

IRENE BIGAS ELÍA

JORGE DOMÍNGUEZ DE LA ESCOSURA

El papel de la mediación intercultural en el ámbito sanitario

TRABAJO ACADÉMICO

Facultad de Traducción e Interpretación

Universitat Pompeu Fabra

Tutora: Madeleine Cases

Junio 2009

*Queremos agradecer explícitamente
la inestimable colaboración de Ana Sancho
y de todo el equipo de mediadoras interculturales
del Hospital del Mar sin las que
este trabajo no hubiese sido posible.*

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Identificación del tema	5
1.2 Motivación	6
1.3 Objetivos	6
1.4 Metodología	7
2. EL PAPEL DEL MEDIADOR INTERCULTURAL	8
2.1 Definición del Mediador Intercultural	8
2.2 Comparación de la presencia del mediador en el ámbito internacional y estatal	10
2.3 Programas de mediación en Barcelona	12
2.4 Mediación Intercultural en los servicios sociales	13
3. LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO	15
3.1 Presencia en los hospitales de Barcelona	15
3.2 El Servicio de Mediación del Hospital del Mar	16
3.3 La labor de las mediadoras	18
3.3.1 Entrevista a Ying Zhang, la mediadora china 1	19
3.3.2 Entrevista a Iman, la mediadora árabe	19
3.3.3 Entrevista a Eli, la mediadora china 2	20
3.3.4 Entrevista a Aura, la mediadora rumana	20
3.3.5 Entrevista a Fariza, la mediadora hindú	21
3.4 Casos generales	22
3.5 Observaciones y visión de futuro	23
4. CONCLUSIONES	25
5. BIBLIOGRAFÍA	29
5.1 Bibliografía utilizada	29
5.2 Bibliografía consultada	30

6. ANEXOS

32

6.1 Anexo 1: Entrevista tipo

32

6.2 Anexo 2: Entrevista 1

33

6.3 Anexo 3: Entrevista 2

35

6.4 Anexo 4: Entrevista 3

38

6.5 Anexo 5: Entrevista 4

40

6.6 Anexo 6: Entrevista 5

43

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Identificación del tema

En el marco del Trabajo Final de Carrera de la Licenciatura de Traducción e Interpretación de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, presentamos un trabajo titulado *El papel de la mediación intercultural en el ámbito sanitario*. Dicho trabajo versa sobre la Mediación Intercultural y el papel del mediador en los servicios públicos, concretamente en el ámbito sanitario.

El trabajo está compuesto por dos bloques principales: en el primero (El papel del mediador intercultural), definiremos la figura del mediador intercultural comparándola con la figura del mediador social, dentro de la rama de la interpretación de comunidad, y con el intérprete de conferencias. En este mismo apartado haremos un análisis exhaustivo de la presencia de un servicio de mediación intercultural pionero en países con una mayor tradición migratoria así como la situación actual del servicio en España. Por último, tras centrarnos en los diferentes programas que se llevan a cabo en Barcelona, analizaremos de qué manera intervienen los mediadores interculturales en los distintos servicios públicos de la ciudad: justicia, educación y sanidad.

En el segundo bloque (La mediación intercultural en el ámbito sanitario), tras observar las propuestas de servicios de mediación que ofrecen los diferentes hospitales de Barcelona, estudiaremos más concretamente el Servicio de Mediación Intercultural del Hospital del Mar de Barcelona junto con la Associació Salut i Família y analizaremos la importancia de la labor del mediador intercultural y su función dentro de un contexto específico como es un hospital a través de entrevistas a las mediadoras del centro. Para acabar, comentaremos las conclusiones que hemos extraído tras el trabajo de investigación y el análisis teórico de lo que representa la mediación intercultural.

1.2 Motivación

Tras dos años cursando las asignaturas de interpretación consecutiva y simultánea aplicadas únicamente a la interpretación de conferencias, hemos reflexionado sobre cuáles son los objetivos de la interpretación. Normalmente, dicha práctica, que lo que pretende es facilitar la comunicación entre gente de distintos idiomas y culturas, se aplica a espacios con más poder, como la política, la economía o la cultura. Por eso hemos pensado que sería interesante investigar a “la hermana pobre” de la interpretación, la denominada interpretación de comunidad, ya que creemos que en un mundo en el que la multiculturalidad es un valor que cada día adquiere más peso lo principal es facilitar el entendimiento y la convivencia entre las culturas que cohabitan en un mismo lugar.

La decisión de centrarnos en el ámbito sanitario ha venido dada porque poder acceder a este servicio es un derecho universal y reconocido en España y es fundamental que puedan comunicarse sin limitaciones lingüísticas o culturales. La mejor figura para facilitar este acceso a la sanidad es el mediador intercultural, porque gracias a la combinación entre intérprete y mediador social se logra superar las barreras de la incomunicación.

1.3 Objetivos

Con este trabajo pretendemos estudiar cual es la figura del mediador y su papel en la mediación en los hospitales, así como la utilidad y la necesidad del servicio tanto para los usuarios como para los profesionales sanitarios. También queremos revalorizar el papel del mediador intercultural como intérprete, cumpliendo una función social de ayuda al inmigrante o a otros posibles usuarios como el turista que llega a España y necesita acudir al hospital. De este modo, nuestro objetivo principal es demostrar que el mediador intercultural no se limita a trabajar en cabina sino que puede intervenir de muchas maneras cumpliendo otras funciones igual de necesarias y, sin embargo, menos conocidas.

1.4 Metodología

Nuestro trabajo parte de una base teórica en la que se define la figura del mediador intercultural a través de un corpus de textos de autores que han estudiado dicha figura durante mucho tiempo como Francisco Raga Gimeno, Dora Sales o Carlos Giménez Romero. Sin embargo, al ser un trabajo de investigación, decidimos ver la aplicación de esta teoría a la realidad mediante entrevistas al equipo de mediadoras del Servicio de Mediación Intercultural del Hospital del Mar y su posterior análisis. Para ello, hemos realizado cinco entrevistas basadas en una encuesta que intenta recoger tanto la formación como las experiencias y el posicionamiento de las mediadoras sobre el servicio actual y su futuro.

2. EL PAPEL DEL MEDIADOR INTERCULTURAL

2.1 Definición del Mediador Intercultural

Hoy en día, las figuras de intérprete-traductor y del mediador social, también llamado mediador comunitario, ya han sido definidas y analizadas, por lo que la sociedad ya tiene bastante claro quiénes son y cuál es su papel. Sin embargo, la figura del mediador intercultural -una variante de la mediación social pero con menos tradición social- sigue sin una definición clara. El intérprete es una persona que traduce oralmente un discurso de una lengua de partida a una de llegada, manteniendo los elementos semánticos así como las intenciones y sentimientos del orador. Por el contrario, la mediación social es la modalidad de intervención de terceras partes en la resolución de dificultades de manera imparcial para generar una comunicación entre las partes y eliminar bloqueos que impidan dicha comunicación.

El mediador intercultural es una figura más compleja puesto que combina ambas modalidades en su definición: interviene como una tercera parte en la resolución de un conflicto, que en este caso está motivado por cuestiones lingüísticas y culturales. Se tomará la definición de Carlos Giménez Romero (1997: 142):

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

Esta definición permite por un lado entender la mediación intercultural como una modalidad de mediación y, por otro lado, ver que se diferencia de ésta por la intervención del idioma, el multiculturalismo y sus finalidades, metas y objetivos. Carmen Valero y Adriana Dergman (2003: 260), añaden unos principios que debe respetar el mediador:

“Aceptación o inclusión de una “tercera parte” interviniente por las partes, aun en situaciones de asimetría y desigualdad; ayuda a las partes desde la neutralidad para que estén en igualdad; falta de autoridad por parte del mediador para tomar decisiones; confianza de las partes en el mediador; neutralidad; y fomento de la coparticipación de las partes y del destierro de tensiones.”

No obstante, el mediador intercultural no debe ser considerado únicamente una variante especializada dentro de la mediación social, sino que también hay que tener en cuenta su variante como intérprete lingüístico. El intérprete-mediador tiene que funcionar como impulsor capaz de comunicar no sólo culturas sino también idiomas, ya que el componente idiomático es básico para el acercamiento al usuario y a la vez para solucionar el “conflicto” generando comunicación. Se entiende por conflicto los bloqueos que pueden surgir en la comunicación motivados por las diferencias entre idiomas y culturas.

