

Situación de la mediación intercultural en el ámbito sanitario

**Facultad de Traducción e Interpretación
Universitat Pompeu Fabra**

Nombre: Marina Pascual Arnáiz
Tutora: Madeleine Cases
Asignatura: Trabajo Académico
Curso: 2009/2010
Fecha: 14/12/2009

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Identificación y partes del trabajo	2
1.2. Motivación	2
1.3. Objetivos	3
1.4. Metodología	3
2. MEDIACIÓN INTERCULTURAL	4
2.1. Marco teórico	4
2.2. Necesidad de la mediación intercultural	5
2.3. Definición de la mediación intercultural	5
2.4. Panorama de la mediación intercultural a nivel internacional	7
2.5. Panorama de la mediación intercultural a nivel estatal	8
2.6. Situación de la mediación intercultural en el ámbito sanitario en Cataluña	9
2.7. Formación en mediación intercultural	11
3. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A LAS MEDIADORAS	13
3.1. Percepción de la mediación intercultural en el ámbito sanitario	13
3.2. Formación de las mediadoras	15
4. CONCLUSIÓN	17
5. BIBLIOGRAFÍA	20
5.1. Bibliografía utilizada	20
5.2. Bibliografía consultada	22
6. ANEXOS	23
6.1. Anexo 1: entrevista tipo	23
6.2. Anexo 2: transcripción entrevista 1	24
6.3. Anexo 3: transcripción entrevista 2	30
6.4. Anexo 4: lista de cursos de mediación en España	37

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Identificación y partes del trabajo

En el marco de la asignatura Trabajo Académico de la Licenciatura en Traducción e Interpretación de la Universitat Pompeu Fabra, realizaremos un estudio sobre la situación de la mediación intercultural en el ámbito sanitario en Cataluña.

El trabajo constará básicamente de dos partes: en la primera, procuraremos contextualizar la mediación intercultural en general: proporcionaremos un marco teórico, justificaremos la necesidad de esta nueva disciplina y la diferenciaremos de la interpretación entendida como interpretación de conferencias y de la mediación entendida como resolución de conflictos. Asimismo, ofreceremos una visión general de la situación de la mediación intercultural a nivel internacional y estatal, y seguidamente nos centraremos en la mediación intercultural en el ámbito sanitario, concretamente en los Centros de Atención Primaria (CAP), y analizaremos los cursos de formación que se ofrecen actualmente en nuestro país. En la segunda parte, analizaremos dos entrevistas realizadas a dos mediadoras que trabajan en Centros de Atención Primaria de Lleida con el objetivo de ofrecer una panorámica de cómo se percibe el servicio de mediación en los CAP y de cuál es la formación real de los mediadores que trabajan en nuestro país.

1.2. Motivación

Durante el segundo ciclo de Traducción e Interpretación, he cursado cinco asignaturas de interpretación: dos de interpretación consecutiva y tres de interpretación simultánea, todas ellas encaradas a la interpretación de conferencias. En algunas de estas asignaturas, se ha hecho mención a la mediación intercultural como rama de la interpretación, una rama considerada como la “hermana pobre” de la interpretación. Esto se debe a que su objeto de trabajo son las lenguas minoritarias y a que los profesionales que trabajan en este campo tienen sueldos muy inferiores a los de los intérpretes de conferencias.

A raíz de la mención a esta disciplina y de las pinceladas que sobre ella se nos han dado en clase, me pareció interesante profundizar un poco más sobre el tema y ver por mí misma cuál es la situación de la mediación intercultural en nuestro país. Lo que también me llamó poderosamente la atención fue que, con lo imperante que parece la necesidad de la figura del mediador intercultural en una sociedad cada vez más

multicultural, los nuevos programas docentes del grado en Traducción e Interpretación, por lo menos en la Universitat Pompeu Fabra, siguen sin incluir asignaturas dedicadas a la formación en este campo.

Todos estos factores han hecho que me decantara por investigar el tema de la mediación intercultural. En concreto, el trabajo versará sobre la mediación intercultural en el ámbito sanitario. El interés por esta parcela particular de la disciplina viene dado porque la atención sanitaria es un derecho universal al que todos los grupos culturales han de tener acceso y, por lo tanto, me pareció importante e interesante estudiar los medios que existen o que deberían existir para eliminar las barreras comunicativas entre pacientes y profesionales sanitarios.

1.3. Objetivos

En este trabajo nos centraremos en la mediación en los servicios sanitarios, concretamente en los CAP. Nuestro objetivo consistirá en estudiar la figura del mediador en este ámbito, haciendo hincapié en su utilidad, y analizando la formación que presentan o que deberían presentar los mediadores, así como el funcionamiento de este servicio en este tipo de centros. También procuraremos hacer ver la importancia de la figura del mediador intercultural en una sociedad cada vez más multicultural y globalizada, una figura de cuya función la sociedad tiene más bien poco conocimiento.

1.4. Metodología

Este trabajo empezará justificando la necesidad de la mediación intercultural en nuestra sociedad mediante una amplia bibliografía de autores expertos en el tema como Francisco Raga o Pöchhacker y de grupos como CRIT, que durante mucho tiempo se han dedicado al tema. Posteriormente, se centrará en el estado de la cuestión en el ámbito sanitario, concretamente, en los CAP. A continuación, se ofrecerá una visión panorámica sobre los cursos que se ofertan para formarse como mediador intercultural. Finalmente, se contrastará la información recogida con la experiencia y la visión de dos mediadoras interculturales, que trabajan en diferentes CAP, para ver hasta qué punto se aplica la teoría a la práctica o hasta qué punto los medios que se ofrecen, ya sea desde el gobierno o desde entidades privadas, son suficientes para suplir esta nueva necesidad.

2. MEDIACIÓN INTERCULTURAL

2.1. *Marco teórico*

En este apartado, procuraremos situar la mediación intercultural dentro de un marco teórico, atendiendo a las aportaciones teóricas de autores como Franz Pöchhacker, Miriam Shlesinger o Roda Roberts. De este modo, empezaremos situando la mediación intercultural dentro de lo que se conoce como interpretación de comunidad¹.

La interpretación de comunidad se ha definido en numerosas ocasiones de una manera muy amplia. Estas definiciones abarcan desde una modalidad de interpretación que tiene lugar en contextos informales y que es llevada a cabo por aficionados, hasta una modalidad más formal llevada a cabo por profesionales con algún tipo de formación en interpretación médica, legal o social. Para la realización de este trabajo, nos ceñiremos a la definición propuesta por Roda Roberts (1994): “La interpretación de comunidad posibilita la comunicación con los proveedores de servicios sociales a las personas que no dominan la lengua oficial del país, con el objetivo de facilitar un acceso pleno e igualitario a los servicios legales, sanitarios, educacionales, gubernamentales y sociales”².

Por último, cabe decir que los estudios en mediación intercultural y en interpretación de comunidad son mucho menores y mucho más recientes que los de disciplinas relacionadas como la traducción, en las que se ha realizado mucha más investigación teórica. Por este motivo, siguen existiendo muchos interrogantes que todavía hoy en día no se han resuelto en relación con el papel del intérprete de comunidad. Pöchhacker y Shlesinger (2002) hacen una recopilación de algunos de estos interrogantes: “¿es poco profesional utilizar un registro poco elevado cuando se interpreta para clientes con bajo nivel educativo en un juicio?”, “¿o apoyar la causa de un solicitante de asilo explicando aspectos culturales?”, ¿o simplificar y explicar preguntas para clientes con bajo nivel educativo?”. Todos estos interrogantes dificultan la tarea del interpretador de comunidad y, por lo tanto, la del mediador intercultural. Teniendo esto en mente, los autores mencionados también destacan las diferencias en la

¹ El término *interpretación de comunidad* es el más extendido para hablar de esta disciplina, pero existen otros términos como *interpretación en los servicios públicos* o *interpretación cultural* que se utilizan como sinónimos.

² La traducción es nuestra.

concepción que se tiene de la mediación intercultural en unos países y en otros³, lo que dificulta la profesionalización de la interpretación de comunidad. Por ello, Pöchhacker insiste en la necesidad de armonizar conceptos y prácticas a escala internacional.

2.2. Necesidad de la mediación intercultural

En los últimos años, en un mundo cada vez más globalizado, el fenómeno de la inmigración se ha convertido en una realidad para la mayoría de los países desarrollados. La afluencia incesante de inmigrantes hacia países como el nuestro ha hecho surgir necesidades comunicativas en ámbitos muy diversos, tales como la sanidad o el entorno escolar. Estas necesidades comunicativas surgen principalmente a causa de las diferencias entre la lengua y la cultura del país de acogida y las del inmigrante, diferencias que introducen una diversidad creciente en la estructura social del país de acogida. A raíz de esta nueva necesidad social, surge lo que se conoce como mediación intercultural o interpretación de comunidad.

A pesar de que la española siempre ha sido una sociedad multicultural —la minoría gitana lleva más de quinientos años instalada en nuestro país, por poner un caso— la mediación intercultural es una disciplina muy joven, de la que en España no se empieza a hablar hasta la última década del siglo XX. Debemos aprovechar, por lo tanto, los avances realizados en países como Australia, Suecia o Gran Bretaña, que nos llevan la delantera en lo que a mediación intercultural se refiere, ya que cuentan con algunos años más de experiencia que nosotros.

