

UNIVERSITAT JAUME I

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Departamento de Traducción y Comunicación



**MEDIACIÓN INTERLINGÜÍSTICA E
INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO DE LA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
ESTUDIO DE CASOS CON USUARIAS DE
ORIGEN CHINO**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:
Marta Isabel Sánchez Pérez

DIRIGIDA POR:
Francisco Raga Gimeno
Dora Sales Salvador

Castellón de la Plana, 2015

“Es mi aspiración que la salud no sea vista finalmente como una bendición a desear, sino como un derecho humano por el que luchar.”

-Kofi Annan, Exsecretario General de la ONU, Premio Nobel de la Paz en 2001.

“There are no sensitive issues in reproductive health, but there are insensitive approaches to reproductive health issues.”

-Mona Khalifa, Assistant Representative-UNFPA Egypt Office.

Agradecimientos

Esta tesis no habría sido posible sin la colaboración y el apoyo de numerosas personas. A todos vosotros os doy millones de gracias.

A los profesionales sanitarios, por haberme permitido entrar en sus consultas y tener acceso directo a los datos que quería analizar.

A las pacientes de origen chino, por haber compartido conmigo momentos tan íntimos y emotivos durante su periodo de embarazo.

A la Universitat Jaume I y al Grupo CRIT, por toda la formación y la información que me han proporcionado.

A mis tutores, Patxi y Dora, por guiarme en todo el proceso de elaboración de la tesis. Gracias por los consejos, la dedicación y los ánimos que me han ayudado a reconducir mi camino cuando no sabía por dónde seguir.

A mi compi, Salva, por ayudarme a ganar la batalla con los cambios de formato de Word.

A mis amigos, por estar siempre ahí cuando necesitaba airearme. Gracias por las risas y los buenos ratos que, a partir de ahora, podrán ser más.

A mi familia, por su amor y apoyo incondicional. Gracias a mis padres, por todo lo que me han enseñado, por ser fuente de inspiración y por saber transformar las “caras largas” en mejores momentos. A mi hermano Pepo, por sacarle siempre la mejor de las sonrisas a la vida.

A mi compañero de la vida. Gracias por haber escuchado con paciencia e interés todos mis dilemas sobre la MI y la ISP, por haberme aconsejado y por sacarme de casa cuando era necesario. Gracias, en definitiva, por ser el mejor compañero de viaje, por todas las aventuras que hemos vivido juntos y por las muchas que nos quedan.

Índice

1. Introducción.....	1
1.1. Justificación e hipótesis iniciales	1
1.2. Estructura de la investigación	4
1.3. Contextualización	7
1.3.1. Breve descripción del contexto: Salud Sexual y Reproductiva.....	7
1.3.2. Patrones culturales relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva	9
1.3.3. Organización de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.....	11
2. Atención sanitaria a población de origen extranjero: estado de la cuestión.....	13
2.1. Atención sanitaria a población de origen extranjero: más que un derecho	13
2.2. Soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero	23
2.2.1. Soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero: ámbito nacional	24
2.2.1.1. Andalucía.....	25
2.2.1.2. Comunidad de Madrid.....	29
2.2.1.3. Cataluña.....	35
2.2.1.4. Comunidad Valenciana.....	43
2.2.1.5. Resumen de las soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero en el ámbito nacional y perspectivas de futuro...48	
2.2.2. Soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero: ámbito internacional.....	50
2.2.2.1. Bélgica.....	51
2.2.2.2. Reino Unido.....	57
2.2.2.3. Canadá.....	62
2.2.2.4. Estados Unidos.....	70
2.2.2.5. Australia.....	77
2.2.2.6. Suecia.....	83
2.2.2.7. Resumen de las soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero en el ámbito internacional.....	86
2.3. Reflexión	95

3. ISP y MI: Distintos modelos de respuesta a las necesidades de la población extranjera en su acceso a los SSPP.....	100
3.1. Denominación de la ISP	101
3.1.2 Clasificación de la ISP.....	105
3.1.3. Definición y características de la ISP	108
3.2. Denominación y definición de la MI.....	115
3.2.1. Clasificación de la MI.....	120
3.3. Puntos convergentes y divergentes de la ISP y la MI.....	122
3.4. Resumen	127
4. La figura de la MILICS	130
4.1. Competencias profesionales	135
4.2. El rol de la MILICS y los principios de actuación	146
4.2.1. Evolución de la figura de la MILICS	152
4.3. Sobre la imparcialidad	161
4.4. Sobre la precisión y la contextualización cultural en MILICS.....	171
4.5. Sobre la delimitación de competencias	182
4.6. Sobre el control de la interacción	193
4.7. Resumen y reflexiones.....	203
5. Análisis de las experiencias de una MILICS en los servicios de salud sexual y reproductiva con población de origen chino.....	205
5.1. Introducción.....	205
5.2. Metodología.....	207
5.2.1 Desarrollo de la investigación y limitaciones del estudio	213
5.3. Análisis de casos en relación a los dilemas	216
5.3.1. Análisis de casos en relación al dilema de imparcialidad	217
5.3.2. Análisis de casos en relación al dilema de precisión/ contextualización cultural.....	239
5.3.3. Análisis de casos en relación a la delimitación de competencias.....	255
5.3.4. Análisis de casos en relación al control de la interacción	283
5.4. Conclusiones del estudio de casos.....	294
6. Conclusiones finales	297
6.1. Hipótesis y objetivos	297
6.2. Contribuciones y limitaciones del estudio.....	302
6.2.1. Contribuciones.....	302

6.2.2. Limitaciones del estudio.....	302
6. 3. Recomendaciones futuras y propuestas de mejora.....	304
6. 4. Futuras líneas de investigación.....	313
7. Bibliografía.....	315

Índice de tablas, figuras y cuadros

Tabla 1. Problemas recurrentes en la atención sanitaria a usuarios de origen chino.....	3
Tabla 2. Controles durante el embarazo.	12
Tabla 3. Perfiles y competencias de las figuras que pueden ejercer de facilitador de la comunicación entre usuarios extranjeros y personal de los SS	37
Tabla 4. Competencias transversales exigibles a la mediadora.....	142
Tabla 5. Competencias específicas exigibles a la mediadora en el ámbito sanitario	143
Tabla 6. Conocimientos y técnicas exigibles a la MILIC.....	145
Tabla 7. Aspectos positivos y negativos de los códigos deontológicos	147
Tabla 8. Funciones y tareas de la MILICS.	186
Figura 1. Tareas en común entre la MI y la ISP.....	125
Figura 2. Diferenciación entre MI e ISP.....	126
Figura 3. La mediación lingüística y cultural en el ámbito sanitario	139
Cuadro 1. Situación de la MILICS en el ámbito nacional e internacional.	87-93
Cuadro 2. Cuadro cromático de la situación de la MILICS en el ámbito nacional e internacional.	94

Índice de siglas

CM: Cultura meta

CO: Cultura origen

CHIA: California Healthcare Interpreting Association

IMIA: International Medical Interpreters Association

ISP: Interpretación en los Servicios Públicos / Intérprete en los Servicios Públicos

LM: Lengua meta

LO: Lengua origen

MI: Mediación Intercultural / Mediador/a intercultural

MILICS: Mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario /
Mediador/a interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario

PS: Personal Sanitario

SS: Servicios sanitarios

SSPP: Servicios Públicos

SSyR: Salud Sexual y Reproductiva

TISP: Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos

TM: Texto meta

TO: Texto origen

1. Introducción

En el presente capítulo se expondrán la justificación de la presente tesis, sus objetivos e hipótesis iniciales, un resumen de la estructura de la investigación y una breve contextualización del ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva (a partir de ahora SSyR).

1.1. Justificación e hipótesis iniciales

Con la intensificación de los flujos migratorios que ha experimentado España desde finales del siglo XX, la sociedad española ha ido transformándose y enriqueciéndose gracias a la llegada de personas de todos los rincones del mundo. Sin embargo, esta multiculturalidad tan presente en las calles no ha sido bien atendida por las administraciones públicas, cuyos esfuerzos para adaptarse a la nueva realidad social del país han sido lentos y escasos. Esta situación conlleva que si bien a los ciudadanos de origen extranjero se les exigen los mismos deberes y obligaciones que a los autóctonos, no está claro que, en la práctica, se les reconozcan los mismos derechos, por ejemplo, en su acceso a los Servicios Sanitarios (a partir de ahora SS).

Los objetivos que persigue la presente tesis giran en torno a esta cuestión.

Por un lado, pretende subrayar la necesidad de proporcionar asistencia sanitaria culturalmente competente a usuarios de diferentes orígenes culturales y sugerir medidas que contribuyan a mejorar la implementación de servicios de interpretación/mediación en el contexto español para garantizar, así, un acceso igualitario a los SS.

Por otro lado, pretende acercar la deontología, las propuestas de los códigos deontológicos de interpretación en los SS y de mediación intercultural a la práctica profesional de las intérpretes y mediadoras a partir del análisis de mis propias actuaciones como MILICS¹ en el contexto de la SSyR con usuarias de origen chino.

¹ El Grupo CRIT (2014) acuña el término MILICS (mediadora interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario) para referirse a la facilitadora de la comunicación en los servicios sanitarios. Más adelante se profundizará en esta cuestión.

Finalmente, persigue contribuir al campo de la investigación en MILICS. En este sentido, la presente tesis se ha centrado en un contexto específico de estudio, la SSyR, y en un colectivo de pacientes, las usuarias de origen chino, que no había sido abordado antes de forma exclusiva. Escogí el colectivo de mujeres de origen chino como muestra de estudio porque es uno de los colectivos de extranjeros que más acuden a los servicios de SSyR y porque, atendiendo a los datos poblacionales que recoge el Intituto Nacional de Estadística (INE), se prevé que esta situación siga manteniéndose en el futuro. En relación con esto, el INE muestra que de las 81.178 mujeres chinas asentadas en nuestro país a fecha de julio de 2014, 58.897 (72%) se encuentran en una franja de edad comprendida entre los 15 y los 49 años. Para la Comunidad Valenciana y Castellón no se ofrecen los datos por nacionalidad sino por continente. De las 15.390 mujeres asiáticas asentadas en esta Comunidad, 10.417 (67%) se encuentran en la franja de edad comentada anteriormente, y de las 957 residentes en la provincia de Castellón, 599 (62%). Aunque carecemos de datos específicos sobre la nacionalidad, el grupo mayoritario de inmigrantes asiáticas se corresponde con el colectivo de mujeres chinas. Por lo que consideramos que los datos siguen siendo relevantes.

En cuanto a las hipótesis de partida, planteamos las siguientes:

Partimos de la hipótesis inicial de que los esfuerzos realizados y las medidas adoptadas para eliminar las barreras lingüísticas y culturales en el sector de la salud son insuficientes. Esta hipótesis nace de los resultados de un trabajo de investigación anterior, que constituyó mi Trabajo Final de Máster y se centró en detectar los problemas que encuentra la población de origen chino en su acceso a los SS. En este trabajo, basado en entrevistas de tipo cualitativo realizadas a usuarios de este origen cultural, se puso de manifiesto que los usuarios de origen chino ven entorpecido su acceso a los SS debido a diversos problemas derivados de las diferencias lingüísticas, pero también de las culturales y que estos se manifiestan más frecuentemente en el ámbito de la SSyR. En la siguiente tabla se muestran cuáles son los problemas más frecuentes que se dan en la atención sanitaria a usuarios de este origen cultural.

Problemas:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Escasa afluencia a los servicios sanitarios. 2. Utilización desigual de los servicios sanitarios y colapso de los mismos. 3. Escasa asistencia a revisiones médicas, especialmente las relacionadas con la salud sexual. 4. Dificultad para describir los síntomas de la enfermedad. 5. Dificultad para comprender los caracteres latinos. 6. Intervención del conjunto familiar en la toma de decisiones sobre aspectos sanitarios. 7. Reticencia a la realización de pruebas diagnósticas, especialmente a los análisis de sangre. 8. Reticencia al seguimiento de los tratamníentos recetados 9. Abandono de los tratamientos a los primeros síntomas de mejora. 10. Reticencia al seguimiento de los tratamientos recetados. 11. Abandono de los tratamientos a los primeros síntomas de mejora. 12. Reticencia a la realización de autopsias. 13. Reticencia acomer la comida del hospital y ayunos. 14. Automedicación como práctica muy extendida. 15. Percepción de una falta de interés por parte del personal sanitario. 16. Intervención de mediadores improvisados no especialistas (amigos o familiares) para agilizar la comunicación con el personal sanitario, que pueden derivar en posibles riesgos para la salud del paciente.

Tabla 1. Problemas recurrentes en la atención sanitaria a usuarios de origen chino. Fuente: Sánchez Pérez (2009: 50).

La segunda hipótesis plantea hasta qué punto parece relevante distinguir entre las figuras profesionales de la Intérprete de los Servicios Públicos (ISP)² y la Mediadora

² Léase de ahora en adelante ISP y entiéndase que, según el contexto, se refiere a la disciplina o bien a las profesionales de la misma, es decir, las Intérpretes en los Servicios Públicos. Generalmente, hemos optado por emplear el género femenino para referirnos al conjunto de profesionales que actúan en este ámbito, ya que se da una amplia mayoría de profesionales mujeres.

Intercultural (MI)³ para el contexto específico de atención de casos en el ámbito sanitario.

La tercera y principal hipótesis plantea que, atendiendo a la gran distancia cultural que se da entre la cultura china y la española, se espera que la MILICS deba valorar la pertinencia de relativizar la aplicación de ciertos principios generales de actuación establecidos en los códigos deontológicos en numerosas ocasiones y optar por un rol preferentemente activo en la interacción comunicativa cuando desempeñe su trabajo en el ámbito de la SSyR con mujeres de origen chino.

1.2. Estructura de la investigación

En este apartado se ofrece una visión general de la estructura de la investigación y se presentan, a grandes rasgos, los contenidos tratados en cada uno de los capítulos que componen esta tesis.

El capítulo 2 servirá como punto de partida e irá encaminado a estudiar qué dicta la legislación española respecto a la provisión de atención sanitaria, especialmente en materia de SSyR, a la población de origen extranjero que presenta unas necesidades lingüísticas y culturales específicas. Igualmente se contextualizará la situación de la ISP o MI en el ámbito sanitario en España, en algunas de sus comunidades autónomas y en otros países, con el objeto de identificar retos y proponer sugerencias que puedan contribuir a la consolidación e implementación de servicios de interpretación/mediación en el ámbito sanitario en España y a la reducción de las barreras lingüísticas y culturales que obstaculizan el acceso a la atención sanitaria que recibe la población extranjera.

En el capítulo 3 ahondaremos en las disciplinas de la ISP y la MI con el fin de contribuir a facilitar una comprensión más profunda de la realidad del campo estudiado. Para ello haremos un repaso de la bibliografía publicada sobre sendas disciplinas, prestando especial atención a sus puntos convergentes y divergentes. A partir de este análisis, esperamos justificar por qué las dos figuras (ISP y MI) podrían interactuar/coexistir en el ámbito sanitario y explicar cuál es nuestra propuesta

³ Léase a partir de ahora MI y entiéndase que, dependiendo del contexto, se refiere a la disciplina o bien a las profesionales de la misma, es decir, las Mediadoras Interculturales. Del mismo modo que en el caso anterior y atendiendo a las mismas razones, se ha optado por utilizar el género femenino.

metodológica para la elaboración del siguiente capítulo, centrado en la figura de la facilitadora de la comunicación en este ámbito.

En el capítulo 4 trataremos de perfilar la figura de la MILICS a partir de las aportaciones que se han ido haciendo desde la ISP y la MI. Para ello se tratarán cuestiones relacionadas con las competencias profesionales que son necesarias para ejercer como facilitadora de la comunicación en la atención de casos en el ámbito sanitario, el rol y los principios de actuación más controvertidos.

En el capítulo 5 presentaremos la metodología y los resultados del estudio empírico que hemos llevado a cabo y que constituyen la aportación más significativa de esta tesis, ya que se presenta un contexto nuevo de estudio (SSyR) y un público que no ha sido abordado antes de forma exclusiva (usuarias de origen chino). Además, se utiliza una metodología diferente a las utilizadas comúnmente, basada en la “observación-participante”, que permite un acceso directo, integral, y en primera persona, al desarrollo de las interacciones, y también a la subjetividad del profesional, a los dilemas que, en mi actuación como MILICS, he tenido que afrontar.

A la vista de los objetivos planteados, hemos considerado más pertinente centrarnos en el análisis de la realidad profesional, de la práctica real en casos reales, que en las opiniones de los participantes en las mismas. Además, estas cuestiones ya fueron respondidas, en cierta medida, en el trabajo que citábamos anteriormente y cuyos resultados se han expuesto en la tabla 1. Otras cuestiones que han sido determinantes para escoger la metodología empleada en el trabajo de campo han sido las siguientes. Por un lado, la inexistencia de MILICS en activo que desarrollen una actividad laboral en el ámbito de los servicios sanitarios en la Comunidad Valenciana con usuarios de origen chino, ha imposibilitado realizar entrevistas a otras profesionales para comparar nuestros datos. Por otro lado, aunque partíamos con la idea de grabar las interacciones que nos permitiesen analizar los datos con mayor exhaustividad, nos ha resultado imposible realizarlas. Para intentar minimizar este problema, he optado por un método de observación directa, con registro inmediato de datos. Una de las ventajas de emplear esta metodología, como he apuntado anteriormente, es que me ha permitido acceder simultáneamente a la subjetividad de la MILICS, puesto que he vivido estas situaciones y he afrontado estos dilemas en primera persona.

En este capítulo se presentan diversos casos en los que analizo algunas de mis actuaciones como MILICS en el ámbito de la SSyR con usuarias de origen chino. El trabajo pretende explorar y describir las circunstancias y el modo en que he seguido o me he alejado de las pautas o principios de actuación establecidos en los códigos éticos y/o defendidos por los investigadores y las consecuencias que mis acciones han tenido en el desarrollo de la interacción. Centraremos nuestra atención en aquellas situaciones que me han planteado dilemas, concretamente en relación con la parcialidad/ imparcialidad/ multipartialidad, la precisión/contextualización cultural, el control de la interacción y la delimitación de competencias.

El trabajo de campo se estructura en diversos subapartados, que agrupan varios casos relacionados con cada uno de los principios de actuación mencionados. En cuanto a la estructura seguida en el estudio de casos, se ha decidido comenzar con la exposición de los mismos, seguida de una explicación de por qué se da una situación dilemática para la MILICS. Una vez comentadas las opciones que podría seguir la MILICS para la resolución de dicha situación dilemática, se expone cuál fue su actuación y se procede a analizar sus consecuencias.

A partir del estudio de casos de estas interacciones mediadas reales pretendo contribuir a acercar la teoría y la práctica profesional de las MILICS en los Servicios de SSyR con población de origen chino.

Es preciso aclarar que el objetivo de esta tesis no es ofrecer un análisis exhaustivo de las diferencias entre la cultura sanitaria china y la española, sino analizar la práctica de la MILICS. En línea con esta idea, por coherencia expositiva, no incluiremos un capítulo específico centrado en señalar las diferencias entre la cultura sanitaria china y la española, sino que se comentarán en cada caso aquellas diferencias que pudieran afectar al desarrollo y análisis de los casos que se tratan. Otra razón que ha motivado esta decisión es que ya existen abundantes manuales sobre las diferencias que se dan entre las culturas sanitarias de China y de España, y cómo estas pueden incidir en la atención sanitaria a los pacientes de origen chino (p.e. en la web SALUDyCULTURA.com), por lo que parece más útil (además evitando el exceso de culturización) presentar y comentar este tipo de diferencias culturales solo cuando resulten relevantes para el análisis de los casos que vayamos tratando.

Finalmente, en el capítulo 6 se ofrecerán las conclusiones de esta tesis, se retomarán las cuestiones más relevantes del trabajo y se sugerirán nuevas líneas de investigación.

1.3.Contextualización

En el presente apartado se contextualizará el ámbito de la SSyR. Se dedicará un apartado a la descripción del concepto de la SSyR y del derecho universal a la misma, otro a los patrones culturales relacionados con la SSyR y un tercero a la organización de los Servicios de SSyR.

1.3.1. Breve descripción del contexto: Salud Sexual y Reproductiva

El siguiente apartado pretende enmarcar el ámbito de actuación en el que se llevará a cabo el trabajo de campo. Para ello se dará cuenta de qué se entiende por SSyR y por derecho a la atención a la SSyR.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no una mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad (citado en ONU, 1994; CIPD, 1994: 37).

En línea con esta definición, Ollé (2009: 100) incluye dentro de la atención a la salud reproductiva el «conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y

al bienestar reproductivos, al evitar y resolver los problemas asociados a este ámbito de la salud».

El derecho a la atención a la SSyR viene respaldado por numerosos documentos. En España toda mujer tiene derecho de asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto⁴, independientemente de su situación administrativa. Así se establece en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que publica la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁵ donde se incluye un apartado sobre atención a la multiculturalidad que establece el objetivo de «asegurar una atención adecuada a las mujeres inmigrantes y sus parejas en el proceso, facilitando su participación, contemplando las particularidades de cada caso y disponiendo de los medios adecuados para minimizar las posibles barreras culturales e idiomáticas». Para asegurar dicho objetivo el apartado establece una serie de recomendaciones que se incluyen a continuación (Ministerio de sanidad, 2011: 146-147):

1. Facilitar desde [la] atención primaria todo lo necesario para una rápida incorporación al seguimiento del embarazo, dado que la asistencia sanitaria es universal, garantizada por ley a las mujeres desde el embarazo hasta el puerperio y a las o los recién nacidos.
2. Ofrecer atención específica según las diferentes necesidades de las mujeres por su cultura, idioma, distinta capacidad, creencias o experiencias previas.
3. Disponer de los protocolos de atención que definan las actuaciones necesarias en estos grupos de mujeres, evitando tomar medidas que puedan significar discriminación. Más que generar recursos especiales, se tratará de normalizar la atención de calidad, ya que en la medida en que las usuarias en general sean bien atendidas, también lo estarán las personas inmigrantes.
4. Facilitar materiales informativos (vídeos, folletos, pictogramas, etc.) en los distintos idiomas para facilitar la comunicación y asegurar la comprensión de lo que sucede. Contemplar otros posibles recursos como la traducción simultánea y la mediación cultural.

⁴ Real Decreto Ley 16/2012. En la Comunidad Valenciana este derecho viene regulado por el Decreto 26/2000, de 22 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunidad Valenciana y se crea la Tarjeta Solidaria.

⁵ Este documento fue publicado en 2011 por el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

5. Potenciar la comunicación ayudando a desarrollar habilidades de empatía y escucha que faciliten mayor bienestar a usuarias y personal sanitario, aumentando la capacidad de tomar decisiones informadas.
6. Mejorar la información y el conocimiento de las patologías específicas según los países de origen.
7. Asumir la necesidad de garantizar los derechos efectivos de acceso a la atención sanitaria y educativa de los menores y las mujeres embarazadas extranjeras con independencia de su origen y situación administrativa, cumpliendo la legislación vigente (LO/96).
8. Prestar atención a posibles signos de violencia de género, del mismo modo que se señala en el apartado general de atención al embarazo de esta Estrategia.

1.3.2. Patrones culturales relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva

En el apartado anterior se puso de manifiesto cómo la legislación defiende la provisión de una atención sanitaria que tenga en cuenta las características culturales de los usuarios y establece una serie de recomendaciones encaminadas a asegurar una atención adecuada a las mujeres inmigrantes y sus parejas en materia de SSyR. Sin embargo, la población de origen extranjero sigue viendo dificultado su acceso a los servicios sanitarios por la existencia de barreras lingüísticas y culturales que entorpecen (cuando no imposibilitan) la comunicación con el personal sanitario. Esto también se da en el ámbito de la salud reproductiva (Luque y Oliver, 2005: 10) ya que es uno de los más marcados culturalmente⁶ (Penn *et al.*, 1995; Raga, 2013). En este sentido, a pesar de que el embarazo y el parto son procesos universales en lo que se refiere a la fisiología del cuerpo femenino, Blázquez (2005: 2) sostiene que no pueden considerarse como meros procesos biológicos, sino que se encuentran «culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales». Nevado (2013: 151) apunta que:

⁶ De hecho, la disciplina de la antropología de la reproducción estudia, precisamente, la relación entre la cultura y la salud reproductiva.

Las distintas comunidades pueden presentar diferencias culturales en relación con las creencias, comportamientos y actitudes durante todo el proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio), y las expectativas, decisiones y obstáculos que las familias perciban durante dicho proceso estarán condicionadas, además, por sus circunstancias materiales de vida, por el tipo de relaciones y el apoyo de redes sociales con los que cuenten, por las oportunidades que tengan de acceder a los servicios de salud y, especialmente, por su bagaje cultural .

Además de las barreras lingüísticas y culturales, Oliver, Baraza y Martínez (2007: 82) sostienen que hay otros factores que pueden influir en la atención sanitaria a las mujeres de origen extranjero y que deberían ser tenidos en cuenta. Estos se desglosan en:

- ❖ Las desigualdades con respecto a la salud que se basan en cuestiones de tipo socioeconómico, y que podrían afectar tanto a la población inmigrante como a la autóctona.
- ❖ Las desigualdades de género, que se puede dar tanto en los países de origen como en los de destino.
- ❖ La situación y funcionamiento de los servicios sanitarios de sus países de origen, que influirán en la aceptación de los patrones sanitarios propios del país de acogida.

Alonso (2010: 360) se pronuncia en términos similares y apunta que a la hora de atender a las mujeres inmigrantes en los servicios de obstetricia, será necesario conocer su realidad y su contexto, tanto antes como después de la emigración, incluyendo la situación y el rol de la mujer en su país de origen, la experiencia sanitaria que las pacientes hayan podido vivir en dicho país, y su adaptación al sistema sanitario de la sociedad de acogida.

Nevado (2013: 152) aconseja tener en cuenta que las mujeres inmigrantes suelen combinar las concepciones socioculturales y sanitarias de origen, previas a la inmigración, con las concepciones propias del país de destino, modificando algunos de los comportamientos que presentaban antes de emigrar y conservando otros. Oliver, Baraza y Martínez (2007: 83) resaltan que hay otros factores de los que dependen las

creencias y prácticas en el ámbito de la salud. Estos se desglosan en: la edad, las condiciones sociolaborales, el nivel educativo, el nivel de desarrollo de sus países de origen, la procedencia rural o urbana, la religión, el tiempo de permanencia en el país de acogida, o su dominio de la lengua de dicho país. Nevado (2013) añade también la personalidad individual de las mujeres como otro de los factores que influye en sus patrones reproductivos.

En resumen, parece que hay consenso entre los investigadores citados en las líneas anteriores respecto a que existe una amplia gama de factores que pueden influir en la atención sanitaria a las mujeres de origen extranjero en el ámbito de la SSyR y deberían, por lo tanto, ser tenidos en cuenta para mejorar su acceso a la SSyR.

1.3.3. Organización de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva

Generalmente se accede a la atención sanitaria del embarazo a través de los centros de Atención Primaria.⁷ En la primera consulta las matronas informan de cómo se realiza el control de la gestación, de las diferentes pruebas y el momento en que se van a realizar (exploraciones físicas, analíticas, ecografías y pruebas especiales), así como de la planificación de las distintas actividades de educación grupal para la maternidad/paternidad. También se entrega la "Cartilla del Embarazo", donde se recogen los datos más significativos obtenidos en los distintos controles realizados a lo largo de la gestación. La matrona informa, además, de que las ecografías y la asistencia al parto, así como la valoración y seguimiento de los embarazos de riesgo, se realizarán por los equipos de asistencia obstétrica en la atención especializada.