El componente lingüístico de la mediación intercultural ya ha sido analizado por los teóricos del campo de la interpretación, que recogen la mediación intercultural dentro de la rama de la interpretación llamada interpretación comunitaria, muy estudiada por Franz Pöchhacker, un intérprete y profesor austriaco experto en la materia. Consiste en la interpretación aplicada a los ámbitos públicos (jurídico, sanitario y educativo) para asegurar el cumplimiento de las necesidades de integración de los inmigrantes extranjeros en cada comunidad. Una definición aplicada al estado español es la de Isabel Abril (2004: 213):

“Entendemos por interpretación en los servicios públicos (también llamada interpretación comunitaria o interpretación social) a la mediación lingüística que permite la comunicación entre los servicios del estado español (instituciones judiciales, policiales, médico-sanitarias y sociales) y los usuarios que no hablan la lengua oficial.”

Con esto se viene a demostrar que la mediación intercultural no sólo tiene un componente de mediación social sino que está directamente relacionado con la interpretación y más concretamente, con la interpretación de comunidad. A diferencia de la interpretación de conferencias, esta otra rama de la interpretación

no goza del mismo reconocimiento por parte de la sociedad puesto que suele trabajar con lenguas con menos presencia en los organismos de poder aunque no por ello debería de considerarse menos importante ya que proporciona unas necesidades básicas en la atención a los colectivos más desfavorecidos.

2.2 Comparación de la presencia del mediador en el ámbito internacional y estatal

La mediación intercultural nace por la necesidad de comunicación interlingüística e intercultural entre la población inmigrante y la población local para conseguir una integración social. En los últimos años, los flujos migratorios están cada vez más presentes en los países del primer mundo y era necesaria la aparición de un profesional que facilitara el respeto del derecho de todo individuo a entender y a hacerse entender. Según los datos de Valero (2006), se hará una descripción del panorama a nivel internacional y después más centrado en España.

Australia fue el primer país en introducir a los traductores e intérpretes en los servicios sociales. A raíz del fin de la Segunda Guerra Mundial en el año 1945, este país acogió a muchos inmigrantes, por lo que tuvo la necesidad de crear un servicio para intentar solventar las necesidades comunicativas de éstos. También fueron pioneros en publicar el primer manual donde Gentile, Ozolins y Vasilakakos (1996), estudian el rol del intérprete y declaran que es responsabilidad del gobierno ayudar a los grupos de inmigrantes a integrarse en la sociedad de acogida. Con la misma intención, en la década de los noventa, en Reino Unido se crea la denominación de Interpretación en los Servicios Públicos (*Public Services Interpreting*). Otros dos países que poco a poco van valorando la figura del mediador intercultural son Estados Unidos y Canadá, aunque el servicio todavía se ofrece en pocas lenguas. De hecho, en Canadá se llevó a cabo el primer congreso internacional sobre traducción/interpretación en los servicios públicos llamado *Critical Link* en el año 1995.

Ya en Europa, Suiza y Suecia cuentan con un servicio avanzado de traducción e interpretación en los servicios públicos, los Países Bajos y Bélgica avanzan lentamente y países como Francia, Alemania y Austria muestran muy poco interés a pesar de tener un importante porcentaje de población inmigrante en sus territorios. Los países del sur de Europa como España, Italia y Portugal, dan sus primeros pasos en este ámbito aunque el apoyo estatal sea escaso y todo parta de iniciativas individuales, por lo que existe una falta de formación y de coordinación entre los equipos.

Centrándonos en España, a partir de 1991 aparecen una serie de organizaciones que empiezan a trabajar en este campo. Los grupos más importantes son la EMSI (Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid), que colabora con la Cruz Roja y desde la que se ha diseñado el programa “Mediación y multiculturalidad” bajo dirección de Carlos Giménez Romero, y la Federación Andalucía Acoge junto con la Fundació Desenvolupament Comunitari de Catalunya y el CBAI (*Centre Bruxellois d’Action Interculturelle*). Muestra de la lenta integración de la figura del mediador en España es que los servicios anteriormente citados no cuentan con más de una década de vida.

En el ámbito formativo existen tres focos principales: la Universidad de Alcalá de Henares, la Universidad de Granada y la Universidad Jaume I de Castellón. Cada una de ellas ha creado un grupo de investigación en los que se desarrollan distintos estudios y sus correspondientes publicaciones: el grupo FITISPOS (Grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos), coordinado por Carmen Valero Garcés; el grupo Greti; y el grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales), coordinado por Francisco Raga Gimeno y Dora Sales Salvador, respectivamente.

2.3 Programas de mediación en Barcelona

Catalunya se ha convertido en una sociedad diversa gracias al establecimiento de personas venidas de otros lugares. Según el “Pacto Nacional para la Inmigración” publicado por la Generalitat de Catalunya en el año 2008, la población extranjera se ha incrementado durante los últimos ocho años en 900.000 personas. Estos nuevos catalanes provienen principalmente de Marruecos (208.996) y de Rumanía (88.078), seguidos por ecuatorianos, bolivianos y colombianos. En la ciudad de Barcelona, en el 2007 el número de personas extranjeras era de 259.760, es decir un 16,2% del total de 1.603.168 barceloneses. Para facilitar la integración y preservar el principio de universalidad en el acceso a los servicios públicos básicos, tanto el Ayuntamiento de Barcelona como la Generalitat de Catalunya y otras asociaciones privadas, han puesto en marcha diferentes medidas y servicios de mediación a su alcance.

El Ayuntamiento de Barcelona dispone de un Servicio de Acogida al Inmigrante que depende de la Direcció d'Acció Social, Acol·lida i Interculturalitat y de los Servicios Sociales, y en el que se llevan a cabo dos tipos de servicios: uno en el que los mediadores actúan más sobre el terreno, como puede ser un caso de mediación vecinal para solucionar y prever posibles conflictos entre vecinos de culturas diferentes, o durante la acogida de un niño recién llegado en su primer día de colegio. Otro, en el que el Ayuntamiento propone una serie de sesiones informativas para profesionales y mediadores sobre temas diversos como por ejemplo la Ley de divorcio y custodia en Marruecos, el sistema educativo en Bangladesh o los grupos de trabajo de mujeres magrebíes.

A su vez, la Generalitat de Catalunya redactó y firmó en 2008 el Pacto Nacional para la Inmigración “Un pacto para vivir juntos y juntas”. Con él pretende favorecer la gestión, la acogida y la integración de la inmigración. En su segundo eje, titulado “La adaptación de los servicios públicos a una sociedad diversa”, busca crear las bases para garantizar el acceso a los servicios sociales a todas las personas. Para ello, manda tomar medidas para “facilitar los recursos lingüísticos a los servicios de acogida para que puedan atender al usuario con un idioma de proximidad” y

“emprender acciones de mediación en la salud para atender a la población inmigrada”. Como podemos observar, desde el gobierno se hace una reflexión sobre la problemática de atender y dar las mismas oportunidades de acceso a los servicios sociales a la población inmigrada. Sin embargo, dichas reflexiones a veces se quedan cortas y son las instituciones privadas las que cogen el relevo.

2.4 Mediación Intercultural en los servicios sociales

La figura del mediador intercultural está presente en diferentes ámbitos de los servicios públicos: educación, justicia y sanidad. En cada uno de ellos, lleva a cabo una labor concreta y específica según las necesidades de los usuarios y de la administración. Normalmente, las instituciones públicas cuentan con los recursos necesarios para posibilitar la ayuda requerida a través de la Secretaria de Inmigración, el Departamento de Justicia, de Educación y de Sanidad. Sin embargo, son muchas las organizaciones y fundaciones privadas que al final se encargan de desarrollar dichas labores en los servicios sociales.

En el ámbito de la educación especialmente, se dispone de un amplio servicio de mediación social debido al creciente número de conflictos que se generan entre profesores, alumnos y padres. Aunque cuando se trata de lidiar con casos relacionados con la población extranjera, el director del centro escolar puede solicitar al Departamento de Educación de la Generalitat la ayuda de un intérprete para intentar superar las barreras idiomáticas, por ejemplo cuando los padres de un alumno extranjero no dominan el idioma local o para facilitar la integración del niño en el momento de su llegada al centro. Además, existen asociaciones como AMISI (Asociación para la Mediación Intercultural y Social con Inmigrantes) que, en el marco del programa MEDES (mediación intercultural en escuelas de Barcelona), facilita la incorporación tardía a escolares inmigrantes en el Colegio Público de Roquetas (Nou Barris) gracias a la ayuda de mediadores interculturales. Otro ejemplo de iniciativa privada es la asociación La Formiga que, además de hacer

cursos de formación para mediadores, cumple la misma función en escuelas de Santa Coloma de Gramenet.