2.3. Definición de la mediación intercultural

Pasemos a describir a grandes rasgos lo que es la mediación intercultural, diferenciándola de otras disciplinas con las que tiene varios puntos de contacto. No hay que confundir la mediación social, entendida como procedimiento de resolución de conflictos en el que interviene una tercera persona imparcial; con la mediación intercultural, que además pretende hacer una aportación cultural a la sociedad y suele trabajar con lenguas distintas. Tampoco hay que confundir la tarea del mediador intercultural con la del intérprete (entendido como intérprete de conferencias), ya que el

³ Para más información, véase el apartado 2.4.

primero tiene unas responsabilidades muy diferentes de las del segundo: este último debe facilitar la comunicación entre un profesional y un cliente con antecedentes muy distintos en una relación desigual de poder y conocimiento. De este modo, podríamos decir que la mediación intercultural se encuentra a medio camino entre la mediación social, en tanto que también hay una tercera persona que actúa como mediador; y la interpretación, en tanto que suele tratar con lenguas distintas y tiene finalidades comunicativas. A esto se le añade, además, la presencia en todos los casos del componente cultural, ya que la labor del mediador consiste en establecer una comunicación con un cliente que pertenece a una minoría cultural (y lingüística) y que tiene un nivel educativo y adquisitivo inferior al de la mayoría, es decir, consiste en establecer una comunicación en el marco de una relación de poder asimétrica en cuanto a educación, riqueza, poder o formación.

Volviendo a las diferencias entre mediación intercultural e interpretación, cabe decir que, en general, las lenguas con las que trabajan los mediadores interculturales suelen ser lenguas minoritarias; mientras que el objeto de trabajo de la interpretación entendida tradicionalmente suelen ser las lenguas mayoritarias o lenguas de poder. Otra de las diferencias básicas entre estas dos disciplinas es la formación con la que cuentan unos y otros profesionales: para trabajar como intérprete existen másteres específicos dedicados a la formación en interpretación de conferencias, mientras que el mediador intercultural carece de formación reglada.

En España, grupos como CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales), AEMMI (Asociación Estatal de Mediadoras y Mediadores Interculturales) o el Grupo Triángulo, que se dedican a la mediación intercultural, reivindican una mejora de condiciones laborales para la figura del mediador. Piden que exista una formación unificada y un reconocimiento institucional y social, a la vez que denuncian el desconocimiento del papel de la figura mediadora y la precariedad laboral del mediador. En muchos casos, se trata de un trabajo voluntario y sin remuneración, lo que puede acarrear problemas: por ejemplo, un niño que ejerza de mediador entre sus padres y el médico puede transmitir un diagnóstico erróneo, sin mencionar que además la situación puede provocarle una angustia y un estrés innecesarios.

Es importante destacar que, a pesar de haber considerado ciertas características como definitorias de la mediación, es muy difícil proponer una definición de mediación intercultural que abarque todos los ámbitos de actuación de esta disciplina. Como señala

Pöchhacker (2001), se trata de una actividad que no se puede limitar ni a instituciones específicas, ni a lenguas o grupos culturales particulares. Los servicios en los que se produce una mayor intervención mediadora son los legales, los sanitarios, los educativos o los religiosos, y los representantes de estos campos pueden necesitar comunicarse con grupos específicos de inmigrantes con características diferentes. Por este motivo, se tiende a ofrecer definiciones más específicas, que atiendan a un grupo o a un área específica.

2.4. Panorama de la mediación intercultural a nivel internacional

En este apartado, ofreceremos una visión panorámica de la presencia de la mediación intercultural a nivel internacional según los datos de Valero (2006), tomando como base las razones histórico-sociales que motivaron la aparición de esta práctica.

Diversos autores sitúan los inicios de la mediación intercultural como actividad en la Segunda Guerra Mundial. Concretamente, consideran que nació en aquellos países que más refugiados y población inmigrante recibieron, ya que surgió la necesidad de encontrar soluciones que facilitaran la comunicación entre comunidades lingüístico-culturales distintas.

El país que se considera pionero en el desarrollo de este tipo de actividades es Australia, puesto que tras la Segunda Guerra Mundial recibió numerosos inmigrantes con realidades lingüísticas y culturales muy distintas a las de los australianos, y ya en los años 50 empezó a ofrecer soluciones para superar estas dificultades de comunicación. En los años 70, por ejemplo, se creó en Victoria un servicio de intérpretes para ayudar en las escuelas, y, en Sídney, uno para cubrir las necesidades en los hospitales. Asimismo, se creó un sistema de acreditación nacional con el objetivo de desarrollar unas directrices comunes que ayudaran al desarrollo de la profesión, cosa que todavía hoy en día no se ha conseguido en prácticamente ningún país.

En el Reino Unido, en los años 70 y 80 la situación de la mediación en los servicios sociales era muy similar a la situación actual en España. Sin embargo, a partir de los años 90 empezaron a hacerse progresos en este campo. Fue durante esta década cuando se creó el Diploma en Interpretación en los Servicios Públicos, cuyo objetivo

era equiparar la formación en este campo con la que se proporciona en las universidades para otros ámbitos.

En Estados Unidos, mientras que la mediación en los servicios sociales ha avanzado bastante a nivel jurídico, en el resto de ámbitos, como el sanitario, se sigue trabajando únicamente desde iniciativas locales o desde Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

En el caso de Canadá, no existe un sistema de acreditación nacional, ya que su sistema político hace que las decisiones se tomen a nivel provincial. Sin embargo, en la mayoría de los hospitales del país existen servicios de lengua y, a menudo, cuentan con servicios de interpretación en los ámbitos sanitario, legal, administrativo y social. Cabe destacar también que fue en este país en el que en 1995 se celebró el primer congreso internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, conocido como *Critical Link*⁴.

Suecia cuenta con un sistema de acreditación nacional desde 1976. Esta acreditación se obtiene tras superar un examen o tras realizar un curso de nivel universitario de un año, y es válida durante cinco años para aquellos profesionales que no ejerzan y se renueva automáticamente para aquellos que estén en activo. En Noruega y en Finlandia existen cursos de formación y se está estudiando la creación de un sistema como el sueco.

Por último, en países como Alemania o Austria, poco receptivos a la llegada de inmigrantes, el interés por la Traducción y la Interpretación en los Servicios Sociales ha sido más bien escaso y la labor de los profesionales que trabajan en este campo, poco reconocida. En otros países de la Unión Europea como Francia, no existe una concienciación social ni ningún sistema nacional de acreditación, por lo que este tipo de servicios los ofrecen las ONG o instituciones privadas. Y en los países del sur de Europa, el apoyo estatal es más bien pobre, la remuneración, escasa, y la formación, mínima.

2.5. Panorama de la mediación intercultural a nivel estatal

La situación de la mediación intercultural en España es similar a la situación brevemente descrita en el apartado anterior sobre los países del sur de Europa. En

⁴ Para más información, consultar <http://www.criticallink.org/>

nuestro país, a las personas que ejercen como mediadores interculturales no se les exige una formación específica en relación con la labor que realizarán. El único requisito que deben cumplir es tener un nivel suficiente en español y en otra lengua extranjera, en general, minoritaria, como para poder ayudar a resolver un conflicto.

El perfil de estos mediadores interculturales o intermediarios interlingüísticos, puesto que no acaba de quedar claro cuál es su estatus, es el de personas entre 25 y 40 años, de procedencias diversas y que pueden llevar en España desde meses hasta años. Su formación también suele ser desigual: los hay que tienen estudios universitarios y los hay que son analfabetos en su propia lengua.

Finalmente, como grupos o asociaciones dedicadas a la mediación intercultural, destacamos el grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales) de la Universitat Jaume I de Castellón, coordinado por Francisco Raga Gimeno; o EMSI (Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid), programa patrocinado por tres entidades públicas de la Comunidad Autónoma de Madrid: el Instituto Madrileño para la Formación, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, y la Universidad Autónoma de Madrid.

2.6. Situación de la mediación intercultural en el ámbito sanitario en Cataluña

Cataluña ha acogido en los últimos años a numerosos inmigrantes procedentes de regiones tan diferentes como el Sureste Asiático, China, Europa del este, África Subsahariana o el mundo árabe. En 2008, la población extranjera representaba un 15% de la población catalana, con un predominio claro de inmigrantes marroquíes (prácticamente 276.000), seguidos por los inmigrantes rumanos (casi 88.000) y finalmente por los ecuatorianos (unos 80.500). Para las familias inmigrantes, el acceso efectivo a los servicios sanitarios es de vital importancia para la integración en el país de acogida. Sin embargo, este acceso se ve a menudo limitado por el desconocimiento, por una parte, de la lengua y la cultura de la comunidad de acogida y, por otra, de su sistema sanitario. Además, la situación legal de los inmigrantes hace que muchas veces el acceso que puedan tener a la sanidad pública sea bastante restringido. Por este motivo, y con el fin de preservar el derecho al acceso a los servicios sanitarios que todo ser humano tiene, tanto desde la Generalitat de Catalunya como desde instituciones

privadas se han iniciado proyectos de mediación intercultural que pretenden precisamente facilitar el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios.

A principios de 2008, Fundación “La Caixa” en colaboración con el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya inició un proyecto de mediación intercultural en el ámbito sanitario que proporcionaría cobertura a 40 Centros de Atención Primaria, 15 hospitales y 3 centros de salud mental durante dos años. El objetivo de este proyecto era consolidar la mediación intercultural en el ámbito sanitario en Cataluña y mejorar el acceso a los servicios sanitarios a la población inmigrante. Hasta el momento, ha conseguido formar a nuevos mediadores en este ámbito, gracias al programa de formación impartido por la Fundación del Hospital Vall d’Hebron; y ha logrado que se cree un centro para coordinar las actuaciones de los mediadores en los diferentes centros.

Otro caso es el de la entidad privada Salud y Familia, que impulsó en 2007 el programa “Mediación Intercultural en Centros Sanitarios” con la finalidad de facilitar la atención sanitaria a inmigrantes tanto en Centros de Atención Primaria como en hospitales. Entre sus objetivos específicos se encuentran “mejorar y facilitar la comunicación entre el inmigrante y el personal sanitario”, “identificar y afrontar conflictos culturales de organización del tiempo y de percepción de la salud” o “facilitar la construcción de habilidades interculturales entre el personal sanitario y la institución sanitaria en su conjunto”. El servicio de mediación de esta entidad actuó en 2007 en las provincias catalanas de Barcelona, Girona y Lleida y cubrió con un equipo de 29 mediadores 27 centros sanitarios, de los cuales 19 eran Centros de Atención Primaria, 3 eran Centros de Urgencias de Atención Primaria y 5 eran hospitales.