Los servicios de salud reproductiva incluyen:

- Centros de Atención Primaria.
 - Seguimiento del embarazo con la matrona.
- Consultas especializadas:
 - Tocología.
 - Endocrinología.

⁷ En la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio publicada por el Ministerio de Sanidad (2014: 62 y ss.) se recomienda una consulta preconcepcional. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf> [Fecha de consulta 7 de febrero de 2015].

Los controles⁸ que habitualmente se realizan durante el embarazo se resumen a continuación en la siguiente tabla:

	CONSULTA /ANAMNESIS	EXPLORACIÓN	ANALÍTICAS
CAPTACIÓN	Consulta de captación con la matrona. Apertura historia Obstétrica. Consejos y recomendaciones de ácido fólico, vitaminas.	General. Citología si es necesaria.	Se solicita analítica 1T: Hemograma. Bioquímica. Grupo sanguíneo. Sistemático y cultivo de orina. Serología. / Toxoplasmosis. Screening de trisomías (S.Down)
SEMANA 12	Consulta de toxicología. Valoración analítica y recomendaciones.	Ecografía del primer trimestre.	
SEMANA 16.	Consulta con matrona Sintomatología	General y auscultación fetal.	
SEMANA 19-21	Consulta de toxicología.	Ecografía del segundo trimestre.	
A PARTIR DE SEMANA 24	Consulta de toxicología o matrona. Sintomatología y consejos.	General y auscultación fetal.	Se solicita: Hemograma. Bioquímica. Sistemático y cultivo de orina. Serología si precisa. Test O'sullivan ⁹
SEMANA 28	Consulta con matrona. Sintomatología Comienzo de la Educación maternal.	General y auscultación fetal.	
SEMANA 32	Consulta con matrona o tocólogo. Sintomatología y consejos.	General y auscultación fetal.	Se solicita: Hemograma. Bioquímica. Coagulación. Serología si precisa. Sistemático y cultivo de orina.
SEMANA 34	Consulta de toxicología.	Ecografía del tercer trimestre.	
SEMANA 36	Consulta de toxicología. Sintomatología Valoración analítica. Cita para monitores	General y auscultación fetal.	Exudado vagino-rectal.
SEMANA 39- 40	Consulta de monitores en hospital. Matrona y Tocólogo.	Registro cardio-tocografico. Exploración.	

Tabla 2. Controles durante el embarazo. Fuente:

<<http://www.historiasdeunabarriga.es/2012/05/06/citas-medicas-durante-el-embarazo-3/>>. [Fecha de consulta: 8 de octubre de 2014].

⁸ Los datos que se ofrecen en esta tabla son orientativos, ya que la organización de los servicios de SSyR depende de los protocolos de salud de cada comunidad autónoma.

⁹ El diagnóstico de diabetes implicará la derivación a endocrinología para control por el especialista.

2. Atención sanitaria a población de origen extranjero: estado de la cuestión

En el presente capítulo se justificará la necesidad de proveer una atención adaptada culturalmente a las necesidades de los usuarios de origen extranjero que lo necesiten, y se expondrán las soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero en el ámbito nacional e internacional.

2.1. Atención sanitaria a población de origen extranjero: más que un derecho

Hasta hace bien poco España contaba con un Sistema Nacional de Salud público y universal. Saura (2001: 1) resumía la situación del siguiente modo:

Todos los extranjeros en España tienen derecho a la atención sanitaria, ya sea al amparo de la Constitución española de 1978 (artículo 43), de la normativa de la UE en materia sanitaria, o bien de la Ley de Extranjería¹⁰, que establece en su artículo 12 el derecho de todo extranjero inmigrante no comunitario, independientemente de su situación administrativa, a recibir atención médica con solo estar empadronado.

No obstante, actualmente nos encontramos en una situación distinta, ya que como resalta ODUSALUD¹¹ «el Real Decreto Ley 16/2012 vincula el derecho a la asistencia sanitaria y la financiación pública de los medicamentos a la situación administrativa y de empleo de los ciudadanos, rompiendo con el modelo de Sistema Nacional de Salud hasta ahora existente». Así el Real Decreto Ley 16/2012, recogido en el BOE de 24 de abril, introduce una serie de modificaciones a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que incluimos a continuación:

Uno. Se modifica el artículo 3, que tendrá la siguiente redacción:

¹⁰ Ley Orgánica 4/2000 del 11 de enero sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, modificada sucesivamente por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, que introduce modificaciones pero no altera el catálogo de derechos de la Ley original (Ley Orgánica 14/2003, en BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 2003: 41194).

¹¹ Observatorio del Derecho a la Salud en la Comunidad Valenciana que tiene por objetivo velar por el cumplimiento del derecho universal a la protección de la salud de los ciudadanos, especialmente en poblaciones que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social, personas en situación irregular, sin recursos económicos, personas vulnerables. <<http://odusalud.blogspot.com.es/p/el-real-decreto-ley-aprobado-el-pasado.html>> Fecha de consulta [20 de septiembre de 2014].

«Artículo 3. De la condición de asegurado.

1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial».

En cuanto a la asistencia sanitaria para la población inmigrante en situación irregular, el Real Decreto Ley 16/2012 establece lo siguiente:

«Artículo 3º. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.»

En resumidas cuentas, las modificaciones introducidas por el Real Decreto Ley limitan el acceso de la población a los servicios sanitarios. El usuario ya no tiene garantizado el derecho universal a la asistencia sanitaria, sino que este derecho depende de las circunstancias laborales y económicas del mismo. Se trata de un criterio que deja fuera del Sistema Nacional de Salud a los colectivos más desfavorecidos y vulnerables, especialmente a ciudadanos sin recursos económicos y a los extranjeros sin permiso de residencia que difícilmente podrán hacer frente al pago de la contraprestación requerida por la atención sanitaria recibida. No obstante, como se especifica en el apartado b del artículo tercero, sí se contempla la asistencia sanitaria gratuita a cualquier mujer durante las etapas del embarazo, parto y postparto independientemente de cuál sea su situación (regular o irregular) en España.

En relación con lo anterior, es importante poner de manifiesto cómo “en teoría” la Administración no hace distinciones en cuanto al origen de los beneficiarios de la sanidad española que contribuyen o han contribuido económicamente al sustento del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la realidad nos muestra lo contrario. Actualmente, España cuenta con 1.567.475¹² extranjeros afiliados a la SS (lo que representa un porcentaje de casi el 9,5% de la población)¹³. Si trasladamos estas cifras al sistema sanitario, podríamos decir que hay más de un millón y medio de usuarios extranjeros potenciales de la sanidad española¹⁴ de los cuales 90.652 son de origen chino (0,54%). Dejando de lado los números, no hay que pasar por alto que, ante todo,

¹² Datos actualizados a fecha de septiembre de 2014. Disponibles en <http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/AfiliacionAltaTrabajadores/AfiliacionesAltaLaboral/Afiliacion_timo_d_a_del_mes/lt_D_a_Afiliados_extranjeros_por_nacionalidad_y_reg_menes/192761> [Fecha de consulta: 25 de octubre de 2014].

¹³ Los datos muestran además que el número de afiliados de origen chino a la SS presenta una tendencia ascendente con un aumento de 2.457 afiliados de este origen en septiembre de 2014 respecto al año anterior, un crecimiento de un 2,8%.

¹⁴ A esto deberíamos sumar además el porcentaje de personas que no tienen la condición de asegurados por el hecho de estar en activo pero sí por otras circunstancias, lo que incrementaría aún más las cifras anteriores.

nos encontramos ante personas que están contribuyendo al mantenimiento del sistema sanitario y, por lo tanto, tienen derecho a acceder al mismo y hacerlo en condiciones de igualdad respecto a la población autóctona. En este sentido, Abril (2006: 132) sostiene que en la situación actual hay «una proporción nada despreciable de la población extranjera que está contribuyendo económicamente al mantenimiento de los servicios públicos en pie de igualdad con los contribuyentes españoles, por lo que sería justo que la propia Administración se sintiese implicada en la provisión de los servicios lingüísticos que los extranjeros necesitan para recibir una atención de calidad, también en pie de igualdad con los contribuyentes españoles». En línea con este argumento, Abril (2006) se apoya en la legislación para reclamar a la Administración medidas que contribuyan a paliar las desigualdades que padecen los usuarios extranjeros de la sanidad y apunta que:

Aunque en las leyes citadas no se hacen referencias expresas al derecho a intérprete en el uso de las prestaciones de la sanidad pública, existen disposiciones en la legislación vigente que, en el caso de los extranjeros, son de difícil cumplimiento sin la mediación de un intérprete (Abril, 2006: 130).

Las leyes a las que la autora hace referencia en esta cita son la Ley de Extranjería, la Ley General de Sanidad y la Constitución. La Ley de Extranjería 2011, en el Capítulo Primero sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España (artículo 12.1) garantiza el derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria “en las mismas condiciones que los españoles” (Saura, 2001: 2), lo que debería implicar igualdad de acceso sin discriminación efectiva basada en el idioma. Sin embargo, como señala De Ridder:

The political debate tends to centre on equity of access per se, rather than on the linguistic accessibility of the services. The issue of language [...] seldom receives recognition (De Ridder, 1999: 61).

Por su parte, la Ley General de Sanidad¹⁵ establece en su artículo 10 los derechos del usuario de la sanidad pública, entre los que se incluyen:

¹⁵ Véase Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad <<http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>>. [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

1. [El derecho] Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad. **Sin que pueda ser discriminado** por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.

2. [El derecho] **A la información** sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

5. [El derecho] A que se le dé **en términos comprensibles**, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

(Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad) [sin negrita en el original].

Como apunta Abril (2006: 131) el artículo 10 implica una interacción comunicativa entre un representante de la Administración y el usuario, que difícilmente puede llevarse a cabo en los términos establecidos si el usuario no habla o entiende el idioma oficial. A este respecto, la Constitución española establece en su artículo 43 que los poderes públicos tienen la obligación de organizar y tutelar el sistema público de Seguridad Social mediante los servicios y prestaciones necesarios.

En el caso específico de la atención sexual y reproductiva, hay dos documentos que merecen una mención especial. Por un lado, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 2007 el documento Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Este documento contempla en su apartado 2.5.1 la multiculturalidad como uno de los ejes transversales de equidad y establece que «la población inmigrante ha aumentado y además presenta un elevado índice de natalidad¹⁶. Pueden tener obstáculos en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios que requieran actuaciones específicas. En este contexto, la humanización e introducción de aspectos interculturales tienen aún más sentido desde el punto de vista tanto social como económico». Por otro lado, el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; publicó en 2011 una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva dentro del Plan de Calidad para el Sistema

¹⁶ En este documento se apunta que la proporción de partos de madres extranjeras en 2007 oscilaba aproximadamente entre el 20 y el 50% de todos los partos atendidos por hospitales públicos. El INE apunta que en 2014 la proporción de nacimientos de madres extranjeras representa el 17,7% de todos los partos atendidos.

Nacional de Salud que incluye un apartado sobre atención a la multiculturalidad. En este apartado se establece el objetivo de «asegurar una atención adecuada a las mujeres inmigrantes y sus parejas en el proceso, facilitando su participación, contemplando las particularidades de cada caso y disponiendo de los medios adecuados para minimizar las posibles barreras culturales e idiomáticas». Para llevar a cabo dicho objetivo, el documento incluye una serie de recomendaciones que incluimos a continuación:

1. Facilitar desde atención primaria todo lo necesario para una rápida incorporación al seguimiento del embarazo, dado que la asistencia sanitaria es universal, garantizada por ley a las mujeres desde el embarazo hasta el puerperio y a las o los recién nacidos.
2. Ofrecer atención específica según las diferentes necesidades de las mujeres por su cultura, idioma, distinta capacidad, creencias o experiencias previas.
3. Disponer de los protocolos de atención que definan las actuaciones necesarias en estos grupos de mujeres, evitando tomar medidas que puedan significar discriminación. Más que generar recursos especiales, se tratará de normalizar la atención de calidad, ya que en la medida en que las usuarias en general sean bien atendidas, también lo estarán las personas inmigrantes.
4. Facilitar materiales informativos (vídeos, folletos, pictogramas, etc.) en los distintos idiomas para facilitar la comunicación y asegurar la comprensión de lo que sucede. Contemplar otros posibles recursos como la traducción simultánea y la mediación cultural.
5. Potenciar la comunicación ayudando a desarrollar habilidades de empatía y escucha que faciliten mayor bienestar a usuarias y personal sanitario, aumentando la capacidad de tomar decisiones informadas.
6. Mejorar la información y el conocimiento de las patologías específicas según los países de origen.
7. Asumir la necesidad de garantizar los derechos efectivos de acceso a la atención sanitaria y educativa de los menores y las mujeres embarazadas extranjeras con independencia de su origen y situación administrativa, cumpliendo la legislación vigente (LO/96).

8. Prestar atención a posibles signos de violencia de género, del mismo modo que se señala en el apartado general de atención al embarazo de esta Estrategia.

En coherencia con lo anterior, Saura (2001) entiende que, siguiendo la normativa vigente, el INSS (Instituto Nacional de Seguridad Social) debería incluir servicios de interpretación para los usuarios que presentan dificultades para comunicarse con el personal sanitario debido a la barrera idiomática. Sin embargo, constatamos que esto no ocurre pues, actualmente, la atención sanitaria a usuarios de origen extranjero en el ámbito sanitario presenta una situación confusa.

Abril (2006: 133), basándose en trabajos anteriores¹⁷, resume la situación subrayando que en lo referente a la atención sanitaria a usuarios extranjeros «las soluciones adoptadas en los servicios de salud suelen pasar por toda la gama *ad hoc* y en pocas ocasiones por la interpretación profesional, a la que en todo caso se recurre de forma puntual y no sistemática». Las soluciones a las que hace referencia son:

- Comunicación en un español rudimentario, apoyado a menudo por gestos y dibujos.
- Implicación de personas del entorno natural del paciente extranjero –incluidos niños– o conocidos de su propia comunidad.
- Uso de material escrito en diversos idiomas con información mínima sobre la organización del servicio o centro de salud y las consultas, así como con vocabulario mínimo sobre síntomas, dolencias y tratamientos.
- Recurso a profesionales o personal bilingüe¹⁸.
- Uso de voluntarios.
- Algún mediador cultural que colabore con el centro sanitario en cuestión o con algún servicio social próximo, con lo que al menos se pueden cubrir idiomas y dialectos de menor difusión, que son los que con mayor frecuencia se solicitan de los mediadores interculturales.

Aunque todavía se recurre a intérpretes *ad hoc* o, en su defecto, al español simplificado y al lenguaje gestual (que sabemos que no es universal, sino que un mismo gesto puede

¹⁷ Grau (1998), Mediavilla (2003); Valero (2003a); Calvo (2004); Valero (2004).

¹⁸ Abril señala que en España, debido a su corta experiencia como país receptor de inmigración, esta opción existe solo cuando las lenguas implicadas son el francés o inglés, y con menor frecuencia otras lenguas de la UE. En contraste con lo que ocurre en otros países de mayor tradición como receptores de inmigración, en los que es habitual encontrar empleados de servicios y administración pertenecientes a las minorías lingüísticas.

tener diferentes significados según culturas), cada vez existe más conciencia de que esta no es una solución efectiva ni fiable para suplir la falta de entendimiento entre médico y paciente extranjero. Trabajos como los de Downing (1991) (citado en Agger-Gupta, 2001) ponen de manifiesto la problemática de recurrir a intérpretes no profesionales. Igualmente Flores *et al.* (2003) resaltan los problemas asociados con el recurso a intérpretes *ad hoc*, entre los que se incluyen problemas relacionados con la confidencialidad y errores de interpretación como: “*false fluency*”¹⁹, introducción de comentarios personales, omisiones, sustituciones y adiciones. En la misma línea García-Beyaert y Serrano (2009: 54) ponen de manifiesto que en la provisión de atención sanitaria a las personas inmigradas se tiende a subestimar el impacto de los problemas de comunicación a pesar de que está demostrado que la lista de consecuencias es larga. De Muynck (2004) ofrece una lista de dichas consecuencias elaborada a partir de los resultados de un trabajo de campo realizado en centros de salud del norte de Europa. La incluimos a continuación:

- Retraso en la identificación de síntomas.
- Interpretaciones erróneas de los procesos de somatización.
- Comunicación insuficiente de los problemas médicos.
- Enfoques inadecuados en materia de diagnóstico, terapia y seguimiento.
- Interpretación errónea de la función de los procedimientos de diagnóstico.
- Derivación subóptima.
- Dificultades del personal sanitario para explicar modelos causales a los usuarios inmigrados.
- Incertidumbre prolongada en relación con los diagnósticos y la atención recibida.
- Interpretación errónea del tratamiento prescrito.
- Abandonos del tratamiento.
- Recorrido del paciente por diversos consultorios en búsqueda de atención satisfactoria.
- Cuidados preventivos inadecuados.

¹⁹ Lennon (2000: 28) define este concepto como «a particular strategy by some learners (and L1 speakers) to maintain high levels of purely temporal fluency at all costs. Performance is marked by demands so that processing skill can cope successfully and speech is fluent in purely temporal terms but is conceptually, communicatively, formally, and functionally impoverished.»

- Clima de hostilidad.
- Tendencia al trato poco equitativo, etc.

Aunque, en general, se presta poca atención a las barreras lingüísticas y culturales en el ámbito sanitario y se subestima el impacto de los problemas comunicativos (García Beyaert y Serrano, 2009: 2), es preciso destacar que se distinguen diferencias notables según comunidades. De hecho, en algunas zonas como la Comunidad de Madrid y Andalucía, los profesionales de la salud manifiestan su descontento con las deficiencias en la comunicación que se derivan de la aplicación de soluciones *ad hoc*, y reclaman vías alternativas que provengan de la propia Administración y no solo del usuario (Valero, 2003a: 187; Martín, 2006). Así lo manifiesta el informe de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable* que reconoce que «la presencia en determinadas circunstancias de traductores y/o mediadores bilingües mejora notablemente el contacto y vence barreras reales» (SEMFYC, 2002: 10). Por lo que en su apartado “Propuesta de soluciones” (SEMFYC, 2002: 17) recomienda que «dependiendo de las características concretas de la población, debería valorarse la necesidad de un intérprete en el centro de salud que facilitara el trabajo asistencial». Esta recomendación también se ve apoyada por estudios internacionales en los que se establece que la comunicación eficaz es fundamental para la prestación de una atención sanitaria segura y de alta calidad (Hyman, 2009). Los trabajos de Divi *et al.*, (2007), Cohen *et al.* (2005), Schyve (2007) y Bowen (2004) sostienen que las barreras lingüísticas limitan el proceso de consentimiento informado y contribuyen a una morbilidad y mortalidad evitables. En Schyve (2007) se concluye que las barreras en la comunicación paciente-proveedor son una de las causas comunes de los eventos adversos en la atención sanitaria. Otros estudios determinan que las dificultades de comunicación derivadas de la existencia de barreras idiomáticas y culturales se asocian con una amplia variedad de resultados, incluyendo un mal diagnóstico, tratamiento inadecuado, y el uso inadecuado de los medicamentos (Flores *et al.*, 2003; Bowen, 2004; Goldman, 2006; Jacobs *et al.*, 2006; Divi *et al.*, 2007). La existencia de barreras lingüísticas también se asocia a la mala gestión de las enfermedades agudas y crónicas como los cálculos biliares, el asma, la diabetes (Bowen, 2004; John-Baptiste *et al.*, 2004; Goldman, 2006). Además las barreras lingüísticas reducen la probabilidad de que el paciente reciba un seguimiento adecuado (Divi *et al.*, 2007; Jacobs *et al.*, 2006). En la misma línea, Novel (2009)

sostiene que en el ámbito sanitario se dan una serie de factores específicos²⁰ que le añaden complejidad y «son facilitadores de situaciones difíciles que pueden predisponer al conflicto, creando una gran cantidad de costes y consecuencias, que inciden tanto en el clima laboral de la organización como en la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios».

En este sentido, la implementación de servicios de ISP no solo beneficia al usuario sino también a la propia Administración, puesto que, como señala el informe de Hyman (2009: 11):

There are substantial costs to not providing interpretation services in terms of healthcare inefficiencies (adverse events, excessive or unnecessary tests, prolonged hospital stays, cost of ‘no shows’ and physician time). [...] the numerous benefits that patients, providers and healthcare institutions receive from professional interpretation services outweigh the costs of implementing such services. [...] The provision of language access services within healthcare should not be viewed as a separate ‘add-on’ program, but as an essential component of a strategy to meet broader organizational goals including managing risk, improving quality of care, reducing health disparities, and establishing partnerships with marginalized communities.

De todo lo expuesto anteriormente se concluye que, de acuerdo con lo establecido en la legislación, se debería adaptar la atención sanitaria a la población de origen extranjero que presenta unas necesidades lingüísticas y culturales específicas. En este sentido, una de las ramas sanitarias que mayor atención debería prestar a estas adaptaciones es el campo de la atención a la SSyR, puesto que, como se ha comentado anteriormente y se recoge en la legislación vigente, cualquier mujer durante las etapas del embarazo, parto y postparto tiene derecho a recibir atención sanitaria gratuita independientemente de cuál sea su situación administrativa en España, y esta debería ser recibida en condiciones de igualdad respecto a la población autóctona. Además, Raga (2013) señala que los problemas de comunicación intercultural cobran especial importancia en este campo por dos motivos. Por un lado porque se trata del ámbito sanitario más determinado culturalmente²¹ (junto al de psiquiatría), y por otro porque, como señala

²⁰ Estos incluyen: el tipo de servicio que ofrecen, un espacio de trabajo con un alto contenido emocional, la necesidad de trabajar en equipo de forma interdisciplinar e interdependiente, los altos niveles de especialización, el tipo de decisiones que se toman (muchas de ellas con urgencia de tiempo o con factores de riesgo vital implicados) y el tipo de relaciones significativas que se establecen.

²¹ Otros autores como, por ejemplo, Penn *et al.*, 1995 coinciden en este punto.

Fabre (2010), la especialidad más visitada por la población extranjera en España es la de obstetricia y ginecología, y los problemas relacionados con este ámbito son la principal causa de hospitalización de este colectivo. Finalmente, como hemos constatado, existen varios documentos que reconocen la necesidad de atender la multiculturalidad dentro de esta rama de los SS y ofrecer atención específica según las diferentes necesidades de las mujeres para que no se vean discriminadas en su acceso a dichos servicios por su cultura, idioma, distinta capacidad, creencias o experiencias previas.

En cualquier caso, dejando de lado lo establecido en la legislación, es importante apuntar que, como resaltan los autores citados anteriormente, la adaptación de la atención sanitaria a las necesidades lingüísticas y culturales de los usuarios extranjeros no solo beneficia a estos, sino que también favorece al conjunto del sistema sanitario.

2.2. Soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero

En el apartado anterior nos hemos centrado en recoger las disposiciones incluidas en distintos textos legales y las opiniones incluidas en la bibliografía existente para poner en la palestra la necesidad de atender la diversidad lingüística y cultural en la atención sanitaria a usuarios de origen extranjero. El presente apartado pretende ofrecer una visión de las soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero. Para ello haremos una revisión de cómo se ha atendido esta cuestión en el ámbito nacional e internacional. A partir de las experiencias del contexto en Bélgica, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Australia y Suecia trataremos de hacer una serie de reflexiones que pretenden contribuir al fortalecimiento de la ISP, MI o MILICS en el ámbito sanitario en nuestro país.

2.2.1. Soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero: ámbito nacional

En España, varias comunidades autónomas vienen desarrollando programas y servicios orientados a la satisfacción de las necesidades derivadas de la atención a los usuarios extranjeros (Aneas *et al.*, 2009). Así, a medida que la presencia de las personas extranjeras ha pasado de ser una anécdota a un hecho común, las diversas administraciones han ido desarrollando políticas y planes de acción para atender a este sector de la población (Zapata, 2004). Cataluña es una de las comunidades autónomas que cuenta con mayor experiencia ya que a finales de los años ochenta inició un conjunto de acciones en los departamentos de Educación, Sanidad y Bienestar Social. Otras comunidades en las que la ISP goza de cierto desarrollo, especialmente en el ámbito académico e investigador, son Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana. La Comunidad Autónoma de Castilla-León (Baigorri *et al.*, 2006) y el norte de España (González, 2006) también han comenzado a sistematizar algunas acciones y programas orientados a la atención de usuarios extranjeros.

A continuación comentamos algunas de las iniciativas que se han llevado a cabo para facilitar la comunicación del personal sanitario con los usuarios extranjeros en algunas de las comunidades citadas anteriormente. Antes de entrar a comentarlas creemos conveniente aclarar que, debido a la dinámica de la realidad profesional, los datos pueden no estar actualizados. En este sentido, es preciso señalar que el objeto del presente trabajo no es servir de directorio de las iniciativas y servicios existentes en la actualidad. Por ello, aunque por diversas razones pudiese darse el caso de que alguna de las iniciativas indicadas no sigan en vigor, consideramos oportuno incluirlas con el fin de ofrecer una panorámica de cómo se ha atendido la cuestión de la atención sanitaria a la población extranjera. Además, consideramos conveniente señalar que el hecho de que alguna de estas iniciativas ya no esté funcionando responde fundamentalmente a cuestiones económicas y no al hecho de haber superado ya la necesidad de seguir ofreciendo una atención sanitaria al usuario de origen extranjero que preste atención a la cuestión lingüística y cultural.

2.2.1.1. Andalucía

En Andalucía la Administración, a través de la Consejería de Salud y su II Plan Andaluz de Salud (1999-2002), se firmó un convenio²² de colaboración con distintas ONG y asociaciones sindicales, que incluía servicios de traducción e interpretación. Este convenio nació con el objetivo de garantizar una atención sanitaria a la población inmigrante en pie de igualdad con el resto de los andaluces y contó con la Fundación Progreso y Salud²³ para la coordinación de servicios de traducción de documentos y la canalización hacia las ONG de las solicitudes de interpretación de distintos centros sanitarios andaluces (Martin, 2006). Entre sus labores destaca la elaboración de material escrito en distintos idiomas (como listados de terminología anatómica y relacionada con la organización de servicios sanitarios, y relaciones de preguntas rutinarias típicas de la entrevista entre el profesional de la salud y el paciente) y la traducción de los impresos de consentimiento informado al alemán, árabe, francés, inglés, rumano y ruso. En cuanto a las interpretaciones, estas son realizadas por voluntarios pertenecientes a ONG o asociaciones adscritas al Convenio contactados a través del coordinador designado para ello por el centro médico.

Martin (2006: 133-134) señala que el sistema configurado por este Convenio presenta algunas carencias que resume del siguiente modo:

- La cobertura de la Comunidad Andaluza es muy desigual (mayor servicio en los centros sanitarios de las capitales de provincia que en los del interior).
- Muchos centros sanitarios recurren con frecuencia a diversas soluciones *ad hoc*.
- Las soluciones lingüísticas que se aportan en el marco de este Convenio solo cubren las visitas médicas programadas. En consecuencia, en las urgencias o consultas no concertadas se recurre de nuevo a soluciones *ad hoc*.
- Los servicios de interpretación previstos no son profesionales sino que se caracterizan por la provisión de servicios sin control del perfil e idoneidad de los intérpretes, sin estipulación clara de sus funciones o competencias, salvo una determinada combinación

²² El Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes fue suscrito inicialmente por Andalucía Acoge, Médicos del Mundo y Cruz Roja, aunque más adelante se sumaron otras organizaciones, como los sindicatos UGT y CC.OO.

²³ Entidad sin ánimo de lucro está adscrita a la Consejería de Salud y persigue el objetivo de garantizar el acceso a la sanidad andaluza de los inmigrantes. Web en: <<http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

lingüística, y sin mecanismos de control de calidad u orientación sobre la ética del trabajo.