Otro de los ámbitos de servicios públicos en los que intervienen los mediadores interculturales es en el judicial. Los mediadores están presentes tanto en los juzgados para ejerciendo de intérpretes jurados durante la declaración de las partes implicadas, como en los centros penitenciarios y en las comisarías. Dicho servicio es necesario para que a los detenidos o imputados les queden claros sus derechos y deberes, los cargos por los que se les acusa, y sobre todo, para que puedan defenderse en su idioma y no jueguen con el factor lingüístico en su contra, al encontrarse en una situación de presión. Para ello, el Departament de Justícia de la Generalitat ofrece el servicio de Suport Judicial i Penitenciari en juzgados y comisarías de Catalunya. Además, la asociación AMISI y su programa MICEPE (mediación intercultural en centros penitenciarios de Catalunya) brindan un servicio de mediadores para los reclusos extranjeros de los centros penitenciarios catalanes.

Por último y para introducir el tema central del trabajo, se abordará el tercer ámbito en el que ejercen los mediadores interculturales: el ámbito sanitario. Cada hospital dispone de un servicio específico como por ejemplo la atención telefónica al usuario a través del programa Sanitat Respon o un servicio de mediación intercultural. El ejemplo más claro es el de la Fundació Salut i Família que facilita un servicio de atención al usuario con mediadores interculturales en Barcelona, Girona y Lleida. Con su programa “De compatriota a compatriota” implantado en 1997 se ha llegado a un acuerdo con muchos Centros de Atención Primaria de Barcelona, así como con el Hospital del Mar y el Hospital Clínic-Maternitat. Este punto se desarrollará en la segunda parte del trabajo, con un análisis detallado de los servicios de mediación que ofrece el Hospital del Mar y una explicación de cuál es la labor del mediador intercultural en el ámbito sanitario.

3. LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

3.1 Presencia en los hospitales de Barcelona

Para introducir la presencia de los servicios de mediación intercultural en la sanidad pública de Catalunya, se han estudiado los cuatro hospitales públicos de Barcelona: el Hospital Clínic, tanto su sede principal como la Casa de Maternitat, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, el Hospital de la Vall d'Hebron y, por último, el Hospital del Mar.

El Hospital Clínic es un hospital universitario fundado en el año 1906 en el corazón de Barcelona. En él encontramos un servicio de mediación intercultural que se fundó en el año 2006 en la Casa de Maternitat y que, en julio de 2008, se extendió al resto del hospital bajo la dirección del Dr. Santinyà. Trabaja con dos mediadoras, una china y la otra magrebí, y tiene un convenio con la Associació Salut i Família. En la Casa de Maternitat se ofrece un servicio especializado en maternidad y materno-neonatal, en las especialidades de obstetricia y neonatología. En el resto del hospital, se atienden casos de todas las especialidades.

El Hospital de Santa Creu i Sant Pau es un hospital universitario con seis siglos de existencia y que representa la institución hospitalaria decana del Estado. Su servicio de mediación es muy reciente puesto que data de mayo del 2009 y se crea a raíz de las necesidades expuestas en el Plan Director de Inmigración del Departament de Salut de la Generalitat. El equipo, dirigido por Jordi Valls, lo forman una mediadora china y otra árabe que trabajan sobre todo en los servicios de ginecología, obstetricia y pediatría debido al gran número de mujeres inmigrantes que dan a luz hoy en día en nuestros hospitales.

En el Hospital Vall d'Hebron también existe un servicio de mediación intercultural. Este hospital es actualmente el primer complejo hospitalario de Catalunya y uno de los más grandes del Estado integrado por cuatro grandes centros (Área General, Traumatología y Rehabilitación, Materno-infantil y Cirugía Sin Ingreso).

Por último, el Hospital del Mar, creado en el siglo XIX donde se hallaba la “Casa de la Sanitat”, fue el centro sanitario de referencia para la familia olímpica durante los Juegos Olímpicos de Barcelona en el año 1992. Ofrece un servicio de mediación intercultural muy completo, pionero en España y con una oferta lingüística muy amplia, coordinado por Ana Sancho. Al tratarse del eje central de nuestro trabajo, se le dedicará el siguiente apartado.

3.2 El Servicio de Mediación del Hospital del Mar

El Hospital del Mar está situado en el distrito de Ciutat Vella de Barcelona. En 2003, en pleno boom migratorio (sobre todo con la llegada de asiáticos y magrebís) y con más del 30% de la población inmigrante viviendo en el distrito, se convirtió en el centro hospitalario de referencia de la zona. Debido a la acogida diaria de numerosos inmigrantes y turistas, se decidió crear ese año un servicio de atención al usuario que cuenta con un servicio de mediación intercultural: el programa “IMAS-Mediadores”. Se trata de un servicio pionero no sólo en la ciudad de Barcelona sino también en todo el Estado y eso hace que se le considere como un modelo a seguir. En la organización del servicio colaboran estrechamente tanto el Hospital del Mar como la Associació Salut i Família, una entidad privada sin ánimo de lucro, presidida por Judith Ibáñez i Vives y cuyo objetivo es contribuir al análisis multidisciplinar, al intercambio de ideas y propuesta de estrategias y dar soluciones operativas en relación con personas en situación de vulnerabilidad o exclusión social.

En colaboración con dicha asociación, quienes facilitaban información administrativa y burocrática desde el servicio de Urgencias, y subvencionado por la Obra Social de La Caixa, el Hospital encargó un estudio de campo para saber cómo debía funcionar el servicio de mediación y qué necesidades planteaba cada comunidad. Los resultados de este estudio revelaron que el mayor número de peticiones procedían de cirugía, traumatología y ginecología (el 41% de los partos eran de personas inmigrantes). También se dedujo que, según las comunidades, las

especialidades médicas requeridas eran diferentes debido a tradiciones culturales diferentes que contrarrestan con la cultura de acogida. Por ejemplo, los paquistanís solicitaban más consultas del aparato digestivo y las mujeres marroquíes de endocrinología por problemas de diabetes. A partir de este estudio, se decidió crear un programa de acción transversal que empezase en el servicio de urgencias del hospital, puesto que la mayoría de los casos se descubrían ahí y, de ese modo, era más fácil desviar a las mediadoras hacia las diferentes especialidades.

El programa “IMAS-Mediadores” cuenta con seis mediadoras interculturales que cubren los idiomas de árabe y sus dialectos, hindi, punjabi y urdú, chino mandarín, rumano, inglés, francés e italiano. Además, cuentan con la ayuda de un mediador social para solucionar conflictos que puedan surgir con la etnia gitana¹. La presencia de las mediadoras depende de la demanda existente por comunidades: mediación árabe a 28 horas semanales, mediación paquistaní a 32 horas semanales, mediación rumana a 8 horas semanales, mediación china a 8 horas semanales y mediación con la etnia gitana a demanda, a razón de 8 horas semanales. Todas las mediadoras del servicio son autóctonas o nativas del idioma y la cultura en los que se especializan, y han recibido diversa formación, desde cursos de mediación social más general o enfocados a la administración, hasta formación más específica de la mediación intercultural en el ámbito sanitario. Dicha instrucción ha sido impartida por ONGs o instituciones privadas como Desenvolupament Comunitari, una entidad de economía social, con catorce años de trayectoria en el terreno de las políticas públicas de desarrollo social.

La formación como traductores e intérpretes es mínima en la mayoría de los casos ya que normalmente se forman primero como mediadoras interculturales y se especializan más adelante. Los conocimientos en sanidad se van adquiriendo día a día, tanto en temas médicos como en temas más administrativos de

¹ Es curioso que mientras que con la mayoría de comunidades, el mediador no soluciona conflictos sino que media en la resolución de bloqueos o barreras idiomáticas y culturales, se afirma que con la etnia gitana la función del mediador sí es la de solucionar conflictos sociales.

funcionamiento del hospital. A partir de este momento, y siempre que se hable del Servicio de Mediación en el Hospital del Mar se hablará de mediadora en femenino puesto que el equipo sólo lo forman mujeres.

3.3 La labor de las mediadoras

Para llevar a cabo el trabajo de análisis del servicio de mediación, se han realizado cinco entrevistas a las mediadoras de distintas comunidades para conocer mejor la labor del mediador especializado en el ámbito sanitario, qué relación tienen con los médicos y pacientes, cuál es el funcionamiento del servicio dentro de la estructura del hospital, qué aspectos creen que son útiles y cuáles son mejorables, etc. La entrevista se basa en una encuesta dividida en 5 apartados (Anexo 1).