Estas son dos de las iniciativas que más repercusión han tenido para la mediación intercultural en el ámbito sanitario en Cataluña. Como vemos, si consideramos que no ha habido solapamiento de centros entre una y otra —cosa, por otra parte, poco probable— y si nos centramos tan sólo los Centros de Atención Primaria, estas iniciativas habrían cubierto un total de 59 centros. Dicho así, puede parecer que la mediación intercultural en el ámbito sanitario está muy bien instaurada en Cataluña. Sin embargo, si contrastamos estos datos con el número total de Centros de Atención Primaria que hay en esta Comunidad Autónoma, veremos que las cifras no son tan alentadoras: en Cataluña existen actualmente casi 350 Centros de Atención Primaria, por lo que la gran mayoría de ellos no tendría actualmente servicio de

mediación. A esto, cabe añadir que muchos de los centros que cuentan con un equipo de mediadores no cubren toda la franja horaria de atención a los pacientes, de tal forma que según a qué hora se acuda al centro de salud se podrá contar con la ayuda de un mediador o no. Esta situación no se limita a los Centros de Atención Primaria: la misma situación se reproduce en los hospitales y Centros de Urgencias de Atención Primaria de toda Cataluña.

2.7. Formación en mediación intercultural

En este apartado, daremos cuenta de algunos de los cursos y másteres que se imparten en España relacionados con la mediación intercultural en el ámbito sanitario y extraeremos, a grandes rasgos, cuáles son sus principales carencias o los principales problemas que presentan.

Desde la Universitat Jaume I de Castellón y bajo la dirección de Dora Sales y Francisco Raga se ofreció, durante los cursos 2006-07 y 2007-08, el *Curso de formación superior en mediación intercultural e interpretación en el ámbito sanitario*. Se trataba de un curso que constaba de 52 horas de clases presenciales, sumadas a 40 horas de prácticas en hospitales y centros de salud, y en el que había que presentar una memoria final de prácticas. El programa incluía conocimientos culturales y lingüísticos, estos últimos encarados a la terminología médica; técnicas y protocolos de actuación; prácticas de aula; y prácticas en hospitales. Finalmente, el curso iba dirigido a estudiantes o licenciados en Traducción e Interpretación y a extranjeros con un nivel alto de español y buen nivel de estudios, priorizando a los solicitantes que tuvieran estudios en lenguas asiáticas, africanas y de Europa del este.

Por lo que se refiere a másteres o postgrados, encontramos, por ejemplo, el *Màster Universitari en Migracions i Mediació Social* que se imparte en la Universitat de Lleida. Este máster tiene por objetivo, por un lado, formar a profesionales dedicados a la intervención social; y, por el otro, preparar a una parte del alumnado para iniciar una carrera académica o investigadora. Este máster dura dos años con un régimen de estudios a tiempo completo y cuenta con 20 plazas. En este caso, la parte positiva es que se trata de un máster y, por lo tanto, de un tipo de estudio más reglado; la parte negativa es que este máster no es específico para formar a mediadores interculturales en ningún

ámbito concreto, sino que tiene otro tipo de ambiciones, como preparar a los estudiantes para realizar un doctorado y dedicarse a la investigación en este ámbito.

Podríamos continuar describiendo otros de los cursos que se ofrecen para formar a profesionales en mediación intercultural, pero la gran mayoría presentan unas características similares a los ya descritos, por lo que no nos parece necesario⁵. De este modo, como hemos podido observar, lo que se ofrece es, en general, cursos que no cuentan con un número elevado ni de horas de clase ni de plazas, lo que quiere decir que la formación que se puede dar es más bien justa y que las personas que pueden acceder al curso son pocas. En el caso de los pocos másteres relacionados con este tema, el problema reside en que no son específicos para la formación en mediación intercultural, sino que tienen otro tipo de ambiciones. Por estos motivos, muchos mediadores o muchas de las personas interesadas en trabajar en un futuro como mediadores optan por realizar varios cursos, ya que uno no suele ser suficiente, y están dispuestos a seguir formándose para suplir posibles carencias.

⁵ Para una lista con la oferta actual de formación en mediación en España, véase anexo 4.

3. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS A LAS MEDIADORAS

Para conocer la percepción de los mediadores interculturales sobre la mediación en el ámbito sanitario, concretamente en los CAP, así como la formación que tienen estos profesionales, elaboramos una entrevista tipo⁶ en la que se recogen las impresiones y la experiencia sobre el tema de dos mediadoras en concreto. La primera de las mediadoras entrevistadas es una chica marroquí llamada Rachida, que tiene como lenguas de trabajo el árabe, el francés y el español⁷. La segunda de ellas es una chica de Mali llamada Aminata, que trabaja con el francés, el bambara, el songhoy, el mandinga y el español⁸. Ambas trabajan como mediadoras en Centros de Atención Primaria.

3.1. Percepción de la mediación intercultural en el ámbito sanitario

En apartados anteriores, hemos dado cuenta de la importancia de la mediación intercultural en la sociedad contemporánea. A continuación, y tomando como base las dos entrevistas realizadas, procuraremos analizar cuál es la percepción por parte de las mediadoras de los servicios que prestan en su trabajo.

Ambas mediadoras coinciden en que la mediación intercultural en el ámbito sanitario es muy beneficiosa para la integración de los inmigrantes en el país de acogida. Afirman que su presencia y su labor ayudan a tranquilizar al inmigrante y hacen que pierda la inseguridad y la desconfianza con la que acude al médico al no conocer la lengua. Además, al trabajar en Centros de Atención Primaria, su trabajo va más allá de la simple tarea de mediación, puesto que también ofrecen cursos de formación a los inmigrantes para que conozcan el sistema sanitario español y les ayudan con temas burocráticos durante las primeras visitas.

Por lo que se refiere a la percepción por parte de los médicos del servicio que ofrecen, ellas consideran que en general hay médicos que tienen muy clara la función que realizan, mientras que hay otros que no saben exactamente cuál es su función allí y, por lo tanto, no suelen solicitar sus servicios. En relación con la percepción por parte de los pacientes inmigrantes, las mediadoras afirman que, aunque al principio puedan mostrarse algo desconfiados y les cueste explicar exactamente lo que les pasa, una vez

⁶ Véase anexo 1.

⁷ Para más información y para la transcripción de la entrevista, véase anexo 2.

⁸ Para más información y para la transcripción de la entrevista, véase anexo 3.

han entendido el funcionamiento y comprenden que su función allí es ayudarles, no tienen demasiados problemas en explicar lo que les ocurre y ya son ellos mismos los que en visitas posteriores pedirán la presencia de la mediadora.

Al parecer, en los CAP o, por lo menos, en el CAP Rambla Ferran de Lleida, en el que trabajan ambas mediadoras, no está muy pautado el modo de desarrollo de las mediaciones. A veces es el médico el que pide a las mediadoras que le ayuden, a veces es el paciente el que solicita su presencia, siempre que conozca el servicio o que lo haya utilizado con anterioridad, y a veces son las propias mediadoras las que se ofrecen cuando ven a algún paciente inmigrante que va perdido; como afirma Rachida: “cuando entras tienes que estar alerta; nosotros no nos sentamos en un despacho”.

En relación con la comunidad con la que trabajan, en su gran mayoría musulmanes, Rachida, la mediadora marroquí, destaca que suelen encontrar problemas de tipo cultural durante el mes del Ramadán, ya que hay enfermos –diabéticos, gente con problemas de tensión, etc.- que se niegan a romper el ayuno. Ella intenta explicarles que es necesario que coman regularmente porque su salud peligra, y afirma que muchas veces los inmigrantes mismos no tienen un conocimiento profundo de su religión, puesto que el Islam no obliga a ayunar a personas enfermas. También afirman que tienen problemas cuando a las mujeres les toca un médico varón, sobre todo, en ginecología, ya que éstas exigen que las visite una mujer. La labor de las mediadoras en este caso consiste en hacerles entender que no se puede escoger al médico, ya que se trata de un sistema sanitario público. Esto les resulta difícil de entender porque tanto en Marruecos como en Mali, países de procedencia de las dos mediadoras entrevistadas y, por lo tanto, de muchos de los inmigrantes con los que tratan, el médico es privado, es decir, hay que pagar cada vez que los pacientes desean visitarse y esto les permite, de algún modo, escoger el médico con el que quieren visitarse. Por lo demás, consideran que no hay ningún otro problema de tipo cultural y afirman, sobre todo Aminata, que los problemas más grandes son de tipo lingüístico. Este hecho nos ha sorprendido bastante, puesto que precisamente la figura del mediador intercultural surge con el objetivo de ser un puente entre lenguas y culturas, no solamente entre lenguas, y esta forma de concebir la profesión se acerca más a la definición de intérprete que a la de mediador intercultural.

Por último, una de sus principales quejas es que en los CAP el horario que tienen no cubre ni mucho menos las horas de atención a los pacientes. Rachida, por ejemplo,

trabaja tan sólo durante dos horas y media por las mañanas en el CAP Prat de la Riba de Lleida, mientras que este centro está abierto 12 horas al día. Esto significa que hay siete horas y media diarias en la que no hay mediadora de árabe en el centro y es imposible programar todas las visitas que necesiten mediación durante esas dos horas y media concretas.

3.2. Formación de las mediadoras

Las dos entrevistas realizadas muestran diferencias notables entre la formación de Rachida y la formación de Aminata, aunque por supuesto existe una base común.