Fuera del Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes, en el sector sanitario andaluz suele recurrirse a soluciones *ad hoc* variadas y en algunos casos pintorescas (Abril, 2006: 37). Morera (2000) realizó un estudio sobre las soluciones adoptadas en los principales centros hospitalarios de Granada en relación con la atención sanitaria a usuarios extranjeros. El estudio de Morera pone de manifiesto que la solución más recurrente parte de los propios usuarios ya que, en la mayoría de los casos, los inmigrantes suelen acudir al hospital acompañados de familiares y amigos que hablan algo de español. Otra solución común se refiere al recurso a personas bilingües principalmente personal sanitario y personal de consulados y embajadas²⁴. En ocasiones se recurre a la Facultad de Traducción e Interpretación, al Centro de Lenguas Modernas de la Universidad, a asociaciones de inmigrantes (especialmente magrebíes) e incluso al personal del hotel donde se aloja el paciente, de manera que el personal de recepción realiza la interpretación por teléfono.

Los hospitales San Cecilio y Virgen de las Nieves disponen de formularios redactados en inglés y francés para consignar los datos personales y del seguro para la admisión del paciente. Por último, en algunos centros se recurre a la utilización de gestos, señas y dibujos para llevar a cabo la comunicación.

En el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, los servicios de hospitalización de maternidad cuentan con la colaboración esporádica de estudiantes de la Facultad de Traducción e Interpretación de Granada. Estos voluntarios reciben algunas indicaciones sobre cuestiones éticas y orientación sobre cómo actuar ante temas sensibles.

En 2008 se abrió en el antiguo hospital de la Cruz Roja de Algeciras un Servicio de Atención Sanitaria a Inmigrantes, en el que también se ofrece mediación intercultural (Navaza, 2009).

En la provincia de Málaga las soluciones adoptadas han partido de la iniciativa de voluntarios (Abril, 2006: 138) hasta el punto de que la interpretación voluntaria prácticamente se ha institucionalizado en los centros sanitarios de la Costa del Sol, hecho que no favorece la profesionalización de la ISP (Abril, 2006: 140). La mayoría de los voluntarios de estos servicios pertenecen a la comunidad de residentes extranjeros

²⁴ Encargados de realizar los trámites necesarios para la atención y la repatriación del enfermo.

(en su mayoría europeos) y son principalmente jubilados con un nivel cultural alto. El primero de estos servicios de intérpretes voluntarios surgió en 1984-85 por iniciativa de un médico holandés. Se inició en el Hospital Carlos Haya de Málaga y se amplió posteriormente al Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y a los de Vélez Málaga y Marbella (Martin, 2000: 211). De forma similar surgió el servicio de intérpretes voluntarios del Hospital Costa del Sol de Marbella. También se han ido creando servicios similares en centros de salud de distintos puntos de la Costa del Sol, como el Centro de Salud de Arroyo de la Miel (Martin, 2000: 211) y el de Nerja o el Dispensario de los Boliches. La autora señala que algunos de estos servicios funcionan con bastante eficacia, y se han consolidado hasta el punto de constituirse una asociación de intérpretes voluntarios. Entre los puntos fuertes de estos servicios destaca que prestan una cierta atención a las necesidades de formación y orientación general de los voluntarios, aunque dejan de lado la formación en técnicas de interpretación. Además, al menos el Hospital Costa del Sol, el Clínico de Málaga y el Centro de Salud de Nerja disponen de un folleto con algunas indicaciones sobre cuestiones de ética, imparcialidad y confidencialidad que entregan a sus intérpretes antes de incorporarlos al servicio (Martin, 2000: 211).

Aunque en principio la oferta de idiomas de estos servicios se limitaba a los propios de las comunidades de extranjeros comunitarios asentadas, la mayoría de los centros han buscado soluciones para cubrir servicios en otras lenguas de demanda creciente, especialmente el árabe. Citamos como ejemplo el área Materno Infantil del Hospital Carlos Haya, que ha contratado a una mediadora cultural árabe que prestaba servicios como voluntaria ante la creciente proporción de pacientes pediátricos procedentes del norte de Marruecos y de habla cherja²⁵. Asimismo, la Consejería de Salud financió la publicación de un manual de conversación en cherja para facilitar la comunicación del personal sanitario con los usuarios de origen magrebí fuera del horario laboral de la mediadora. Además se ha puesto en marcha un sistema de información sociosanitaria financiado por la UE que cubre alemán, árabe, cherja, francés e inglés, y que pretende ser ampliado en un futuro próximo a chino y ruso. El sistema comprende las siguientes iniciativas (Hospital Regional Universitario Carlos Haya, 2005):

²⁵ El chelja o cherja es una modalidad del bereber. Las lenguas bereberes (*Tamazight* o *Tamaziyt*) constituyen una rama de la macrofamilia de lenguas afroasiáticas, habladas por los grupos bereberes en el norte de África.

- La existencia de ventanillas europeas de información sanitaria, atendidas por dos traductores-intérpretes formados en atención a pacientes y familiares, y que proporcionan información en alemán, árabe, cherja, francés e inglés.
- Puesta en marcha de un servicio de telefonía interna para resolver necesidades puntuales de comunicación, gracias al cual los trabajadores del centro pueden ponerse en contacto con los traductores-intérpretes de las ventanillas europeas de información sanitaria.
- Puesta en marcha de un servicio de telefonía o *call centre* destinado a proporcionar cobertura asistencial en los mismos cinco idiomas, de 8 a 22 horas, de lunes a domingo. Instalación de varios medios electrónicos –pantallas de plasma, quioscos electrónicos y un portal web–, que proporciona información sobre los servicios sanitarios y educación para la salud en alemán, árabe, francés e inglés.

En cuanto a la interpretación telefónica, el Servicio Andaluz de Salud puso en marcha en 2009 un servicio de interpretación telefónica con una oferta de 51 lenguas (Luque, 2009). Los profesionales de los SS pueden solicitarlo a través de la plataforma Salud Responde, puesta en marcha para gestionar la atención sanitaria en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. La empresa concesionaria del servicio es Dualia²⁶.

En el ámbito académico destaca el Grupo de investigación GRETI²⁷ de la Universidad de Granada, financiado por la Junta de Andalucía. GRETI nace en el año 2001 con la intención de potenciar los Estudios de Interpretación en nuestro país. Sus principales líneas de investigación son: la ISP, nuevas tecnologías en la formación de intérpretes, interpretación de congresos especializados y la interpretación de lengua de signos. Este grupo ha realizado numerosas publicaciones y varios proyectos de investigación. Destaca la publicación de la revista anual *Puentes*²⁸ que desde 2002 alterna un número con los trabajos de investigación más significativos en Traducción y/o Interpretación, con otro número monográfico dedicado a aquellos temas o ámbitos más relevantes de la actualidad.

La Universidad de Granada ofertaba un curso de doctorado en Interpretación en los Servicios Públicos en el marco del Programa de Doctorado “Traducción, Sociedad y

²⁶ Web en <<http://www.dualia.es/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

²⁷ Web en <<http://www.ugr.es/~greti/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

²⁸ Véase un sumario de las publicaciones de Puentes en <<http://wdb.ugr.es/~greti/revista-puentes/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

Comunicación” entre 1999 y 2006 que ha dado lugar a varios trabajos de investigación sobre ISP por parte de estudiantes de doctorado, en total seis tesis doctorales leídas sobre este tema y dos en curso.

2.2.1.2. Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid, como en el resto de país, en el ámbito sanitario tanto profesionales como pacientes recurren de forma habitual a una combinación de medidas *ad hoc* para superar la barrera lingüística, y en menor medida a intérpretes, muy a menudo proporcionados por ONG que tienen su principal área de acción en esta Comunidad, como SETI²⁹ de COMRADE (Abril, 2006: 142). En general podríamos decir que la situación es muy similar a la que describía Morera (2000) sobre las soluciones a la atención sanitaria a usuarios extranjeros en Granada ya que, como ocurría allí, en la Comunidad de Madrid la solución más recurrente también parte de los propios usuarios inmigrantes que suelen acudir a los centros sanitarios acompañados por familiares y amigos. Barroso (2003: 210) comenta que en el caso de los pacientes que no hablan español y acuden solos a las consultas, la solución más frecuente es que el personal médico y sanitario intente la comunicación en inglés o francés o llame a consulados y embajadas para solicitar intérpretes. Igualmente apunta que en algunas ocasiones se recurre a la ONG Medicus Mundi como última solución. Valero (2003a) añade otras soluciones recurrentes como son la utilización de un español simplificado, acompañado de gestos y lenguaje no verbal, o bien la intervención de algún intermediario aportado por el propio paciente, normalmente familiares, incluidos niños. Valero (2003a: 182) sostiene que en la atención sanitaria a usuarios inmigrantes el recurso a las ONG con servicios de traducción e interpretación –especialmente SETI y la Asociación de Trabajadores e Inmigrantes Marroquíes en España (ATIME) – es frecuente. A estas tendencias se suma la falta de sensibilidad de la Administración hacia

²⁹ El Servicio de Traducción e Interpretación (SETI) fue creado en 1991 en el seno de COMRADE (Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en España), y está subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. SETI ofrece traducción e interpretación gratuita a COMRADE, otras ONG, instituciones oficiales como el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) y a servicios sociales y sanitarios. El servicio cuenta con más de 45 colaboradores y cubre más de 35 idiomas. La mayoría de sus colaboradores tiene estudios superiores, aunque no en traducción e interpretación, por lo que el mismo SETI les proporciona una formación básica en técnicas (Mulanga, 2003). Web en <http://www.comrade.es/comrade/Que_hacemos/Entradas/2012/7/8_S.E.T.I_Servicio_de_traductores_e_intepretes.html> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

el usuario extranjero al que, en su *Manual de Orientación Sociosanitaria para los Inmigrantes de la Comunidad de Madrid* editado por la Consejería de Sanidad y Consumo (Álava *et al.*, 2005: 22), aconseja hacerse acompañar de algún familiar o amigo que hable bien español, o bien pidan al centro de salud que solicite un intérprete, del servicio SETI de COMRADE; o de OFRIM (Oficina Regional para la Inmigración de Madrid)³⁰, delegando en otros un problema que esta debería resolver. Además es importante resaltar que a pesar de la buena voluntad de los intérpretes aportados por estos servicios por resolver los problemas de comunicación entre personal sanitario y usuarios inmigrantes, no hay que olvidar que se trata de intérpretes voluntarios, y en muchos casos sin formación³¹. Esta falta de formación es reconocida por los propios intérpretes voluntarios. La mayoría de los profesionales de los servicios sanitarios se muestran insatisfechos ante las soluciones adoptadas (75% de los encuestados), algo que Valero (2003a) atribuye a la falta de formación y profesionalidad de los intérpretes *ad hoc*. No obstante, la autora resalta como aspecto positivo el hecho de que los profesionales consultados muestren preocupación por la barrera lingüística en la atención sanitaria y reclamen soluciones procedentes de la propia Administración y no del usuario o paciente (Valero, 2003a). De hecho, cada vez más profesionales citan la traducción e interpretación proporcionada por la Administración entre las soluciones con las que desearían contar (Valero, 2003a).

En 1997 el Ayuntamiento de Madrid en colaboración con la EMSI creó el Servicio de Mediación Social Intercultural del Ayuntamiento de Madrid (SEMSI), que fue disuelto en enero de 2009 por decisión municipal. Este servicio nació con el objetivo de favorecer la integración social de la población inmigrante extranjera residente en el Municipio de Madrid mediante la mediación intercultural. Sus líneas de actuación giraron en torno a la mejora y facilitación del acceso a SSPP a los usuarios de origen extranjero, el apoyo a los profesionales de los mismos y la participación social y ciudadana. Llegó a estar operativo en 21 distritos de la capital y contar con un equipo formado por casi 100 mediadores de 16 nacionalidades (Marruecos, Argelia, Sudán,

³⁰ OFRIM depende de la Consejería de Asuntos Sociales y está gestionada por Cruz Roja, dispone de intérpretes voluntarios a través de su Proyecto de Apoyo con Intérpretes o PACI.

³¹ Así lo demuestra el estudio realizado por Valero en 2002 entre 46 personas que trabajaban o habían trabajado en labores de traducción y/o interpretación en la Comunidad de Madrid. Los resultados mostraban que el 75% de los encuestados trabajaba o había trabajado por vinculación con alguna ONG. El 70% de ellos no tenía formación en traducción e interpretación, y del 30% restante, 2% había cursado estudios superiores en su país y el resto había realizado talleres o seminarios de la Escuela de Traductores de Toledo o de mediación intercultural en la escuela de mediadores EMSI (Valero, 2004).

Senegal, Camerún, Angola, Ruanda, Chile, Ecuador, Colombia, Perú, Cuba, China, Bulgaria, Portugal y España) y por un equipo técnico.

En términos generales, la Comunidad de Madrid es un ejemplo más de la situación general de la ISP en el ámbito sanitario, donde las soluciones lingüísticas aportadas combinan todas las posibilidades *ad hoc* y se apoyan fuertemente en el voluntariado. Abril (2006: 144) insiste en el peligro que supone este patrón de provisión de servicios para la profesionalización de la ISP, desde el punto de vista de la exigencia y control de calidad y sostiene que a pesar de los avances, la atención a la figura del intérprete en sí misma, la exigencia de formación y titulación, la organización de dicha formación, y los controles de calidad son prácticamente inexistentes, hasta el punto de que algunas de estas soluciones parecen tender más bien a la institucionalización de la interpretación *ad hoc*, aunque esto parezca una contradicción en sus propios términos (Abril, 2006: 134). No obstante, también encontramos ejemplos en los que la ISP presenta cierto reconocimiento en el ámbito sanitario. En la Comunidad de Madrid sí existen algunos centros hospitalarios que prestan atención a la MI³²:

El Hospital Ramón y Cajal incluye la Traducción e interpretación entre los servicios ofrecidos por el Servicio de Atención al Paciente (SAP). Esta puede ofrecerse en tres modalidades³³:

- Grupo de informadores -chaquetas verdes- con titulación en inglés, francés e italiano.
- Traducción Simultánea con Equipo Telefónico.
- Colaboración en la Traducción e Interpretación con Grupo de Mediadores interculturales.

Este hospital fue el primero en contar con un servicio de mediación intercultural e interlingüística presencial con mediadores profesionales y especializados en el ámbito sanitario. Gracias a su colaboración con Salud Entre Culturas³⁴, se inició en 2006 el

³² Volvemos a resaltar la problemática de la posible no actualización de los datos apuntados.

³³ Esta información forma parte del apartado de información general de la Guía del paciente publicada por el Hospital Universitario Ramón y Cajal, disponible en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142402517474&language=es&pagename=HospitalRamonCaja1%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

³⁴ Salud Entre Culturas es un equipo multidisciplinar que desarrolla proyectos en el ámbito de la promoción de la salud con población autóctona e inmigrante en todo el territorio español. Web en <<http://www.saludentreculturas.es/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

proyecto Gestión de la Diversidad Cultural en el Ámbito Sanitario³⁵. Es un programa de interpretación lingüística y mediación cultural dirigido a profesionales de la salud y población de habla no castellana cuyos objetivos incluyen: ofrecer un servicio de calidad, de relevancia cultural y lingüística que cree un impacto positivo en la sociedad; capacitar a un grupo de inmigrantes y a los profesionales de la salud en competencia cultural y gestión de la diversidad cultural; informar a inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid sobre el funcionamiento del sistema sanitario español; y formar a estudiantes en competencias de traducción e interpretación en los servicios públicos. El proyecto consta de cuatro actividades principales:

1. Interpretación y mediación en los centros sanitarios y hospitales de la Comunidad de Madrid para mejorar la comunicación entre pacientes y personal sanitario de distintas culturas.
2. Coordinación, seguimiento y evaluación.
3. Cursos sobre gestión de la diversidad cultural para profesionales de la salud, con información sobre las patologías más relevantes, el sistema sanitario español en comparación con los sistemas sanitarios de los países más representados, así como, la mediación, con ejercicios prácticos y herramientas que se pueden utilizar para superar las barreras culturales y lingüísticas.
4. Funcionamiento del sistema sanitario a través de charlas lingüística y culturalmente adaptadas a cada grupo. Estos talleres permiten el acercamiento de la población inmigrante con nuestro sistema sanitario en términos de tratamiento, diagnóstico y prevención de enfermedades.

El servicio de interpretación y mediación es gratuito, lo pueden solicitar el paciente, la entidad con la que viene el paciente o el PS. Ha de solicitarse cita previa con una antelación mínima de 24 horas. Este hospital también ha llevado a cabo desde 2007, un programa educativo lingüística y culturalmente adaptado a inmigrantes residentes en España denominado "Nuevos Ciudadanos, Nuevos Pacientes" dependiente del equipo multidisciplinar Salud Entre Culturas. Sus actividades se han extendido posteriormente a otras Comunidades Autónomas. Cuenta con la colaboración de profesionales sanitarios, mediadores interculturales, ONG y asociaciones de inmigrantes. Además, cuenta con la colaboración tanto del Ministerio de Sanidad y Política Social, como de

³⁵ Para más información sobre este proyecto véase <<http://www.saludentreculturas.es/mediacion/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

entidades privadas. El programa nace como respuesta a las necesidades en materia de salud de los inmigrantes, con el objetivo de informarles sobre las principales enfermedades infecciosas transmisibles. Además, se abordan otros temas de relevancia sanitaria como son la salud materno-infantil, la SSyR, la alimentación y la nutrición. El programa no va dirigido únicamente a población inmigrante, sino también a la formación de profesionales y voluntarios y voluntarias de ONG. Los cuatro objetivos del programa se resumen en:

1. Proporcionar información a la población inmigrante.
2. Educar a dicha población en la adopción de prácticas preventivas frente a la contracción de enfermedades infecciosas.
3. Formar al personal voluntario y profesional de las ONG para lograr una comunicación efectiva que consiga transmitir a la población inmigrante información de índole sanitaria.
4. Crear material didáctico, lingüística y culturalmente adaptado a la población diana y al servicio de profesionales y voluntarios y voluntarias de ONG colaboradoras.

El programa está conformado por seis proyectos. Dentro del marco del proyecto Salud Materno-Infantil y SSyR, destacan las charlas que se realizan desde 2009 sobre Salud Materno-Infantil, en las que se profundiza y se debate acerca de temas como el embarazo, el parto, el puerperio y la atención al recién nacido.

La Unidad de Medicina Tropical del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid, introdujo en 2006 profesionales de la interpretación/mediación en su equipo. Dicho hospital organizó en 2008 un curso de mediación intercultural en el ámbito sociosanitario dirigido fundamentalmente a hablantes de lenguas africanas. Las prácticas de este curso se realizaron tanto en la consulta médica como en programas de promoción de la salud dirigidos a inmigrantes. Los mediadores interculturales también llevan a cabo otras actividades, como la organización de charlas informativas sobre cómo trabajar con el intérprete/mediador o sobre aspectos socioculturales de los inmigrantes que más frecuentan la institución, con el objetivo de ayudar al personal sanitario a entender los códigos de referencia de sus pacientes.

Actualmente se está desarrollando el proyecto de investigación, aprobado por la Universidad de Alcalá de Henares, “la mediación intercultural en atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa ínter-lingüística y

propuesta de formación”, a cargo de la investigadora colaboradora D^a Ena Barroso Pérez.

En cuanto a la interpretación telefónica, las urgencias de los hospitales y el SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) de la Comunidad de Madrid contratan los servicios de la empresa de interpretación telefónica Dualia³⁶, que proporciona servicios en 51 lenguas. Esta empresa también proporciona servicios a diferentes instituciones de diversas CCAA. La aplicación multilingüe *Universal Doctor*³⁷ se utiliza en el área 10 de atención primaria de Madrid, que engloba más de 20 centros de atención primaria; y en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid (Navaza, 2009: 12).

En la Comunidad de Madrid merece una mención especial el Grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (FITISPos)³⁸ de la Universidad de Alcalá de Henares, coordinado por Carmen Valero. El Grupo FITISPos se proyecta a nivel nacional a través de la Red COMUNICA³⁹, constituida en 2005 como Observatorio permanente sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. A nivel internacional, el Grupo FITISPos-UAH forma parte de dos redes europeas⁴⁰: la Red EMT y la Red ENSIT.

Los objetivos de FITISPos son fundamentalmente la formación, investigación y práctica en ISP y se encuentran unidos de forma integral y complementaria. En cuanto a la formación, dispone de un programa reconocido como Título Propio de la Universidad de Alcalá, que se viene impartiendo desde el año 2000; y un Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos; ambos ofrecidos en varios pares de idiomas⁴¹.

³⁶ Web en <<http://www.dualia.es/index.php?main=empresa>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

³⁷ Se trata de una aplicación web de traducción médica adaptada a los profesionales e instituciones de salud para comunicarse de manera efectiva con pacientes extranjeros que hablan diferentes lenguas. Está constituida por una base de datos con traducciones y audios médicos en más de 30 idiomas. Ofrece más de 5000 frases médicas, explicaciones, preguntas y respuestas. Más información en su web: <http://www.universaldocor.com/sect/es_ES/9002/Productos.html> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

³⁸ Web en <http://www2.uah.es/traduccion/grupo_fitispos.html> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

³⁹ Web en <<http://red-comunica.blogspot.com.es/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁴⁰ La Red EMT (Másteres Europeos de Traducción) consiste en una iniciativa de la Dirección General de Traducción de la Unión Europea para agrupar los distintos másteres que se ofertan en Europa sobre traducción e interpretación, con el objetivo de unificar criterios docentes para la formación de futuros traductores e intérpretes. La Red ENSI está compuesta de instituciones públicas y privadas que prestan servicios de traducción e interpretación para los servicios públicos.

⁴¹ Los pares de idiomas en que se ofrece el programa conducente al Título Propio son: Árabe-Español, Polaco-Español, Rumano-Español, Ruso-Español, Chino-Español y otras lenguas minoritarias. Los pares

En cuanto a la investigación, los objetivos principales son: analizar la calidad de la comunicación en los Servicios Públicos, estudiar y contribuir al diseño de sociedades multiculturales, y desarrollar e intercambiar materiales para la formación. FITISPos ha publicado muchos trabajos, tanto monográficos como artículos en libros y revistas especializadas. Destaca la publicación de la revista científica FITISPos International Journal⁴². Dentro de la actividad investigadora llevada a cabo en el ámbito sanitario destacan los trabajos de Lázaro y Vitalaru (2011)⁴³, Lázaro (2012)⁴⁴.

Además, el Grupo FITISPos-UAH ha implantado un servicio de traducción e interpretación formado por antiguos alumnos y colaboradores, que lleva funcionando desde el año 2005. El servicio recibe encargos de la propia Universidad de Alcalá y también de otras universidades o instituciones públicas como ayuntamientos, diputaciones provinciales, áreas de salud, etc. Entre los encargos más demandados se encuentran la traducción de folletos informativos, formularios, guías, etc., además de las guías elaboradas por el propio grupo. Destacamos la *Guía multilingüe de atención a mujeres embarazadas (español-árabe-búlgaro-francés-inglés-polaco-rumano-ruso)* coordinada por Valero (2006).

2.2.1.3. Cataluña

Abril (2006: 141) sitúa a Cataluña como comunidad pionera en el desarrollo de la mediación intercultural y Vázquez añade que es la comunidad que parece haber avanzado más en la clarificación conceptual y organizativa de los programas y servicios (Vázquez *et al.*, 2007). En general se ha tomado conciencia de las barreras lingüísticas que dificultan, cuando no imposibilitan, la comunicación médico-paciente extranjero. Consecuencia de esto es el desarrollo de los últimos programas y servicios que se están aplicando y que comprenden tanto la delimitación de los perfiles profesionales como sus respectivos planes de formación (Casanovas *et al.*, 2011: 587). Destacan también la elaboración de los estudios realizados por Cots *et al.* (2006), Serra-Sutton *et al.* (2004) y

de idiomas en que se ofrece el Máster son: Alemán-Español, Árabe-Español, Búlgaro-Español, Francés-Español, Inglés-Español, Polaco-Español, Portugués-Español, Rumano-Español y Ruso-Español.

⁴² Disponible en <http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.2/index.php/fitispos> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁴³ *Formación y Práctica en Traducción e Interpretación sanitaria*, publicado por la Universidad de Alcalá.

⁴⁴ *La interpretación en el ámbito sanitario*.

Vázquez *et al.* (2007) sobre las diversas políticas y experiencias de investigación en el ámbito de la salud e inmigración tanto en un contexto nacional como internacional. Así como los estudios sobre las detecciones de necesidades realizadas con la población inmigrada usuaria (Vázquez *et al.*, 2007) y los profesionales del sistema (García, 2006), que han aportado importantes orientaciones para el Plan Director de Inmigración en el ámbito de la salud (PDI) (Casanovas *et al.*, 2011: 587).

El PDI nació en 2005 con el objeto de mejorar el acceso y la atención sanitaria de la población inmigrante⁴⁵. Se centra en tres ejes: un plan de acogida (para mejorar, coordinar y optimizar la información y el acceso de la población inmigrada a la salud y a los servicios), un plan de mediación y uno de formación. Entre las actividades llevadas a cabo en el marco del plan de acogida destacan, como instrumento para mejorar la información y el acceso a la salud y a sus servicios, la creación de una página web multilingüe⁴⁶ que contiene información de carácter general sobre el funcionamiento y acceso a diversos servicios; y la publicación materiales audiovisuales y escritos en 9 idiomas (catalán, castellano, inglés, francés, ruso, rumano, árabe, urdu y chino), que pretenden mejorar la información a los inmigrantes y facilitarles la explicación del funcionamiento del sistema de salud catalán; y trípticos sobre diferente enfermedades. Toda la información se encuentra publicada en el portal CanalSalut⁴⁷.

El PDI del Departamento de Salud promueve, en su Plan de mediación, la contratación de mediadores en el sistema sanitario (Pla de ciutadania i immigració 2010: 65). En él se establecen los criterios para disponer de una oferta flexible y variada de servicios de mediación en los Servicios de Salud; y se definen las figuras, los perfiles y las competencias de los mediadores en el SS como se muestra en el siguiente cuadro:

⁴⁵ Aunque no se implantó hasta 2008.

⁴⁶ Disponible en <<http://www10.gencat.cat/WebAcollida/AppJava/ca/Main/Home.jsp>>. [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁴⁷ Disponible en <http://canalsalut.gencat.cat/ca#div_02>. [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

PERFILES	COMPETENCIAS
TRADUCTOR/A	Traducir literalmente expresiones orales o escritas
MEDIADOR/A INTERCULTURAL	Facilitar la comunicación entre profesionales y usuarios y asesorar, promover el acceso a los SS
AGENTE DE SALUD	Informador/a, movilizador/a comunitario/a, detector/a de necesidades, promotor/a de actividades sanitarias
PROFESIONAL DE ORIGEN EXTRANJERO	Facilitar la comunicación entre profesionales y usuarios, promover el acceso a los servicios y una atención en igualdad de condiciones

Tabla 3. Perfiles y competencias de las figuras que pueden ejercer de facilitador de la comunicación entre usuarios extranjeros y personal de los SS. Fuente: Pla de ciutadania i immigració 2010.

En cuanto al Plan de formación en atención a la población inmigrada, fue pactado y diseñado conjuntamente en 2003 por el ICS, el CatSalut y el Departamento de Salud a través del PDI con el objetivo de adecuar la transmisión de información y mejorar la actuación asistencial dirigida a las personas inmigradas.