En el primer apartado se les preguntó sobre su información personal (origen, idiomas, formación, llegada al hospital y especialidad de trabajo). En un segundo apartado se quiso saber su punto de vista sobre la utilidad de la mediación, así como una visión general sobre su necesidad. El tercer punto analiza las relaciones entre las tres partes: médico, usuario y mediadora (quién solicita la mediación y el protocolo establecido); el punto de vista tanto del médico como del usuario sobre el servicio de mediación, y el tratamiento de la imparcialidad y de la confidencialidad en la labor del mediador. El cuarto apartado busca establecer una serie de generalizaciones a partir de problemáticas halladas, tanto a nivel lingüístico como cultural, en función de la comunidad tratada. Por último, el quinto apartado está dedicado a plasmar las observaciones personales sobre el papel de la mediación así como para plantear una visión del futuro del servicio.

A continuación se expone un análisis detallado de las conclusiones extraídas de cada una de las diferentes entrevistas realizadas a las mediadoras.

3.3.1 Entrevista a Ying Zhang, la mediadora china 1

Ying Zhang es una de las dos mediadoras chinas del Hospital del Mar y se encarga de los pacientes que hablan chino mandarín. Es licenciada en Economía por la Universidad de Londres y tiene un máster en Traducción e Interpretación en la Universitat Autònoma de Barcelona. Sus primeros pasos en el mundo de la mediación intercultural fueron en el CAP de Santa Coloma de Gramenet, ayudando en las consultas con los médicos, sobre todo con el de cabecera, e informando a los pacientes del funcionamiento de la administración del hospital puesto que es muy diferente a la de su país de origen. Cree que la mediación es muy útil, sobre todo cuando se puede hacer un seguimiento más cercano del paciente y se queja de que en el Hospital del Mar no se puede llevar a cabo dicho seguimiento aunque su trabajo se centra en las especialidades de anestesia, digestivo y maternidad.

Cuando realiza la mediación, las tres partes (médico, paciente y mediadora) entran a la vez en la consulta, pudiendo aportar explicaciones adicionales al paciente a posteriori. Al preguntarle sobre el punto de vista de médicos y pacientes, dijo que la figura del mediador es importante con esta comunidad ya que aporta seguridad a los pacientes chinos que llegan al hospital con miedo a no poder comunicarse y a no hacerse entender.

3.3.2 Entrevista a Iman, la mediadora árabe

Iman es la mediadora de árabe y es originaria de Casablanca. Habla árabe clásico, francés, castellano y catalán, así como diferentes dialectos del árabe, lo que le facilita la comunicación con toda la población magrebí. Llegó a España en 1995 y entró a formar parte del servicio en el 2003 mediante unas prácticas con la asociación Salut i Família. Ha realizado distintos cursos formativos centrados tanto en la mediación general como en la especialización sanitaria. En el Hospital del Mar, los servicios que más solicitan su ayuda son psiquiatría, traumatología, cirugía, pediatría, hematología, ginecología y enfermedades infecciosas. Su visión de la mediación es un tanto pesimista debido a que lleva mucho tiempo trabajando en

ello y cree que la mediación es útil sólo cuando es entendida como mediación intercultural. Es decir, la mediación es útil cuando se tratan temas culturales y no sólo lingüísticos en los que se convierte en una simple interpretación oral. Sin embargo no es efectiva cuando se utiliza al mediador como “bastón” para acompañar en tareas administrativas. En el momento de la mediación, la mediadora entra con las dos partes aunque admite que debería haber una presentación previa donde se recordaría la confidencialidad y se procuraría que el paciente adquiriera confianza. Como en otras entrevistas se ha reconocido, el éxito de la mediación depende del grado de implicación y disposición de las tres partes. Por eso no ayuda que los pacientes se aprovechen del mediador para realizar trámites burocráticos o que los médicos no confíen en él, ya que a veces no se sienten completamente integrados entre el personal del hospital.

3.3.3 Entrevista a Eli, la mediadora china 2

Eli, originaria del sur de China, es la otra mediadora de chino mandarín. Es licenciada en Ciencias y Economía en China y ha realizado un curso de formación en mediación. Entró a trabajar en el Hospital del Mar en el año 2007 y además colabora con el servicio de mediación intercultural del Hospital Clínic en la Casa de Maternitat. A diferencia de su compañera Iman, tiene una visión más positiva del servicio y efectúa una labor de intérprete lingüístico más que de mediador intercultural, puesto que la comunidad china suele adaptarse con facilidad a la sociedad de llegada sin entrar en conflictos. En Maternitat su labor consiste en facilitar educación sanitaria y explicar el sistema sanitario español a los pacientes inmigrantes y cree que el servicio es de gran utilidad para todas las partes puesto que facilita la comunicación y la integración.

3.3.4 Entrevista a Aura, la mediadora rumana

Aura es la mediadora intercultural de rumano, inglés e italiano. Se formó a través de un curso gratuito de mediación intercultural comunitaria del Ayuntamiento de Barcelona, centrado en la gestión y en la prevención de conflictos y llegó al Hospital

del Mar en el año 2007 para cubrir una baja laboral. Sostiene que la mediación es un trabajo triangular en el que el mediador busca identificar el bloqueo idiomático y cultural existente para generar una comunicación efectiva entre médico y usuario. Considera que la mediación es necesaria y útil en función de la disposición del mediador, el concepto que el médico tiene del mediador como profesional y parte del equipo, y la visión del paciente que ve al mediador como a una ayuda.

A través de herramientas como la escucha activa y la empatía con el médico y el paciente, el mediador logra ganarse la confianza de médico y usuario y que se puedan identificar los problemas y conseguir una intervención útil. Sin embargo, la mediadora resalta que lo más difícil es hacer que esa empatía no choque con la imparcialidad que debe demostrar un mediador. Uno de los casos donde esta empatía y la generación de comunicación se hace más evidente es en las consultas de psiquiatría, donde el elemento con el que más se trabaja es la palabra. También a través de la palabra el mediador consigue desbloquear posibles problemas lingüísticos y culturales y así hacer más exitosa su labor.

3.3.5 Entrevista con Fariza, la mediadora de punjabi y urdú

Fariza, de origen inglés, es la mediadora de punjabi, urdú e inglés. Se ha formado en mediación social y ha hecho algún curso especializado en sanidad. Llegó al hospital en el marco de unas prácticas y sobre todo trabaja en las especialidades de aparato digestivo, ginecología y enfermedades infecciosas. Cree que el papel del mediador en el ámbito sanitario es muy útil porque cada cultura tiene conceptos distintos de lo que es una enfermedad y su función es reconocerlo y saber transmitírselo al médico cuando es necesario. Se queja de que algunos médicos, al ver que el paciente habla castellano, no solicitan el servicio ya que creen que las mediadoras son simples traductoras y después el paciente viene a quejarse de que no entiende lo que le ha explicado el médico.

3.4 Casos generales

Para complementar los estudios y textos que se refieren a de las diferencias entre culturas en el ámbito sanitario, los últimos apartados de las entrevistas realizadas al equipo de mediadoras interculturales del Hospital del Mar se han dedicado a intentar conocer casos generales de cada comunidad inmigrante, y para ello se hace una descripción de los casos más comunes en las diferentes comunidades estudiadas por motivos lingüísticos o culturales. Aún así, la responsable del servicio de mediación intercultural del Hospital del Mar hizo una observación interesante: no existen conflictos entre médico y paciente creados por las diferencias culturales, sino que son barreras comunicativas que con la ayuda del mediador se acaban superando. Este comentario llama la atención porque la mayoría de textos teóricos que versan sobre el mundo de la interpretación hablan de presencia y resolución de conflictos idiomático-culturales.

Las dificultades que surgen en la comunidad china son múltiples y diversos. Las primeras trabas aparecen por las diferencias entre el sistema sanitario español y el oriental. Los pacientes se encuentran desubicados a la hora de pedir una cita previa, solicitar pruebas, etc. puesto que son conceptos que no existen en su país de origen.

Otros problemas más relacionados con la medicina son los que surgen a raíz de una mala alimentación postparto (anemia y diabetes) ya que no siguen la dieta recetada por el médico y se alimentan básicamente de arroz, un alimento con alto contenido de azúcar. También se da el caso de que, a la hora del parto, el marido no quiere que se administre la epidural a su mujer ya que cree que causa efectos secundarios a largo plazo y no quiere tener que ocuparse de ella. Por último, surgen conflictos en el seguimiento de la medicación recetada porque la mezclan con medicamentos orientales.