Para empezar, cabe decir que ambas tienen estudios superiores, Rachida es licenciada en Historia en Marruecos y Aminata es Técnica de Veterinaria en Mali. Si hacemos una búsqueda en Internet sobre cursos de mediación intercultural, veremos que los requisitos que se suelen pedir son o bien haber estudiado Traducción e Interpretación, o bien ser extranjero con un buen nivel de español y tener un nivel de estudios elevado. Además, se da prioridad a aquellos candidatos que hablen lenguas asiáticas, africanas y de Europa del este. En el caso de las dos mediadoras entrevistadas, ambas cumplirían este requisito, puesto que las dos han ido a la universidad, aunque su formación poco tenga que ver con la mediación, y, en este caso, además hablan lenguas africanas. Esto las hace, de entrada, candidatas a ser aceptadas en este tipo de cursos.

Sin embargo, si nos centramos en la formación en mediación intercultural de las dos entrevistadas, veremos que la mediadora de Marruecos ha realizado bastantes más cursos que la mediadora de Mali, por lo que sus conocimientos y sus capacidades para realizar su trabajo probablemente sean superiores a los de esta segunda. Rachida ha realizado un total de cuatro cursos en mediación intercultural y resolución de conflictos, y tiene previsto realizar el *Màster Universitari en Migracions i Mediació Social* impartido por la Universitat de Lleida del que ya se ha hablado en el apartado 2.7. “Formación en mediación intercultural”. Por su parte, Aminata ha realizado únicamente un curso de mediación, aunque estaría dispuesta a realizar algún máster específico sobre el tema si tuviera las posibilidades.

Ambas mediadoras llegaron a España hace unos seis años, pero Rachida ya tenía conocimiento de la lengua y la cultura españolas a través de la televisión, puesto que en su ciudad, Tetuán, se pueden ver los canales españoles. En cambio, Aminata aprendió el

español al llegar aquí y, todavía ahora, tiene algún problema de comprensión en conversaciones informales, es decir, su nivel de español es más bajo.

Aparte de los conocimientos iniciales con los que llegan a España los inmigrantes, colectivo que, como ya hemos dicho, suele ser mayoritario en un equipo de mediadores, también influye en su formación como mediadores su nivel socioeconómico. Aparentemente, las dos mediadoras tenían el mismo nivel socioeconómico en sus respectivos países, puesto que ambas pudieron permitirse ir a la universidad. Sin embargo, Mali es un país bastante más pobre que Marruecos, por lo que al venir a España, el nivel socioeconómico de Aminata quedó más bajo en relación al de Rachida. Esto lo hemos podido observar en algunos comentarios realizados durante la entrevista: a la pregunta de si realizarían un máster si se ofreciera, mientras que Rachida afirma rotundamente “yo haré un máster el año que viene”, Aminata dice “si tengo las posibilidades, sí”. Con esto queremos decir que, seguramente a Aminata le gustaría formarse mejor para poder dedicarse completamente a la mediación, y no tener que trabajar también limpiando casas como es su caso, pero su nivel socioeconómico y el hecho de tener que ayudar económicamente a su familia en Mali hace que no pueda permitirse realizar todos los cursos que quisiera, y mucho menos un máster, teniendo en cuenta su elevado precio. Quizás el gobierno tendría que dar ayudas o subvencionar algunos de estos cursos para que las personas interesadas en realizar esta labor no tuvieran impedimentos de tipo económico para formarse.

Por último, cabe decir que esta carencia en formación provoca que ni siquiera la misma mediadora se dé cuenta de los problemas culturales que se pueden producir en el curso de una mediación. Cuando preguntamos a Aminata si encontraba algún problema por motivos culturales, ella respondió: “desde que empecé no he encontrado ningún problema de esos” y, a continuación, afirmó que el problema más grande era el lingüístico. Según esto, su tarea sería simplemente una labor de interpretación. Sin embargo, Rachida afirmó tajantemente al final de la entrevista que “la mediación intercultural no es interpretar”. Estas dos visiones tan distintas demuestran que hay un grave problema en la formación; evidentemente, una persona que haya realizado cuatro cursos sobre un tema, tendrá más conocimientos que una persona que sólo haya realizado uno, pero si existiera una formación básica común para todos los mediadores con posibles especializaciones posteriores, este desconocimiento sobre la propia profesión no se produciría.

4. CONCLUSIÓN

Hemos empezado este trabajo contextualizando la mediación intercultural dentro del marco teórico de la interpretación de comunidad y justificando la necesidad de la mediación intercultural en la sociedad actual. Esta disciplina la definíamos, a grandes rasgos, como un híbrido entre la interpretación y la mediación social: con la primera comparte el hecho de trasladar un mensaje de una lengua a otra y, con la segunda, el hecho de pretender resolver conflictos o de ser un puente de comunicación entre dos personas dentro de un sistema comunicativo triangular. Dicho de otro modo, la interpretación aporta lo que sería el componente lingüístico, mientras que la mediación social aportaría más bien el componente cultural, componente que se acentúa en las tareas realizadas por los mediadores interculturales.

A continuación, hemos hablado de la situación de la mediación intercultural a nivel internacional y estatal, por lo que hemos podido comprobar que mientras que en países como Australia o Suecia, la figura del mediador está muy bien definida, en España, hoy por hoy, el mediador intercultural carece del reconocimiento que se merece. Seguidamente, nos hemos centrado en la mediación intercultural en el ámbito sanitario en Cataluña y hemos visto que, a pesar de iniciativas como la de la Fundación “La Caixa” o la de la entidad privada Salud y Familia, el número de centros cubiertos por un equipo de mediadores es muy reducido en relación al número total de centros en Cataluña. En comarcas como l’Anoia, por ejemplo, tan sólo hay una mediadora de árabe en prácticas cuyo contrato al parecer no será renovado, lo que quiere decir que en toda la comarca no habrá ninguna mediadora ni en hospitales ni en Centros de Atención Primaria. Esta situación nos parece alarmante, puesto que como hemos visto la mediación intercultural en el ámbito sanitario es de vital importancia para asegurar el derecho al acceso al sistema sanitario a los inmigrantes.

Por lo que se refiere a la formación en mediación intercultural, hemos visto que lo que se ofrece son pequeños cursos con un número reducido de horas lectivas y con un número reducido de plazas. Por este motivo, para poder obtener una base sólida para ejercer, es necesario realizar varios cursos. También se ofrecen másteres, aunque tienden a ser bastante generales y ninguno forma específica y únicamente en mediación intercultural; además, las plazas también suelen ser bastante limitadas. Así pues, por un lado, vemos que actualmente los cursos en mediación intercultural no admiten una gran demanda, puesto que el número de plazas es reducido; y, por el otro, hemos visto que

por lo menos en la mayoría de Centros de Atención Primaria de Cataluña haría falta un equipo de mediadores interculturales. Sin embargo, con las condiciones actuales es muy difícil que la figura del mediador cobre la importancia que realmente tiene. Por este motivo, echamos en falta una formación más reglada, ya que no es lógico que para poder ejercer de manera competente, un futuro mediador tenga que realizar varios cursos, que quizás se solapen en algunos aspectos y que quizás no cubran muchos otros. Además, y volviendo al tema de las plazas reducidas, si cada mediador tiene que realizar varios cursos, es imposible que se forme un número suficiente de profesionales de la mediación como para cubrir las necesidades actuales. En el caso de Aminata, hemos visto que habiendo realizado un curso en mediación intercultural, consideraba que el único problema a la hora de realizar su trabajo era el lingüístico y afirmaba que no se había encontrado con ningún problema de tipo cultural. Consideramos que esta idea equivocada de lo que es la mediación se debe a las carencias que presentan los cursos en mediación intercultural y, por ello, reiteramos que es necesario que se ofrezca una formación más reglada, como la que se ofrece en países como Australia o Suecia, que cuentan además con un sistema nacional de acreditación que ayuda a regular la profesión.

También querríamos destacar que la formación en Traducción e Interpretación parece mínima en la mayoría de los casos. Muchos mediadores son inmigrantes que aprovechan el hecho de hablar lenguas extranjeras, en general, minoritarias, y realizan algún curso de mediación para poder encontrar un trabajo o para llenar el currículum: Aminata afirmó durante la entrevista que hay muchos que “van para coger el diploma y ya está”. Evidentemente, para muchos otros se trata de un trabajo vocacional, ya que se sienten realizados ayudando a los demás. En este caso, la formación en mediación suele ser más elevada, dado que el interés personal motiva al mediador para formarse más en ese campo y ser autodidacta si hiciera falta.

Por último, querríamos insistir en que la figura del mediador intercultural es básica en una sociedad tan multilingüe y globalizada como la contemporánea. Se trata de una figura que aúna las características del intérprete de conferencias y del mediador social para poder cubrir esta nueva necesidad social. Por desgracia, se trata todavía de una figura poco conocida, poco valorada socialmente y cuya remuneración es escasa. Por ello, consideramos que desde la administración se debería apoyar a este nuevo colectivo para que su labor fuera más conocida y más valorada. Del mismo modo, lo

idóneo sería que desde las Facultades de Traducción e Interpretación se empezaran a ofrecer másteres o postgrados especializados en la formación de mediadores interculturales.

La labor de los mediadores interculturales en el ámbito sanitario es admirable y además del objetivo final de la interpretación —facilitar la comunicación interlingüística entre dos partes— consigue garantizar el derecho al acceso al sistema sanitario del que todo ser humano debería gozar. Por ello, hay que luchar para que la mediación intercultural deje de ser considerada como una especialidad de menor categoría dentro de la interpretación y otorgarle el reconocimiento que se merece.

5. BIBLIOGRAFÍA

5.1. Bibliografía utilizada

Asociación Salud y Familia. (2007). *Programa Inmigración y Salud. Memoria 2007*.