Otra experiencia importante parte del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona que, para superar los problemas de comunicación en la consulta, fundó en 2002 el Servicio de Psiquiatría Transcultural gracias a la colaboración de la Fundació SURT⁴⁸ (Associació de Dones per a la Inserció Laboral), que proporcionó al hospital un grupo de mediadoras interculturales en prácticas. Este proyecto atrajo el interés de la Obra Social “la Caixa” y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que, a finales de 2007, firmaron un convenio de colaboración con un doble objetivo: mejorar el acceso de la población inmigrante a los servicios de salud, y formar y consolidar la red de mediadores interculturales en salud (objetivos marcados por el PDI en el ámbito de la salud). Nació así el Programa de mediación intercultural. Gracias a este proyecto se han

⁴⁸ Web en <<http://www.surt.org/portada.html>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

La Fundación SURT mantiene un servicio de mediación intercultural, entre las acciones que está llevando a cabo destacan el Servei de Mediació Intercultural sociosanitaria del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida y los CAP del Baix Llobregat financiados por el Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; y el Programa Diversitat i Joves Programa de Suport a la Salut Sexual i reproductiva de joves immigrades, financiado por el Departament de Salut.

contabilizado más de 28.000 actuaciones de mediación individual, que van desde la información a los usuarios y la interpretación lingüística y cultural, hasta la elaboración de materiales y documentos, como los trámites administrativos. El número total de centros que se han beneficiado en algún momento de las mediaciones efectuadas por los mediadores de este programa, durante el período 2008-2009, es de 133. Además, La Fundación "la Caixa" y el Departamento de Salud proporcionan formación⁴⁹ a los mediadores a través de su PDI del Institut d'Estudis de la Salut (IES)⁵⁰ y del Institut Català de la Salut (ICS), y estos consolidan sus conocimientos, con una formación continuada y *coaching* de una duración de dos años⁵¹. Tras aprobar el curso se expide el certificado oficial del Instituto de Estudios de la Salud, que acredita a estos profesionales para ejercer su trabajo en todo tipo de centros sanitarios.

Destaca, asimismo, el proyecto de mediación sanitaria puesto en marcha por la Universidad de Barcelona y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (Postgrado de Resolución de Conflictos y Mediación Sanitaria), en cuyo marco formativo se llevaron a cabo prácticas en centros sanitarios. Este proyecto ha llevado a cabo dos acciones fundamentales: la formación de profesionales de la salud en mediación y la apertura de las Unidades de Mediación en Salud (UMS). Las UMS están conformadas por un equipo de mediadores designados por la dirección del Proyecto Salud y funcionan integradas en las organizaciones de salud. Actualmente el Observatorio de Mediación de la Universidad de Barcelona (ODM)⁵² dispone de dos UMS en el Hospital Universitari Vall d'Hebron y en el Consorci Sanitari de Tarrasa.

En lo que respecta a la formación, destaca el máster en "Mediació en organitzacions de salut. Consultoria en gestió de conflictes". Desde 2008, este proyecto se gestiona desde el ODM y en colaboración estrecha con el CatSalut y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. De hecho una de las líneas de actuación preferente del ODM

⁴⁹ Programa de formación disponible en https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacio_intercultural_es.pdf. [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁵⁰ La Direcció General de Planificació i Recerca en Salut ha asumido las funciones del Institut d'Estudis de la Salut disuelto a finales de 2013.

⁵¹ La formación continuada incluye, entre otros, los siguientes temas: identidad profesional del mediador intercultural, ética y código deontológico del mediador, transferencia en la comunicación intercultural, interpretación lingüística, comunicación y relación con los profesionales sanitarios y con los iguales, salud maternoinfantil y diversidad cultural, apoyo a la lactancia y en la alimentación a los bebés críticos, desigualdades y situaciones de riesgo en la salud sexual y reproductiva, mediación en grupos vulnerables y salud comunitaria, desigualdades de salud en las patologías más frecuentes.

⁵² Disponible en <http://www.ub.edu/odm/> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

es, precisamente, el “Proyecto Salud” donde se dispone un sistema de intervención para la prevención, gestión y tratamiento de las diferencias, en las organizaciones sanitarias. El Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña colabora de forma activa y comprometida con el ODM, específicamente en este proyecto que incluye la prestación de servicios de mediación dirigidos a las personas y grupos que trabajan y se relacionan, en el sistema sanitario catalán. Dentro del Proyecto destaca la creación en 2009 de la Unidad de Mediación Sanitaria Virtual (MUSSOL)⁵³.

En el ámbito académico merece mención especial la creación en 2009 del grupo de investigación MIRAS⁵⁴ del Departamento de Traducción e Interpretación de la Universidad Autónoma de Barcelona, que se dedica a la investigación y a la formación en mediación e interpretación en el ámbito social. Este grupo incorpora a su estructura profesoras, intérpretes y mediadores profesionales y jóvenes investigadores que realizan su actividad en los ámbitos de la traducción e interpretación de conferencias, la mediación y la interpretación para los servicios públicos, la inmigración, la formación y la comunicación intercultural. En 2014 presentó la primera edición del Postgrado en Interpretación en los servicios públicos en Cataluña⁵⁵.

Entre julio de 2008 y abril de 2010, dentro del marco del proyecto El Libro Blanco de la Mediación en Cataluña, se llevó a cabo un estudio sobre el estado de la cuestión de la MI en el ámbito sanitario con el fin de conocer el nivel de desarrollo de la mediación y/u otros sistemas de resolución de conflictos en el ámbito de la salud y elaborar propuestas de futuro respecto a las necesidades y al uso de la mediación en las organizaciones de salud. Como resultado, se constató que no existe un registro central, ni otros registros, que recojan todas las mediaciones y actividades vinculadas a la mediación realizadas en los hospitales de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) y Centros de Atención Primaria (CAP) de Cataluña. Sólomente hay un registro

⁵³ Esta Unidad de Mediación Sanitaria *On / Off line* es la plataforma del ODM destinada a trabajar en los procesos de gestión del conflicto y las situaciones que se derivan a través del espacio web. Su finalidad y metodología es la misma que la que se sigue en las UMS presenciales. Más información en <http://www.ub.edu/odm/projectes_musool.html> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁵⁴ Web en <<http://grupsderecerca.uab.cat/miras/es>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁵⁵ Se trata de un curso de 30 horas dividido en tres bloques: interpretación sanitaria, judicial y remota; cada uno de ellos de una duración de 10 horas. Información general sobre el curso en <http://pagines.uab.cat/formacio_isp_catalunya/node/53> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

oficial de datos referentes a la mediación intercultural que tiene lugar a través del PDI⁵⁶ del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y datos registrados de las mediaciones interculturales realizadas en los centros sanitarios catalanes por la Asociación Salud y Familia y la Fundación SURT. El estudio concluye que el nivel de institucionalización de la mediación en salud en Cataluña es bajo y básicamente se refiere a mediación intercultural (Casanovas, 2011: 594). Un dato interesante que revela el estudio es que el número promedio de acciones realizadas por cada mediación intercultural es de 4,2, categorizadas como: traducción, información, apoyo al usuario, mediación médica, apoyo a los profesionales, mediación enfermería, mediación preventiva, seguimiento, problema social, mediación religiosa, información y otras derivaciones, por orden de frecuencia.

A continuación incluimos una relación de centros que han llevado a cabo actividades de mediación intercultural⁵⁷:

- El Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona cuenta desde 2008 con un servicio de mediación intercultural.
- El centro de atención primaria Drassanes, en Barcelona, cuenta con un equipo de «agentes de salud comunitarios» que actúan en tres ejes: sociocultural (que incluye funciones de traducción e interpretación), de la salud (en el que los agentes deben explicar conceptos médicos, como el diagnóstico o el tratamiento) y de la comunidad (Navaza *et al.*, 2009).
- El Hospital del Mar cuenta con un servicio de mediación intercultural⁵⁸ gracias a la colaboración de la Asociación Salud y Familia. Su programa “IMAS-Mediadores” contaba con seis mediadoras interculturales que cubrían el árabe y sus dialectos, hindi, punjabi y urdú, chino mandarín, rumano, inglés, francés e italiano. También incluía un mediador social para solucionar conflictos que puedan surgir con la etnia gitana. La presencia de las mediadoras dependía de la demanda existente por comunidades. Todas las mediadoras del servicio han recibido diversa formación, desde cursos de mediación social más general o enfocados a la administración, hasta formación más específica de la mediación

⁵⁶ En cada RS hay una persona responsable del PDI y un registro de los datos que se envían a un registro centralizado que contiene información de las mediaciones interculturales realizadas en toda Cataluña.

⁵⁷ Ya apuntamos al inicio del apartado que algunas de estas iniciativas podrían no estar vigentes en la actualidad como consecuencia de los recortes presupuestarios.

⁵⁸ Información disponible en <http://www.parcdesalutmar.cat/hospitals/hospital-del-mar/seveimediaciocultural.html> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

intercultural en el ámbito sanitario. Dicha instrucción fue impartida por diversas ONG 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 social⁵⁹.

- El Hospital de Mataró (Barcelona) trabaja con mediadores africanos gracias a la colaboración con la asociación Vine amb Mi. También cuenta en su equipo con mediadores conocedores de las culturas magrebíes, del África subsahariana y china (Memoria 2006/2009 del Consorci Sanitari del Maresme: Informe d'actuacions en Responsabilitat Social Corporativa: 5). En principio el servicio de mediadores se implementó en el área materno infantil, pero posteriormente se extendió al resto de áreas. Otros hospitales como el Hospital Granollers y la Associació Cultural Amics de l'Àfrica del Vallès Oriental siguieron esta iniciativa.
- El Hospital Clínic de Barcelona también fundó en el año 2006 un servicio de mediación intercultural en la Casa de Maternitat con la colaboración de la Associació Salut i Família y que, en julio de 2008, se extendió al resto del hospital. En la página web del hospital se explica que el programa cuenta con dos mediadoras, una china y la otra magrebí, se ofrece un servicio especializado en maternidad y materno- neonatal, en las especialidades de obstetricia y neonatología; y en el resto del hospital, se atienden casos de todas las especialidades. No obstante, aunque esta información sigue accesible en la red y aparece también en el trabajo de Bigas (2009), fuentes cercanas al servicio nos han comentado que este, al parecer, no sigue en funcionamiento.
- El Hospital de Santa Creu i Sant Pau tiene un servicio de mediación desde mayo del 2009 creado a raíz de las necesidades expuestas en el Plan Director de Inmigración del Departament de Salut de la Generalitat. El equipo está formado por 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 utilizan estos servicios.

⁵⁹ Queremos volver a llamar la atención sobre la posibilidad de que alguno de los servicios que citamos en este apartado pueda no estar en funcionamiento. Por ejemplo, en el presente caso, aunque actualmente la información que acabamos de citar sigue apareciendo en la página del hospital y aparece también en el trabajo de Navaza (2009), fuentes cercanas al servicio han comentado que este servicio ya no se encuentra en funcionamiento por falta de fondos.

Otra de las iniciativas más importantes llevadas a cabo en la comunidad catalana es la puesta en marcha en 2001 de *Sanitat Respon*. Se trata de un servicio telefónico de atención sanitaria que funciona las 24 horas del día durante todo el año y que cubre 104 idiomas y dialectos. Todo el personal sanitario puede hacer uso de este servicio que funciona a través del establecimiento de llamadas a tres bandas entre personal sanitario, intérprete y usuario. Uno de los puntos más notables del servicio es que se lleva a cabo la grabación de la conversación, de modo que está disponible para posibles consultas posteriores. Este servicio ha tenido buena aceptación, las peticiones más frecuentes procedían de atención primaria y urgencias, y los idiomas más solicitados eran chino, dialecto marroquí y urdu (Ramírez de Castro, 2003: 49). Actualmente este servicio de atención telefónica sanitaria ha pasado a llamarse CatSalut Respon. Para acceder a él hay que llamar al 061, solicitar y dar el nombre del centro y de la persona de contacto. El servicio no tiene coste para el centro, ya que consiste en una llamada a tres y la hace CatSalut Respon. Se ofrece en 57 lenguas.

En resumen, en Cataluña se han llevado a cabo diferentes iniciativas para mejorar y adaptar la atención sanitaria a una población culturalmente diversa. Muchos de los servicios creados han partido de la iniciativa conjunta de los propios centros sanitarios y diferentes ONG. La Administración se ha implicado también en el proceso y ha puesto en marcha proyectos como CatSalut Respon, el Programa de mediación intercultural, las UMS, la Unidad de Mediación Sanitaria Virtual (MUSSOL); e instituciones como el Observatorio de Mediación de la Universidad de Barcelona. Igualmente, se han llevado a cabo numerosos proyectos de evaluación de las iniciativas que se han ido citando a lo largo del apartado. En general, se ha llevado a cabo una adaptación de los recursos de mediación a las necesidades territoriales, con un incremento del número de mediadores interculturales en centros sanitarios. Sin embargo, hay que señalar que el desarrollo de los servicios ha sido muy heterogéneo y diverso en relación con el tiempo de implantación, la distribución geográfica, los modelos de mediación, los perfiles de los mediadores, los colectivos atendidos y las organizaciones que los han desarrollado. Además es preciso resaltar que la crisis ha hecho mella en algunas de las iniciativas que se estaban llevando a cabo que han visto muy reducido o desaparecido su presupuesto. Por esta razón puede ocurrir, como en algunos casos que ya se han señalado, que muchas de las iniciativas comentadas ya no estén funcionando en la actualidad.

2.2.1.4. Comunidad Valenciana⁶⁰

En la Comunidad Valenciana⁶¹ el desarrollo de la MI viene impulsado por diversas regulaciones legales. La Ley 15/2008 de 5 de diciembre, de la Generalitat, de Integración de las Personas Inmigrantes en la CV en sus artículos 13 y 14, define el objeto de la mediación intercultural, y establece que la administración autonómica debe promover instrumentos de mediación intercultural y favorecer la formación especializada de los/las mediadores/as interculturales; el Estatuto de Autonomía, en su artículo 10.3 establece la atención social de los inmigrantes con residencia en la CV como uno de los ámbitos primordiales de actuación; y la Orden 8/2011 de la Consellería de Solidaridad y Ciudadanía, ha materializado la regulación autonómica de la MI (Oliver, 2012). En esta última se regula la acreditación de la figura de la MI y la creación de un Registro de MI en la CV. La acreditación puede obtenerse de diversas maneras: acreditando ante la autoridad competente una formación mínima de 250 horas en materia de Mediación Intercultural, impartida por un centro de estudios de reconocido prestigio en materia de inmigración; o acreditando ante la autoridad competente una formación mínima de 150 horas en materia de Mediación Intercultural impartida por un centro de estudios de reconocido prestigio en materia de inmigración, así como un año de experiencia profesional en el ámbito, con un mínimo de 900 horas trabajadas⁶².

De entre las iniciativas en MI puestas en marcha en la CV, destaca la creación de la Fundación CeiMigra Centro de Estudios para la Integración Social y Formación de Inmigrantes de la CV, creada en 2005 dentro del marco del Proyecto de Iniciativa Comunitaria Equal “*Analogi@s*” (*Historias vinculadas para la integración*). CeiMigra nace con la intención de erigirse como estructura formal para aunar todos los esfuerzos que hasta el momento se venían realizando en cuanto a la formación y capacitación de profesionales de diversos campos en mediación intercultural. La creación de esta escuela ha supuesto un impulso significativo y una mayor difusión a esta disciplina en

⁶⁰ Para la elaboración de este apartado se han tenido en cuenta las informaciones aportadas por Oliver (2012) que ostenta el cargo de Coordinadora de Mediación Intercultural de la Dirección General de Integración y Cooperación de la CV.

⁶¹ Léase a partir de ahora CV.

⁶² Oliver (2012) apunta que en el año de publicación de su artículo, la CV había expedido 200 acreditaciones de MI con una relación de 39% extranjeros por 61% españoles y 78% mujeres por 22% hombres.

el ámbito de la CV. Merece una mención especial la creación de la revista DE @CUERDO como instrumento de promoción de la filosofía y actividades de la propia Escuela.

En Octubre de 2011 se presentó la propuesta formativa impulsada conjuntamente por la D. G. I. C. (Dirección General de Integración y Cooperación) y por las Universidades de la CV y la Fundación CeiMigra y se llevaron a cabo diversas actividades formativas impartidas desde la Universidad de Valencia en el marco de la Quinta Escuela de Verano del Máster Internacional de Migraciones de la Universitat de Valencia organizada por la Consellería de Solidaridad y Ciudadanía y el Master Internacional en Migraciones de la Universitat de Valencia y dirigida a técnicos de las agencias AMICS. Otra actuación interesante se refiere a la puesta en práctica del proyecto *MIHsalud: proyecto de promoción de la salud y participación ciudadana de la ciudad de Valencia (2011)*, llevado a cabo por el Departamento de Salud Pública de Valencia con la colaboración de la ONGD ACOEC. Los objetivos del proyecto, que viene realizándose desde julio de 2007, son: mejorar la salud, especialmente la sexual y reproductiva, de la población diana a través de la mediación intercultural, la formación de profesionales sanitarios en competencia intercultural y la educación entre iguales en el ámbito asociativo y comunitario. En principio se consideró como tema de actuación prioritario la promoción de la SSyR en población inmigrante iberoamericana. Con el paso del tiempo la intervención se ha ido ampliando a cualquier población en situación de vulnerabilidad.

Otra iniciativa, esta dirigida a la formación continua, ha sido la realización por parte de la Dirección General de Integración, Inclusión Social y Cooperación (DGIC) del I Ciclo de Especialización en MI *Diagnóstico, Contextos de la Mediación Intercultural*.

En cuanto a iniciativas ciudadanas, destaca la creación del Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la CV (ODUSALUD)⁶³. Este Observatorio nace en 2012 de la colaboración de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària, Médicos el Mundo CV y Cáritas Diocesana Valencia como respuesta a la publicación del Real Decreto Ley 16/2012 que vincula el derecho a la asistencia sanitaria y la financiación pública de los medicamentos a la situación administrativa y de empleo de los ciudadanos. Actualmente está compuesta por 64 entidades⁶⁴. Su objetivo es velar por el

⁶³ Web en <<http://odusalud.blogspot.com.es/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁶⁴ Véase <<http://odusalud.blogspot.com.es/p/formamos-parte-del-observatorio.html>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

cumplimiento del derecho universal a la protección de la salud de los ciudadanos, especialmente en poblaciones que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social, personas en situación irregular, sin recursos económicos y personas vulnerables. Para ello cuenta con la participación de ciudadanos que colaboran con las entidades participantes y que son testigos directos de vulneraciones del derecho universal a la protección de la salud, que recopilan dichas incidencias y las hace llegar a un registro propio. Posteriormente, pone a disposición de las autoridades sanitarias de la CV y de la opinión pública la información recopilada a través de la publicación de informes. ODUSALUD también publica y distribuye documentos para sensibilización e información.

Otra iniciativa interesante en el terreno de la atención a las necesidades de la población inmigrante son las agencias AMICS. En 2009 se crean las Agencias de Mediación para la Integración y la Convivencia Social (AMICS) que son oficinas locales de información, mediación, asesoramiento y orientación para las personas migradas. El objetivo principal es facilitarles la información y servicios necesarios para su completa integración en la sociedad valenciana. Las agencias AMICS nacen con el objeto de guiar a la población migrada en su proceso de integración, favorecer la interculturalidad con la sociedad de acogida y la convivencia y facilitar el acceso de las personas migradas al programa de comprensión de la comunidad de acogida, en los aspectos lingüísticos, históricos y jurídicos. Se encuentran reguladas en el artículo 15 de la Ley 15/2008 de Integración de las personas inmigrantes en la CV, de 5 de Diciembre (Decreto 93/2009, de 10 de julio, del Consell). La Red AMICS está compuesta por 115 Agencias⁶⁵, 55 entidades locales adheridas a la red (MUNICIPIOS Y MANCOMUNIDADES) y 145 municipios más incluidos en alguna de las 10 mancomunidades que cuentan con Agencia AMICS.

Entre sus líneas de actuación están las siguientes:

1. Configurar los instrumentos de asesoramiento necesarios a fin de ponerlos al servicio de las Administraciones locales y demás agentes sociales.
2. Facilitar el acceso de las personas inmigrantes al Programa voluntario de comprensión de la sociedad valenciana Escuela de Acogida.

⁶⁵ Datos referenciados a fecha 20 de julio de 2013.

3. Prestar servicios de información, mediación, asesoramiento y orientación diversas materias, entre ellas, el acceso al sistema sanitario.

En 2011 recibieron servicios de las agencias AMICS⁶⁶ un total de 33.155 personas migradas que viven en la CV. No obstante, las iniciativas llevadas a cabo en sanidad constituyen solo el 2% del total de las actuaciones totales en la CV. Respecto al área de “Salud”, las tres provincias ofrecen servicios de tramitación de tarjeta sanitaria, otros servicios vinculados al área de salud, información y gestiones sobre minusvalías. En todas las provincias hay un servicio de MI al que se puede solicitar la intervención de un mediador. Además, Valencia asume la “derivación/coordinación con recursos de salud mental”. En este punto cabría aclarar que, a pesar de la situación ideal que se describe en la bibliografía, la realidad nos muestra que en muchos de los casos estas agencias no tienen mediadores, sino funcionarios que desempeñan labores informativas. Además, es importante resaltar que la colaboración de las agencias AMICS con los hospitales y centros de salud es complicada, la solicitud de un mediador que acompañe a un paciente ha de hacerse con antelación y los SS muy pocas veces solicitan este servicio.

En cuanto a los centros sanitarios, algunos hospitales han ofrecido servicios lingüísticos a los usuarios inmigrantes (Hospital General de Castellón, Hospital la Fe de Valencia, Hospital Clínico Universitario de Valencia⁶⁷, Hospital Dr. Peset, Hospital de la Marina Baixa de Alicante, Hospital General Universitario de Alicante, Hospital de San Juan, Elche y La Vila, entre otros). No obstante, hay que resaltar que en la mayoría de los casos estos los servicios lingüísticos ofrecidos eran llevados a cabo por estudiantes en prácticas o por personal contratado desde proyectos específicos. Igualmente queremos señalar que en la mayoría de los casos estos servicios no continúan operando.

En el plano académico destaca la actividad llevada a cabo por el Grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales) de la Universitat Jaume I

⁶⁶ Memoria AMICS 2012 - Conselleria de Bienestar Social. <<http://www.bsocial.gva.es/documents/610754/17348956/Memoria%20AMICS%202012/932d0a4b-7d60-4c65-895c-87e87243c519>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁶⁷ Los servicios lingüísticos ofrecidos por estos dos hospitales se gestionaban desde las empresas subcontratadas Newroz y Astra.

de Castellón. El grupo CRIT fue creado en 1998, actualmente forma parte de la Red COMUNICA y sus líneas de investigación son la comunicación intercultural, la inmigración y la etnografía de la comunicación. En el plano formativo, el Grupo CRIT ofreció entre 2006 y 2010 el “Curso de mediación intercultural e interlingüística en el ámbito sanitario” en la Universitat Jaume I. Además, ha llevado a cabo numerosos proyectos entre los que destacan los de investigación-acción sobre mediación interlingüística e intercultural, especialmente, el proyecto “La mediación intercultural en la atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa intercultural y propuestas de formación” realizado entre 2005 y 2007 en colaboración con el Grupo FITISPos de la Universidad de Alcalá de Henares que se centró en cuestiones de contenido, especialmente de tipo cultural, y que tuvo como resultado final el libro *Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación intercultural* (2009).

El último proyecto del grupo CRIT se centra en aspectos relacionados con situaciones que pueden plantear dilemas como el de la imparcialidad, la invisibilidad, el control de las interacciones, o los conflictos de funciones con otros profesionales, que son tratados en los códigos de buena prácticas. El resultado de este trabajo de investigación ha sido editado en forma de manual bajo el título *La Práctica de la Mediación Interlingüística e Intercultural en el Ámbito Sanitario* (Grupo CRIT, 2014).

El grupo CRIT también ha elaborado el portal web SaludyCultura⁶⁸. Se trata de un portal informativo con recursos documentales relevantes para la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario público que incorpora material multilingüe y datos culturales sobre aspectos como la alimentación, higiene, género, rituales de nacimiento y muerte, o aspectos religiosos, entre otros. También ofrece enlaces de interés para la mediación intercultural e interlingüística en el ámbito sanitario agrupados en Aspectos y recursos culturales para la atención sanitaria a pacientes de otras culturas e Interpretación en el ámbito sanitario y recursos lingüísticos.

En definitiva, si atendemos exclusivamente a la bibliografía parece que la Comunidad Valenciana se ha convertido en un referente en MI. El Gobierno Valenciano ha regulado normativamente la figura de la MI a través de la Ley de Integración de las personas Inmigrantes de la CV, ha puesto en marcha mecanismos de formación y especialización,

⁶⁸ Web en <<http://www.saludycultura.uji.es/index.php>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

y ha creado una red de trabajo formada por los mediadores/as de la CV. De hecho en 2012 el proyecto “Red de Mediadores Interculturales de la Comunidad Valenciana” recibió el premio AMMI (Asociación Madrileña de Mediadores) al mejor proyecto nacional de Mediación. No obstante, a pesar del reconocimiento sobre el papel de la figura de la mediadora, constatamos que en la provisión real de servicios lingüísticos y culturales para usuarios de los servicios sanitarios de origen inmigrante parece que aún queda mucho por hacer. La situación que Sales (2006: 95) apuntaba en su trabajo sigue siendo aplicable en la actualidad «cabe hablar, como estamos viendo, de muchas intenciones sobre el papel, pero pocas iniciativas y acciones reales». Ya comentamos anteriormente que los centros sanitarios que contaron con provisión de servicios lingüísticos se nutrían de estudiantes en prácticas o personal contratado desde proyectos específicos y que, en la actualidad, la mayoría de los casos estos servicios no continúan operando. Si bien es cierto que los centros sanitarios pueden solicitar la intervención de un MI dependiente de las Agencias AMICS, también hay que señalar que en la práctica pocas veces se recurre a este servicio. Con lo que a pesar de las buenas intenciones de la Administración, la realidad es que en la CV la población de origen extranjero sigue encontrándose con barreras lingüísticas y culturales en su acceso a los SS.

2.2.1.5. Resumen de las soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero en el ámbito nacional y perspectivas de futuro.

En el presente apartado hemos realizado un repaso acerca de cómo se atienden las necesidades lingüísticas y culturales que presenta la población de origen extranjero en su acceso a los SS en diferentes Comunidades Autónomas. En general, se ha constatado que hay un desarrollo desigual en número de iniciativas y calidad de las mismas en las Comunidades Autónomas citadas, siendo Cataluña la comunidad donde la cuestión goza de una mejor situación. No obstante, también se ha resaltado cómo el desarrollo de las diversas iniciativas puestas en marcha para mejorar la atención sanitaria a población de origen extranjero (nos referimos aquí a la provisión de servicios lingüísticos en los centros sanitarios) han ido menguando y en muchos casos desapareciendo en estas comunidades como consecuencia de los ajustes presupuestarios.