En estos casos, la intervención del mediador intercultural es necesaria puesto que es el encargado de solucionar estos “conflictos”. El primer paso es localizar por qué

se dan, gracias a los conocimientos de la cultura de origen y el segundo paso es, mediante la palabra, hablar tanto con médico como con paciente y conseguir que las partes se acaben entendiendo.

En las comunidades árabes, tanto magrebís como pakistanís, también surgen problemáticas de este tipo, muy centradas en el componente cultural. Por ejemplo, en la comunidad árabe, debido a sus hábitos alimentarios, consistentes en que los comensales comen todos del mismo plato, se dan problemas en pacientes diabéticos que necesitan una dosis de comida justa y medida que deberían poder comer en otro plato. En la comunidad pakistaní surgen dificultades sobre todo en maternidad porque las mujeres están acostumbradas a que en su país las atienda una ginecóloga y que, tras el parto, sean atendidas “como reinas”. Una visión completamente distinta a la nuestra ya que en nuestro sistema sanitario público no se puede elegir al médico y las mujeres son dadas de alta al poco tiempo de parir.

Sin embargo, el caso más claro en el que la intervención del mediador ha sido clave fue un caso en el que participó Aura, la mediadora rumana. Este caso surgió a raíz de un bloqueo idiomático en el que los familiares de un paciente en “estado grave” creían que su familiar iba a morir y que “grave” significaba “terminal”. Esta situación se dio por las diferencias en las concepciones de la realidad en las dos culturas y es labor de la mediadora identificarlo, identificar el motivo y darle solución. Aquí, tras hablar con las dos partes y ver dónde estaba el bloqueo, la familia entendió el problema y cooperó con los médicos.

3.5 Observaciones y visión de futuro

En la última parte de las entrevistas, se ha querido dar la oportunidad a la mediadora de hacer una reflexión personal sobre las mejoras que podrían ayudar a realizar mejor su tarea, así como sobre las perspectivas de futuro del mundo de la mediación. Tras aportar su visión del funcionamiento del servicio de mediación

intercultural dentro del sistema del hospital, las mediadoras han llegado a una serie de conclusiones generales en las que la mayoría coinciden.

En cuanto a las mejoras que se podrían aportar para aumentar el rendimiento del servicio, la mayoría de las mediadoras coinciden en que, al tener únicamente una formación en mediación, es necesario un mayor aprendizaje y entrenamiento en herramientas de traducción e interpretación que les ayude a aprender técnicas discursivas para solucionar posibles problemas en la interacción con el médico y el paciente. También nos recuerdan que ellas son expertas en sus culturas originarias pero que, al trabajar en el ámbito de la sanidad, necesitan una mayor formación en medicina y en biomedicina. Esta formación la van adquiriendo en el día a día en el hospital pero echan de menos cursos de formación especializada. Además de la formación específica de los mediadores, solicitan que también se ofrezca una formación en comunicación para el personal sanitario, tanto médicos como enfermeros, puesto que la mayoría desconoce lo que realmente es un mediador intercultural y su papel.

Asimismo, se les preguntó por su visión de futuro del campo de la mediación intercultural ya que existía un miedo a que, con el nacimiento de segundas y terceras generaciones de inmigrantes en el país y con el progresivo cierre de fronteras, las comunidades se integrasen cada vez más en la sociedad y la figura del mediador cada vez cobrase menos importancia. La mayoría cree que lo ideal sería esa progresiva desaparición de la figura del mediador puesto que supondría la integración total y la convivencia efectiva de las distintas identidades culturales que conviven en nuestro territorio. Sin embargo, a pesar de que España tenga una mentalidad más abierta que otros países y se haga una sensibilización desde las escuelas para que la integración sea posible, esta realidad de integración total sigue siendo utópica y sigue estando aún lejos hoy en día.

4. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo de investigación, hemos partido de las definiciones teóricas de la disciplina reciente de la mediación intercultural y, tras una investigación práctica basada en un estudio de campo con mediadoras interculturales, hemos podido observar que la definición teórica no siempre abarca toda la realidad de la figura del mediador. Por ello, queremos aportar nuestra propia definición, que viene a completar las ya existentes y a integrar al mediador intercultural dentro del ámbito de la interpretación.

La definición teórica se limita a incluir la mediación intercultural como una variante de la mediación social, con el componente añadido de conocimiento de las culturas, clave para solucionar los conflictos que puedan surgir entre comunidades diferentes. Sin embargo, la teoría no tiene demasiado en cuenta el componente lingüístico en el intercambio entre las partes y asume que la interpretación o la formación en dicha disciplina no influyen tanto en la labor de mediación.

Tras la investigación y las distintas entrevistas con mediadoras del ámbito sanitario, hemos descubierto que entre la interpretación y la mediación social no existen tantas barreras, ya que ambas disciplinas vienen a completarse en la figura del mediador intercultural. La mediación social aporta elementos como los conocimientos culturales, el saber generar comunicación y acercamiento entre las partes, y la contribución de herramientas como la escucha activa facilitan la identificación de bloqueos comunicativos. Por su parte, la interpretación aporta las habilidades ligadas con el componente lingüístico, esenciales para realizar una buena mediación. Además, hemos observado que el mediador intercultural y el intérprete son terceras partes dentro de un sistema triangular comunicativo que facilitan el entendimiento y que comparten muchas características comunes como la obligatoria neutralidad, la invisibilidad y la confidencialidad en el trato de la información.

El mediador intercultural en el ámbito sanitario, además de reunir las características tanto de un intérprete como de un mediador social antes mencionadas, debe añadir

a su formación unos conocimientos médicos indispensables para poder realizar su tarea. Para ello, debe recibir una formación específica que viene a completarse con un seguimiento diario de las competencias hospitalarias. Sin esta formación, aportada o bien por cursos especializados o por el día a día en el hospital, el mediador sería un simple intérprete lingüístico y no podría ayudar al paciente a la hora de aclarar posibles confusiones médicas o explicar el funcionamiento interno administrativo del hospital.

Como hemos visto reflejado en las intervenciones de las mediadoras del Hospital del Mar, la utilidad y la eficacia de su servicio depende de tres factores. En primer lugar, el profesional sanitario debe conocer la figura del mediador intercultural, así como su función y lo que representa, y solicitar su ayuda sólo cuando vaya a cumplir una labor propia del mediador intercultural. Es decir, el médico no debería ni utilizarlo como un simple intérprete cuando el paciente desconoce el idioma, ni prescindir de él cuando el paciente habla mínimamente el idioma, puesto que esto implicaría no tener en consideración el componente cultural ni sus habilidades para mediar en el conflicto.

En segundo lugar, el paciente debe confiar en el mediador y saber hasta dónde llegan sus funciones y no pensar que, por el hecho de que pertenezca a la misma comunidad y le ofrezca su ayuda, puede utilizarle para agilizar tareas administrativas que no atañen directamente al mediador.

Por último, el mediador debe reunir una serie de competencias para hacer de su labor una mediación satisfactoria. Debe ser una persona estable emocionalmente, que haya superado el “duelo migratorio” y haya alcanzado un grado de integración en la sociedad de acogida. Además, debe ser una persona que demuestre empatía con las dos partes, con ganas de ayudar pero sabiendo dónde están los límites y manteniendo siempre su imparcialidad.

Para conseguir que tanto el profesional sanitario como el paciente conozcan, respeten y soliciten el servicio de mediación, es necesaria tanto una formación al

profesional como una concienciación social. Para cumplir estos tres objetivos es necesario tener una definición clara y precisa de la figura y labor del mediador intercultural, para así poder comunicarlo al conjunto de la sociedad. Ya existen muchos cursos dedicados a las mediadoras pero se echa en falta cursos formativos en comunicación para profesionales sanitarios y una campaña de concienciación social desde la educación escolar. De esta manera, se lograría mejorar la convivencia y la integración, así como participar en la construcción social.

La única forma de alcanzar estos objetivos es conseguir que los gobiernos e instituciones públicas se impliquen y ofrezcan su apoyo mediante subvenciones y mayores infraestructuras. Del mismo modo, a nivel formativo se debería crear una especialización universitaria dentro de la Licenciatura de Traducción e Interpretación, donde convergerían estudios lingüísticos con una formación de mediación de conflictos sociales.

El mediador intercultural se convierte así en una figura indispensable en la sociedad contemporánea debido a que existe una hiperdiversificación lingüística y cultural que debe ser atendida, acogida e integrada. Dichas funciones no podrían ser realizadas ni por un intérprete ni por un mediador social, por eso ha sido necesario crear el elemento que aúne las características de ambas figuras y que sea capaz de cumplir con este propósito. Hablamos del mediador intercultural que necesita apoyo institucional, administrativo y formativo para obtener un reconocimiento social que valore no sólo su trabajo, sino también su función dentro de la sociedad.