Asociación Salud y Familia

<http://www.saludyfamilia.es/downloads/2009/Memoria%20Inmigracion%20y%20Salud.pdf> [Consulta: 08 de diciembre de 2009]

Fundación secretariado Gitano. (2005). *Retos en los contextos multiculturales*.

Competencias interculturales y resolución de conflictos. Fundación secretariado Gitano.

<http://www.gitanos.org/publicaciones/retoscontextosmulticulturales/> [Consulta: 04 de noviembre de 2009].

Garreta, J. (2008). *Màster Universitari en Migracions i Mediació Social*. Universitat de

Lleida. <http://www.migracions.udl.cat/> [Consulta: 09 de diciembre de 2009].

Generalitat de Catalunya. (2008). *La immigració, ara i aquí*. Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya.

<http://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/catalog/pdfdocs/immigracio08.pdf>

[Consulta: 08 de diciembre de 2009]

Giménez Romero, C. 2001. *Modelos de mediación y su aplicación en mediación intercultural*. Revista Migraciones. Universidad Pontificia de Comillas.

Hoyos Alarte, F; Viana Orta, I. (2004). *La mediación como herramienta de trabajo*.

Confederación de STEs-Intersindical.

http://www.stes.es/salud/La_violencia_en_el_trabajo/mediacion.pdf [Consulta: 04 de noviembre de 2009].

Mikkelson, H. (1995). *The professionalization of community interpreting*. Monterey Institute of International Studies. <http://www.acebo.com/papers/profslzn.htm> [Consulta: 13 de diciembre de 2009].

Moreno Rodríguez, M. (2001). *La mediación en la resolución de conflictos*. IES EL Greco. Toledo. <http://www.cepis.org.pe/cursomcc/e/pdf/lectura4.pdf> [Consulta: 04 de noviembre de 2009].

Obra Social Fundació “La Caixa”. (2009). *La red de mediadores interculturales impulsada por "la Caixa" y el Departamento de Salud realizan más de 4.300 intervenciones durante el primer año*. Nota de prensa, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Pöchhacker, F. 2000. *The community interpreter's tasks: self-perception and provider views*. En “The critical link 2: Interpreters in the community. Selected papers from the second international conference on interpreting in legal, health and social service settings”. Vancouver, Columbia Británica (Canadá).

Pöchhacker, F. 2001. *Quality Assessment in Conference and Community Interpreting*. Translators' Journal, vol. 46, n° 2, 2001, p. 410-425. <http://www.erudit.org/revue/meta/2001/v46/n2/003847ar.pdf> [Consulta: 13 de diciembre de 2009].

Pöchhacker, F; Shlesinger, M. 2002. *The Interpreting Studies Reader*. Ed: Taylor & Francis Ltd, Londres y Nueva York.

Pöchhacker, F; Valero Garcés, C; Mikkelson, H; et al. (2008). *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and dilemmas*. Editado por Carmen Valero Garcés y Anne Martin, Universidad de Alcalá y Universidad de Granada. Benjamins Library.

Sales, D; Raga, F. (2006). *Curso de formación superior en mediación intercultural e interpretación en el ámbito sanitario*. Universitat Jaume I de Castellón.

http://www.aulaintercultural.org/article.php3?id_article=2071 [Consulta: 09 de diciembre de 2009].

Raga Gimeno, F. (2006). *Mediaciones interculturales*. Grupo CRIT, Universitat Jaume I de Castellón (España).

<http://www.segundaslenguaseinmigracion.es/ensenanza2/MediacionintercultralRAGA.pdf> [Consulta: 04 de noviembre de 2009].

Roberts, R. (1994). *Community Interpreting Today and Tomorrow*. En "Proceedings of the 35th Annual Conference of the American Translators Association". Ed: Peter Krawutschke. Medford, New Jersey (EEUU).

Valero Garcés, C; Lázaro Gutiérrez, R; Schuster, C; et al. 2005. *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Universidad de Alcalá.

Valero Garcés, C. 2006. *Formas de mediación intercultural, traducción e interpretación en los servicios públicos: conceptos, datos, situaciones y práctica*. Ed: Comares interlingua, Granada.

5.2. Bibliografía consultada

Ajuntament de Barcelona. 2009. *Informe dels Serveis de Mediació Intercultural 2008*. <http://w3.bcn.es/fitxers/acciosocial/informeserveismediaciinterculturalcasicmar09final.465.pdf> [Consulta: 04 de noviembre de 2009].

Raga Gimeno, F. 2006. *Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario*. Grupo CRIT, Universitat Jaume I de Castellón (España).

Raga Gimeno, F. 2009. *Diferencias interculturales en el cuidado de la salud reproductiva*. Conferencia presentada en el "Congrés de Comares" en Palma de Mallorca. Grupo CRIT, Universitat Jaume I de Castellón (España).

6. ANEXOS

6.1. Anexo 1: entrevista tipo

Datos del mediador:

Nombre:

Procedencia:

Lugar de trabajo:

Lenguas de trabajo:

Formación:

Ámbito de especialización:

Preguntas generales:

¿Qué beneficios aporta la mediación intercultural en el ámbito sanitario?

¿Cuál es la percepción de los médicos de la figura del mediador?

¿Cuál es la percepción de los pacientes de la figura del mediador?

¿Cuál es el uso que se le da a este servicio?

¿Cómo se desarrollan las mediaciones?

¿Algo destacable sobre la comunidad con la que trabaja?

¿Hay alguna diferencia importante en la concepción de la sanidad en un país y en otro?

¿Qué tipo de problemas se encuentran? ¿Son más de tipo lingüístico o de tipo cultural?

¿Qué opina sobre el futuro de la mediación?

Preguntas concretas sobre formación:

¿Qué formación tiene?

¿De qué constan estos cursos de formación? ¿Le parecen suficientes? ¿Que carencias tienen?

¿Echa en falta algún tipo de formación?

¿Considera que tiene un conocimiento suficiente sobre las dos culturas en cuestión (la del inmigrante y la del país receptor)?

¿Si se ofreciera algún tipo de máster lo haría?

6.2. Anexo 2: transcripción entrevista 1

Datos del mediador:

Nombre: Rachida

Procedencia: Marruecos

Lugar de trabajo: CAP Prat de la Riba (Lleida)

CAP Rambla Ferran (Lleida)

Lenguas de trabajo: árabe y francés

Formación: licenciada en Historia

4 cursos de mediación y resolución de conflictos

Ámbito de especialización: ámbito sanitario en general

Entrevista:

Entrevistadora: ¿qué beneficios aporta la mediación intercultural en el ámbito sanitario?

Rachida: sí, yo pienso que la mediación intercultural en el ámbito sanitario aquí en Cataluña aporta mucho, muchísimo, porque si ves un paciente que no entiende la lengua, que está un poco así desorientado, no sabe dónde va, no entiende hablar, no sabe lo que le dicen, es que esto aporta una inseguridad para él, ser desconfiado. Esto no deja que las cosas... no facilita el trabajo ni para los profesionales ni aporta... no aporta muchísima cosa para él también. Por eso, yo pienso que la mediación intercultural en el ámbito sanitario ahorra tiempo para los profesionales, para no gastar mucho tiempo con un paciente, hay una lista de espera, ya sabemos que hay una lista de espera que es muy grande y también da la sensación de que... la sensación que le da al paciente que el otro se preocupa por él, porque te ponen a ti para facilitarle, para interpretar lo que hay, para formarle, todo esto le da mucha seguridad y se relaja también. Y para salir de una consulta que no entiendes qué te ha dicho el médico ni el médico sabe lo que el otro dice, esto no servirá para hacer ni consultas ni nada, es que no servirá para nada. Es mejor cuando entra alguien en una consulta y tenemos un profesional que está haciendo un trabajo y un paciente que ha dejado su trabajo para venir salga al menos con algo entendido y claro... La ayuda... yo pienso que es esto, es que cuando te ven a ti allí esto ya, las defensas bajan, alguien de su país está allí, no le cuesta a veces pensar "ah, qué tengo que decir, cómo van a interpretar lo que digo, si voy a decir las cosas bien o no". Todas esas preguntas, generan una inquietud dentro y cuando entras ya sabes lo que vas a decir, no lo que has dicho. Es esto, tranquilizar al otro también nos facilita el trabajo a nosotras y al profesional también. Yo pienso también que la formación que damos a la gente para que se integren bien en el sistema sanitario para saber cómo se programa, cómo hacen las visitas, cómo se hacen las ecografías, los análisis, dónde tienen que ir. Es que yo veo aquí en Prat de la Riba que hay... cuando sale una embarazada de una consulta, su primera consulta sale con muchos papeles y cuando sales con muchos papeles, no sabes, estás perdida, es que la mitad de las cosas si entras solo no vas a entenderlas, más muchos papeles que tienes en la mano. No sabes, estos, ecografía tiene que ir al Arnau, esos análisis en un CAP, esos análisis... esta visita aquí, esa ecografía allá. Nosotras intentamos aclarar todo esto para que no haya una confusión, para que los pacientes también aprovechen el sistema sanitario y las visitas, ecografías, análisis, que tienen que estar en su tiempo, intentamos aclarar y formar a la gente de todo esto.

Entrevistadora: ¿y cómo perciben los médicos de la figura del mediador, piden mucho vuestros servicios o...?