Como hemos constatado a lo largo del apartado la situación de la ISP en el plano académico y formativo parece estar mucho más desarrollada que en el plano

institucional y de provisión real de servicios lingüísticos. De hecho los diferentes focos investigadores en ISP a nivel nacional se han unido formado la Red COMUNICA que, como apuntamos anteriormente, persigue el objetivo de convertirse en un Observatorio Permanente de la Comunicación entre lenguas y culturas en nuestro país, centrándose en el área específica de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP). Los focos de investigación en ISP no solo se están organizando a nivel nacional, sino que cada vez son más frecuentes las iniciativas transnacionales como lo es la creación en octubre de 2013 del grupo europeo *European Network for Public Service Interpreting and Translation (ENPSIT)*⁶⁹. En una entrevista realizada por Valero (2014) a Pascal Rillof, fundador de ENPSIT, se reconoce que la red está atrayendo el interés de algunos miembros del Parlamento y la Comisión Europea. Rillof resalta que es el último paso de una serie de iniciativas en ISP que han ido calando poco a poco en las políticas europeas que se iniciaron con la conferencia de Estrasburgo de 1995 en la que se adoptó la “Declaración de Estrasburgo” que ponía de manifiesto la necesidad de desarrollar la provisión de servicios de ISP, la formación y la acreditación en el campo. Un año más tarde se fundó *Babelea*, la Asociación Europea de la Interpretación Comunitaria formada por organizaciones de diversos países que proporcionan servicios de interpretación y traducción en los entornos sociales u organizaciones que trabajan en el campo de las migraciones y la integración, en los países de la Unión Europea y los Estados asociados. Otro acontecimiento importante para el desarrollo de la ISP en Europa fue la celebración en Bruselas del 2008 de un foro organizado por FOSOVET (la organización federal belga para la traducción y la interpretación) que dio como resultado la adopción del texto *The political recommendations of the social translation and interpreting sector*. En 2012, la Dirección General de Traducción e Interpretación de la Unión Europea publicó un informe *Special Interest Group on Translation and*

⁶⁹ Esta red cuenta con miembros de 10 países europeos y trabaja en el ámbito de la interpretación y de la traducción de los SSPP apoyando el derecho democrático de la igualdad de acceso a los SSPP. Sus objetivos principales son: promover el establecimiento de estándares que guíen la práctica de la TISP, fomentar y compartir la investigación en el campo de la TISP, avanzar en el establecimiento de requisitos formativos, obtener el apoyo financiero de la Comisión Europea para la provisión de servicios de TISP y otras actividades relacionadas con la TISP incluida la capacitación, acreditación y las condiciones de trabajo, abogar por la prestación de TISP profesional, servir de enlace con las organizaciones y los proveedores de servicios sobre las cuestiones de interés para la TISP, fomentar el desarrollo de nivel local, regional, nacional, europeo e internacional redes de intérpretes, traductores, formadores, evaluadores e investigadores, así como su organizaciones o asociaciones. Web en <http://www.enpsit.eu/> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

Los estatutos de la ENPSIT disponibles en http://www.kruispuntmi.be/sites/default/files/bestanden/documenten/constitution_enpsit_eng.pdf [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

Interpreting in Public Services (SIGTIPS) 2012. En 2013 la ENPSIT publicó un texto⁷⁰ para presentar recomendaciones para la consolidación de la ISP a nivel europeo. La propia red destaca que el texto pretende ser un documento dinámico destinado a cambiar con el tiempo y ser modificado y ampliado de acuerdo a las ubicaciones geográficas específicas. Presenta cinco resoluciones que van asociadas a una serie de recomendaciones específicas sobre las acciones concretas a llevar a cabo para la consecución de las resoluciones planteadas. Finalmente, como prueba del interés creciente que está despertando la ISP, cabe destacar el desarrollo de una norma ISO para la ISP que se encuentra actualmente en una etapa avanzada del proceso para su aprobación (Valero, 2014).

En abril de 2010 se presentó en la Oficina de la Comisión Europea en Madrid el proyecto de Libro Blanco de la Traducción e Interpretación Institucional en España⁷¹, un estudio emprendido por la propia red de traductores de la Administración del Estado orientado a «lograr una traducción e interpretación de calidad». Este Libro Blanco pretende contribuir a aclarar la situación profesional y laboral de los traductores e intérpretes con los que cuenta la Administración Pública y a proporcionarles un código deontológico de actuación.

2.2.2. Soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero: ámbito internacional

A continuación pasamos a comentar la situación de la ISP sanitaria en diversos países. A partir de las experiencias del contexto en Bélgica, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Australia y Suecia trataremos de hacer una serie de reflexiones que pretenden contribuir al fortalecimiento de la ISP en el ámbito sanitario en nuestro país. Para el estudio de la situación de la ISP en el ámbito sanitario nos basaremos en los factores que Pöchhacker (1999: 131) incluye como catalizadores de la profesionalización de la interpretación de las lenguas de signos: “Legal provisions, institutional (and not least financial) arrangements for interpreting service delivery, a certification authority, a

⁷⁰ Disponible en http://www.kruispuntmi.be/sites/default/files/bestanden/documenten/recommendations_social_interpreting_and_translation_engl.pdf [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁷¹ Disponible en http://ec.europa.eu/spain/pdf/libro_blanco_traducccion_es.pdf [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

professional organization, a code of ethics and standards of practice, and university-level training”.

En línea con Abril (2006: 277), partimos de la idea de que «este proceso no necesariamente puede extrapolarse directamente a las lenguas orales⁷² ni es aplicable de forma idéntica en los distintos países». Sin embargo, sí puede constituir un buen punto de partida para la reflexión.

2.2.2.1. Bélgica

Bélgica es uno de los países pioneros en MI y el modelo de mediador se encuentra bien definido y asentado, especialmente para el sector médico-sanitario, donde se ha dado un desarrollo de los servicios lingüísticos para minorías y una implicación del sector público muy superiores que en el resto de los ámbitos (Abril, 2006: 152).

Hasta los años noventa la norma era recurrir a soluciones *ad hoc* para atender a usuarios alófonos en hospitales y centros de salud, pero en esta época la MI comienza a recibir una mayor atención a raíz de un informe publicado por el *Commissariat Royal à la Politique des Immigrés* sobre la situación social de los inmigrantes, en el que se recomendaba seguir una serie de medidas para mejorar la salud pública entre la población inmigrante, entre las que se incluía la mejora de la comunicación entre profesionales de la sanidad y pacientes alófonos. Para ello, el informe proponía la formación de mediadores interculturales que asumieran toda una serie de tareas encaminadas a mejorar la atención sanitaria para dichos pacientes (*Direction Générale de l'Organisation des Etablissements de Soins* 2000: 1/I). Este informe elaborado por Verrept *et al.*, (2000) dio lugar a iniciativas diversas. En Bruselas la asociación *Cultures et Santé* puso en marcha una red de intérpretes para el ámbito social y médico para las comunidades turca y marroquí de la capital. Posteriormente esta red se convirtió en 1992 en la asociación ISM (*Interprétariat Social et Médical*), y desapareció en 1999. Tras la desaparición de la red muchos de sus intérpretes fueron contratados para ofrecer servicios de interpretación en *CIRÉ (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers)* que actuaba en un principio en Bruselas, pero en 2001 amplió su área de

⁷² Abril habla de lenguas orales para distinguir la situación de la ISP de la de la interpretación de las lenguas de signos que se encuentra en un estado de reconocimiento y profesionalización más avanzado (Pöchhacker, 1999; Ozolins, 2000).

acción a la región valona. Esta federación de organizaciones de asistencia a refugiados y extranjeros inició en 2002 un servicio de interpretación telefónica y llegó a ofrecer interpretación en 79 lenguas. En enero de 2010 el CIRÉ se convierte en SeTIS Bxl⁷³ (Service de Traduction et d'Interprétariat en milieu social Bruxellois). Además de SeTIS Bxl también existe un SeTIS valón, SeTIS W. En ninguno de los SeTIS se realizan intervenciones a título privado sino que las demandas han de emanar de los profesionales de los distintos servicios sanitarios. Los SeTIS son financiados por SPF Santé Publique, equivalente al Ministerio de Sanidad español. Los intérpretes de SeTIS también pueden prestar servicios presenciales si se solicita. Las solicitudes se tramitan por teléfono o internet. El SeTIS actúa como un programa de inserción socioprofesional y solo emplea a intérpretes extranjeros de hasta segunda generación y/o con experiencia migratoria. Actualmente cubre 41 lenguas y dialectos. Los criterios de contratación varían en función de la lengua demandada. No obstante, establece como nivel de estudios ideal estar en posesión de una titulación superior de ciclo corto.

Siguiendo las recomendaciones del informe de Verrept *et al.*, (2000), en la región flamenca, en 1991 el CEMG (*Centrum Etnische Minderheden en Gezondheid* –centro para la salud y las minorías étnicas–) junto con la ONG VCIM (*Vlaams Centrum voor de Integratie van Migranten* –centro flamenco para la integración de inmigrantes–) pusieron en marcha un proyecto de formación y empleo de mediadores interculturales para los servicios sanitarios. El proyecto perseguía un triple objetivo: proporcionar formación profesional a inmigrantes con bajo nivel de cualificación, aumentar la experiencia profesional de inmigrantes con escasas posibilidades en el mercado laboral y mejorar la calidad de la atención para pacientes de comunidades alóctonas (turcos y marroquíes fundamentalmente). Se realizaron contratos a mujeres inmigrantes que incluían, además, formación específica un día a la semana mediante clases conducentes a un certificado de enseñanza secundaria en formación técnica⁷⁴.

Este mismo proyecto se implementa en Bruselas Capital a través del centro regional de integración (*Regionaal Integratiecentrum - "Foyer"*). Abril (2006: 154) apunta como uno de los logros de las iniciativas belgas el haber conseguido implicar a la Administración para establecer servicios lingüísticos como vía para promocionar la

⁷³ Página web en <<http://www.setis.be/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁷⁴ La descripción detallada del programa de formación puede consultarse en el apartado en 4.4.3/C de Abril 2006.

salud de las minorías alóctonas. Entre febrero de 1997 y diciembre de 1998 la *Conférence Interministérielle à la Politique de l'Immigration* llevó a cabo un proyecto piloto de MI en el que participaron aproximadamente 20 hospitales belgas de forma voluntaria con el objetivo de organizar servicios de mediación en los hospitales participantes, evaluar las necesidades y beneficios reales de la MI y estudiar un modelo de financiación adecuado. Para la realización y coordinación del proyecto, así como para la evaluación de los resultados, el Ministerio Federal de Sanidad (*Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement*) creó un departamento o unidad de mediación intercultural para los hospitales (*Cellule Médiation Interculturelle dans les Hôpitaux*).

Actualmente, Bélgica cuenta con programa federal de mediación intercultural para hospitales coordinado por dicha unidad. Los hospitales pueden solicitar a través del Ministerio de Sanidad la contratación de un mediador (ya sea formado en mediación por el *VCIM* o *Foyer*), o un profesional médico-sanitario que carezca de formación en mediación e interpretación pero que hable un determinado idioma y que tenga experiencia en atención médica intercultural. También se puede solicitar la contratación de coordinadores de mediación intercultural⁷⁵. En Gailly *et al.* (2001: 23) y Verrept (2002: 12) se hace hincapié en la buena acogida del proyecto, que casi duplicó el número de hospitales beneficiarios de fondos públicos para la mediación intercultural de 1999 a 2001.

De la experiencia belga, Abril (2006: 153) destaca la diferencia que se observa entre la comunidad valona y la flamenca acerca de la concepción de la figura de la ISP/MI. En la región francófona se aboga por la figura del intérprete médico y social, y por el modelo de la neutralidad, mientras que en la región flamenca se defiende el término y el concepto del mediador-defensor (*advocate*). Cherbonnier (2002: 18) atribuye estas diferencias a los distintos conceptos de la integración y de la cultura médico-hospitalaria imperantes en una y otra región del país. Abril (2006) sostiene que en la región flamenca de Bélgica el papel de la MI está claramente definido, se defiende el término y el concepto del mediador-defensor (*advocate*). Verrept (2008: 188-189) en línea con lo expuesto anteriormente contempla estas tareas como inherentes a la labor del MI:

⁷⁵ Esta figura profesional se encarga de actuar como puente entre los servicios públicos y las comunidades inmigrantes, formar a los profesionales en cuestiones culturales, y en general evaluar las necesidades de los servicios hospitalarios en materia de competencia intercultural, incluida la necesidad de mediadores/intérpretes (Gailly *et al.* 2001: 23, 24).

1. Interpretar.
2. Funcionar como *culture brokers*⁷⁶ asesorando a los profesionales sanitarios sobre cuestiones culturales, problemas de comunicación y características de grupo minoritario.
3. Informar a los usuarios sobre cómo acceder y aprovechar los servicios disponibles.
4. Representar y proteger los intereses del usuario en su relación tanto con los profesionales individuales como con los servicios a nivel institucional.
5. Proporcionar apoyo emocional al paciente, sin caer con esto en el error de acabar actuando como psicólogos.
6. Hacer rondas de visitas por las habitaciones en que hay pacientes pertenecientes a minorías étnicas para ver si necesitan ayuda.
7. Señalar a los profesionales sanitarios y el personal de administración de los mismos la existencia de problemas experimentados por las minorías étnicas.
8. Proporcionar educación sanitaria a los pacientes de minorías étnicas.

A principios de los 90 el *VCIM* realizó un estudio de evaluación de calidad sobre las iniciativas puestas en marcha con el objetivo de identificar las deficiencias de las mismas. Más tarde, entre 1997 y 2000, la *Cellule* realizó un segundo estudio con el mismo objetivo (Verrept, 2008). Ambos estudios recogen las opiniones de profesionales médico-sanitarios y usuarios que habían empleado los servicios de los mediadores interculturales, así como de los propios mediadores. Los trabajos coinciden en señalar una serie de deficiencias de tipo estructural cuya subsanación requiere una mayor financiación y puesta en marcha de programas de formación. Por su parte, la *Direction Générale de l'Organisation des Etablissements de Soins* destaca entre los puntos débiles del programa el hecho de que cuenta con un grupo muy reducido de mediadores. En cuanto a los servicios para otras lenguas, se resalta la escasez de mediadores con formación y de fondos para suplir dicha formación. Otras deficiencias del sistema se refieren a las actitudes de los profesionales, que no recurren a los mediadores tan a menudo como cabría esperar, bien por premura de tiempo, por desconfianza hacia la figura profesional de la MI o por falta de formación de los profesionales en cuanto a cómo trabajar con mediadores (Verrept y Louckx, 1997: 221-224). No obstante, en los últimos años este problema parece ir perdiendo importancia ya que, como señala Muñoz (2010: 184), el número de intervenciones de MI por día ha aumentado

⁷⁶ En el apartado siguiente se trata más detalladamente los roles que tradicionalmente se han atribuido al ISP.

exponencialmente y cada vez más profesionales de la salud perciben la necesidad de dichas intervenciones, y sus efectos positivos.

Otro aspecto polémico alude a la función de defensa de los intereses del paciente (*advocacy*) atribuida a los mediadores. En este sentido, parece ser que el bajo estatus que presentan los MI en los centros sanitarios dificulta la defensa de los usuarios inmigrantes. A lo anterior Verrept añade que la falta de colaboración con otros profesionales de la medicina o el trabajo social hace más complicada la evaluación de los derechos e intereses de los pacientes (Verrept, 2008: 199). Por otro lado, el estudio de la *Cellule* recogió importantes críticas en cuanto a la calidad de las interpretaciones realizadas por los mediadores. Para ellos se basó en la comparación con las normas de calidad (*Standards of Practice*) de la asociación profesional de intérpretes médicos de Massachusetts (*Massachusetts Medical Interpreters Association, MMIA*⁷⁷). Entre los problemas que detectó Verrept (2002: 17) destacan las siguientes críticas:

- Los mediadores interculturales no se reúnen con los profesionales del servicio médico antes de intervenir para identificar el objetivo del encuentro u obtener referencias contextuales y antecedentes de los pacientes.
- Los mediadores tienden a modificar el contenido de los mensajes y no traducen las intervenciones completas, de manera que solo el mediador tiene una idea real y plena de la información que ha fluido durante el encuentro comunicativo.
- En general, se evita tratar con el paciente cuestiones (como la edad o sexo del mediador) que podrían resultar incómodas o inconvenientes.
- Los mediadores no suelen pedir aclaraciones o repeticiones de datos o conceptos que no han captado o entendido.
- Los mediadores no suelen hacer lo posible por asegurarse de que los interlocutores primarios se dirijan uno a otro para comunicarse directamente, en lugar de dirigirse al mediador.
- Los mediadores no siempre son capaces de moderar la conversación, regulando por ejemplo los turnos de palabra de manera que no haya solapamientos.

Con el fin de solventar las críticas anteriores *Cellule* propuso un programa de control de calidad y desarrollo del sistema, que incluye:

- Una mejor supervisión de las intervenciones de los mediadores.

⁷⁷ Actualmente *IMIA*, (*International Medical Interpreters Association*).

- Una mayor especificación de sus funciones.
- La creación de canales de comunicación entre profesionales y mediadores.
- La organización de sesiones periódicas de supervisión basadas en el estudio de casos.

Asimismo, se han introducido y aplicado las normas de calidad de la *IMIA* y se han iniciado programas de formación en los que se han aumentado los contenidos relacionados con técnicas de interpretación y en los que han participado intérpretes profesionales y formadores de intérpretes de conferencias (Verrept, 2008: 196; Benito, 2003: 235).

Otra iniciativa importante ha sido la creación de los *Assises de l'Interculturalité*⁷⁸ puestas en marcha por el gobierno belga en 2008. Este órgano está compuesto por representantes de los diferentes colectivos implicados y su trabajo consiste en formular recomendaciones al gobierno belga para contribuir al refuerzo y establecimiento de una sociedad basada en la diversidad, el respeto a las especificidades culturales, la no discriminación y la inserción de las minorías étnicas. En el caso específico de la Salud, los *Assises de l'Interculturalité* recomiendan desarrollar al máximo las habilidades interculturales de los profesionales de la salud y aumentar el número de intervenciones de mediadores interculturales en los centros.

Igualmente relevante ha sido la creación del proyecto ETHEALTH llevado a cabo por el grupo investigador del mismo nombre. Este grupo está compuesto por representantes de los diferentes sectores implicados (científicos, responsables de diversas ONG y responsables de la administración) y su objetivo consiste en elaborar una serie de recomendaciones que permitan adaptar los cuidados de salud belgas a las personas migrantes y minorías étnicas asentadas en el país (Lorant *et al.*, 2011). Con este objetivo en mente ETHEALTH publicó un informe⁷⁹ con una serie de recomendaciones que, de momento, no implican ningún tipo de compromiso político de la parte de los ministerios competentes (Lorant *et al.*, 2011: 9). Estas recomendaciones se organizan según el modelo «*CSDH Equité*»⁸⁰ de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

⁷⁸ Más información sobre este órgano en su informe <http://www.cbai.be/resource/docsenstock/services_aux_asbl/Assise_de_linterculturalite.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁷⁹ Este informe está disponible en <<http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@mentalcare/documents/ie2divers/19077013.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁸⁰ Abreviación de «Commission of Social Determinants of Health».

de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (CSDH, 2008; Blas y Sivasankara, 2010).

Finalmente, con respecto a la interpretación telefónica, destacan los servicios proporcionados por la empresa Babel en la región flamenca y SeTIS en Bruselas y la región Valona.

En cuanto a la interpretación remota, en 2010 se empezó a introducir, en el marco de un proyecto piloto, una nueva modalidad de intervención mediadora intercultural en los hospitales a través de internet.

2.2.2.2. Reino Unido

El Reino Unido presenta una larga tradición de ISP, comparado con otros países, y cuenta con una provisión más o menos generalizada de servicios de interpretación desde hace varias décadas. La larga tradición de la ISP en el Reino Unido se explica, en parte, por su larga historia como receptor de inmigración y también por el concepto nacional de integración basado en la aceptación de la multiculturalidad que ha dado como resultado la promulgación de políticas integracionistas. No obstante, como señala Abril (2006: 179), últimamente se aprecia una tendencia hacia políticas centradas en fomentar el aprendizaje de la lengua oficial como medida básica para la integración:

Currently, government policy in relation to people who speak little or no English focuses more on the provision of English-language classes than on providing good interpreting services (Alexander *et al.*, 2004: 65).

En el caso del Reino Unido las iniciativas puestas en marcha para el desarrollo de la ISP han partido de los profesionales de la lengua y los idiomas, y no de la propia Administración. La evolución de la ISP en el Reino Unido se ha producido de abajo hacia arriba (*bottom-up*), y ha supuesto la institucionalización a nivel nacional de lo que comenzó como conjunto de iniciativas menores, puntuales y aisladas (Corsellis, 1997: 79 y 2003: 181-185). En este sentido, se ha dado una progresiva evolución desde la provisión de servicios *ad hoc* hasta un sistema generalizado de ISP. Abril (2006: 179) atribuye este desarrollo a la combinación de diversos factores: la implicación de los

profesionales de las lenguas, la extensión de servicios *ad hoc* limitados y dispersos a otros más generalizados y coordinados (evolución *bottom-up*), o la importancia de la formación como trampolín de la profesionalización. Desde 2001, existe un sindicato para traductores e intérpretes, el *National Union of Professional Interpreters and Translators*, (*NUPIT*)⁸¹.

Hasta la década de los 80, existían numerosas iniciativas locales de provisión de servicios de ISP según el modelo *ad hoc*. Valero (2008) describía del siguiente modo un sistema:

Sin ninguna organización nacional, regional, institucional o privada que prestase apoyo a los individuos o comunidades que no dominaban el inglés en sus relaciones con la administración o el estado. Los únicos intermediarios eran generalmente voluntarios o funcionarios que conocían la lengua requerida. [...] Muy pocas personas eran contratadas por sus servicios lingüísticos y con frecuencia realizaban tareas que nada tenían que ver con el trabajo de intérprete [...] solían pertenecer a las comunidades de inmigrantes refugiados, no solían dominar el inglés y carecían de formación específica como traductoresy/o intérpretes. [...] Existía formación académica a nivel universitario en las lenguas mayoritarias de Europa en diversos centros, pero no se ofrecía formación en lenguas minoritarias. (Valero, 2008: 43)

En 1981, el *Institute of Linguists* creó un grupo de trabajo para estudiar vías de formación y evaluación de intérpretes con vistas a la profesionalización de la ISP. Así nació el *Community Interpreter Project*, un conjunto de iniciativas piloto, que incluía la definición de criterios para la selección de candidatos a una formación específica; la creación de un curso y una prueba de evaluación de competencia lingüística (*Bilingual Skills Certificate*); el diseño de un programa de formación en ámbitos especializados de la justicia, sanidad y servicios públicos locales y de una prueba de evaluación a nivel básico para cada uno de esos ámbitos (que hoy es el *Diploma in Public Service Interpreting*, *DPSI*⁸²); la elaboración de una guía de condiciones laborales profesionales; la redacción de un código ético y deontológico; y la identificación de

⁸¹ Más información en <<http://www.unitetheunion.org/how-we-help/list-of-sectors/community-youth-workers-and-not-for-profit/nupitnationalunionofprofessionalinterpretersandtranslators/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁸² Este diploma fue diseñado por Anne Corsellis, Christine Adams y Anita Harmer. A estas autoras debemos también el establecimiento de una acreditación a nivel nacional (National Register of Public Service Interpreter - NRPSI).

pautas para la formación de formadores de intérpretes (Abril, 2006: 180). Uno de los aspectos más acertados de este proyecto es que tuvo en cuenta a todos los actores implicados ya que en el mismo intervinieron lingüistas, profesionales de los servicios públicos y de la educación, y miembros de algunas minorías étnicas.

Más adelante, en la primera mitad de la década de los 90 se puso en marcha el *Nuffield Interpreter Project* con el objetivo de promover la implantación nacional del modelo de formación, evaluación y normas de calidad que se había identificado previamente durante el desarrollo del *Community Interpreter Project*. Durante este periodo se financiaron los programas formativos en centros de enseñanza superior y escuelas universitarias, conducentes al *Bilingual Skills Certificate* y al *DPSI*.

En 1994 el *Institute of Linguists* creó el primer directorio nacional de intérpretes en los servicios públicos, el *National Register of Public Service Interpreters (NRPSI)*, que incluye exclusivamente a intérpretes cualificados que deben acreditar su formación con el *DPSI* o demostrar un nivel equivalente de cualificación. Los intérpretes inscritos en el directorio siguen el código deontológico y el procedimiento disciplinario del *NRPSI*. En cuanto a su funcionamiento, los servicios públicos pueden suscribirse al *NRPSI* y tener acceso a más de 1.000 intérpretes que cubren más de 60 lenguas (Adams *et al.*, 1995: 7-10; Corsellis, 1997: 79-81; Ostarhild, 1998: 1, 2).

El Reino Unido cuenta con un modelo de formación en ISP que se imparte en más de 30 centros de todo el país, la mayoría de ellos de educación superior o escuelas universitarias (*colleges*), y otros de educación de adultos. Estos centros ofrecen formación para preparar las pruebas de evaluación del *Institute of Linguists*, conducentes al *Diploma in Public Service Interpreting* o *DPSI*. Existe la posibilidad de especializarse en la interpretación para los servicios de salud. En 2004, este diploma estaba disponible para 31 lenguas. El gobierno británico reconoce esta titulación al incluirla en el sistema nacional de titulaciones de formación profesional (*National Vocational Qualifications* o *NVQ*) a nivel 4 (de los cinco posibles); y recientemente la ha incluido también dentro del marco nacional de titulaciones –*National Qualifications Framework, NQF*– a nivel 6, de los nueve niveles posibles.

Abril (2006: 183) destaca los esfuerzos del Reino Unido por defender la calidad y profesionalidad en el ejercicio de la interpretación. La autora cita como ejemplo, aparte del código deontológico del *Institute of Linguists* (asociación profesional que agrupa a diferentes profesiones relacionadas con las lenguas modernas y está acreditada como

organismo de evaluación y certificación), el código deontológico de la principal asociación profesional de traductores e intérpretes, el *Institute of Translation and Interpreting (ITI)*⁸³. Otro ejemplo de esta preocupación por la calidad y profesionalidad en ISP lo constituye el *National Centre for Languages (CILT)* que ha desarrollado unas normas o niveles de calidad, *National Standards in Interpreting*, que ofrecen un conjunto de criterios uniformes a nivel nacional para la evaluación de la competencia lingüística, técnica y profesional en interpretación.

En Reino Unido existen diversas maneras de acceder a los servicios de interpretación. En cuanto a la realidad profesional, Ureña (2003: 275) apunta que aunque la mayoría de los intérpretes trabajan como autónomos, muchos servicios públicos, especialmente a nivel de la Administración local, cuentan con su propio servicio interno de interpretación y normalmente también de traducción de sus propios documentos.

Abril (2006) añade que, en el Reino Unido, el recurso a profesionales bilingües es frecuente y en muchas ocasiones son requeridos para actuar como intérpretes de otros colegas de su servicio. De nuevo como resultado de la larga tradición del país como receptor de inmigración, el grado de disponibilidad de este tipo de intérpretes es mayor que en otros países. No obstante, dicha disponibilidad depende de la antigüedad de cada comunidad en el país y de su grado de integración, siendo las comunidades procedentes de las antiguas colonias las que cuentan con mayor presencia de profesionales bilingües (Alexander *et al.* 2004: 27, 28).

Otras iniciativas de provisión de servicios de interpretación han partido de algunas comunidades étnicas que han creado redes para sus miembros, que incluyen servicios y centros comunitarios como punto de referencia y apoyo.

En el Reino Unido la interpretación telefónica se encuentra muy desarrollada. En 1990 se puso en marcha el *Language Line*, que nació como proyecto piloto de tipo benéfico para cubrir las necesidades de interpretación del *Royal London Hospital* de Londres. Tras ser ampliado pasó a privatizarse en 1992, convirtiéndose en uno de los pocos servicios completamente privados y autofinanciados de ISP (Ozolins 2000: 31). *Language Line* tiene capacidad para atender servicios en más de 100 lenguas. Los

⁸³ Este código es vinculante para los miembros de *ITI* y fue revisado y aprobado en 2013. En él se incluye una serie de normas de conducta profesional y de trabajo. El documento está disponible en <http://www.iti.org.uk/attachments/article/154/Code%20of%20professional%20conduct%2008%2009%202013_Final.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

intérpretes de *Language Line* han de estar en posesión del *DPSI* (Valero 2003b: 13). Existen además otros servicios de interpretación telefónica como los de las empresas *EITI* y *National Interpreting Service (NIS)* (Alexander *et al.* 2004: 3) y la empresa *The Big Word*⁸⁴.

