y en colaboración con la Fundación Caja Sur y el Ministerio de Sanidad y Consumo, se están desarrollando una serie de actuaciones dirigidas a crear espacios de trabajo colaborativo (RedSIR), se ha producido material audiovisual para la formación de profesionales sanitarios y se ha creado un centro de recursos en Internet. Desde las Delegaciones Provinciales de Salud se están impulsando actualmente espacios de encuentro para los y las profesionales sanitarios y otros agentes implicados en la atención a la población inmigrante.

Para dar respuesta al objetivo 3.3 "Incorporar la perspectiva y las necesidades de la población inmigrante en la atención del programa de salud materno infantil" se están implementando protocolos desde diferentes dependencias del SAS (ITS, IVE o seguimientos de embarazo), desarrollando talleres de cuidado materno-infantil e interviniendo en la derivación de los niños y niñas para la vacunación.

Con el propósito adaptar el marco conceptual del programa de salud materno-infantil desde la perspectiva multicultural, a finales de 2007 la Consejería de Salud constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales de la salud de diferentes puntos de Andalucía para crear y difundir una monografía denominada "Nacer y Crecer en Andalucía".

Se han desarrollado actividades formativas para profesionales sobre salud sexual y reproductiva en población inmigrante, acciones dirigidas a la adquisición de competencias culturales en esta temática concreta, y se ha prestado atención a la publicación de materiales informativos en diversos idiomas en relación con esta temática.

En cuanto al objetivo 3.4 "Ampliar el plan de atención a cuidadores y cuidadoras adaptándolo a los problemas de salud de las familias inmigrantes", desde las Delegaciones Provinciales de Salud se impulsa la formación de las cuidadoras inmigrantes en temas de cuidados sanitarios, en colaboración con las entidades no gubernamentales. Los cursos de formación a cuidadoras y cuidadores, ayuda a domicilio y/ o auxiliar de geriatría se desarrollan en el marco de los programas de inserción laboral.

Se organizan también cursos de formación para cuidadores de personas en situación de dependencia, en los que se ha empezado a permitir la asistencia a personas inmigrantes en situación administrativa irregular.

El objetivo 3.5 "Adaptar el modelo de atención de los dispositivos de salud mental para incorporar la diversidad cultural en los enfoques de trabajo" se aborda desde la mejora del acceso a las estructuras de salud mental del SSPA con que cuenta también la población autóctona. Solo algunas entidades no gubernamentales cuentan con el apoyo profesional de alguien dedicado al tratamiento psicológico de procesos traumáticos derivados de la inmigración.

En el año 2007, la Consejería de Salud constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales de la salud vinculados con la salud mental con el objetivo de crear la monografía "Salud Mental e Inmigración".

Frente al objetivo 3.6 "Atender las necesidades de salud de las personas inmigrantes que ejercen la prostitución", el trabajo de las entidades no gubernamentales y de las dependencias del SAS está fundamentalmente orientado a la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Se muestra un gran interés en que a las personas migradas que ejercen la prostitución se las atienda por vías ordinarias, ya que su salud es más amplia que la salud sexual y reproductiva. De hecho hay experiencias en este sentido que están dando buenos resultados sobre todo con relación a la estigmatización social que sufren estas personas tanto por su condición de inmigrantes como por el tipo de trabajo que realizan.

¿Cómo se ha desarrollado?

Las dos herramientas de gestión utilizadas por la Consejería de Salud son el Contrato Programa, a través del cual se establecen los objetivos en inmigración con los centros asistenciales y empresas públicas del SSPA, y el Acuerdo Marco, redactado en 2006 y firmado entre la Consejería de Salud y Delegaciones Provinciales de Salud y las entidades no gubernamentales. Además, se ha llevado a cabo un proceso de provincialización de los objetivos del Plan en todas las provincias, en algunas de ellas mediante un proceso participativo con las entidades no gubernamentales y dependencias del SAS.

Otras estrategias de coordinación implementadas por la Consejería de Salud son los encuentros anuales con las Delegaciones Provinciales de Salud, con los profesionales sanitarios y las asociaciones; las reuniones de seguimiento del Contrato Programa, la asistencia a jornadas y encuentros provinciales y las reuniones directas con asociaciones.