Rachida: mira, cuando ya estás en el trabajo... esto tienes que estar al tanto, tú cuando estás en un CAP tienes que estar pendiente y vas... es que de una manera tienes que estar como alerta, cuando entras tienes que estar alerta. Nosotros no nos sentamos en un despacho, estas allí... no. Nosotros tenemos que... cuando ves que alguien te necesita te ofreces, cuando ellos nos ven que estamos ocupados, nos llaman y nos esperan hasta que entramos para trabajar con ellos. Yo pienso que hay médicos que tienen la figura del mediador muy clara, lo que... sus funciones, lo que tienen que hacer y hay otros... la tienen un poco así con la imagen un poco borrosa, ¿borrosa se dice? No la tienen tan clara. Yo pienso que la formación, una formación que tiene como... yo pienso que hay, nosotros estamos allí trabajando, es un servicio que estamos pagados por él, no lo hacemos así voluntariamente, no, estamos pagados, estamos trabajando. Entonces, yo pienso que los profesionales de la sanidad tienen que saber exactamente este profesional qué está haciendo, lo que tiene que hacer y por eso tiene que tener las cosas muy claras. Yo pienso que hasta ahora los profesionales... hay unos no todos, hay unos que no tienen las cosas tan claras, no.

Entrevistadora: ¿pero lo ven como algo positivo que estéis allí o lo ven como desconfiando de lo que podáis...?

Rachida: yo pienso que todos los que piden nuestros servicios confían en nosotros. Antes de que tú vinieras, yo hice una vuelta hoy, yo pregunté y hay médicos que me han dicho que... médicos, enfermeras y administrativos me han dicho que nosotros estamos de una gran importancia allí, facilitamos el trabajo a ellos, dejan que los pacientes entiendan bien lo que el médico dice y ellos están muy alegres de que estemos nosotros ahí. No, no, no piensan que nosotros seamos una...

Entrevistadora: ¿y los pacientes cómo lo perciben? ¿Lo piden ellos?

Rachida: sí, muchos, muchos piden. El problema es que nuestro horario es cortito, esto es de lo que se quejan los pacientes, que nuestro horario... yo ahora en Prat de la Riba trabajo de 8 a 10:30. Yo solo cubro este horario allí en Prat de la Riba, pero Prat de la Riba hasta las 8 de la tarde está abierto. Mira, todo este tiempo, ¿quién está allí? Mira, yo pienso que el tiempo lo tenemos bastante corto, no tenemos bastante para que los pacientes cuando vengán ya te encuentren allí, no. Tienen que venir de 8 a 10:30, pero para programar toda la gente que nos necesita entre 8 y 10.30 tampoco es posible, no.

Entrevistadora: entonces se tendría que cubrir todo el horario.

Rachida: sí, tienen que cubrir todo el horario para que sea una profesión eficaz porque ginecólogo no hay de 8 a 10:30, ni oftalmólogo, es esto.

Entrevistadora: supongo que veis que tienen suerte de teneros a vosotras porque, por ejemplo, de dónde yo soy, en Igualada, no hay ninguna mediadora.

Rachida: porque yo pienso que en los sitios como en Lérida, como en Barcelona, Gerona... yo pienso... esos sitios que son grandes, que tienen... ciudades grandes que

tienen mediadoras, pero los pueblos no tienen, cuando viene gente aquí de los pueblos dicen que no tienen a nadie.

Entrevistadora: ¿cuál es el uso que se le da a este servicio? ¿Habláis antes con el médico o...?

Rachida: mira, es que depende, ahora con Rambla Ferran yo trabajo con la asistencia social. Trabajo con la asistencia social, a veces hacemos reuniones los dos para hablar de una persona, saber su problema, para que me dé al menos una idea, después hacemos encuentros con la persona para hablar con ella, hacemos como entrevistas, yo y ella con el paciente. Intentamos hacer esto para saber lo que tiene, hacemos preguntas para saber las cosas que no quiere decir también, intentamos con ellas llegar a algo, llegar a algo con él. Cuando ya sale, empezamos a hablar de lo que ha dicho, intentamos sacar resultados de lo que hemos hecho. Con la asistencia social hago esto. Aquí intentamos hacer interpretación con los pacientes, cuando pide el médico nuestra ayuda, intentamos explicar, formar, porque aquí hacemos charlas de las enfermedades que tienen las embarazadas, hoy había una, pero con la otra mediadora, de Senegal. En Rambla Ferran hago yo charlas para la gente nueva que ha venido recientemente, que tienen la tarjeta sanitaria, hacemos una charla cada mes para informarles del sistema sanitario aquí en Cataluña, cómo va la cosa... es que ya sabes, cuando ya vienes, cada país tiene su sistema sanitario. Nosotros, es decir, el sistema sanitario que tenemos allí en Marruecos no es lo que tenemos aquí. Hay muchas diferencias, nosotros no tenemos que coger cita. Nosotros... te duele la cabeza, puedes ir pagando primero, si tienes para pagar y tienes que ir directamente a un especialista, pero hay gente que no tiene que pagar, se va, ahora me duele la cabeza hoy por la mañana o la barriga, me voy al centro sanitario de mi barrio y cojo como cola, pero no cita ni nada, coges cola hasta que te atiende el médico, no como aquí que tienes que coger cita y todo esto. Yo pienso que el sistema sanitario aquí es más organizado que en mi país, mi país tiene... aunque hay mucha demanda también, aquí también, hay mucha demanda y mucha cola, pero allí es difícil que puedas entrar como aquí, en la Seguridad Social como se dice, tienes que ir pagando, la mayoría tienes que ir pagando.

Entrevistadora: ¿algo destacable sobre la comunidad con la que trabajas, algún problema específico de la comunidad con la que trabajas?

Rachida: yo pienso que el problema que tenemos es que las mujeres no quieren visitarse por un médico ginecólogo, hombre. Necesitan un médico ginecólogo mujer. Esto intentamos, hasta ahora intentamos formar a la gente que esto no se puede, cuando ya vienes a la Seguridad Social, tienes que aceptar lo que hay y lo que está disponible. Es que no podemos a ti darte una mujer y a la otra también, aunque no sea de Marruecos, hay muchas mujeres que no quieren visitarse por un médico, quieren visitarse por una mujer, yo también, pero cuando vas por Seguridad Social, esto es lo que hay. Si tenemos que hacerte a ti esto, tenemos que hacérselo a la otra, entonces los hombres no tienen que trabajar y no hay... yo pienso... no pienso para hacer diferencias. Si tienes que ir a la Seguridad Social, tienes que aceptar el sistema y lo que se ofrece. Intentamos aclarar este punto porque aún tenemos problemas, en este tema tenemos muchos problemas aún. Yo pienso que... no, exactamente no lo sé. Hasta este momento esto es lo que me ha llamado la atención, este punto. Para la enfermedad... es que explican, cuando ya hablas con ellos, ya te explican exactamente lo que tienen, no hay ningún problema, no lo sé si soy mujer, no lo sé, es que no lo sé. Y me hablan

hombres también, no solo mujeres, y me vienen con temas muy especiales y me hablan fácilmente. Yo a veces tengo vergüenza, te lo juro, yo a veces tengo vergüenza pero me hablan bien, sí, y se expresan bien también, porque es su lengua, lo que no pueden con el médico, me lo pueden conmigo, entonces se expresan bien.

Entrevistadora: ¿y crees que hay más mujeres o más hombres?

Rachida: mujeres, mujeres, mujeres más.

Entrevistadora: ¿qué tipo de problemas se encuentran? ¿Son más de tipo lingüístico o de tipo cultural?

Rachida: yo pienso, lingüístico más, más lingüístico, entra el cultural, pero más el lingüístico, la gente tiene dificultad de expresar lo que... aunque saben español pero no saben explicar palabras exactamente de lo que sienten, porque hay palabras, terminología médica: esto no lo tienen. Y por eso, para expresar necesitan a alguien que sepa más sobre ese tema.

Entrevistadora: ¿hay alguna diferencia importante en la concepción de la sanidad en un país y en otro?

Rachida: la gente que he trabajado con ellos hasta ahora, yo pienso, el problema que te dije de esto de las mujeres, que quieren una... esto. Y hay gente cuando viene para hacer... cuando hemos tenido análisis aquí, la gente que está en ayuno, no quiere... no quieren desayunar, nosotros... no es obligar, pero al menos aclarar que tienen que... porque nuestra religión no te impide esto cuando estás enferma. Es que la gente a veces no tiene las cosas tan claras, aunque es su religión. Aunque es tu religión no tienes las cosas tan claras. Intentamos, si estás enfermo, tienes que tomar medicamentos, que tienes que comer, la gente diabética, no tiene que hacer ayuno, la gente que tiene tensión no tiene que hacer ayuno. Con la gente mayor lo encuentro un poco difícil para convencerles de que tienen que hacer esto. El mes de Ramadán encontramos gente que está muy mal y hay médicos que se quejan porque viene un paciente, ya sabes, con diabetes que no ha comido en tres o seis horas. Mira, es difícil, y no quiere comer, no quiere beber, aunque lo intento con ellos pero la encuentro a la gente un poco así, cerrada. Este tema también.

Entrevistadora: ¿qué opinas sobre el futuro de la mediación?

Rachida: mediación, mediación en general va a tener más... Mediación en general, como resolver conflictos y todo eso va a tener mucho éxito en el futuro porque es un... nosotros buscamos la comunicación bien clara, el mediador está facilitando este tema mucho, para acercar las ideas a la gente, para llegar a un acuerdo y todo esto. Pero mediación lingüística, así pura y dura, yo pienso que con el tiempo no va a tener tanto... no tiene tanto futuro, porque la generación está estudiando aquí, ya saben la lengua, ya saben cómo expresar, ya saben todo.

Entrevistadora: ¿y de cara a nuevos inmigrantes? Porque seguirá habiendo inmigración, ¿crees que es posible que los hijos de los inmigrantes que hablan árabe y español se conviertan en los nuevos mediadores?

Rachida: puede ser, puede ser. Yo pienso, sí, sí. Ahora ya yo veo que la mediación se necesita por todas partes, en las escuelas, en las comunidades, esto de comunitarios, en los hospitales, yo pienso que la mediación se necesita ahora mucho en España, en Cataluña, en España se necesita mucho.