Al principio del presente apartado se resaltaba el rápido desarrollo de la ISP en el Reino Unido. Sin embargo, en la actualidad dicho desarrollo parece haberse ralentizado, tal y como apunta Abril (2006: 185). La autora cita como posibles causas la implantación de nuevas políticas de integración, que no se muestran muy favorables hacia la creación de servicios de interpretación. Otra causa que recoge la autora se refiere a la preferencia de los usuarios por intérpretes ajenos a la Administración tal y como mostraba un estudio de la *London South Bank University*⁸⁵. Por su parte, Corsellis (2003) apunta que la aceptación de la ISP requiere de un proceso de cambio social que ha de producirse en tres frentes paralelos: los servicios públicos, los “lingüistas”⁸⁶ y los usuarios de los servicios de interpretación. Como hemos constatado anteriormente, los dos primeros frentes a los que hace referencia Corsellis (servicios públicos y lingüistas) han evolucionado considerablemente, aunque no al mismo ritmo, ya que los servicios públicos no han asumido aún de forma generalizada la necesidad de servicios profesionales de ISP. En cuanto al tercer frente, compuesto por los no hablantes de la lengua oficial, Corsellis sostiene que presenta una línea de evolución tan diversa e imprevisible, que resulta imposible influir en él, por lo que los esfuerzos han de centrarse en los dos primeros frentes (Corsellis, 2003).

Corsellis (1997, 2000, 2002, 2003), en consonancia con lo establecido en el *DPSI* y el *National Register*, aboga por el establecimiento de un sistema integral de ISP profesional que aglutinaría servicios públicos culturalmente competentes e intérpretes formados y acreditados en los que el intérprete respetaría el modelo de la imparcialidad y trabajaría en armonía con otros profesionales como parte de un equipo que incluiría también mediadores interculturales (función que en el Reino Unido realizan los *linkworkers* y *advocates*). Sin embargo, existen opiniones contrarias a las de Corsellis

⁸⁴ Página web en <<http://www.thebigword.com/publicsector>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁸⁵ La *London South Bank University* realizó un estudio en colaboración con la universidad de Salford y la *London School of Economics* en el que recogió las opiniones de 50 personas que necesitaban algún tipo de intérprete para poder acceder a los servicios públicos. El estudio revelaba que es muy frecuente que los usuarios no angloparlantes prefieran recurrir a estas redes antes que a profesionales. La razón de esta preferencia es que confían más en sus compatriotas (Alexander *et al.* 2004; Edwards *et al.* 2005).

⁸⁶ Corsellis utiliza este término para hacer referencia a todos los profesionales de las lenguas.

que reclaman intérpretes con un rango de atribuciones más amplio, a semejanza de los mediadores culturales con un componente de defensa activa o *advocacy* de países como Italia, Bélgica o España. Esta tendencia parte de asociaciones como *ACITAL* (*Association of Community Interpreters, Translators, Advocates and Linkworkers*) y un grupo de centros especializados en la formación de adultos, liderados por la *WEA* (*Workers' Educational Association*). Estos distinguen entre lo que consideran el modelo de intérprete lingüístico, base del *DPSI*, que es apropiado para situaciones en las que el usuario ya está familiarizado con el funcionamiento del servicio público y es consciente de sus derechos con respecto al Estado; y el *community interpreter*, que es apropiado para situaciones en las que el usuario acaba de llegar al país y se encuentra en situación desfavorecida por desconocimiento del sistema o por desequilibrios de poder. Así el *community interpreter* es un intérprete lingüística y culturalmente competente, dispuesto a utilizar habilidades de intervención apropiadas y a intervenir frente a comportamientos discriminatorios. Alexander *et al.* (2004: 60) consideran que el modelo de intérprete lingüístico es el preferido para el ámbito judicial, mientras que el intérprete cultural es más frecuente en servicios sanitarios y sociales. Existe un programa formativo de 60 horas (*Certificate in Community Interpreting*) que no está acreditado oficialmente al nivel del *DPSI*, pero sí cuenta con un reconocimiento local, por parte de la sección londinense de la *Open College Network (LOCN)*; y persigue el objetivo de convertirse en una acreditación nacional alternativa al *DPSI* (Ureña, 2003: 274-277; Valero, 2003b: 12, 13; Alexander *et al.* 2004: 60).

2.2.2.3. Canadá

Canadá es uno de los países pioneros en ISP y es la cuna de la red y foro internacional de estudios sobre ISP *Critical Link*⁸⁷, que ha sido desde su creación un punto de referencia obligado en los estudios de ISP. El carácter multicultural de la sociedad canadiense ha propiciado la adopción de diversas medidas para promover el reconocimiento y respeto a las diferencias lingüísticas y culturales. Existen numerosas propuestas de servicios lingüísticos que se han generalizado a nivel regional y provincial, pero no a nivel federal (Ozolins, 2000: 24; Valero, 2003b: 17). En

⁸⁷ Web en: <<http://www.criticallink.org/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

consecuencia, se aprecian muchas diferencias en el planteamiento de los servicios y en su grado de implantación en unas y otras áreas del país. En resumen, destacan la falta de uniformidad y coordinación de los servicios lingüísticos provistos.

Las provincias que mayor atención han dedicado a la ISP son Quebec, Ontario y, en menor medida, Columbia Británica (*Canadian Translation Industry Sectoral Committee* 1999). Este hecho no es de extrañar si tenemos en cuenta que precisamente son las provincias más pobladas y que, por lo tanto, concentran una mayor proporción de población alófona.

En cuanto a los ámbitos de actuación, la ISP está más desarrollada en el ámbito judicial que en el resto⁸⁸. La legislación canadiense⁸⁹ obliga a proveer servicios de interpretación en este ámbito y apunta la necesidad de controlar la calidad de los mismos (Harris, 1998: 5; citado en Abril, 2006). En este ámbito existe además un sistema de evaluación y certificación para intérpretes judiciales a nivel nacional. En el resto de los ámbitos la ISP se encuentra desarrollada a nivel provincial y territorial, y presenta grandes disparidades de unas a otras zonas del país. Bowen (2001: 21) señala que como la legislación no recoge la obligatoriedad de proporcionar interpretación para el acceso a los servicios sanitarios o sociales, las autoridades competentes no asumen formalmente la responsabilidad ni de proveerlos ni de garantizar su calidad (Bowen, 2001: 21). A diferencia de lo que ocurre en el ámbito judicial, los ámbitos médico y de servicios administrativos y sociales no cuentan con un sistema nacional propio de evaluación y acreditación⁹⁰. En estos ámbitos los criterios para contratación de intérpretes dependen de las autoridades provinciales o de los propios servicios de interpretación, ya sean servicios públicos locales, agencias comunitarias pro inmigrantes o asociaciones (Roberts, 2000: 104; Bowen, 2001: 51-53). No obstante, recientemente sí se ha adoptado el proceso de certificación estadounidense *Certified Medical Interpreter (CMI)* del *National Board for Certification of Medical Interpreters* en Toronto, lo que convierte a Canadá en el primer país que ofrece una certificación específica en interpretación médica fuera de Estados Unidos (Arocha, 2013: 140). Igualmente la autoridad certificadora en Canadá, *Canadian Translators, Terminologists and Interpreters Council (CTTIC)* organiza exámenes de certificación en distintas

⁸⁸ Este desarrollo asimétrico de la ISP por ámbitos de actuación se aprecia en la mayoría de países.

⁸⁹ *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, 1982.

⁹⁰ No obstante, a nivel provincial sí se aprecian diferentes sistemas de evaluación y acreditación que comentaremos más adelante. Véase Abril (2006: 202-211).

modalidades (*certification on dossier, certification by mentorship* y el *certification exam*)⁹¹, aunque no son específicos para el ámbito sanitario.

En cuanto a la oferta de servicios de interpretación, es muy amplia. Bowen (2001: 9, 45-49) identifica diversas soluciones lingüísticas frecuentes en los servicios sanitarios canadienses:

1. Familiares y amigos del paciente.
2. Profesionales bilingües del propio servicio sanitario.
3. Intérpretes de organizaciones comunitarias pro inmigrantes (algunas especializadas en salud comunitaria de las minorías nativas o inmigrantes). El nivel de formación y profesionalidad del servicio depende del promotor en cuestión. Los intérpretes suelen realizar otras labores relacionadas con la salud de la comunidad.
4. Profesionales de bancos de intérpretes generalistas (no específicamente especializados en interpretación médica). Suelen cubrir mayor número de lenguas y ámbitos, y estar coordinados por un centro que a menudo se hace cargo de la formación y supervisión de los intérpretes.
5. Servicio interno de intérpretes formados y contratados por el mismo servicio sanitario (hospital, clínica o centro de salud comunitaria).
6. Intérpretes de servicios de interpretación telefónica. Su profesionalidad y nivel de formación depende de la empresa o agencia que ofrece el servicio.
7. Paraprofesionales (agentes de salud, trabajadores de enlace, mediadores culturales en salud, etc.) que realizan la interpretación como una tarea auxiliar, normalmente sin formación específica.
8. Otros programas o servicios relacionados con las barreras lingüísticas (traducción de documentos y material divulgativo, profesionales bilingües que atienden a los pacientes en su idioma, etc.).

En relación con la provisión de servicios lingüísticos, ya hemos comentado anteriormente que estos varían según el área geográfica. Comentamos los casos de las provincias de Quebec, Ontario y Columbia Británica por ser estas las provincias donde la ISP está más desarrollada.

En la provincia de Ontario, las autoridades cuentan con el apoyo del Ministerio de Inmigración (*Ministry of Citizenship*) para subvencionar servicios de interpretación.

⁹¹ Más información sobre este tipo de certificación en <http://www.cttic.org/certification.asp> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

Estos son proporcionados por agencias comunitarias⁹². El *Ministry of Citizenship* ha permitido generalizar en gran medida los servicios de ISP, gracias a su participación activa en la elaboración de manuales de formación, exigencia de un mínimo de formación para los intérpretes de las agencias subvencionadas, talleres para la formación de formadores, elaboración de pruebas de certificación como el *CILISAT (Cultural Interpreter Language and Interpreting Skills Assessment Tool)* e *ILISAT (Interpreter Language and Interpreting Skills Assessment Test)*; y la elaboración periódica de estudios de evaluación del sistema de *cultural interpreting services* (Roberts, 1997).

Existe un servicio de interpretación para minorías inmigrantes que se articula a través del programa *Cultural Interpreter Services and Training Grant Programme (CISTP)*. Se basa en la financiación de una red provincial de agencias comunitarias sin ánimo de lucro que proporcionan servicios de interpretación después de seleccionar, formar y evaluar a sus intérpretes según unas directrices estándar establecidas por el propio Ministerio (Oda y Joyette, 2003).

Para la provisión de servicios lingüísticos en el ámbito sanitario también se recurre a esta red de agencias, aunque existen otras iniciativas. En Toronto destaca el *Interhospital Interpreter Project*, que desarrolló herramientas para la selección y formación de intérpretes, y un protocolo de prestación de servicios de interpretación médica. Se creó un programa formativo específico, el *Hospital/Health Care Cultural Interpreter Core Competency Curriculum*, destinado a formar en interpretación a profesionales sanitarios y empleados bilingües que ya realizaban las labores de interpretación de forma voluntaria. También se impartió formación de formadores de intérpretes médicos (Bowen, 2001: 48).

En relación con la figura del intérprete, es interesante constatar cómo esta ha ido evolucionando desde la concepción del intérprete cultural y su labor de defensor (*advocate*) del usuario hacia una concepción que aboga por la imparcialidad (Garber, 2000: 19).

En la provincia de Quebec, el *Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec* promovió la creación de un banco interregional de intérpretes (*Banque interrégionale*

⁹² Algunas de ellas se dedican a la atención de refugiados e inmigrantes, mientras que otras han sido creadas específicamente para ofrecer servicios de interpretación.

d'interprètes)⁹³ para el área de Montreal, operativo desde 1993 (Mesa, 2000: 68). Este banco ofrece servicios lingüísticos en 50 lenguas, emplea a más de 100 intérpretes y traductores *free-lance*, y presta servicio a servicios sanitarios, a centros escolares y a organizaciones comunitarias especializadas en salud mental y atención a víctimas de violencia doméstica. Se puede solicitar un intérprete en línea y dispone asimismo de una aplicación para móvil, *Jérôme+*. Los gastos del servicio corren a cuenta del establecimiento donde se lleva a cabo la interpretación. El Banco de intérpretes de Montreal es uno de los principales colaboradores de la red *Critical Link Canada* (Bowen, 2001: 47).

En relación con la figura del intérprete, en Quebec el concepto de intérprete cultural se encuentra en el término medio entre las dos posturas extremas que conciben al intérprete como transcodificador lingüístico (*conduit*) o bien como defensor activo (*advocate*) de la parte más débil (Mesa, 2000: 69). El Banco se rige por un código ético que especifica las funciones del intérprete resaltando su obligación de mantener la neutralidad y su obligación de lealtad a las dos partes sin distinción.

En la provincia de Columbia Británica, la interpretación médica ha seguido una evolución interesante. En principio los servicios lingüísticos se organizaban a través de organizaciones pro inmigrantes que desarrollaban sus propios servicios internos de interpretación. No obstante, a mediados de los noventa, ante la creciente afluencia de pacientes alófonos, se crea el *Health Care Interpreter Partnership Project*⁹⁴ (*HCIPP*). Este proyecto sale a la luz gracias a la colaboración de diversas entidades: BC Health Research Foundation, the BC Children's Hospital, Mount Saint Joseph Hospital, el Departamento de Sanidad municipal (*Vancouver Health Department*), una agencia de intérpretes (*MOSAIC*)⁹⁵ y el centro *Vancouver Community College*. El *HCIPP* perseguía los siguientes objetivos: redacción de una serie uniforme de normas de calidad; desarrollo de tres programas formativos específicos por tipo de intérprete y de interpretación; creación de un banco centralizado de intérpretes profesionales y

⁹³ Para más información, véase <<https://agence.santemontreal.qc.ca/partenaires/bii/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁹⁴ Para más información, véase Abraham *et al.* (2006): SAPHC Toronto Regional Report: An overview of the history, development and current state of interpreter services in Ontario. Disponible en <<http://accessalliance.ca/sites/accessalliance/files/documents/SAPHCTorontoRegionalReport.pdf>>.

[Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁹⁵ Multilingual Orientation Services Assisting Immigrant Communities <<http://www.mosaicbc.com/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

voluntarios; seguimiento y evaluación de la eficacia del sistema; y desarrollo de directrices aplicables en otras comunidades (Carr, 1997: 271-274).

El método de trabajo consistió en un amplio proceso de consultas que contó con todas las partes implicadas en la comunicación entre la Administración sanitaria y las minorías lingüísticas de la región que dieron lugar a la creación de una guía de conducta para intérpretes médicos (*Health Care Interpreter Standards*)⁹⁶ y la creación de un sistema de interpretación médica a tres niveles (*three-tiered health care interpreter system*). Este sistema de interpretación médica se basa en la concepción de que en el seno de los servicios sanitarios se producen encuentros entre el personal de los SS y los pacientes de distinta naturaleza, con distinta temática, finalidad y grado de especialización que podrían llevarse a cabo por intérpretes con diferentes perfiles y formación⁹⁷. El HCIPP desarrolló asimismo programas de formación adaptados a la complejidad del encargo de interpretación y al tipo de intérprete. Actualmente existe en la región un único programa para la formación de intérpretes profesionales impartido en el *Vancouver Community College*, que conduce a una titulación reconocida en la provincia como acreditación para ejercer la interpretación médica. En cuanto a la formación de intérpretes no profesionales, se llevó a cabo un programa destinado tanto a voluntarios como a profesionales bilingües de los SS de duración muy limitada sobre las bases de la técnica de traslación, la reflexión sobre las complejidades de la interpretación y el papel del intérprete. Posteriormente se publicó un manual de formación (*Interpreter Services in Health Care Settings: A Handbook and Training Manual*) para que los servicios sanitarios y agencias que no tuviesen acceso a intérpretes profesionales pudieran formar a sus propios intérpretes voluntarios o a su propio personal sanitario.

Otro proyecto interesante fue el *Translated Health Education Material Demonstration Project* que desarrolló un protocolo de traducción profesional uniforme y una plataforma para compartir recursos, entre ellos la traducción de material informativo.

⁹⁶ Estas normas de calidad especifican las competencias de la ISP profesional y las normas éticas y de ejercicio profesional, así como de provisión de servicios. En la actualidad se aplican de forma amplia la región de Columbia Británica y han servido, además, para inspirar el diseño curricular de programas de formación de otras provincias (Bowen, 2001: 53; Roberts, 2002:165-167).

⁹⁷ Según este sistema, el primer nivel de intérpretes lo constituirían el personal médico y sanitario bilingüe que intervendrían en el primer contacto administrativo con el paciente o en el primer contacto en situaciones de urgencia. Los otros dos niveles estarían formados por voluntarios e intérpretes profesionales debidamente formados y disponibles a través de un banco centralizado (que finalmente no llegó a realizarse), en el que aparecerían clasificados según el tipo de encargo para el que estuviesen preparados.

Finalmente, apuntamos otros aspectos/proyectos interesantes llevados a cabo por hospitales de la región.

- El hospital *Mount Saint Joseph* cuenta con un servicio propio de intérpretes (que comparte con otros 4 servicios sanitarios) que cumplen unos determinados turnos de permanencia en el hospital. Uno de los aspectos más interesantes de este servicio es que el personal sanitario ajusta las citas con pacientes alófonos a dichos horarios.
- Por su parte, el hospital infantil de Vancouver cuenta con un sistema de centralización que garantiza la eficacia en la coordinación, organización y seguimiento de los encargos de interpretación. Se trata de una base de datos denominada *Friendly Interpretation Tracking System (FITS)*, que se encarga de gestionar los horarios de los intérpretes, reservas de encargos, tarifas y facturación –para los intérpretes que lo deseen–, lo que permite gestionar con eficacia un complejo servicio centralizado de ámbito provincial y facilitar la organización a los propios intérpretes (Sasso, 2004: 35).

Sasso (2006) ofrece una revisión sobre el estado de la cuestión de la ISP en su trabajo *Health Care Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Health Care Vancouver Regional Report: An overview of the history, development and current state of interpreter services in British Columbia*. Este trabajo revisa además de la provisión de servicios lingüísticos que se dan en la región, los mecanismos de formación, el rol del intérprete, las políticas sobre provisión de servicios lingüísticos, etc. En él concluye que, a pesar de los avances, en Columbia Británica las soluciones lingüísticas que se dan en los servicios sanitarios canadienses siguen siendo diversas. De hecho coinciden con las aportadas por Bowen (2001: 9, 45-49) que comentamos en párrafos anteriores. Sigue habiendo demasiados modelos de provisión de servicios lingüísticos y las interpretaciones son realizadas por personas con distinta formación, desde intérpretes *ad hoc* hasta profesionales. En cuanto a la formación de intérpretes de los servicios públicos desarrollada en el contexto académico, esta se realiza mayoritariamente a al nivel de enseñanzas postsecundarias o de estudios superiores no universitarios (*community colleges*) y al de la formación continua (Roberts, 2002: 170). No obstante, existe también formación a nivel universitario a través del curso ofrecido por la *Simon Fraser University* a través de la *Continuing Studies office* (Sasso, 2006: 11).

Entre los progresos que se han dado a nivel nacional, destacan las iniciativas que comentamos a continuación:

En 1990 se crea la *Healthcare Interpretation Network* (HIN⁹⁸). Esta red nace de la iniciativa conjunta de organizaciones públicas y privadas. Sus objetivos incluyen mejorar el acceso a una atención sanitaria de calidad para pacientes con LEP (*Limited English Proficiency*)⁹⁹ a través del desarrollo de estrategias para promover la concienciación de la existencia de barreras lingüísticas que impiden el acceso a una atención sanitaria de calidad a estas poblaciones, el reconocimiento de la necesidad de desarrollar normas que guíen la formación de los intérpretes en los SS y el intercambio de información y recursos sobre interpretación en los SS. En 2007, la HIN publica las primeras *National Standard Guide for Community Interpreting Services*¹⁰⁰. Se trata de un avance prometedor en la consolidación de la ISP/MI en Canadá ya que el código regula la profesión de los intérpretes que desarrollan su labor en los SSPP incidiendo en cuestiones como la cualificación, el rol del intérprete y los principios éticos. Además establece las responsabilidades de todas las partes implicadas en el proceso: intérpretes, cliente y proveedores del servicio de interpretación. Todas estas razones han llevado a Baixauli (2012: 334) a considerarlo el documento más completo dentro del ámbito de la ISP. Esta organización también ha diseñado un programa de formación, el *Language Interpreter Training Program (LITP)*, que es impartido en diversos *colleges*. Se trata de un curso de formación introductoria de 180h.

Otra iniciativa clave fue la creación del programa SAPCH (*The Health Care Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Health Care*). Este proyecto se lleva a cabo entre 2003 y 2006 y es fruto de la colaboración entre HIN y *Critical Link* y fue iniciado en 2003 por *Primary Health Care Transition Fund, Health Canada*. Sus objetivos fueron realizar un análisis del estado de la cuestión de la provisión de servicios

⁹⁸ Web de la organización en <<http://healthcareinterpretationnetwork.ca/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

⁹⁹ Las siglas LEP hacen referencia a personas de lengua materna no inglesa que presentan un dominio limitado del inglés.

¹⁰⁰ Este código nace gracias a la colaboración de HIN, *Association de l'industrie de la langue/Language Industry Association – AILIA*, *Critical Link Canada* y *Association of Canadian Corporations in Translation and Interpretation – ACCTI*; y está disponible en <[http://www.saludycultura.uji.es/archivos/HIN_National_Standard_Guide_for_CI_\(Canada\).pdf](http://www.saludycultura.uji.es/archivos/HIN_National_Standard_Guide_for_CI_(Canada).pdf)> [Fecha de consulta: 2 de noviembre de 2014].

lingüísticos en la atención sanitaria a población con barreras comunicativas en el ámbito regional y nacional y conocer las experiencias y expectativas de los actores implicados. El proyecto puso en marcha diferentes proyectos pilotos¹⁰¹ (algunos de los cuales se han comentado anteriormente). En 2006 se publicó el informe nacional sobre el proyecto *Health Care Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Health Care*. Este informe viene a confirmar lo que se ha comentado en los apartados anteriores sobre la situación de la cuestión en las distintas regiones canadienses. Resalta el problema de la variedad de figuras que llevan a cabo funciones de interpretación en los SS (desde amigos y familiares a intérpretes profesionales), la falta de consenso en cuanto a la determinación del rol del intérprete, la falta de reconocimiento de las necesidades lingüísticas y culturales de los usuarios con LEP/LFP por parte del personal sanitario, y el problema de la falta de fondos destinados a la provisión de estos servicios (Sasso *et al.*, 2006).

2.2.2.4. Estados Unidos

En Estados Unidos la ISP se caracteriza por la clara separación entre ámbitos de interpretación, de manera que la interpretación judicial y médica constituyen profesiones independientes. El desarrollo de la ISP en ambos ámbitos responde a imperativos legales ya que en la Ley de Derechos Civiles, *Civil Rights Law*, de 1964, se prohíbe la discriminación por razones de raza, color o país de origen en el acceso a los servicios financiados con fondos federales. Siguiendo esta línea, se interpreta como una obligación legal de los servicios públicos garantizar la atención sanitaria en un idioma que el usuario pueda comprender (Puebla, 1997: 166; Roat, 2000: 19; Bancroft, 2004: 22).

¹⁰¹Estos se desgranán en:

- Risk Assessment/Management Tool on health care access for non- and limited-English speaking populations (Vancouver).
- Best Practices Training Module for primary health care practitioners, orienting them to working with an interpreter (Toronto).
- Training Video for primary health care service providers: French-language video for inclusion in provider training (Montreal).
- Service Delivery Pilot for implementing interpreter services to various primary health care environments (Toronto).
- Primary Health Care Orientation Module for interpreters: to be delivered to trainees in a core interpreting program (Toronto).

Además de lo establecido en la *Civil Rights Law*, existen otras disposiciones legales que estipulan los derechos lingüísticos de los usuarios alófonos y las responsabilidades de los servicios sanitarios y sociales¹⁰². Algunas se refieren a derechos de igualdad de acceso, otras a calidad de la atención sanitaria en general y otras incluso al riesgo de negligencia médica que supone el limitar el acceso a un servicio médico por motivos lingüísticos (Perkins *et al.* 1998). Un ejemplo lo constituye la *Guidance to Federal Financial Assistance Recipients Regarding Title VI Prohibition Against National Origin Discrimination Affecting Limited English Proficient Persons*¹⁰³, que especifica qué procedimientos pueden emplear los servicios públicos receptores de fondos federales para proporcionar a sus usuarios intérpretes formados y competentes. Entre las soluciones que identifica como apropiadas se incluyen la contratación de personal bilingüe, de una plantilla de intérpretes propia y de intérpretes de agencias de interpretación o de servicios voluntarios organizados, todos ellos con formación y competencia en interpretación; además se contempla la creación o subcontratación de servicios de interpretación telefónica solo como servicio complementario de alguna de las otras soluciones o para cubrir necesidades lingüísticas puntuales no previstas por la solución habitual (Abril, 2006: 228). En cuanto a la especificación sobre la competencia y formación de los intérpretes, el documento no establece la obligatoriedad de estar en posesión de una certificación de intérprete pero sí del cumplimiento de otros aspectos. Así, la competencia en interpretación implica competencia lingüística en inglés y otra lengua, formación en destrezas técnicas y ética profesional –específicamente en lo que se refiere a la confidencialidad–, conocimientos bilingües tanto terminológicos como conceptuales del servicio para el que se interprete, sensibilidad hacia la cultura del usuario, y capacidad demostrada para transmitir información en las lenguas de trabajo con precisión.

En relación con la provisión de servicios lingüísticos, Riddick (1998) y Puebla (1999:

1.1.) identifican cinco estrategias o modelos de aplicación:

1. Centros y organizaciones de salud comunitaria.
2. Departamentos locales y estatales de salud.
3. Servicios de interpretación de hospitales.

¹⁰² En una revisión sobre leyes estatales, el *National Health Law Program* ha identificado cuarenta estados con leyes que regulan la cuestión sobre las barreras lingüísticas en la atención sanitaria (Perkins, 2003).

¹⁰³ Disponible en <<http://archive.hhs.gov/ocr/lep/reviselep.html>> [Fecha de consulta: 2 de noviembre de 2014].

4. Compañías de seguros médicos.
5. Bancos de intérpretes.

La primera modalidad corresponde a los centros y organizaciones de salud comunitaria. Estos han sido quienes más se han preocupado por fomentar el desarrollo de una atención médica lingüística y culturalmente competente. De entre ellos, destacan los orientados a la comunidad asiática y latina. Los centros y organizaciones de salud comunitaria cuentan con diversos recursos para la provisión de servicios lingüísticos. Estos incluyen:

- Profesionales médicos bilingües o personal sanitario bilingüe.
- Mediadores en salud comunitaria bilingües que sirven de enlace entre sus comunidades y los servicios médicos, y llevan a cabo actividades de promoción de la salud.
- Bancos propios de intérpretes voluntarios.
- Material traducido.
- Intérpretes profesionales que pueden realizar servicios presenciales o telefónicos.