A nivel intersectorial se han establecido comisiones técnicas de seguimiento, coordinadas desde la Dirección General de Políticas Migratorias, el Foro de Inmigración como órgano consultivo y las mesas de inmigración dependientes de algunos Ayuntamientos o Diputaciones.

Aspectos positivos

Sobre el II PIPIA.

El proceso participativo de elaboración del Plan ha sido valorado positivamente. El Plan se concibe como un documento bien elaborado y completo, que evoluciona del acceso a la asistencia (prioridad del I PIPIA) a la calidad de esa asistencia (prioridad del II PIPIA). El enfoque del Plan pasa de ofrecer "procesos de acogida", a participar en "procesos de integración en la sociedad andaluza".

Sobre las estrategias de gestión y coordinación.

Ha sido positiva también la integración de distintos instrumentos de gestión entre la Consejería de Salud y los demás agentes implicados (Contrato Programa y Convenios Marco), así como la elaboración de criterios para la evaluación de la consecución de los objetivos que plantea el Plan.

En cuanto a la orientación a la descentralización, la implementación del Plan favorece la coordinación de los agentes provinciales involucrados y la complementariedad de las acciones subvencionadas.

Actualmente se están pilotando estrategias novedosas de coordinación en las que las Delegaciones Provinciales de Salud actúan como mediadoras entre los ayuntamientos y los distritos sanitarios, y se están estableciendo los pactos provinciales entre los gobiernos locales y las autoridades sanitarias.

Se observa un avance organizativo importante en la gestión y coordinación a través de estrategias como la creación de comisiones de seguimiento del convenio, encuentros, jornadas, espacios de trabajo colaborativo, espacios de debate y reflexión (foros y redes) que favorecen los acuerdos entre los agentes involucrados en la consecución de los objetivos propuestos por el Plan.

Sobre el acceso al SSPA.

Se está unificando el procedimiento de obtención de la tarjeta sanitaria para que el acceso a los servicios sea el mismo que el de la población autóctona. Se desarrollan charlas informativas, se traducen folletos y documentos a diversos idiomas y se han consensuado y priorizado los tipos de mediación dirigidos a optimizar el uso de las estructuras y recursos existentes dentro del SSPA.

Sobre la mejora de la calidad a través de la integración de la perspectiva multicultural en la atención.

Se está dando un impulso a la incorporación de la perspectiva multicultural en la práctica asistencial a través de la formación, la investigación y la producción de materiales y documentos como la colección de monografías de "Salud e Inmigración".

ción". También se están desarrollando actividades de formación y capacitación a los profesionales de las entidades no gubernamentales para mejorar la información sobre el acceso y uso de los recursos asistenciales del SSPA.

Aspectos a mejorar

Sobre los mecanismos de gestión, coordinación y seguimiento

El objetivo de los Convenios Marco es la planificación integral, la generación de alianzas y procesos de trabajo conjunto. Sin embargo, actualmente los Convenios entre las Delegaciones Provinciales de Salud y los demás agentes involucrados se quedan en la elaboración de actividades de formación o la realización de encuentros y jornadas. En general, las comisiones de gestión de los Convenios no se han constituido completamente y se no se celebran las reuniones con la periodicidad suficiente para generar verdaderos lazos de colaboración.

También es mejorable la coordinación con las dependencias del SAS, para que las actuaciones, protocolos o dispositivos que se ponen en funcionamiento en relación con la atención a personas migradas, tengan adecuada difusión.

Se puede mejorar en la difusión de información sobre el SSPA, los procedimientos y recursos disponibles, tanto entre las entidades no gubernamentales como entre los profesionales del Sistema.

Sobre los recursos

Otro aspecto a mejorar tiene que ver con la escasez de recursos tanto materiales como humanos destinados a poner en marcha el Plan, ya que el tiempo dedicado a la coordinación y gestión parece no ser suficiente.

Las dependencias institucionales, entidades no gubernamentales y sindicatos se encuentran en ocasiones con cambios del personal responsable de los programas de salud e inmigración, con la consecuente pérdida de información y desconocimiento de las acciones desarrolladas, las estructuras creadas y sus funciones.