La figura del mediador intercultural es admirable y se debe luchar para que deje de considerarse una especialidad inferior dentro del mundo de la interpretación. Si bien es cierto que los idiomas que integran la mediación intercultural no son lenguas de poder a pesar de que su número de hablantes sea muy elevado, la mediación intercultural debe tener la misma importancia que cualquier otra modalidad de interpretación.

La mediación intercultural permite alcanzar el objetivo máximo de la Interpretación: conseguir una comunicación interlingüística efectiva con el añadido de que lo consigue a un nivel humano básico, como es en el caso del trabajo que nos ocupa, el de la salud de las personas. No busca conseguir un premio económico ni ningún tipo de popularidad y, precisamente por eso, se le debe otorgar dicho reconocimiento.

5. BIBLIOGRAFÍA

5.1 Bibliografía utilizada

ABRIL MARTÍ, Isabel (2004). "La interpretación social: Una profesión por derecho propio". En *Acerca de la traducción y la interpretación. CEADE 2004*, pp. 213-227.

EDWARDS, Rosalind; TEMPLE, Bogusia; ALEXANDER, Claire. *User's experiences of interpreters (The critical role of trust)*. London South Bank University, University of Salford, London School of Economics

GIMÉNEZ ROMERO, Carlos. (2001) *Modelos de mediación y su aplicación en mediación intercultural*. MIGRACIONES, nº10. Universidad Pontífice de Comillas (España)

GIMÉNEZ ROMERO, Carlos. (1997) *La naturaleza de la Mediación intercultural*. MIGRACIONES. Universidad Pontífice de Comillas (España)

LEANZA, Yvan. (2006) *L'interprète médiateur communautaire: Entre ambiguïté et polyvalence*. L'autre. Cliniques, cultures et sociétés, nº7.

ORTÍ, Roberto; SÁNCHEZ, Enric; SALES, Dora. *Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural*. Instituto Cervantes, Universitat de València, Universitat Jaume I de Castellón (Grupo CRIT)

RAGA GIMENO, Francisco; SALES SALVADOR, Dora. *El componente cultural en la formación para la interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario*. Grupo CRIT, Universitat Jaume I de Castellón (España)

RAGA GIMENO, Francisco. (2008) *Mediaciones interculturales*. Centro de Estudios sobre Comunicación Interlingüística e Intercultural, vol. 36. Grupo CRIT, Universitat Jaume I de Castellón (España)

SALES, Dora. (2005) *Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España*. Grupo CRIT, Universitat Jaume I de Castellón (España)

VALERO GARCÉS, Carmen; DERGAM, Adriana. (2003) *¿Mediador social = mediador interlingüístico = intérprete? Práctica, formación y reconocimiento social del intérprete en los servicios públicos*. La evaluación de la calidad en interpretación: docencia y profesión. Ed: Comares, Granada.

VALERO GARCÉS, Carmen (2006) *Formas de mediación intercultural. Traducción e interpretación en los servicios públicos*. Conceptos, datos, situaciones y práctica. Ed: Comares Interlingua, Granada.

Ajuntament de Barcelona. *Informe dels Serveis de Mediació Intercultural 2008* (2009)

<http://w3.bcn.es/fixers/acciosocial/informeserveismediaciinterculturalcasimar09final.465.pdf>

Asociación Salud y Familia. (2006) *Mediación intercultural en centros sanitarios*. Servicio de compatriota a compatriota, Memoria 2006. Barcelona

http://www.saludyfamilia.es/downloads/Memoria_COMPATRIOTA_2006.pdf

Servicio de Mediación Cultural, Hospital del Mar (2009)

http://www.imasbcn.org/hospitals/hospital-del-mar/es_seveimediacioncultural.html

5.2 Bibliografía consultada

BISCHOFF, Alexander; LOUTAN, Louis. *Interpreting in Swiss hospitals*. University of Basel, Geneva University Hospitals

Consorti Sanitari de Barcelona, Cat Salut, Generalitat de Catalunya. (2007) *Estudi del fenomen migratori i els serveis sanitaris a Barcelona*. Barcelona

E. FARRELL, Mary. *Observación y detección de incomodidades conversacionales en muestras de diez personas no-nativas*. Universidad Jaume I de Castellón (España)

Generalitat de Catalunya. (2008) *Adaptación de los servicios públicos a una sociedad diversa*. Un pacto para vivir juntos. Pacto Nacional de Inmigración, Barcelona

RAGA GIMENO, Francisco (2005) «Médicos, *marabouts* y mediadores: Problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés», en Valero Garcés, Carmen (ed.) *Traducción como mediación entre lenguas y culturas/Translation as mediation or how to bridge linguistic and cultural gaps*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares, pp. 123-133.

Secretaria per a la Inmigració, Generalitat de Catalunya. (2007) *Llei d'Acollida de les persones immigrades i retornades a Catalunya. Document de Bases versió 1.2*. Barcelona.

Asociación Estatal de Mediadoras y Mediadores Interculturales (AEMMI)

<http://www.mediacionintercultural.org/>

Asociación para la Mediación Intercultural y Social con Inmigrantes (AMISI)
<http://amisi.org/>

Associació per la Cooperació, la Inserció Social i la Interculturalitat (ACISI)
<http://acisiweb.no-ip.org/>

6. ANEXOS

6.1 Anexo 1: Encuesta tipo

ENCUESTA TIPO

I) LA MEDIADORA

- Nombre
- Origen
- Idioma(s)
- Formación
- Llegada al hospital
- Especialidad

II) UTILIDAD DE LA MEDIACIÓN

- Visión general (utilidad, necesidad, etc.)

III) EL TRABAJO

- Trato entre el paciente y el médico (protocolos, solicitud de la mediación, etc.)
- Punto de vista del médico y del usuario sobre el servicio
- Tratamiento de la imparcialidad, la confidencialidad y la confianza

IV) CASO PRÁCTICO

- Posibles conflictos idiomáticos y culturales y su posterior resolución
- Generalidades propias de cada comunidad

V) OBSERVACIONES Y VISIÓN DE FUTURO

6.2 ANEXO 2: Entrevista 1

ENCUESTA 1

I) LA MEDIADORA

Nombre: Ying Zhang

Origen: China

Idioma(s): Chino mandarín - castellano

Formación: Licenciada en economía en Londres. Máster de traducción e interpretación en la Universidad Autónoma de Barcelona.

Llegada al hospital: Empezó su trabajo como mediadora en el CAP de Santa Coloma de Gramenet, ayudando al médico de cabecera e informando a los pacientes del funcionamiento de la administración.

Especialidad: En el Hospital del Mar, sobre todo trabaja en anestesia, digestivo y maternidad.

II) UTILIDAD DE LA MEDIACIÓN

Cree que la mediación es muy útil. En el CAP, como los pacientes eran más habituales, tenía la posibilidad de hacer un seguimiento más cercano. Sin embargo, en el Hospital del Mar, no puede hacer ningún tipo de seguimiento más personalizado.

III) EL TRABAJO

Trato entre el paciente y el médico (protocolos, solicitud de la mediación, etc):

Las tres partes (médico, paciente y mediadora) entran a la consulta a la vez. Una vez acabada la consulta, si se necesita explicaciones adicionales, se realizan a posteriori para agilizar el servicio.

Punto de vista del médico y del usuario sobre el servicio:

Los pacientes chinos llegan al hospital con miedo a no poder comunicarse y a no hacerse entender. Por eso, la figura del mediador intercultural les parece de total utilidad y les hace sentirse más seguros.

IV) CASO PRÁCTICO

Generalidades propias de cada comunidad:

Mayoritariamente, los problemas surgen a raíz de las diferencias entre el sistema sanitario chino y español. Por ejemplo, en China no existe la cita previa y están acostumbrados a pagar por las pruebas que el propio paciente considere necesarias. Por eso, cuando llegan a España y les dicen que la sanidad es pública, no pueden elegir al médico deseado ni hacerse las pruebas que ellos quieran, no lo entienden.

V) OBSERVACIONES Y VISIÓN DE FUTURO

Una característica de los pacientes de la comunidad china es la falta de seguimiento de la medicación recetada por el médico local porque consideran más fiable la medicación china, que pueden conseguir en las clínicas chinas en España.

6.3 ANEXO 3: Entrevista 2

ENCUESTA 2

I) LA MEDIADORA

Nombre: Iman

Origen: Casablanca, Magreb.