Dentro de esta modalidad destacan el servicio de salud comunitaria *Asian Health Services*, de Oakland, California; y el servicio centralizado de interpretación médica *Community Interpretation Services Program (CIS)*, de Seattle, Washington. Este último ofrece servicios a varias clínicas e incluye, además de intérpretes para aproximadamente 40 lenguas, agentes de salud bilingües. Los intérpretes del *CIS* deben cumplir con los requisitos de formación y acreditación establecidos. En concreto, han de superar pruebas escritas y orales en sus lenguas de trabajo, y contar con la certificación estatal. Además, se trabaja de acuerdo con un sistema gremial en que los intérpretes principiantes comienzan a trabajar bajo la supervisión de intérpretes expertos y reciben formación básica (aproximadamente 15 horas de orientación y fundamentos sobre ética y normas de conducta) y formación complementaria a través de cursos y talleres proporcionados por la organización comunitaria *Cross Cultural Health Care Program (CCHCP)*¹⁰⁴.

¹⁰⁴ *Cross Cultural Health Care Program (CCHCP)* es una organización comunitaria sin ánimo de lucro que ha contribuido a la profesionalización de la interpretación médica a través del desarrollo de un programa de formación (*Bridging the Gap*) que se imparte en todo el país y que ha tenido una gran repercusión por su tratamiento del papel de la ISP y los límites de intervención. Más información sobre la organización en <<http://xculture.org/>> [Fecha de consulta: 2 de noviembre de 2014].

La segunda modalidad corresponde a los departamentos estatales y locales de sanidad que presentan diferencias notables respecto a la oferta y calidad de servicios médicos lingüística y culturalmente competentes. Estos departamentos suelen centrarse en las necesidades de algún programa de atención sanitaria o grupo étnico determinado en lugar de desarrollar programas orientados a establecer una capacidad completa y permanente de atención lingüística (Abril, 2006: 230). Así, se llevan a cabo distintas iniciativas como la contratación de intérpretes, la creación de bancos de intérpretes, la formación en multiculturalidad del personal médico y sanitario, y la financiación de servicios de interpretación desarrollados *ad hoc* por distintos servicios públicos individuales.

La tercera modalidad corresponde a ciertos hospitales que han puesto en marcha programas de interpretación médica globales, complejos y profesionales. Destaca el sistema hospitalario general de Massachusetts y del área de Seattle en Washington (servicio centralizado de interpretación médica *CIS*) y en menor medida los de California, Oregón, Minnesota, Illinois y Florida. Estos hospitales se caracterizan por tener servicios de interpretación formales y bien establecidos, con personal administrativo e intérpretes propios o contratados para proporcionar servicios presenciales o telefónicos, normalmente durante las 24 horas del día. Además se preocupan por evaluar y formar a sus intérpretes. Uno de los mejores ejemplos dentro de esta modalidad lo constituye el hospital clínico *Harborview Medical Center* de Seattle que cuenta con un programa de visitas domiciliarias y seguimiento de casos implementado por un equipo de mediadores culturales/intérpretes que realizan labores mixtas de promoción de salud y de interpretación. Es un sistema mixto de intérpretes contratados en plantilla o a través de agencias y mediadores interculturales que cubre más de 60 lenguas. Todos ellos deben tener formación. Para el caso de los intérpretes, también deben contar con la certificación estatal y son evaluados periódicamente por el personal médico para el que trabajan. Por su parte, los mediadores/intérpretes o agentes de salud del programa de visitas a domicilio, reciben una formación específica, en la que el énfasis se centra en la preparación para el seguimiento de casos y la promoción de salud.

La cuarta modalidad corresponde a los planes o compañías de seguro médico (*Managed Care Organizations* o *MCO*). Es conveniente resaltar la imposibilidad de establecer una generalización dentro de esta categoría ya que cada compañía de seguros presenta unas características y modalidades de cobertura propias.

Finalmente, la última modalidad se refiere al recurso a bancos de intérpretes y está considerada como una de las soluciones más eficaces y prometedoras para garantizar la cobertura de una amplia variedad de idiomas a costes reducidos, gracias al uso compartido de recursos. De hecho, el recurso a bancos de intérpretes es una de las soluciones más comúnmente adoptadas por organizaciones comunitarias y hospitales y está recibiendo cada vez más interés por parte de algunos centros asociados a universidades, organizaciones sin ánimo de lucro centradas en la atención a inmigrantes, y departamentos de sanidad. Los intérpretes de estos bancos suelen recibir formación y como señalan Riddick (1998) y Puebla (1999) los bancos de intérpretes constituyen una oportunidad de mejorar las perspectivas laborales de las poblaciones alófonas.

Aparte de las modalidades identificadas por Riddick (1998) y Puebla (1999), en Estados Unidos destaca el desarrollo de la interpretación telefónica. Actualmente existen diversas empresas de interpretación telefónica, no obstante la más importante es *Language Line Services (LLS)*¹⁰⁵. Entre los logros de la empresa, en el ámbito de la interpretación médica, destacan la implementación de un exigente proceso de selección y el diseño de un sistema de certificación propio. La empresa presta atención a distintos aspectos de la competencia en ISP como son la terminología médica, las técnicas y procedimientos de diagnóstico, las habilidades de interpretación y el dominio de protocolos de actuación, el nivel lingüístico y los conocimientos sobre prácticas médicas y cultura sanitaria asociadas a las lenguas de trabajo.

Al principio del apartado, apuntábamos que en Estados Unidos la interpretación médica constituye una profesión independiente. Siguiendo esta línea, Bancroft (2004: 40) tras realizar estudio comparativo de normas de regulación de la interpretación en distintas regiones del mundo destaca a Estados Unidos como líder en el desarrollo y profesionalización de la interpretación médica. Este papel preeminente se debe en gran parte a las medidas adoptadas por diversas asociaciones profesionales, concretamente la *Massachusetts Medical Interpreters Association (MMIA)*¹⁰⁶ y la *California Healthcare Interpreters Association (CHIA)*, cuyas normas de calidad y protocolos de conducta constituyen un referente nacional e internacional¹⁰⁷. En concreto a la IMIA le debemos

¹⁰⁵ Actualmente *Language Line Solutions (LLS)*.

¹⁰⁶ En 2007 esta asociación se internacionalizó y pasó a llamarse *International Medical Interpreters Association (IMIA)*. Más información en <<http://www.imiaweb.org/default.asp>> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

¹⁰⁷ Esta cuestión se trata de manera detallada en Bancroft (2004: 61-64).

la publicación de *Medical Interpreting Standards of Practice*¹⁰⁸, que se ha convertido *de facto* en el corpus de normas nacionales para la interpretación médica en Estados Unidos (Abril: 2006: 234). Estas normas están conformadas por un código ético, una serie de normas de conducta profesional con directrices concretas para abordar algunos de los dilemas complejos a los que ha de enfrentarse el intérprete y una metodología detallada para evaluar la competencia en interpretación. Por su parte la CHIA publicó las *California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols and Guidance on Roles & Intervention*¹⁰⁹, que ratifican la mayoría de los contenidos de las normas de la IMIA e introducen directrices más detalladas sobre algunas cuestiones, especialmente sobre el papel del intérprete y su intervención, y sobre la toma de decisiones relativas a cuestiones de ética. Aparte de los códigos comentados anteriormente, destaca también las normas de conducta y protocolos de actuación recogidos en el manual de formación *Bridging the Gap: A Basic Training for Medical Interpreters* de la *Cross Cultural Health Care Program*. Este manual es considerado el manual por excelencia para la formación de intérpretes médicos de todo el país (Abril, 2006: 77) y ha sido el pionero en apostar por un modelo de intervención progresiva (*incremental intervention model*), que plantea una filosofía flexible sobre el papel del intérprete.

Actualmente, existen diversos sistemas de acreditación oficial a nivel nacional. En primer lugar, la *Certification Commission for Healthcare Interpreters (CCHI)*¹¹⁰ realiza exámenes¹¹¹ orales y escritos conducentes a la obtención de la acreditación como *Certified Healthcare Interpreter (CHI)*. En el caso de que el candidato solo apruebe el examen escrito, se le concede una acreditación inferior como *Associate Healthcare Interpreter (AHI)*. Actualmente la acreditación para *CHI* está disponible para español, mandarín y árabe. Por su parte, la *National Board for Certification of Medical Interpreters (NBCMI)*¹¹² realiza exámenes orales y escritos conducentes al título de

¹⁰⁸ Disponible en <<http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf>> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

¹⁰⁹ Disponible en <http://c.ygcdn.com/sites/www.chiaonline.org/resource/resmgr/docs/standards_chia.pdf> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

¹¹⁰ Más información sobre esta institución en <<http://www.cchicertification.org/>> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

¹¹¹ Las diferencias entre el tipo de acreditación pueden consultarse en <<http://www.cchicertification.org/images/pdfs/candidatehandbook.pdf>> [Fecha de consulta: 7 de noviembre de 2014].

¹¹² Web de la institución en <<http://www.certifiedmedicalinterpreters.org/>> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

*Certified Medical Interpreter (CMI*¹¹³). El examen está disponible para español, ruso, mandarín, cantonés, coreano y vietnamita.

Con respecto a la formación, no está sistematizada a nivel nacional. Todavía existen grandes diferencias en el rigor y la exhaustividad de los programas que pueden durar desde 2 horas hasta 200 horas o más. Algunos solo cubren el Código de Ética, mientras que otros se centran principalmente en la terminología médica, y otros incorporan teoría de la interpretación y el desarrollo de habilidades. Las lenguas elegidas para la instrucción o el desarrollo de habilidades también varían considerablemente. También existen diversas modalidades de formación, presencial, por teléfono u online. Algunos programas ofrecen algún tipo de acreditación mientras que otros simplemente reconocen la asistencia del estudiante (NCIHC: 2011). Existe formación no formal, entre las que destacan: el *Cross Cultural Health Care Program (CCHCP)* con su programa de formación básica/intermedia en interpretación médica *Bridging the Gap* (que ya hemos nombrado anteriormente), el programa marco de formación en interpretación médica *Connecting Worlds* de la red de organizaciones comunitarias de California, y el programa de salud pública de Massachusetts (*MassHealth*) de formación estándar para personal bilingüe y voluntarios de centros sanitarios. También destacan los programas de interpretación/mediación de *Harborview* (Seattle) y la formación proporcionada por la empresa *Language Line Services*.

Entre la formación formal destaca la proporcionada por la red de *community colleges* de California: programa unificado de formación médica y el *Monterey Institute of International Studies (MIIS)* de California que imparte el curso *Advanced Medical Interpreting*¹¹⁴.

Un avance prometedor para la consolidación de la ISP en Estados Unidos ha sido la creación de un consejo nacional para la interpretación médica, el *National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC)*¹¹⁵, creado en 1994 y establecido formalmente en 1998, cuya misión es promover y mejorar el acceso a los SS a las poblaciones alófonas. Sus objetivos principales son establecer un marco que promueva la provisión de ISP de calidad en el ámbito sanitario, establecer un código ético para los ISP

¹¹³ Más información sobre la certificación CMI en <http://www.certifiedmedicalinterpreters.org/sites/default/files/national-board-candidate-handbook.pdf> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

¹¹⁴ Más información sobre el curso en <http://www.miis.edu/academics/short/translation-interpretation/advanced-medical-interpreting> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

¹¹⁵ Web en <http://www.ncihc.org/> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

sanitarios y desarrollar y revisar políticas, investigaciones y prácticas modélicas en ISP. Destaca la publicación de su código ético *National Code of Ethics for Interpreters in Health Care* (2004), los estándares de práctica *National Standards of Practice for Interpreters in Health Care* (2005), y en el ámbito de la formación, los *National Standards for Healthcare Interpreter Training Programs*¹¹⁶.

En definitiva, la interpretación médica ha alcanzado un desarrollo notable en Estados Unidos. Prueba de ello es que cuenta con un consejo nacional para la interpretación médica, el *NCIHC*; y sistemas de acreditación oficial a nivel nacional. No obstante, aún quedan retos por superar; especialmente en lo que se refiere a la atención a usuarios de lenguas minoritarias y la implementación de servicios lingüísticos organizados y estructurados a todos los niveles.

2.2.2.5. Australia

Bancroft (2004: 27) distingue a Australia como el país más avanzado en el terreno de la ISP. Este país ha sabido ir solucionando cuestiones que aquejan la ISP en otros países y lo ha hecho, además, con una antelación notable respecto al resto de países. La buena situación de la ISP en Australia y su desarrollo se deben, en gran medida, a la colaboración que desde siempre se ha dado en esta materia entre la Administración y las asociaciones profesionales de traductores e intérpretes. Ya en 1960, el Ministerio de Inmigración (*Federal Department of Immigration*) creó departamentos de traducción (*Translating Units*) y hacia finales de la década de los 70 del pasado siglo, las autoridades empezaron a atender la cuestión de la calidad y profesionalidad de los servicios de traducción. La Administración reconoce que la igualdad de acceso a los servicios públicos solo puede conseguirse mediante la provisión de servicios de traducción e interpretación de calidad proporcionados por profesionales. Tanto es así, que este tema se trata en la Cámara de Representantes, órgano que en 1996 publicó un informe sobre la igualdad de acceso de los inmigrantes donde se aconsejaba el empleo

¹¹⁶ Estos tres documentos están disponibles en:

<<http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf>>

<<http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Standards%20of%20Practice.pdf>>

<http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/National_Standards_5-09-11.pdf> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

exclusivo de intérpretes con acreditación oficial para los ámbitos sanitario y judicial. Para otros ámbitos el personal bilingüe se considera un complemento aceptable. Dos años más tarde las administraciones de nivel federal, estatal y territorial, y local adoptaron la *Charter of Public Service in a Culturally Diverse Society*¹¹⁷. En esta recomendación oficial se ratifica la necesidad de proporcionar servicios lingüísticos adecuados, que incluyan la contratación de intérpretes y la publicación de documentos en distintos idiomas (Bell, 1997: 94; Chesher, 1997: 281-283; Chrystello y Chrystello, 2005: 38).

En cuanto a la provisión de servicios lingüísticos, el *Translating and Interpreting Service (TIS)*¹¹⁸, es el principal servicio gubernamental de interpretación, de cobertura nacional, financiado por el gobierno federal y gestionado por el Ministerio de Inmigración. Es un servicio de interpretación telefónica, pero también proporciona servicios presenciales previa solicitud y para cualquier lugar del país. Aunque se trata de un servicio de interpretación generalista, dispone de intérpretes con especialización y experiencia en determinados campos. Actualmente cuenta con más de 1600 intérpretes contratados que cubren más de 100 lenguas. Para las lenguas aborígenes, utiliza un sistema de derivación a servicios externos de interpretación de lenguas indígenas. Con respecto a la formación, no todos los intérpretes del TIS están acreditados, pero los encargos de interpretación se asignan sobre la base del nivel de acreditación. Aparte de a las agencias gubernamentales y a los usuarios inmigrantes, el TIS ofrece también sus servicios de interpretación al sector privado. Los servicios del TIS son gratuitos para inmigrantes y refugiados que hayan obtenido la ciudadanía australiana o el permiso de residencia permanente, organizaciones comunitarias sin ánimo de lucro, departamentos de la Administración local que no dispongan de su propio servicio lingüístico, sindicatos y servicios de urgencias. En el resto de los casos, tanto si se trata de organismos públicos como si el solicitante es una agencia privada o un particular, el TIS proporciona interpretación en régimen de pago por servicio, a tarifa variable según el tipo de servicio solicitado (Chesher, 1997: 283; Abril, 2006).

¹¹⁷ Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs: <www.inmi.gov.au/multicultural/accessequity/index.htm> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

¹¹⁸ Más información en su web <<http://www.tisnational.gov.au/>> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

El gobierno australiano dispone de otro servicio de interpretación telefónica, *Centrelink*¹¹⁹, creado por el Ministerio de Seguridad Social (*Department of Social Security*). Actualmente está gestionado por el *Department of Human Services* un nuevo ministerio que aglutina competencias en servicios sociales y seguridad social. *Centrelink* cubre más de 70 lenguas y atiende parte de las peticiones de interpretación que tradicionalmente se canalizaban a través del *TIS*, especialmente las relacionadas con empleo y seguridad social. Como criterio para la contratación de intérpretes, *Centrelink* exige a sus candidatos estar en posesión de la acreditación de paraprofesional, que equivale al mínimo nivel (Chesher, 1997: 283).

Dejando de lado las iniciativas de ámbito nacional comentadas anteriormente, pasamos a nombrar otras iniciativas interesantes organizadas a nivel estatal y territorial. En Nueva Gales del Sur destaca el *Health Care Interpreter Service*¹²⁰ y en Victoria el *Central Health Interpreter Service (CHIS)*. Ambos servicios están considerados como los más desarrollados y mejor dotados dentro de la interpretación médica en el país (Abril, 2006: 255). También en Victoria destaca la evolución del *Victorian Interpreting and Translating Services (VITS)* del Departamento estatal de Asuntos Étnicos (*Office of Ethnic Affairs*), que se constituyó en empresa bajo el nombre *VITS LanguageLink*¹²¹, de la que el estado de Victoria es accionista (Chesher, 1997: 284; CHAG, 2004: 24). Actualmente la empresa cuenta con alrededor de 1700 intérpretes (80% de los cuales se encuentran en Victoria) y cubre más de 140 lenguas. Además solo contrata a intérpretes acreditados por la *NAATI*.

En los casos en que la Administración no cuenta con sus propios servicios de interpretación o acceso a servicios oficiales, los organismos públicos subcontratan la interpretación con agencias privadas de traducción e interpretación, o bien contratan directamente a profesionales *free-lance* a partir de sus propias listas y registros.

En cuanto a la acreditación de intérpretes en Australia, la *National Accreditation Authority for Translators and Interpreters Ltd (NAATI)* es la única institución certificadora a nivel nacional. Desde 1983 funciona como empresa pública y tiene como misión fundamental establecer y controlar los niveles de calidad en traducción e

¹¹⁹ Más información en <<http://www.humanservices.gov.au/customer/dhs/centrelink>> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

¹²⁰ Más información en <<http://mhcs.nsw.pretagov.com.au/>> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

¹²¹ Más información en <<http://www.vits.com.au/about-vits>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

interpretación para cubrir las necesidades de todo el Estado, desarrollar y administrar mecanismos de acreditación para los distintos niveles profesionales, y registrar a los profesionales acreditados. NAATI ofrece distintos tipos de acreditación¹²². Por cuestiones de espacio se describen únicamente las acreditaciones para los distintos tipos de ISP que podrían desarrollar su labor en el ámbito sanitario:

- *Intérprete profesional* (antes nivel 3): representa un nivel de competencia mínimo para la interpretación profesional. Es el nivel mínimo recomendado por la NAATI para trabajar en situaciones semiespecializadas en los diversos contextos (banca, justicia, sanidad, servicios sociales...).
- *Traductor profesional* (antes nivel 3): representa un nivel de competencia mínimo para la traducción profesional. Es el nivel mínimo recomendado por la NAATI. Los traductores pueden trabajar con textos especializados de diversa temática (banca, justicia, sanidad, servicios sociales...).
- *Intérprete paraprofesional* (antes nivel 2): representa un nivel de competencia mínimo para la interpretación de conversaciones de temática general. Interpretan en situaciones no especializadas. Se recomienda a los paraprofesionales obtener una formación y acreditación superior.
- *Traductor paraprofesional* (antes nivel 2): representa un nivel de competencia mínimo para la traducción de textos no especializados (por ejemplo un certificado de nacimiento). Se recomienda a los paraprofesionales obtener una formación y acreditación superior.
- *Language Aide*: Esta credencial se otorga tras la superación de una prueba de la NAATI basada en evaluar las habilidades bilingües del candidato en un escenario de "servicio al cliente". No es una acreditación como tal.

En cuanto al procedimiento de acreditación, NAATI contempla tres vías diferentes: la aprobación de un examen específico para cada idioma, en el caso de los dos primeros niveles (intérprete paraprofesional e intérprete); la superación de un curso de formación ofertado por algún centro académico australiano que cuente con la autorización de

¹²² Véase <<http://www.naati.com.au/PDF/Misc/Outliness%20of%20NAATI%20Credentials.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

NAATI¹²³, siempre y cuando el candidato obtenga una calificación mínima del 70% en las pruebas de evaluación del curso; y por último, el estar en posesión de una titulación especializada en traducción y/o interpretación otorgada por un centro académico extranjero reconocido, o bien ser miembro de alguna asociación profesional internacional reconocida (Bell, 1997: 94-96; NAATI, 2014). Además de ser la autoridad certificadora en ISP, NAATI ofrece cursos y talleres de formación de forma continuada. Al principio del apartado se mencionaba la importancia de las asociaciones profesionales en el desarrollo de la ISP en Australia. En este ámbito destaca *AUSIT* (*Australian Institute of Interpreters and Translators*). Esta asociación nacional es la responsable de regular la profesión del traductor e intérprete. A ella se debe la publicación de un código ético¹²⁴ (*code of ethics*) y un código de conducta (*code of practice*) que han sido adoptados tanto por la NAATI, WAITI (the Western Australian Institute of Translators and Interpreters) y NZSTI (the New Zealand Society of Translators and Interpreters) como por el gobierno y las agencias privadas. En la línea del sistema generalista de acreditación, estos códigos se aplican a la profesión sin distinción de especialidades y han sido adoptados por NAATI, el servicio oficial nacional TIS y la mayoría de los empleadores de intérpretes del país (Bancroft, 2004: 27; Chrystello y Chrystello, 2005: 36).

Existen las siguientes alternativas de formación con aprobación de NAATI (Ozolins, 2002).

- *Diploma*: solo para el nivel paraprofesional, impartido en centros *TAFE*. Normalmente se completa en un año, aunque también está previsto para ser cursado en varios cursos académicos como programa de estudios a tiempo parcial.
- *Advanced Diploma*: corresponde al antiguo nivel 3 o profesional y se imparte en centros *TAFE*. Aunque puede variar de uno a otro centro, por regla general corresponde a un año académico, si bien suele estar prevista la posibilidad de cursar el programa en dos años con dedicación parcial.

¹²³ Relación de centros y cursos de formación aprobados por NAATI <<http://www.naati.com.au/PDF/Misc/APPROVED%20AUSTRALIAN%20COURSES.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

¹²⁴ Disponible en <http://ausit.org/AUSIT/Documents/Code_Of_Ethics_Full.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

- *Bachelor of Arts (B.A.)*: pregrado universitario para el nivel de intérprete profesional de la escala NAATI, de tres años de duración.
- *(Post) Graduate Diploma*: postgrado universitario para el nivel profesional, normalmente de un año de duración o dos a tiempo parcial. Con aprobación de NAATI existen tres programas de este nivel: en la Universidad de Western Sydney y en *Macquarie University*, ambas en Nueva Gales del Sur, y en la Universidad de Queensland.
- *Master of Arts (M.A.)*: postgrado de uno o dos años de duración, dependiendo de los centros. Existen tres programas *M.A.* conducentes al nivel de intérprete profesional de NAATI en *Macquarie University* y en la Universidad de Queensland.

En general, puesto que el enfoque habitual en Australia con respecto a la formación es generalista, la oferta orientada a la especialización no está excesivamente desarrollada para los distintos ámbitos (Abril, 2006: 535).

En general, en Australia la ISP en el ámbito sanitario se caracteriza por la coexistencia de servicios gubernamentales de traducción e interpretación, por un lado, y el sector privado, por otro. Lo más interesante de la experiencia australiana es que los servicios gubernamentales de traducción e interpretación (*TIS*, *Centrelink*, servicios oficiales de los distintos estados) han sabido encontrar un modo de financiación interesante que permite a la población más necesitada un acceso igualitario a los servicios públicos¹²⁵ y, al mismo tiempo, se nutre de los ingresos procedentes de la prestación de servicios a una red clientelar que incluye tanto al sector privado, a los servicios públicos y a ciudadanos australianos y extranjeros (que no reúnen los requisitos para la prestación de servicios lingüísticos gratuita). En palabras de Chrystello (2005: 39) «esta tendencia hacia la comercialización o privatización con el advenimiento de una “*new era of user-pays*” que complementa los tradicionales servicios lingüísticos gratuitos, puede resultar muy prometedora y abrir nuevas oportunidades de desarrollo profesional y mejora de condiciones laborales para los profesionales de la traducción e interpretación». Sin embargo, otros autores como Ozolins (2004a) inciden en que a medida que se ha ido

¹²⁵ Los refugiados e inmigrantes con permiso de residencia, así como las organizaciones comunitarias sin ánimo de lucro que les atienden, tienen derecho a servicios gratuitos, particularmente para cuestiones relacionadas con el asentamiento (Chesher, 1997: 285; DIMIA, 2002).

extendiendo la práctica de la contratación en régimen de pago por servicio prestado, la entrada en juego de las agencias privadas como intermediarias entre servicios públicos y traductores e intérpretes, ha supuesto que los profesionales de la traducción e interpretación han quedado excluidos de la posible negociación de condiciones laborales, profesionales y de calidad. Esta situación supone un pequeño paso hacia atrás en la consolidación y el reconocimiento de la figura profesional de la ISP que se ha visto obligada a aceptar peores condiciones laborales y tarifas para poder competir con las agencias privadas.

2.2.2.6. Suecia

Ozolins (2000) sitúa a Suecia como uno de los países que ofrece soluciones integrales para la ISP. Al igual que en Australia, la ISP está muy consolidada en este país y está amparada por marco legal desde 1986 a través de la *Förvaltningslagen* (Ley de Administración Sueca), en la que se especifica que los servicios públicos han de emplear un intérprete si es necesario. Además de esta legislación, en el marco del Convenio de las Lenguas Nórdicas de 1987 se establecen derechos lingüísticos especiales para los ciudadanos de los cinco países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia) garantizándoles el derecho a emplear su propia lengua en el contacto con los servicios de la Administración. No obstante, los servicios públicos no se consideran legalmente obligados a proporcionar intérpretes, solo se proporcionan si ha habido una solicitud previa. Ni la Ley de Salud y Servicios Médicos (1982: 763), ni la Ley de servicios sociales (2001: 453) especifica los derechos a la provisión de servicios de ISP. Sin embargo, la sección 2 de la Ley de Salud y Servicios Médicos estipula que la asistencia sanitaria debe proporcionarse y que la atención sanitaria y tratamiento serán, en la medida de lo posible, diseñados y llevados a cabo en consulta con el paciente. Así, los trabajadores del sector público en Suecia tienen derecho a solicitar un intérprete si no se pueden comunicar con los usuarios. Sin embargo, los usuarios no tienen derecho a solicitar un intérprete por su propia iniciativa. Los servicios de ISP son financiados con fondos públicos (Norström, 2011).

La legislación sueca promovió desde la década de los 60 la creación progresiva y generalizada de servicios lingüísticos, organizados y gestionados por la Administración municipal. Hasta la década de los 90 existían hasta 100 servicios municipales de

interpretación. Sin embargo, en esta época el gobierno sueco inició la privatización de numerosas agencias municipales (90), lo que dio lugar a la proliferación de agencias privadas¹²⁶ que contratan intérpretes *free-lance*. Este cambio ha traído como consecuencia el deterioro de las perspectivas laborales de los intérpretes (Abril 2006: 267; SOU¹²⁷, 2004: 15; Norström, 2011: 62-63).