Sobre el acceso al SSPA

Para mejorar el acceso y uso de los servicios de asistencia sanitaria será necesario mejorar la comunicación con la población inmigrante mediante la traducción de documentos imprescindibles para la asistencia, traducción telefónica y traducción de folletos informativos.

La correcta utilización de la "mediación intercultural" es todavía un reto. Tanto las opiniones como las argumentaciones con respecto a qué tipo de mediación

intercultural se debe realizar están divididas. Se debe continuar avanzando en el consenso respecto a la clasificación y priorización que se acordó en cuanto a tipos de mediación.

Sobre la mejora de la calidad a través de la integración de la perspectiva multicultural en la atención.

Se está impulsando la formación en competencias para la atención a la diversidad cultural en los y las profesionales asistenciales. Esta formación, que deberá llegar a todos los colectivos profesionales, tendrá que ser sistemática y organizada.

Incorporar la perspectiva multicultural a la atención a las patologías más prevalentes en la población inmigrante es fundamental, así como utilizar un enfoque más integral que abarque temas de familia, mujer, jóvenes, vulnerabilidad, prostitución y salud mental, entre otros.

Sobre los programas específicos.

La salud en las personas que ejercen la prostitución es fundamental y aún no está abordada de forma integral. Se están desarrollando acciones de manera difusa y sectorial cuando el abordaje debe ser integral e intersectorial.

Se percibe la ausencia de dispositivos de cobertura en caso de alta hospitalaria para las personas sin techo y sin recursos que en muchas ocasiones, aunque no siempre, coincide con que son personas migradas.

Sobre la sensibilización y formación de los agentes.

Otro aspecto a mejorar es la formación de las personas encargadas de impulsar la implementación del Plan, favorecer la adquisición de habilidades en intervención social y atención sanitaria, y pasar del voluntarismo a la institucionalización de las acciones.

Es necesario orientar la adquisición de competencia cultural a los profesionales sanitarios que desarrollan labores asistenciales, no solo a los responsables de dirección y gestión de las instituciones.

Recomendaciones y mecanismos

Mejorar la coordinación y participación de los agentes implicados

1. Identificar y contactar con todos los actores e instituciones vinculadas al desarrollo del Plan, crear con ellos una base de datos, integrarlos en una red, generando espacios de trabajo colaborativo, presencial y virtual, potenciando los espacios y redes ya creados (p.e. encuentros autonómicos y provinciales, Red ISIR) y fomentando la creación de nuevos espacios.

2. Identificar y captar al personal que tenga conocimientos, habilidades y experiencia en el uso de herramientas de intervención y formar en estas habilidades a aquellas personas que en la actualidad tienen la responsabilidad de desarrollar el trabajo. Elaborar material formativo y formar a formadores que puedan replicar la formación a todos los niveles.
3. Elaborar e implementar una serie de herramientas de faciliten tanto los trabajos de coordinación, planificación, trabajo en equipo y las tareas de evaluación futura. Utilizar los espacios de trabajo de la red para conseguir la participación de todos los actores en el diseño, pilotaje, implementación y evaluación de las herramientas.

Pasar de la "provincialización" a la "localización" del Plan.

4. Realizar reuniones periódicas con los responsables de las áreas de atención al usuario en los distritos sanitarios y hospitales, los referentes en los ayuntamientos y las entidades no gubernamentales. Planificar las reuniones estableciendo objetivos claros, optimizar el tiempo de dedicación a las reuniones y generar actas con las conclusiones de las mismas.
5. Utilizar los convenios entre las Delegaciones Provinciales y los demás actores involucrados, para la discusión y el consenso de planes de trabajo anuales para la implementación del Plan.
6. Utilizar el contrato programa para el pacto de objetivos relativos a la implementación del Plan con los Distritos Sanitarios y Hospitales, ajustándose al plan de trabajo pactado desde las Delegaciones Provinciales de Salud.

Continuar mejorando el acceso al SSPA a la población inmigrante.

7. Identificar los problemas sanitarios prevalentes en la población inmigrante a nivel provincial y local, editar y difundir manuales y materiales relacionados con los problemas sanitarios identificados y traducirlos a los idiomas de sus países de origen. Planificar la edición e impresión de materiales de acuerdo a las necesidades locales y provinciales.
8. Tratar específicamente lo relativo a la flexibilización de horarios de atención para mejorar la accesibilidad a la población inmigrante en el nivel local en las reuniones periódicas programadas desde las Delegaciones Provinciales de Salud con los Distritos Sanitarios.