Idioma(s): Árabe clásico, francés, castellano, catalán, dialectos del árabe (egipcio es el más común)

Formación:

- Curso “Desenvolupament Comunitari” (mediación comunitaria, traducción e interpretación, mediación interpersonal) con prácticas en el ámbito social
- Curso Hospital de Mataró (especializado en terminología médica del dialecto marroquí)
- Curso en ASISI
- Curso en La Formiga
- Curso IES (Vall d’Hebron), intensivo en sanidad
- Curso catalán

Llegada al hospital: Llegó a España en 1995. Prácticas en la asociación Salut i Família desde el 2003.

Especialidad: Ninguna especialidad aunque los servicios más solicitados son psiquiatría, traumatología, cirugía, pediatría, hematología, ginecología y enfermedades infecciosas.

II) UTILIDAD DE LA MEDIACIÓN

La mediación no es útil en todos los casos. Por ejemplo, cuando la mediación únicamente es idiomática, el servicio es completamente inútil ya que no se realiza una función de mediadora sino de traductora. Sin embargo, el mediador es muy útil porque tiene un papel de integración no sólo en el hospital sino también en la sociedad. El problema es que el perfil del mediador todavía no está definido. En los hospitales usan al mediador para ayudar al inmigrante a realizar trámites burocráticos que no les corresponden. Por ejemplo, es inútil traducir trípticos al árabe si la mayoría de la población árabe es analfabeta. Lo ideal sería la desaparición de la figura del mediador puesto que significaría una integración completa del inmigrante. El mediador no debe ser considerado como una simple herramienta sino como un miembro más del personal del hospital, con una labor concreta como lo tienen médicos o enfermeras.

III) EL TRABAJO

Trato entre el paciente y el médico (protocolos, solicitud de la mediación, etc.):

Las mediaciones son solicitadas por el médico y por el paciente. Ella se sienta para ver las dos caras y lograr una mejor invisibilidad aunque muchas veces el médico las sienta al lado del paciente. No tiene una cita previa con los pacientes ni con el médico aunque lo ideal sería dedicar un tiempo para entrar en confianza con el paciente ya que se toca un tema delicado como es su salud. Al entrar se presenta y recuerda al paciente la confidencialidad de la mediación.

Punto de vista del médico y del usuario sobre el servicio:

Depende del médico y del paciente. Hay profesionales de la medicina que no utilizan la labor del mediador en casos graves y otros que te utilizan para tareas inútiles. El usuario suele ser muy agradecido, comprende los límites del mediador pero se suelen aprovechar del mediador para realizar trámites administrativos con el hospital.

Tratamiento de la imparcialidad, la confidencialidad y la confianza:

El mediador tiene acceso a todos los datos médicos y los pacientes suelen ser confiados. Sin embargo, hay médicos que no quieren comunicar la patología del paciente al mediador a pesar de que al paciente no le importe. Por eso, no se sienten completamente integrados como parte del personal del Hospital.

IV) CASO PRÁCTICO

Posibles conflictos idiomáticos y culturales y su posterior resolución:

Existen problemas con los diabéticos que no siguen las dietas. Por ejemplo, se dio el caso de una chica adolescente que tenía muchas subidas de azúcar ya que en la cultura árabe se prepara la comida en una misma olla y se come del mismo plato. Los platos individuales son una falta de respeto. Las enfermedades son un tabú puesto que las consideran como un defecto. El problema surgió cuando la niña, al ver a su prometido dejó de administrarse insulina y tuvo que ingresar en el hospital. Se intenta hablar con la familia para que la niña siga la dieta y tome las dosis de insulina, pero en este caso la tradición cultural se impone a la salud.

V) OBSERVACIONES Y VISIÓN DE FUTURO

En el mundo de la mediación, se observa una mayor necesidad de formación en traducción e interpretación para mejorar el acercamiento lingüístico con los pacientes.

La visión de la mediación intercultural en los próximos años queda un poco en el aire por la preocupación de que las segundas y terceras generaciones de inmigrantes se integren cada vez más y, sumado a un progresivo cierre de las fronteras, hace que la figura del mediador pueda peligrar y ya no sea necesaria.

“No somos únicamente traductores lingüísticos sino que, gracias a nuestro bagaje cultural, tenemos la capacidad de *traducir culturalmente*”.

6.4 ANEXO 4: Entrevista 3

ENCUESTA 3

I) LA MEDIADORA

Nombre: Eli

Origen: Sur de China

Idioma(s): Chino mandarín - castellano

Formación: Licenciada en ciencias y economía en China. Curso de formación de mediadores IES en la Vall d'Hebron, Sant Joan de Déu.

Llegada al hospital: Trabaja en el Hospital Clínic (seguimiento de un paciente de anorexia) y en Maternitat en la sección de pediatría y ginecología. Entró a trabajar al Hospital del Mar a través de la Associació Salut i Família en el año 2007.

II) UTILIDAD DE LA MEDIACIÓN

Visión positiva. El colectivo chino tiene más dificultades lingüísticas que culturales ya que se adaptan con facilidad y no crean conflictos en la sociedad de acogida. El mediador efectúa más una labor de intérprete puramente lingüístico, para romper con la barrera idiomática, que de mediador intercultural.

III) EL TRABAJO

Trato entre el paciente y el médico (protocolos, solicitud de la mediación, etc.):

En Maternidad, es la mediadora quien interviene y solicita la mediación con el paciente, pero su labor está enfocada a la educación sanitaria y a la explicación del sistema sanitario español a los pacientes inmigrantes.

En el Hospital del Mar, el médico solicita la mediación. Entra directamente con el paciente, sin tener una cita previa o posterior con éste o con el médico para agilizar el servicio.

Punto de vista del médico y del usuario sobre el servicio:

Para ambos, el servicio del mediador es una herramienta muy útil. Ambos lo ven como algo positivo que facilita la comunicación y la adaptación al sistema sanitario español y ayuda mucho a que los pacientes cojan confianza.

IV) CASO PRÁCTICO

Posibles conflictos idiomáticos y culturales y su posterior resolución:

Un caso muy generalizado es el problema existente con la epidural. En China, los partos naturales se realizan sin anestesia, por lo que mayoritariamente se realizan cesáreas programadas. En España, en el momento del parto, al preguntarles si quieren que se les administre la inyección de la epidural, las mujeres no dicen nada

y son los maridos los que se oponen. La razón es que creen que la epidural tiene muchos efectos secundarios en la vejez y, de esta manera, ellos tendrán que cuidar de ellas. La solución de este problema cultural es explicarles que la epidural tiene efectos secundarios muy puntuales y únicamente en los días posteriores al parto. Aún así, si la mujer decide aplicar la epidural es a escondidas de su marido. Si no, nunca aceptan por decisión/obligación de su marido.

Generalidades propias de cada comunidad:

Otro caso muy común de problemas culturales con la comunidad china está relacionado con la alimentación. El 80% de mujeres chinas padecen de anemia y diabetes durante el embarazo. La aparición de estas enfermedades es debido al incumplimiento de la dieta recetada por el médico y por el abundante consumo de arroz y la consecuente subida del nivel de azúcar en la sangre.

Tras el parto, la familia suele llevar a su recién nacido a China y volver unos meses después. La mediadora debe realizar una traducción del libro de vacunas del niño para que el médico en China sepa si le debe poner otra inyección o no.

Problema: existen clínicas chinas en Barcelona y muchas veces eso es motivo de que la comunidad china no acuda a hospitales españoles. Esto denota una falta de integración a pesar de que no haya conflictos entre la comunidad china y otras comunidades que viven aquí.

V) OBSERVACIONES Y VISIÓN DE FUTURO

Es necesaria una formación más completa centrada en la biomedicina para saber más sobre cómo interactúan las medicinas orientales con las occidentales y poder informar mejor al paciente.

En el caso de la comunidad china, cada vez se planifica una mejor integración de segundas y terceras generaciones de inmigrantes a través de la escolarización de los niños, por lo que es probable que la función del mediador intercultural cada vez sea menos requerida por los pacientes. Su futuro es incierto.

6.5 ANEXO 5: Entrevista 4

ENCUESTA 4

I) LA MEDIADORA

Nombre: Aura

Origen: Rumanía

Idioma(s): Rumano, inglés, italiano, castellano

Formación: Curso gratuito de “Mediación Intercultural comunitaria” del Ayuntamiento de Barcelona, centrado en la gestión y la prevención de conflictos.

Llegada al hospital: Prácticas en la asociación Barcelona Activa y Llegada al Hospital del Mar a través de la Associació Salut i Família cubriendo una baja laboral en el año 2007.

Especialidad: Trabaja en todos los ámbitos puesto que la especialidad sociosanitaria se adquiere mediante la práctica.