Entrevistadora: ¿y la formación que tú tienes es...?

Rachida: yo soy en Marruecos... estoy licenciada en historia en Marruecos y trabajé en Marruecos tres años en una clínica, estaba haciendo gestión de la farmacia, los medicamentos que entran y salen y todo esto. Yo el ámbito sanitario para mí ya estaba un poco, ya lo sé lo que pasa en él, en todo esto porque trabajé tres años en una clínica, aunque es privada. Aquí he hecho muchos cursos de mediación porque este tema me atrajo mucho. He hecho la mediación, mediación intercultural sociosanitaria en el MT, hemos hecho prácticas de todo, estuve voluntaria también en un sitio, Arrels, si lo conoces, para dar comida y todo esto. He hecho con el Consell Comarcal esto de gestionar conflictos, los procesos que tenemos que hacer en una mediación, hemos estudiado la comunicación verbal y no verbal, cómo puede ser una persona comunicativa. Hemos hecho también un curso de... con la Núria Gibot, si la conoces, es una profesora de la Universidad de Lleida aquí, hemos hecho dos, dos cursos, ¿dos o tres? No recuerdo exactamente, con la organización de asociación de vecinos, mediación intercultural, gestión de conflictos, espera, te apunté aquí todo lo que... espera... en el 2007 hemos hecho “mediación intercultural – confederación de asociación de vecinos”, Ayuntamiento de Lérida, Regidoria de Dret Civil, Cooperación e Inmigración. Núria Gibot es la... después mediación intercultural también con la asociación de vecinos; educación y conflictos interculturales, que se hacen en las escuelas, en todo esto. Y lo que hemos hecho en el Consell Comarcal, esto de gestión de conflictos, el proceso de la... de la mediación: cómo se hace, cómo preparas a las partes, cómo haces entrevistas, cómo resolver, intentar resolver conflictos, aquí hemos estudiado conflictos en clase, hemos hecho práctica también, sí, en el MT y en el Consell Comarcal, en los dos sitios hemos hecho prácticas en clase de todo, de todo.

Entrevistadora: ¿y te parecen suficientes estos cursos o tienen alguna carencia?

Rachida: para mí, que yo trabajé en el sistema sanitario, la terminología médica ya la conocía antes. Yo pienso que tenemos que preparar a las mediadoras que trabajan en el sistema sanitario: primero tienen que tener un nivel de cultura, no de estudios, no hablo de... de estudios tiene que estar unos estudios universitarios, un nivel de cultura para tener una mente abierta para que... cuando trabajas tienes que trabajar la comunicación verbal, no verbal... estar al tanto de los temas que están aquí y que están allá también. Pienso que tienes que estar muy preparada para trabajar, no es fácil como piensa la gente que sólo interpretamos, no es interpretar, esto es lo que insisto... la mediación intercultural no es interpretar, es que tienes que facilitar... un puente de facilitación entre dos culturas diferentes. Intentar que lleguen a una forma de comunicación más fácil.

Entrevistadora: ¿trabajan estos cursos las diferentes culturas?

Rachida: sí, hemos trabajado la cultura gitana, la islámica, ¿qué hemos trabajado más? La de África, hemos trabajado esto también en los cursos, es que no te he dado todos los temas que hemos trabajado en cada curso. Sí, en comparación con aquí. Con... es que la

palabra ahora... con casos que han pasado, hemos trabajado esto con casos que han pasado aquí en Cataluña.

Entrevistadora: ¿consideras que tienes un conocimiento suficiente de las dos culturas en cuestión?

Rachida: pienso que sí.

Entrevistadora: ¿cuántos años llevas en España?

Rachida: ahora seis y medio, sí, pero yo conocía España de mi país, porque yo vivo en Tetuán y tenemos todos los canales allí y vemos los canales. Ya conocía el español antes de venir aquí, yo sabía los temas que se mueven aquí y todo, porque vemos noticias y todo.

Entrevistadora: ¿y crees que te falta algún tipo de formación? Aparte de los cursos, si saliera algún máster...

Rachida: yo haré un máster el año que viene.

Entrevistadora: ¿de qué?

Rachida: es que algo... mediación... pero mediación... inmigrante y mediación o algo así que se ofrece el año que viene, en la Universitat de Lleida, sí. Y son tres años, tres años de máster con trabajo al final. Pero este año no lo hicieron porque tienen que terminar el del año pasado... es que no lo sé pero hace cuatro años o más que está... que se hace. Espera, es que cuando trabajas la mediación, trabajas conflictos en general, es esto, es cuando hay mediación, hay personas y hay conflictos. Sí, sí, hay mediadores que son españoles también. Yo quiero hacer un máster de ver más alto en esto del tema de mediación e inmigración.

6.3. Anexo 3: transcripción entrevista 2

Datos del mediador:

Nombre: Aminata

Procedencia: Mali

Lugar de trabajo: CAP Rambla Ferran (Lleida)
Limpieza

Lenguas de trabajo: francés, bambara, songhoy y mandinga

Formación: Técnica de Veterinaria
1 curso de mediación

Ámbito de especialización: ámbito sanitario en general

Entrevista:

Entrevistadora: ¿qué beneficios crees que aporta la mediación intercultural en el ámbito sanitario?

Aminata: para que la gente que viene que no entiende, entienda lo que hay y las formas y esto, ¿no?

Entrevistadora: ¿esto facilita la integración a los inmigrantes en el país?

Aminata: sí, sí que facilita, facilita mucho, la mediación facilita mucho la integración, sí.

Entrevistadora: ¿y cuál es la percepción de los médicos de la figura del mediador?

Aminata: la reciben bien, sí. Bueno, en general, sí que reciben... bueno, hay algunos... sí, sí, en general reciben bien en el ámbito sanitario.

Entrevistadora: ¿y los pacientes?

Aminata: los pacientes... bueno, falta un poquito de confianza. Sí, porque hay mucha gente que se presenta, a lo mejor tienen algún problema, a lo mejor tienen miedo de explicar a esta persona y que después expliquen sus cosas en la calle, un poquito de esto, sino... cuando va cogiendo la confianza, va muy bien.

Entrevistadora: porque tú trabajas en CAPs, en el ambulatorio...

Aminata: sí, bueno, sí, hago de ambulatorio y trabajo para otra empresa también de mediación

Entrevistadora: trabajas muchas veces con gente que viene varias veces, entonces ya los conoces...

Aminata: hay gente que sí que la conozco, hay gente que no, porque hay gente de Mali, de Senegal, de Gambia.

Entrevistadora: ¿tú de dónde eres?

Aminata: de Mali.

Entrevistadora: ¿y hablas...?

Aminata: francés, bambara, songhoy y mandinga.

Entrevistadora: ¿qué uso se le da a este servicio? Los inmigrantes vienen y tú... ¿cómo se desarrollan las mediaciones? El inmigrante viene y pide que haya alguien o es el médico el que lo pide...

Aminata: bueno, las dos cosas... a veces pide el médico, a veces pide el paciente, a veces nosotras mismas nos ofrecemos porque hay mucha gente que tampoco sabe qué estamos haciendo allí.

Entrevistadora: ¿no se conoce?

Aminata: bueno, se conoce, pero hay algunas que no, hay algunas que no.

Entrevistadora: ¿y destacarías algo sobre la comunidad con la que trabajas, algún problema cultural de la comunidad con la que trabajas?

Aminata: no, no, no. Desde que empecé no he encontrado ningún problema de esos.

Entrevistadora: por ejemplo, tú trabajas con gente de Senegal, con gente de Mali... cosas que culturalmente no quieran decir o que sean diferentes.

Aminata: nosotras tenemos la misma cultura porque somos musulmanes, tenemos casi...

Entrevistadora: pero en relación con la cultura de aquí...

Aminata: no, no encuentro nada...

Entrevistadora: no tienes nada, por ejemplo, el hecho de que les ausculten, no les molesta...

Aminata: no, esto no.

Entrevistadora: y problemas durante el Ramadán, gente diabética...

Aminata: bueno, en mi caso, no he encontrado ninguno, no. En mi caso, no hay ningún problema.

Entrevistadora: el problema más grande sería entonces a nivel lingüístico...

Aminata: el lingüístico, sí.

Entrevistadora: no tanto el cultural...

Aminata: no tanto el cultural, no. No se me presentó ningún caso de estos.

Entrevistadora: ¿hay alguna diferencia importante en cómo se concibe la sanidad en Mali o en Senegal y en España?

Aminata: ¿si hay?

Entrevistadora: diferencias en cómo funciona el sistema sanitario en un país y en otro.

Aminata: mucho, hay mucha diferencia, mucha.

Entrevistadora: ¿cuáles serían? Me puedes explicar un poquito...

Aminata: bueno, allí van por dinero.

Entrevistadora: ¿se tiene que pagar?

Aminata: hay que pagar. Bueno, aquí también se paga porque la gente cotiza en la Seguridad Social. Allí no hay esta forma, pues así si tienes que ir al médico, tienes que pagar la entrada para ver al médico, como un privado. No es mucho dinero pero parece un privado.

Entrevistadora: entonces, ¿la gente va menos al médico allí?

Aminata: no, va mucho, va mucho, porque el tiquet de entrada no es caro, va mucho, va mucho.

Entrevistadora: ¿y eso ocurre tanto en Mali, como en Senegal, como en Gambia?

Aminata: bueno, no fui en Senegal, no sé allí cómo funciona. En Mali, sí.

Entrevistadora: entonces, aquí a los inmigrantes los ayudáis también con el tema de papeles, lo que tienen que hacer, cómo funciona, lo de pedir hora... ¿todo esto lo tratáis vosotras?

Aminata: bueno, hay casos que nos pasan para hacer la programación y tal.

Entrevistadora: o que tenga que venir aquí, que acaba de llegar, tiene un problema, tiene que ir al médico, llega allí y...