Potenciar los tipos de mediación intercultural consensuados y priorizados.

9. Capacitar en educación y promoción de salud a los agentes de las entidades no gubernamentales. Planificar las actividades de capacitación con participación de los y las profesionales de los Distritos y centros sanitarios como docentes.
10. Pactar desde las Delegaciones Provinciales de Salud con las entidades no gubernamentales las actividades precisas de educación y promoción de salud dirigidas a la población inmigrante a desarrollar.
11. Formar a profesionales sanitarios en competencias interculturales. Utilizar para ello la estrategia de formación de formadores, abordando prioritariamente a profesionales de medicina y enfermería familiar y comunitaria, pediatría, enfermería de enlace, trabajo social.
12. Incluir en la Convocatoria de subvenciones a la investigación de la Consejería de Salud la temática de salud e inmigración como línea prioritaria, para potenciar el desarrollo de investigación.
13. Formar equipos de investigación a partir de los espacios de coordinación y participación desde las Delegaciones Provinciales de Salud. Los grupos de investigadores pueden contar con el apoyo de la RedISIR y otros foros de participación para desarrollar el trabajo de terreno.
14. Publicar y difundir los resultados de las investigaciones realizadas sobre salud e inmigración a través de los espacios colaborativos, foros y redes, para que éstos puedan ser utilizados en la mejora de las competencias culturales entre los agentes implicados en la implementación del Plan.

Mejorar la captación de población inmigrante desde las Zonas Básicas de Salud.

15. Formar a los profesionales de las áreas de atención al usuario de los centros sanitarios para unificar el procedimiento de obtención de la tarjeta sanitaria. Utilizar para ello las actividades de formación dirigidas a este grupo profesional que se organizan desde las unidades de formación de los propios centros sanitarios.
16. Editar folletos informativos sobre el procedimiento de obtención de la tarjeta en varios idiomas para que estén disponibles en las entidades no gubernamentales y en las áreas de atención al usuario de los Distritos y centros sanitarios.

17. Protocolizar la información que se da a la población inmigrante sobre el acceso y uso a los servicios sanitarios, y entrenar al personal de las áreas de atención al usuario y agentes de las entidades no gubernamentales para que esta información sea homogénea y culturalmente accesible.

Difundir la multiculturalidad en la sociedad y en el colectivo de profesionales de la salud.

18. Desarrollar campañas de sensibilización a toda la población, autóctona y migrada, utilizando las plataformas de comunicación establecidas para todos los planes y programas que se impulsan desde la Consejería de Salud y el SAS. Es necesario diseñar mensajes clave dirigidos a públicos específicos e incorporarlos en todas las estrategias de comunicación de las distintas Direcciones Generales de la Consejería de Salud y el SAS.

19. Integrar la discusión sobre lo socio-sanitario en los debates, foros de comunicación y reuniones de planificación de trabajo coordinadas por las Delegaciones Provinciales de Salud con todos los agentes involucrados en el desarrollo del Plan.

20. Integrar la perspectiva humana en todas las estrategias desarrolladas en el marco del Plan, empezando por la atención materno-infantil, logrando sinergias entre el proyecto de "Humanización de los servicios de atención perinatal" y la monografía "Nacer y Crecer en Andalucía".

Continuar informando y formando sobre el SSPA.

21. Realizar reuniones de trabajo provinciales en el marco de los encuentros anuales organizados por la Consejería de Salud (Encuentro Autonómico y Encuentro de la RedISIR). Utilizar estas reuniones para transmitir información sobre el SSPA a las entidades no gubernamentales.

22. Editar folletos y guías prácticas con información sobre el SSPA dirigida a las entidades no gubernamentales. Poner estos materiales a disposición de todos los agentes implicados a través de Internet (sitio Web de la Consejería de Salud y plataforma RedISIR). Distribuir estos materiales en formato papel de forma equitativa y permanente a todas las entidades no gubernamentales involucradas en el desarrollo del Plan.