II) UTILIDAD DE LA MEDIACIÓN

La labor del mediador intercultural es identificar las barreras que puedan surgir y facilitar la comunicación entre las tres partes. La mediación tiene que ser un trabajo triangular en el que el arma del mediador es la pregunta con la que no pretende aclarar posibles confusiones sino que busca identificar el bloqueo para generar una comunicación activa para equilibrar las relaciones entre médico y usuario. Las herramientas del mediador para provocar esta comunicación son la escucha activa (prestar atención no sólo a los elementos verbales sino también a los no verbales que a veces comunican más), el lenguaje corporal (actitud, tono, comportamiento) y la empatía tanto con el paciente como con el médico.

La mediación es necesaria para la integración y su utilidad depende de las tres partes: de las aptitudes y la disposición del mediador; del concepto que el médico tiene del mediador, confiando en él como un profesional; y del paciente y su visión del mediador como una ayuda y no como un elemento de presión para conseguir favores.

III) EL TRABAJO

Trato entre el paciente y el médico (protocolos, solicitud de la mediación, etc.):

Antes de cada visita, se procura mantener una conversación breve con cada parte para hacer una presentación del caso y entrar en confianza. Si el paciente habla castellano, la mediadora deja a las dos partes que se entiendan por si solas e intenta intervenir lo menos posible para eliminar bloqueos.

Punto de vista del médico y del usuario sobre el servicio:

La mayoría de los usuarios del servicio creen que es muy útil. Aunque son una minoría, a veces se dan casos que impiden realizar un trabajo efectivo por tres motivos diferentes: cuando el médico piensa que el mediador ejerce una cierta forma de control, en casos de vergüenza por parte del paciente, o de desconocimiento de la labor del mediador intercultural.

Tratamiento de la imparcialidad, la confidencialidad y la confianza:

Una de las características del mediador es tener empatía con el paciente y el médico para facilitar el acercamiento. Por este motivo, lo más difícil es mantener la imparcialidad cuando te enfrentas a un caso injusto o que te afecta personalmente. Como mediador no se puede juzgar y siempre prevalece la decisión del médico.

IV) CASO PRÁCTICO

Posibles conflictos idiomáticos y culturales y su posterior resolución:

Un caso que muestra esta labor por parte del mediador de identificar bloqueos y solucionarlos es el de un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, afectado por una enfermedad grave. En las sesiones informativas, los médicos informaron a los familiares del estado del paciente y estos quisieron llevárselo de vuelta a Rumanía a toda costa. Después de tres días sin ponerse de acuerdo, la intervención del mediador identificó el bloqueo: los familiares asociaban la expresión “enfermedad grave” a “enfermedad incurable” y por eso querían llevárselo. Una vez superado el bloqueo lingüístico, en el que el nivel de educación, la etnia y la clase social influían en la percepción lingüística del diagnóstico, los familiares se mostraron dispuestos a escuchar.

Generalidades propias de cada comunidad:

No se suelen dar casos generales con la comunidad rumana ya que los casos problemáticos siempre se crean por el posicionamiento de las partes, ya sea por la imposición de la figura del médico o por la victimización o el miedo del usuario.

V) OBSERVACIONES Y VISIÓN DE FUTURO

Existe una carencia de percepción de lo que es la figura del mediador por parte de los profesionales. Si estos entendieran la utilidad del mediador, se solicitaría con mayor frecuencia, se crearía más comunicación y se lograría así una mayor confianza y acercamiento a los pacientes. Se debería formar más al personal sanitario en ámbitos de comunicación ya que los cursos para mediadores son de calidad.

En cuanto al futuro de la mediación, es optimista porque cree que en España se tiene una mentalidad más abierta que en otros países donde hay más tradición de inmigración. Sin embargo, se tiene que sensibilizar la sociedad para lograr una

integración total del inmigrante desde la educación en las escuelas aunque todavía estamos lejos de este nivel de integración social.

“¿Pero, qué es realmente la integración total? ¿Es hablar catalán, bailar sardanas y olvidarse de sus orígenes?”

6.6 ANEXO 6: Entrevista 5

ENCUESTA 5

I) LA MEDIADORA

Nombre: Fariza

Origen: Inglaterra

Idioma(s): Punjabi, urdú, inglés, castellano

Formación: Curso especializado en sanidad y otro en mediación

Llegada al hospital: Mediante prácticas con el hospital

Especialidad: Ninguna especialidad pero más trabajo en digestivo, ginecología y enfermedades infecciosas

II) UTILIDAD DE LA MEDIACIÓN

La mediación es muy necesaria porque no sólo somos traductores lingüísticos sino que tenemos conocimientos sobre temas culturales y religiosos de cada comunidad y podemos facilitar la comunicación ya que sabemos que los conceptos de enfermedades son distintos en cada cultura.

III) EL TRABAJO

Trato entre el paciente y el médico (protocolos, solicitud de la mediación, etc.):

Normalmente, se entra a la vez que el paciente a la consulta salvo si es un caso de más complicación, en el que se habla previamente con el profesional.

Punto de vista del médico y del usuario sobre el servicio:

Ambas partes suelen considerar la mediación como algo positivo aunque a veces, si el médico ve que el paciente habla castellano, prescinde del servicio porque algunos piensan que sólo somos traductores.

IV) CASO PRÁCTICO

Generalidades propias de cada comunidad:

Normalmente, en el caso del parto, los problemas surgen cuando las mujeres quieren que les atienda una ginecóloga aunque, cada vez más, asumen que están en un servicio público y que no se modificará en función de sus costumbres. Por ejemplo, en Pakistán las mujeres están acostumbradas a que tras parir, las traten como reinas y permanecen ingresadas en el hospital reposando varios días. Sin embargo, aquí, tienen que aprender que las costumbres son otras y deben regresar a sus hogares.

V) OBSERVACIONES Y VISIÓN DE FUTURO

Son necesarias algunas mejoras como por ejemplo en la formación médica de los mediadores. No hay que olvidar que los mediadores no trabajan en una especialidad en concreto y que tienen nociones muy generales de las distintas disciplinas del hospital.

En Inglaterra, donde hay un porcentaje de población inmigrante muy elevado, no existe el mediador, se habla de traductores e intérpretes en ámbitos comunitarios. Se debe fomentar más la figura del mediador tanto en el ámbito de los profesionales médicos como en la formación social de cada individuo y así aceptar la diversidad cultural para poder facilitar una mejor integración.

Autoavaluació del Treball Acadèmic

1. Respon el qüestionari següent, puntuant a la casella grisa de la dreta cada concepte amb una d'aquestes lletres:

- A Valoració màxima o excel·lent: 9-10 punts.
- B Valoració bona o notable: 7-8 punts.
- C Valoració regular o aprovat: 5-6 punts.
- D Valoració insuficient o suspens: 4 o menys punts.
- N No avaluable

PARTICIPACIÓ EN L'ASSIGNATURA

He assistit a les tres sessions de gran grup i a les de seminari.	A
A classe, he tingut una actitud participativa, fent aportacions, preguntes, comentaris, etc.	A
M'he connectat sovint a <i>Moodle</i> , hi he fet aportacions personals i he participat en d'altres activitats del seminari (organitzades pel docent corresponent).	B
He fet tutories presencials i en línia amb el tutor.	B
...	

TREBALL INDIVIDUAL

He fet cerques de documentació i l'he consultada, cosa que queda reflectida en el treball final.	A
He elaborat diversos esquemes, esborranys i correccions del treball, abans de la versió final.	A
He treballat al llarg del curs, durant totes les setmanes, de manera continuada.	A
Hemos trabajado muy bien en equipo, consensuando todas las decisiones	A

RESULTAT FINAL I APRENTATGE

El treball final aconsegueix els objectius previstos, mostra l'aprofitament dels continguts i té molta qualitat.	A
El treball final està ben estructurat i ben escrit, és correcte i té una bona presentació	A
La metodologia que he seguit és adequada per als objectius establerts a l'inici.	B

...	
ALTRES ASPECTES que vulguis afegir	
...	
...	
QUALIFICACIÓ FINAL	A

Comenta la teva puntuació i el que creguis convenient sobre els seminaris, la tutoria o aquesta autoavaluació.

Creemos que ha sido un trabajo muy enriquecedor que nos ha permitido aprender más sobre una rama de la interpretación bastante desconocida hasta el momento para nosotros. Además, el trabajo nos ha permitido hacer entrevistas, conocer a gente que tenía cosas muy interesantes que contar y que ha hecho que nos lo pasásemos bien.

...