Aminata: hay muchas veces que va acompañada del marido, muchas veces, pero hay días, en un momento que si no llega el marido, bueno, nos viene ahí a nosotros, le explicamos qué tiene que hacer y tal. Si hay un niño o una madre que no tiene papeles... y le explicamos, la derivamos a una asistente social...

Entrevistadora: y los que utilizan más este servicio, ¿son mujeres o hombres?

Aminata: mujeres, mujeres

Entrevistadora: ¿porque acompañan a los niños o por ellas mismas?

Aminata: hay ellas y niños.

Entrevistadora: ¿y la confianza entre hombres y mujeres es diferente... lo que te explican?

Aminata: bueno, ser mujer yo creo que me hablan abiertamente. Los hombres lo que he visto, bueno, no son casos que tienes que auscultar, en mis casos me explican todo, si hay algún problema, me explican todo, sí.

Entrevistadora: y cosa como, por ejemplo, ¿las mujeres tienen algún problema con que las visite un médico hombre? ¿En ginecología tampoco?

Aminata: no. En mi caso, no.

Entrevistadora: en el caso de Mali, Senegal, Gambia, te refieres... ¿me has dicho algún otro país, que me esté saltando?

Aminata: sí... en Senegal, Gambia y Mali.

Entrevistadora: ¿y qué opinas sobre el futuro de la mediación? ¿Es algo necesario o que se tendría que ampliar?

Aminata: sí, hay que apoyarlo, porque hay gente que lo está necesitando. Va mucha gente que no entiende... a lo mejor entiende alguna palabra, pero a la hora de tomar la mediación y todo eso... no... hay gente que se lían, que no lo entiende... como va explicando el médico, como va un poquito rápido, como está acostumbrado a que tiene mucha gente fuera, pues que le espera, va un poquito rápido.

Entrevistadora: y en el caso de la comunidad con la que trabajas, ¿suelen seguir las recomendaciones del médico o...? ¿Siguen las recomendaciones del médico? Si el médico les dice tienes que tomarte esto, esto y esto, ¿ellos lo hacen? O dicen sí, sí y luego no lo cumplen.

Aminata: hay gente que dice que sí, sí, pero en verdad no lo ha entendido.

Entrevistador: o sea que si no se lo toman es porque no lo han entendido, no porque no quieran hacerlo...

Aminata: bueno... que no ha entendido o lo hace a su forma, como ella ha entendido.

Entrevistador: aunque sea en el mes del Ramadán, por ejemplo.

Aminata: bueno, el mes de Ramadán, la gente toma como lo quieren porque la hora, la comida está limitada y intenta tomar las medicaciones la hora de comida.

Entrevistadora: y en el caso, por ejemplo, de una persona diabética durante el mes del Ramadán, que no come, bueno, no sé cómo funciona exactamente, durante el día igual no come y luego por la noche tiene más problemas de salud ese mes.

Aminata: bueno, hay gente que mira esto porque... primero por ellos, hay gente que no hace Ramadán, diabética y eso, hay mucha gente que no hace Ramadán. No he visto ningún caso de diabética que haga Ramadán.

Entrevistadora: se adaptan y anteponen su salud...

Aminata: sí, por su salud.

Entrevistadora: se pone por encima la salud a la religión en ese caso.

Aminata: no, no, en mi caso no, no he visto ningún caso de esto.

Entrevistadora: pasamos más concretamente a la formación: ¿cuál es tu formación en mediación? ¿Qué cursos has hecho?

Aminata: he hecho un curso de mediación intercultural

Entrevistadora: y era un curso de tres meses o de un año...

Aminata: un año, no. De tres o seis meses, ¿no? Medio año.

Entrevistadora: ¿y de qué constaba ese curso? ¿Qué os explicaban?

Aminata: explicaban muy bien la integración y la religión de las dos comunidades: del inmigrante de aquí.

Entrevistadora: ¿y las diferencias entre las dos culturas también se tratan?

Aminata: se tratan, sí.

Entrevistadora: ¿y hacéis algún tipo, yo qué sé, de casos prácticos? Algún caso que haya pasado.

Aminata: de práctica, sí. Bueno, hacemos práctico pero no he tratado ningún caso.

Entrevistadora: ¿qué tipo de carencias crees que tienen estos cursos? ¿Qué faltaría?

Aminata: falta el nivel. Bueno, la gente que se presenta, hay gente que se va a presentar y no tiene niveles de estudios y no... van para coger el diploma y ya está.

Entrevistadora: ¿en estos cursos formación lingüística no se da? ¿la lengua ya la tenéis que traer vosotros?

Aminata: nosotros. Así que mucha gente que va no tiene eso.

Entrevistadora: claro, si no tienen una lengua extranjera tampoco sirve de nada.

Aminata: no.

Entrevistadora: entonces la mayoría de gente que hace estos cursos son ya gente inmigrante que ya conoce el castellano y que tiene otra lengua de fuera, ¿sí?

Aminata: sí.

Entrevistadora: ¿tú personalmente echas en falta algún tipo de formación? ¿Crees que os tendrían que dar más formación, a los mediadores?

Aminata: bueno, siempre va bien la formación, las formaciones, ¿no? Siempre va bien, porque solo no puedes aprender cosas que tú no sabes.

Entrevistadora: para evitar problemas

Aminata: problemas y eso, sí.

Entrevistadora: ¿y tú crees que tienes un conocimiento suficiente de las dos culturas? De la tuya supongo que sí.

Aminata: de la mía tampoco no tanto. Conozco algunas, pero mira, no se puede saber todo. Hay que estudiar e intentar saber y así.

Entrevistadora: y te encuentras con algún problema que veas que te falta...

Aminata: ¿hablar?

Entrevistadora: a la hora de hacer las mediaciones, ¿crees que puede haber algún conflicto que no acabas de controlar?

Aminata: que no controlo... no...

Entrevistadora: en general, se desarrollan bien.

Aminata: sí.

Entrevistadora: si se ofreciera algún tipo de máster o de formación más reglada, porque lo que se dan hasta ahora son cursos la mediación... en general, no está muy pautada, muy reglada... si se ofreciera un máster o alguna cosa así, ¿tú lo harías?

Aminata: si tengo las posibilidades, sí.

Entrevistadora: ¿crees que sería importante?

Aminata: sí, sí, es importante, siempre hay que estudiar el área.

Entrevistadora: ¿y cuántas horas le dedicas a la mediación en el ambulatorio?

Aminata: bueno, hacía dos horas y media en las mañanas y, después, ahora hago sólo dos horas en Rambla Ferran.

Entrevistadora: ¿crees que es suficiente para toda la comunidad?

Aminata: no, no, es muy poco. Es que ir sólo una vez a la semana es muy poquito. Es muy poco. Durante la semana va mucha gente.

Entrevistadora: claro, tiene que ser que programen las visitas para la hora que estáis vosotras.

Aminata: sí

Entrevistadora: entonces, ¿tú crees que tendrían que ampliar ese horario o poner más mediadores?

Aminata: bueno, ampliar y poner más mediadores, porque hay horas que está tal, hay horas que no está tal.

Entrevistadora: crees que faltan recursos, que habría que ampliar el presupuesto por parte del gobierno.

Aminata: ampliar, sí. El gobierno, sí.

6.4. Anexo 4: lista de cursos de mediación en España

A continuación, presentamos una lista no exhaustiva de los cursos en mediación intercultural que se ofrecen en España.

Cursos

Curso de formación superior en mediación intercultural e interpretación en el ámbito sanitario de la Universitat Jaume I de Castellón.

Más información: http://www.aulaintercultural.org/article.php?id_article=2071

Técnico Superior en Mediación Intercultural en el ámbito Social del Instituto Europeo de Estudios Empresariales – INESEM – (España)

Más información: <http://www.emagister.com/tecnico-superior-mediacion-intercultural-ambito-social-cursos-2577760.htm>

Mediador social intercultural (educador/a con inmigrantes) de Animación, Servicios Educativos y Tiempo Libre con sede en Vigo.

Más información: <http://www.everyoneweb.es/intercultural/>

Experto en Mediación Intercultural en el Ámbito Sanitario de Fundación CYES- Fundación cultural y de estudios sociales.

Más información: <http://www.educaweb.com/cursos/curso-67142-experto-en-mediacion-intercultural-en-el-ambito-sanitario-castellon-on-line.html>

Másteres

Màster Universitari en Migracions i Mediació Social de la Universitat de Lleida.

Más información: <http://www.migracions.udl.cat/>

Máster en mediación social e intercultural on-line de Divulgación Dinámica con sede en Sevilla.

Más información: <http://www.ideasapiens.com/cursos/masters-mediacion-social-e-intercultural-on-line-6426q.html>

Máster en Mediación Intercultural y participación ciudadana (4ª edición) de la Universitat de València.

Más información: http://www.todomaster.com/Masters/mediacion-intercultural-participacion-ciudadana-4-edicion-master_608616609610616610.html

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.	B
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.	B
He treballat al llarg del curs, durant totes les setmanes, de manera continuada.	C
...	
RESULTAT FINAL I APRENTATGE	
El treball final aconsegueix els objectius previstos, mostra l'aprofitament dels continguts i té molta qualitat.	B
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	
8	

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

Considero que la realización de este trabajo ha sido una experiencia muy enriquecedora que me ha ayudado a conocer más en profundidad una rama de la interpretación de la que no tenía un amplio conocimiento. Las experiencias de las mediadoras entrevistadas en relación con el marco teórico me han hecho ver que quedar mucho por hacer tanto a nivel nacional como internacional para que la figura del mediador tenga el reconocimiento que se merece. Finalmente, quiero decir que, aunque la realización del trabajo no se haya podido realizar semana tras semana por motivos personales y haya tenido que correr un poco a última hora, para mí ha sido una gozada.