Intercambiar experiencias y buenas prácticas en Atención Primaria y Hospitalaria.

23. Utilizar la RedISIR para vincular a todos los actores y generar para ellos espacios de intercambio de información a nivel local y provincial. La plataforma permitiría intercambiar información entre todos los agentes, y trabajar en foros específicos en el nivel local.

24. Identificar buenas prácticas, presentarlas y discutir las en el marco de los encuentros anuales (autonómico y de la RedISIR). Desarrollar un banco de buenas prácticas disponibles a través del Banco de Prácticas Innovadoras de la Consejería de Salud y de la plataforma de la RedISIR.

Avanzar en la elaboración de protocolos de atención a la salud de inmigrantes y sus familias.

25. Utilizar las reuniones y encuentros autonómicos, provinciales y locales para establecer el papel que desempeña cada uno de los agentes en la atención a la salud de la población inmigrante.
26. Integrar a la población inmigrante en la atención sanitaria que recibe la población autóctona. Proponer la estandarización de procesos prevalentes en la población inmigrante que no estén cubiertos por los procesos asistenciales integrados desarrollados por la Consejería de Salud y el SAS.

Avanzar en la adaptación del marco conceptual del Programa de Salud Materno-Infantil a la realidad y concepciones de la población inmigrante.

27. Editar y difundir la monografía "Nacer y Crecer en Andalucía" que establece el marco conceptual para la atención a la salud materno-infantil desde una perspectiva intercultural.
28. Desarrollar un programa de formación de formadores culturalmente competentes en la atención a la salud materno-infantil en la población inmigrante, que luego pueda ser replicado a través de la formación continua que desarrolla el SAS.
29. Utilizar los mecanismos establecidos en la formación continua de los profesionales del SAS para la organización de talleres formativos que se adapten a las necesidades y recursos de los distritos de atención primaria y centros de atención especializada.
30. Introducir la interculturalidad en el Contrato Programa para pasar de la complicidad y la voluntariedad a la institucionalización.

Incluir módulos sobre cuidados básicos en los talleres de formación de cuidadores y cuidadoras.

31. Elaborar los programas formativos de cuidadores y cuidadoras inmigrantes en el entorno de las reuniones de coordinación organizadas por las Delegaciones Provinciales de Salud y con la participación de todos los agentes involucrados.

32. Incluir en los talleres de entrenamiento de cuidadores y cuidadoras inmigrantes una sección específica de cuidados básicos que sean impartidas por el personal de enfermería comunitaria de enlace, enfermería de familia y trabajo social. Pactar con los Distritos Sanitarios la participación de este personal, en el marco de la formación continua del SAS.

Formar a a profesionales de enfermería de familia, enfermería de enlace y trabajo social sobre inmigración e interculturalidad.

33. Desarrollar un programa de formación de formadores en competencias interculturales dirigido específicamente a enfermería comunitaria de enlace, enfermería de familia y trabajo social, que luego pueda ser replicado a través de la formación continua que desarrolla el SAS.

34. Elaborar material formativo para los formadores que permita estandarizar la formación en cascada.

Avanzar en la adaptación del modelo de atención de los dispositivos de salud mental desde la perspectiva multicultural.

35. Continuar con el trabajo que está desarrollando el grupo de profesionales en salud mental creado por la Consejería de Salud en el marco de la RedSIR, para identificar buenas prácticas en la atención a la población inmigrante y difundirlas a través de los espacios presenciales (reuniones y encuentros) y foros virtuales (plataforma RedSIR).

36. Difundir la monografía "Salud Mental e Inmigración" en todos los foros profesionales y utilizarla como marco conceptual en el desarrollo de las actividades de formación de formadores y en cascada para profesionales que desempeñan sus funciones en este ámbito.

37. Revisar el proceso asistencial integrado de atención a la salud mental en Andalucía para incorporar la perspectiva intercultural.

Adaptar los servicios sanitarios a la atención de la población inmigrante extranjera que ejerce la prostitución.

38. Planificar de forma exhaustiva la evaluación del objetivo relativo a la población inmigrante que ejerce la prostitución del II PIPIA para aumentar nuestros conocimientos en cuanto a factores tales como lugares de actividad, movilidad, repercusiones de su condición administrativa y condiciones en las que desarrollan su trabajo, entre otros.

39. Proponer grupos de trabajo específicos para el desarrollo de los modelos y estrategias de actuación intersectorial en la atención a la población inmigrante que ejerce la prostitución. Estos grupos deberán ser coordinados desde las Delegaciones Provinciales de Salud y utilizar los foros, reuniones y encuentros para su trabajo.

Si tenemos en cuenta la filosofía del Plan podríamos extrapolar que la apuesta es que el Sistema de Salud Andaluz no genere estructuras nuevas para atender a las personas migradas, sino que las estructuras existentes se adapten para ser capaces de ofrecer una atención al público general a través de la aplicación de mecanismos de gestión de la diversidad. Así, quienes ya están trabajando en la sanidad andaluza tendrían que ser capaces de realizar la mediación intercultural, a través de la puesta en marcha de competencias culturales y de protocolos que abarquen todas las necesidades posibles que pueda plantear cualquier usuario o usuaria.

La aplicación del Plan va produciendo poco a poco cambios, pero aún es pronto para valorar qué efectos está teniendo entre la población objeto de la intervención: las personas migradas residentes en Andalucía. A pesar de esto, se ha podido reflejar en este informe cierto grado de satisfacción recopilado en entrevistas realizadas a personas migradas pertenecientes a asociaciones y en algunas entrevistas que se han realizado para otros estudios a personas migradas usuarias del SSPA. Siempre teniendo en cuenta que sus opiniones son particulares y no extrapolables al resto de la población inmigrante.

Poner en marcha el Plan es un gran reto. Todas las personas que han participado en esta evaluación de seguimiento se han involucrado enormemente en el proceso y han mostrado un gran interés por conocer enseguida los resultados, ya que consideran que estos podrían servir para mejorar sus intervenciones y acercarse más a la consecución de sus objetivos de trabajo.

LA SATISFACCIÓN DE PERSONAS MIGRADAS SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ANDALUZ (2008) EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL II PIPIA.

Resumen ejecutivo

Dentro del proceso de evaluación y seguimiento cualitativo del II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (en adelante II PIPIA) hemos realizado un estudio de satisfacción de personas inmigrantes sobre el Sistema Sanitario Andaluz.

El estudio ha valorado, a partir de los indicadores de evaluación cualitativa del II PIIA área socio sanitaria, los servicios y programas que se están poniendo en marcha para la realización de una atención de calidad a las personas inmigrantes. En concreto se ha puesto la mirada en la accesibilidad al sistema sanitario, la calidad de la atención recibida por parte del personal sanitario y de las ONGs firmantes del convenio de salud, el programa materno-infantil y la formación para cuidadores y cuidadoras.

Para ello, se ha formado un equipo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales de la antropología, la psicología social, la sociología y la medicina que ha realizado trabajo de campo, entre septiembre y diciembre de 2008, en las provincias de Sevilla y de Granada.

Para contactar con personas inmigrantes que valorasen el SSPA se utilizó un muestreo intencional en bola de nieve a partir de varios informantes clave hasta realizar un total de 60 entrevistas en profundidad, 24 en la provincia de Granada y 36 en la de Sevilla. Para contactar con personas inmigrantes participantes en cursos de cuidadores y cuidadoras a partir de la puesta en marcha del II PIIA, se contactó con las organizaciones responsables del desarrollo de estos cursos quienes facilitaron los contactos para realizar 1 entrevista grupal en Sevilla y 4 entrevistas telefónicas en profundidad en Granada.

Todas las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento de los participantes y se transcribieron de la manera más fiel posible. Los datos se han codificado, categorizado y analizado mediante el soporte informático Nudist Vivo.

Los resultados del estudio los hemos dividido en dos bloques. El primero, tiene que ver con la valoración de la satisfacción y la accesibilidad de personas migradas al SSPA.

Existe conocimiento del derecho de la atención sanitaria universal en España y se valora muy positivamente. Sin embargo, la tramitación de la tarjeta sanitaria se vive más como una obligación que como un derecho. Ni desde las administraciones públicas, ni desde las asociaciones y ONGs firmantes del convenio se facilita suficiente información sobre el uso adecuado del SSPA aunque el trato recibido no se valora como negativo, simplemente adecuado. 44463 4.

El trato recibido en los diferentes espacios de atención, administración, consulta médica, programa materno infantil, ONGs, etc. se considera una cuestión de actitudes personales del profesional que atiende en ese momento, tanto si se valora positiva como negativamente.

El paso del tiempo se considera la variable más importante tanto en la accesibilidad como en la calidad de trato recibido, porque éste es el responsable de que el usuario aprenda a utilizar adecuadamente los servicios, pueda aprender el idioma o el uso del lenguaje científico específico de salud, que haya un conocimiento mutuo entre el profesional sanitario (médico de cabecera, pediatra, matrona...) y el usuario, etc.

Lo más criticado del sistema es, "la espera". El hecho de tener que esperar para todo, desde la tramitación de la tarjeta sanitaria, las citas previas, las urgencias, etc. se considera una falla del SSPA que sufren todas las personas, no solo las personas participantes en este estudio, por lo que se considera que no tiene nada que ver con la condición de inmigrante.

El segundo bloque tiene que ver con la valoración de la formación para cuidadores y cuidadoras recibida. Esta ha sido valorada por participantes inmigrantes en varios de los cursos desarrollados desde 2006, como muy útil, novedosa y necesaria para realizar de forma adecuada este trabajo. Tanto los contenidos como la forma de transmitirlos por parte del personal docente se ha valorado de forma positiva, resaltando que los cursos eran dinámicos, participativos y que combinaban teoría y práctica. La realización de estos cursos ha supuesto a quienes estaban trabajando en este ámbito o han encontrado trabajo a posteriori, la adquisición de una batería de conocimientos totalmente aplicables en su día a día. Y para quienes no han encontrado trabajo en este ámbito, a supuesto al menos, la obtención de un certificado oficial de que están capacitados para llevarlo a cabo. En general, para todos, a supuesto conocer formas de vida saludables aplicables para si mismas.

Su única crítica está dirigida a la escasa duración del curso resaltando la necesidad de recibir más horas de formación.

Las recomendaciones extraídas a partir de la realización de este estudio las hemos agrupado en cinco apartados:

1. Información sobre accesibilidad y uso adecuado del SSPA.
2. Humanización del trato por parte de los profesionales de la salud.
3. De la mediación a la traducción.
4. Divulgación de las campañas de salud.
5. Ampliación de la formación de cuidadores y cuidadoras.



El primer día de la jornada se centró en la presentación de los trabajos de los participantes y en la discusión de los resultados. Se abordaron temas como el acceso a los servicios de salud, el diagnóstico de enfermedades crónicas y la adaptación de los cuidados a las necesidades de esta población.

En la segunda parte de la jornada se realizó un taller de trabajo en grupo, donde se analizaron los casos clínicos de pacientes inmigrantes con enfermedades crónicas. Se destacó la importancia de la historia clínica y la anamnesis en el diagnóstico y el manejo de estos pacientes.

El tercer día de la jornada se dedicó a la discusión de los resultados de los trabajos y a la elaboración de conclusiones. Se resaltó la necesidad de una mayor colaboración entre los profesionales de la salud y los inmigrantes para mejorar su salud y su calidad de vida.

En la última parte de la jornada se realizó un debate sobre el papel de los inmigrantes en el sistema de salud y en la sociedad. Se abordaron temas como la integración social, el acceso a los servicios de salud y el papel de los inmigrantes en la atención a los pacientes.

Al final de la jornada se realizó un acto de clausura, donde se agradeció la participación de todos los asistentes y se esperó que los conocimientos adquiridos durante la jornada fueran aplicados en la práctica profesional.

El encuentro ha sido un éxito y ha permitido a los participantes compartir experiencias y conocimientos. Se espera que este tipo de actividades se realicen con mayor frecuencia para mejorar la atención a los inmigrantes en el sistema de salud.

En conclusión, el encuentro ha sido una oportunidad para reflexionar sobre los problemas de salud de los inmigrantes y para buscar soluciones que mejoren su calidad de vida. Se espera que los resultados de este encuentro sean aplicados en la práctica profesional y en la política de salud.



JUNTA DE ANDALUCIA