En cuanto a la formación, en Suecia se llevan impartiendo cursos específicos desde finales de 1960. En general existe mayor tradición de formación en ISP en los centros de educación para adultos. Destaca, por su flexibilidad pedagógica y metodológica, la impartida en los centros de educación para adultos: *folkhögskola* (centros populares de enseñanza para adultos) y en las *studieförbund* (asociaciones educativas voluntarias). Estos cursos no universitarios no solían incluir ningún sistema de evaluación (Lemhagen y Niska 1999: 90). Ante esta situación el SOU publicó un informe en 2005 *Interpreter Training – new demands, new forms* (SOU, 2005) que dio lugar a la creación de un nuevo programa de capacitación dentro de la educación de adultos financiado por el Estado y bajo los auspicios del TÖI. El programa de formación básica es equivalente a seis meses de estudios a tiempo completo y se compone de seis módulos. Tras la finalización del programa de formación, y después de haber pasado los exámenes, los estudiantes reciben un certificado de formación. Los exámenes celebrados en el programa de formación básica incluyen pruebas escritas de conocimiento previo, exámenes de casos, exámenes de la terminología y exámenes de interpretación. Estos exámenes son en muchos aspectos similares a los utilizados por la Agencia de Servicios Jurídicos, Financieros y Administrativos. El programa de formación básica se concibe como una preparación para la acreditación. Una diferencia decisiva entre estos exámenes y los conducentes a la acreditación es que en los segundos los examinados son evaluados por comité anónimo, mientras que en la formación básica son evaluados por sus profesores. En cuanto a la formación formal, el organismo responsable es el Instituto de Estudios de Traducción e Interpretación (*Tolk- och översättarinstitutet, TÖI*) de la Universidad de Estocolmo que imparte tanto programas de pregrado como programas especializados y cursos específicos para formadores en traducción.

Suecia cuenta con un sistema oficial de acreditación a nivel nacional desde 1976 gestionado por *Kammarkollegiet*. Se realizan exámenes de acreditación en 37 lenguas a

¹²⁶ Las principales agencias privadas son: Semantix, Språkservice y Transvoice (Transcom).

¹²⁷ Swedish Government Official Reports (Statens Offentliga Utredningar, SOU).

dos niveles: general o básico (acreditación como intérprete autorizado), y especializado en interpretación judicial o médica. Además, la realización de un curso universitario específico de ISP (de aproximadamente un año de duración) conduce directamente a la acreditación estatal de intérprete general, pero esta posibilidad existe para pocas lenguas (Lemhagen y Niska, 1999: 90; Niska, 2004: 11). La acreditación es válida durante cinco años. Para solicitar una extensión de la misma, el intérprete debe dar cuenta de su actividad como intérprete autorizado. En el caso de las competencias especiales, la acreditación se prorroga automáticamente para otros cinco años. Los intérpretes acreditados están ligados al código deontológico o de normas de conducta profesional *Good Interpreting Practice* (2010) (*God tolksed*) del *Kammarkollegiet*. Ningún otro país dispone de códigos de conducta profesional tan amplios y detallados, que especifiquen cuestiones aparentemente más propias del debate filosófico sobre el papel del intérprete, y que sean publicadas y aplicadas por un organismo oficial central responsable de la acreditación nacional (Abril, 2006: 274).

Otra prueba de acreditación, no oficial pero en auge, es el examen de aptitud del *TÖI* que proporciona a los servicios y agencias de interpretación una herramienta para la selección de intérpretes que garantice que los candidatos presentan el nivel necesario para, tras dos años de estudio intensivo, adquirir la competencia mínima para aprobar los exámenes de acreditación oficiales.

En cuanto a la evaluación de los servicios lingüísticos prestados, los intérpretes hablan de la falta de transparencia y supervisión de las actividades de las agencias, y sobre su propia posición vulnerable. Como respuesta a estas críticas, se ha elaborado un informe gubernamental (*Tolkförmedling – kvalitet registrering tillsyn*) sobre los servicios de interpretación (SOU, 2004:15), en el que se recomienda la introducción de algún sistema de regulación de las agencias de interpretación por parte del Estado. Asimismo cabe destacar la creación en 1996 del *Tolkservicerådet* (Consejo de Servicios de Interpretación, TSR por sus siglas en sueco). Esta asociación de agencias de interpretación nació con el objetivo de desarrollar los servicios de interpretación en Suecia. Actualmente se encarga de desarrollar un sistema de calidad empresarial para los servicios de interpretación. Este sistema se conoce como *FR2000 Activity management for Interpreting services* y se basa parcialmente en las normas ISO 9001, ISO 1400 y SS 624070. Exige a las agencias una serie de requisitos en cuanto a los objetivos, márgenes de error, calidad, etc.

En cuanto a la interpretación telefónica, las agencias de interpretación suelen ofrecer interpretación telefónica. Entre ellas destaca Transvoice¹²⁸ que cubre más de 200 lenguas y dialectos y cuenta con una red de aproximadamente 4.000 intérpretes.

Entre las asociaciones más importantes, destacan: STOF, Sveriges Tolkförbund (Asociación Sueca de Intérpretes) AUTOR, Auktoriserade Tolkar i Väst (Intérpretes Autorizados del Oeste), ATUL, Auktoriserade Tolkar i Uppsala (Intérpretes Autorizados Uppsala), ATIS, Auktoriserade Tolkar i Sverige (Intérpretes Autorizados Suecos) SKTF-Rikstolk (Intérpretes nacionales).

2.2.2.7. Resumen de las soluciones adoptadas en materia de atención sanitaria a usuarios de origen extranjero en el ámbito internacional

En el presente apartado hecho un repaso de cómo se atienden las necesidades lingüísticas y culturales que presenta la población de origen extranjero en su acceso a los SS en diferentes países. Para intentar sistematizar la información aportada se han elaborado dos cuadros. El primero muestra la información expuesta a lo largo del apartado por países y categorías. El segundo pretende ser una versión simplificada del primero dónde solo se atiende a la existencia o ausencia de las diferentes categorías.

¹²⁸ Web en <<http://www.transvoice.se/>>.

PAÍS	CARACTERÍSTICAS	ACEPTACIÓN RECONOCIMIENTO SOCIAL	SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN POR NIVELES	ACREDITACIÓN OFICIAL	FORMACIÓN	CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS	INTERPRETACIÓN TELEFÓNICA	FIGURAS	SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	SINDICATOS Y ASOCIACIONES	RETOS FUTUROS
BÉLGICA	<p>Diferencias región Valona y la flamenca</p> <p>Implicación de la Administración desde los inicios</p> <p>Implicación del sector público para el ámbito sanitario</p> <p>El recurso a intérpretes sin formación y a soluciones ad hoc de todo tipo es aún habitual → Reticencia a recurrir a MI</p> <p>MI concebida como salida laboral para sectores en riesgo de exclusión → bajo nivel educativo de los candidatos</p>	<p>Arrêté Royal del 25/4/2002</p> <p>Gobierno federal en 2008 crea los Assises de l' Interculturalité</p>	<p>ONG's :</p> <ul style="list-style-type: none"> - VCIM en Flandes - Foyer en Bruselas y Valonia - SeTIS (Service de Traduction et d'Interprétariat Social .) para Bruselas y la región Valona <p>Servicios públicos → Programa federal de MI → Cellule Médiation Interculturelle dans les Hôpitaux</p>	<p>NO EXISTE PARA EL ÁMBITO MÉDICO.</p>	<p>NO FORMAL/AD-HOC:</p> <p>Las ONG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - VALONIA: SeTIS - FLANDES: VCIM y Foyer - CTBI (Chambre Belge des Traducteurs, Interprètes)/ Belgische Kamer van Vertalers en Tolken (BKVT) <p>Los servicios públicos: la Unidad de Mediación Intercultural en Hospitales (Cellule Médiation Interculturelle dans les Hôpitaux)</p> <p>FORMAL</p> <p>No existe para el ámbito médico</p>	<p>Código IMIA</p> <p>SeTIS se rige por su propio código deontológico</p>	<p>Servicio CIRÉ (acogida y temas jurídicos)</p> <p>Babel (región flamenca)</p> <p>SeTIS</p>	<p>VARIAS FIGURAS</p> <p>Coordinadores de mediación intercultural,</p> <p>MI advocate en Flandes</p> <p>ISP en Valonia</p> <p>Interprete au milieu social en Bruselas y Valonia</p>	<p>MULTIPLES ESTUDIOS DE EVALUACIÓN promovidos por las autoridades</p> <p>Informes de los Assises de l' Interculturalité</p> <p>Proyecto ETHEALTH</p>	<p>CBTI (Chambre Belge des Traducteurs, Interprètes)/ Belgische Kamer van Vertalers en Tolken (BKVT)</p>	<p>Mayor financiación y puesta en marcha de programas de formación</p> <p>Mayor concienciación al PS</p> <p>Fortalecer el status de la MILICS en los hospitales</p> <p>Mayor oferta de lenguas</p>

REINO UNIDO	<p>Larga tradición en ISP</p> <p>Evolución <i>bottom-up</i> → Servicios generalizados</p> <p>Directorio nacional de intérpretes (NRPSI)</p> <p>Reconocido como profesión</p>	<p>Sistema nacional de titulaciones de formación profesional (NVQ) a nivel 6 para DPSI</p> <p>Existe un directorio nacional de intérpretes (NRPSI)</p>	<p>GENERALIZADOS</p> <p>institucionalización a nivel nacional del conjunto de iniciativas menores, puntuales y aisladas</p> <p>ad-hoc: redes comunitarias</p> <p>servicios internos de las instituciones</p> <p>contratación de empresas externas/autónomos</p> <p>personal bilingüe</p>	<p>Bilingual Skills Certificate</p> <p>DPSI (Diploma in Public Service Interpreting) formación específica para los SS. (5 años)</p> <p>Certificate in Community Interpreting no, pero sí cuenta con un reconocimiento local de la Open College Network (LOCN).</p>	<p>NO FORMAL/AD-HOC:</p> <p>Las organizaciones comunitarias y agencias sin ánimo de lucro</p> <p>Las asociaciones profesionales y Language Line</p> <p>Departamento de Inmigración: seminario de formación obligatorio para todos los intérpretes candidatos a inscribirse en su base de datos.</p> <p>FORMAL:</p> <p>Workers' Educational Association: Certificate in Community Interpreting</p> <p>Institute of Linguists: Diploma in Public Service Interpreting (DPSI) como acreditación nacional en ISP</p>	<p>VARIOS CÓDIGOS, el primero de mayor importancia</p> <p>NRPSI</p> <p>Institute of Linguists</p> <p>Institute of Translation and Interpreting (ITI)</p>	<p>Language Line Solutions SM</p> <p>EITI Ltd</p> <p>NIS (National Interpreting Service)</p> <p>thebigword (actualidad, permite también trámites online+versión para móviles)</p>	<p>VARIAS FIGURAS aunque predomina la primera:</p> <p>ISP imparcial</p> <p>Linkworker</p> <p>Community interpreter</p>	<p>MULTIPLES ESTUDIOS DE EVALUACIÓN</p> <p>Institute of Linguists</p> <p>National Centre for Languages (CILT) ha desarrollado unas normas o niveles de calidad, National Standards in Interpreting,</p>	<p>ITI</p> <p>ACITAL</p> <p>National Union of Professional Interpreters and Transators, (NUPIT)</p>	<p>Mayor concienciación a la población autóctona sobre la figura del ISP</p> <p>Mayor oferta de lenguas</p> <p>Reconocimiento oficial nacional de otros programas de formación (ej: Certificate in Community Interpreting)</p>
-------------	--	--	--	--	--	--	---	--	---	---	--

CANADÁ	Larga tradición en ISP	Canadian Charter of Rights and Freedoms, 1982 obliga a proveer servicios de interpretación y apunta la necesidad de controlar la calidad de los mismos solo para el ámbito judicial	Redes de agencias comunitarias y programa CISTP	NO PROPIA Y ESPECÍFICA PARA EL ÁMBITO pero se está introduciendo el sistema CMI de la NBCMI estadounidense	NO FORMAL	VARIOS CÓDIGOS el primero de mayor importancia	Diferentes proveedores de servicios con calidad variable	VARIAS FIGURAS	MULTIPLES ESTUDIOS DE EVALUACIÓN	ATIO (Association of Translators and Interpreters of Ontario)	Seguir organizándose a nivel nacional.	
	Cuna de Critical Link International		Servicios internos de algunos hospitales		Interhospital Interpreter Project → Hospital/Health Care Cultural Interpreter Core Competency Curriculum en Toronto para intérpretes voluntarios y personal bilingüe + curso de formación de formadores de intérpretes médicos	National Standard Guide for Community Interpreting Services de HIN	Banque interrégionale d'interprètes	ISP advocate → imparcial en Ontario	Ministry of Citizenship realiza periódicamente estudios de evaluación del sistema de cultural interpreting services	CTINB (Corporation of Translators, Terminologists and Interpreters of New Brunswick)	Tomar los elementos más prometedores de las iniciativas ya existentes.	
	Concentración de servicios desigual → Diferencias notables entre provincias: Quebec, Ontario y Columbia Británica son las pioneras	Critical Link	Servicio de interpretación para minorías inmigrantes que se articula a través del programa Cultural Interpreter Services and Training Grant Programme (CISTP) en Ontario	CTTIC (Canadian Translators, Terminologists and Interpreters Council) → exámenes de certificación: certification on dossier, certification by mentorship y el certification exam	Health Care Interpreter Partnership Project en Columbia Británica → Interpreter Services in Health Care Settings: A Handbook and Training Manual para intérpretes voluntarios y personal bilingüe		código ético de los intérpretes del Banque interrégionale d'interprètes en Montreal	Language Line Solutions SM	ISP multiparcial en Quebec	HCIPP seguimiento y evaluación de la eficacia del sistema	OTTIAQ (Ordre des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec)	Uniformizar criterios
	Creación de la Healthcare Interpretation Network (HIN)	SÍ A NIVEL PROVINCIAL	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal → Banque interrégionale d'interprètes en Montreal, Quebec.	Cultural Interpreter Language and Interpreting Skills Assessment Tool (CILISAT) y Interpreter Language and Interpreting Skills Assessment Test (ILISAT) en Ontario	FORMAL	Health Care Interpreter Standards en Vancouver (CB)	Interpretation Solutions (I.S.)	three-tiered health care interpreter system en Columbia Británica	Existen además otras figuras: agentes de salud, trabajadores de enlace	STIBC (Society of Translators and Interpreters of British Columbia)	Mayor oferta de lenguas	
	Aplicación para la gestión de solicitudes de interpretación en Montreal Jérôme+	Creación de la Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Health Care Interpreter Partnership Project (HCIPP) en Columbia Británica	AILIA	community colleges → aborígenes y lenguas de los inmigrantes, y en la lengua de signos		CanTalk (Canada) Inc			APLI (Association of Professional Language Interpreters)	Mayor dotación de fondos para la provisión de servicios	
				ATIO en Ontario	Vancouver Community College: formación en ISP general, médica y judicial		MOSAIC			AILIA (Language Industry Association)		
					Language Interpreter Training Program (LITP) de HIN impartido en diversos colleges. Formación introductoria, curso de 180h.							

ESTADOS UNIDOS	<p>Nº1 en el desarrollo de la ISP en sanidad: destacan los estados de California, Massachusetts</p> <p>Especialización para el ámbito sanitario</p> <p>la interpretación médica constituye una profesión independiente</p> <p>Motivación legalista. Title VI Civil Right Law 1964+ Title VI Policy Guidance on the Prohibition against National Origin Discrimination Affecting Limited English Proficient Persons</p> <p>Existe National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC)</p>	<p>SI A NIVEL NACIONAL</p> <p>Legislación: <i>Policy Guidance on the Prohibition against National Origin Discrimination as It Affects Persons with Limited English Proficiency</i></p> <p>Existe acreditación oficial nacional y órganos institucionales:</p> <p>Certification Commission for Healthcare Interpreters (CCHI)</p> <p>National Board for Certification of Medical Interpreters (NBCMI)</p> <p>National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC)</p>	<p>Centros y organizaciones de salud comunitaria → Asian Health Services, de Oakland, California</p> <p>servicio centralizado de interpretación médica Community Interpretation Services Program (CIS), de Seattle</p> <p>Departamentos locales y estatales de salud</p> <p>Servicios de interpretación de hospitales</p> <p>Compañías de seguros médicos</p> <p>Bancos de intérpretes</p>	<p>OFICIAL NACIONAL: diversos sistemas</p> <p>CCHI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certified Healthcare Interpreter (CHI) - Associate Healthcare Interpreter (AHI) <p>NBCMI: Certified Medical Interpreter (CMI)</p>	<p>NO SISTEMATIZADA A NIVEL NACIONAL (pero en camino NCICH)</p> <p>NO FORMAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursos propios de asociaciones profesionales - Cross Cultural Health Care Program (CCHCP): formación básica/intermedia en interpretación médica Bridging the Gap - National Standards of Practice for Interpreters in Health Care (NCIHC) - Red de organizaciones comunitarias de California: programa marco de formación en interpretación médica Connecting Worlds - Programa de salud pública de Massachusetts (MassHealth): formación estándar para personal bilingüe y voluntarios de centros sanitarios - la interpretación/mediación de Harborview (Seattle) - Language Line Services <p>FORMAL: destacan los estados de California, Massachusetts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Red de community colleges de California: programa unificado de formación médica → diplomatura - Monterey Institute of International Studies (MIIS) de California: curso Advanced Medical Interpreting - Cursos independientes de algunas universidades: 	<p>VARIOS CÓDIGOS el primero y segundo de mayor importancia</p> <p>Código del NCIHC: Code of Ethics for Interpreters in Health Care+ National Standards of Practice for Interpreters in Health Care (2005)</p> <p>Medical Interpreting Standards of Practice de la IMIA</p> <p>California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols and Guidance on Roles & Intervention de la CHIA</p> <p>normas de conducta y protocolos de actuación recogidos en el manual de formación Bridging the Gap: A Basic Training for Medical Interpreters de la Cross Cultural Health Care Program</p>	<p>EMPRESAS PRIVADAS:</p> <p>Language Line Solutions SM</p> <p>Cyacom</p> <p>Pacific Interpreters</p> <p>Language Services Associates</p> <p>Telelanguage</p> <p>Certified Languages International</p> <p>LLE</p>	<p>VARIAS FIGURAS</p> <p>CCHCP → incremental intervention model plantea una filosofía flexible sobre el papel del intérprete.</p>	<p>MULTIPLES ESTUDIOS DE EVALUACIÓN</p> <p>Las instituciones y agencias suelen evaluar periódicamente a los intérpretes</p>	<p>IMIA International Medical Interpreters Association</p> <p>California Healthcare Interpreters Association (CHIA)</p> <p>Society of Medical Interpreters (SOMI)</p>	<p>Unificar criterios</p> <p>La formación no está desarrollada como parte integral de la acreditación</p> <p>Atención a usuarios de lenguas minoritarias</p> <p>Implementación de servicios lingüísticos organizados y estructurados a todos los niveles</p>
----------------	--	---	--	--	---	---	---	---	---	---	--

AUSTRALIA	<p>Desarrollo temprano de la ISP</p> <p>Nº1 en el desarrollo de servicios de ISP</p> <p>Implicación temprana de las instituciones → Estado que asume oficialmente la responsabilidad de garantizar la comunicación con las minorías</p> <p>Servicios gestionados por el Estado de cobertura nacional</p> <p>coexistencia de servicios gubernamentales de traducción e interpretación y el sector privado → y la tendencia hacia la comercialización o privatización</p> <p>predomina la formación formal académica en el nivel de estudios terciarios</p> <p>formación ligada directamente a la acreditación oficial</p>	<p>SI A NIVEL NACIONAL</p> <p>Cámara de Representantes, 1996 informe sobre la igualdad de acceso de los inmigrantes aconseja el empleo exclusivo de intérpretes con acreditación oficial para los ámbitos sanitario y judicial.</p> <p>Charter of Public Service in a Culturally Diverse Society 1998 ratifica la necesidad de proporcionar servicios lingüísticos adecuados</p> <p>Existe acreditación oficial nacional</p> <p>Servicios gestionados por el Estado de cobertura nacional</p>	<p>NACIONAL: Translating and Interpreting Service (TIS) principal servicio gubernamental de interpretación</p> <p>ESTATAL/TERRITORIAL:</p> <p>Nueva Gales del Sur → Health Care Interpreter Service</p> <p>Victoria → Central Health Interpreter Service (CHIS) → Victorian Interpreting and Translating Services (VITS)</p> <p>* En caso de carecer de servicios de interpretación propios los organismos públicos pueden subcontratar agencias privadas de traducción o profesionales free-lance</p>	<p>NACIONAL NO ESPECÍFICA National Accreditation Authority for Translators and Interpreters Ltd (NAATI):</p> <p>Professional Interpreter</p> <p>Professional Translator</p> <p>Paraprofessional Interpreter</p> <p>Paraprofessional Translator</p> <p>Language Aide: for 'customer service' scenario ONLY. This is not a credential in interpreting or translating</p>	<p>NO FORMAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> – NAATI cursos y talleres de formación de forma continuada.+ cursos preparación para examen oficial+ cursos sobre ejercicio profesional de la traducción y/o la interpretación, tanto desde el punto de vista ético, como teórico y práctico, o incluso empresarial+ seminario monolingüe de tres horas dedicado a la interpretación médica en Queensland – AUSIT comercializa recursos formativos + talleres y seminarios de formación continua para miembros. – Servicios públicos y las agencias de traducción e interpretación → Interpreting and Translating Centre, ITC) y VITS LanguageLink – Lenguas aborígenes → centros TAFE (difusión limitada) <p>FORMAL:</p> <p>académica conducente a acreditación oficial:</p> <ul style="list-style-type: none"> – En centros TAFE (Technical and Further Education, vocational training) → diversos niveles de certificación – En diversas universidades <p>académica no conducente a acreditación oficial:</p> <ul style="list-style-type: none"> – programas a nivel de postgrado (M.A. o certificate) – cursos de desarrollo profesional o académico para intérpretes en activo (Curtin University189 en Australia Occidental – cursos de especialización dirigidos a titulados de programas universitarios → Universidad de Western Sydney → interpretación médica. 	<p>ADOPTADO NACIONALMENTE POR GOBIERNO Y AGENCIAS PRIVADAS:</p> <p>AUSIT (Australian Institute of Interpreters and Translators) →</p> <p>code of ethics+ code of practice</p>	<p>Translating and Interpreting Service (TIS) financiado por el gobierno federal y gestionado por el Ministerio de Inmigración</p> <p>Centrelink gestionado por el Department of Human Services</p>	<p>VARIAS FIGURAS</p> <p>Paraprofesional</p> <p>Profesional</p> <p>Agente de salud</p>	<p>MULTIPLES ESTUDIOS DE EVALUACIÓN</p> <p>AUSIT</p> <p>Service Skills Australia</p> <p>TIS (quality assurance mystery Shopping program)</p>	<p>AUSIT (Australian Institute of Interpreters and Translators)</p> <p>WAITI (the Western Australian Institute of Translators and Interpreters)</p> <p>NZSTI (the New Zealand Society of Translators and Interpreters)</p>	<p>Fortalecer la ISP para lenguas aborígenes en todos sus niveles</p> <p>Aumentar la oferta de combinaciones lingüísticas</p> <p>Potenciar cursos a distancia o basados en combinaciones de contenidos a distancia y clases presenciales</p> <p>Adoptar un sistema nacional de coordinación de la formación para el nivel profesional entre distintos centros</p> <p>Controlar que el nivel exigido en los distintos sistemas de acreditación sea equiparable</p> <p>Diferenciación remunerativa basada en el nivel de cualificación</p>
-----------	--	---	--	---	--	---	---	--	--	--	--

<p style="text-align: center;">SUECIA</p>	<p>soluciones integrales para la ISP</p> <p>sistema nacional de formación específica para intérpretes en los servicios públicos (universitaria y profesional) desde finales de 1960</p> <p>existe mayor tradición de formación en ISP en los centros de educación para adultos</p> <p>3 niveles salariales según acreditación o certificación oficial y ámbito de actuación</p> <p>privatización de numerosas agencias municipales (90) → proliferación de agencias privadas → deteriorado las perspectivas laborales de los intérpretes</p> <p>existen servicios de emergencia en los municipios más poblados y servicios de interpretación remota (por teléfono o vídeo)</p> <p>formación no está ligada directamente a la acreditación oficial</p> <p>Instituciones específicas: Advisory Board for Interpreter and Translator Issues</p>	<p>SI A NIVEL NACIONAL</p> <p>ISP amparada por marco legal desde 1986 → Förvaltningslagen</p> <p>países nórdicos tienen derechos específicos → Convenio de las Lenguas Nórdicas de 1987</p> <p>en sanidad, los servicios públicos solo se proporcionan si ha habido una solicitud previa por parte del usuario</p> <p>Health and Medical Services Act (Section 2): se proporcionará atención sanitaria y, dentro de lo posible, la atención y el tratamiento serán proporcionados y consultados con el paciente</p>	<p>creación progresiva y generalizada de servicios lingüísticos</p> <p>servicios municipales de interpretación → liberalizar los servicios públicos de interpretación,</p> <p>agencias privadas: Semantix, Språkservice and Transvoice (Transcom) → intérpretes freelance</p>	<p>OFICIAL NACIONAL:</p> <p>sistema oficial de acreditación a nivel nacional desde 1976 gestionado por Kammarkollegiet: exámenes de acreditación :</p> <ul style="list-style-type: none"> - general o básico (acreditación como intérprete autorizado) - especializado en interpretación judicial o médica. <p>la realización de un curso universitario específico de ISP (de aproximadamente un año de duración) conduce directamente a la acreditación estatal,</p> <p>NO OFICIAL PERO EN AUGE</p> <p>Examen de aptitud de Tolk- och översättarinstitutet, TÖI. Evalúa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - competencia lingüística - conocimientos culturales generales - aptitud para la interpretación 	<p>NO FORMAL:</p> <p>centros de educación para adultos: folkhögskola (centros populares de enseñanza para adultos+ studieförbund (asociaciones educativas voluntarias) → flexibilidad pedagógica y metodológica</p> <p>FORMAL:</p> <p>(Tolk- och översättarinstitutet, TÖI) de la Universidad de Estocolmo: programas de pregrado + especializados+ curso específico para formadores en traducción</p>	<p>ADOPTADO NACIONALMENTE POR GOBIERNO Y AGENCIAS PRIVADAS</p> <p>código deontológico o de normas de conducta profesional (God talsed) del organismo responsable de la acreditación nacional (Kammarkollegiet) específica además cuestiones propias del debate filosófico sobre el papel del intérprete → Good Interpreting Practice (2010).</p>	<p>Las agencias de interpretación suelen ofrecer interpretación telefónica. Algunas también ofrecen servicios de videoconferencia y picture telephones</p> <p>Transvoice</p>	<p>ISP IMPARCIAL: el concepto sueco del papel del intérprete excluye claramente la interpretación-mediación cultural.</p> <p>2 tipos de ISP: - General - Especializado</p>	<p>MULTIPLES ESTUDIOS DE EVALUACIÓN</p> <p>Tolkförmedling – kvalitet registrering tillsyn 2004 (SOU 2004) recomienda la introducción de algún sistema de regulación de las agencias de interpretación por parte del Estado.</p> <p>Interpreting agencies – Quality Registration Supervision (SOU 2004:15).</p> <p>The Interpreting Service Council (Tolkrådet) → sistema de calidad empresarial para los servicios de interpretación FR2000 Activity management for Interpreting services</p>	<p>STOF, Sveriges Tolkförbund (Swedish Association of Interpreters)</p> <p>AUTOR, Auktoriserade Tolkar i Väst (Authorised Interpreters West)</p> <p>ATUL, Auktoriserade Tolkar i Uppsala (Authorised Interpreters Uppsala)</p> <p>ATIS, Auktoriserade Tolkar i Sverige (Authorised Interpreters Sweden)</p> <p>SKTF-Rikstolk (national interpreter).</p> <p>TSR Tolkservicerådet (The Interpreting Services Council), trade association of interpreting agencies</p>	<p>Fortalecer ISP para las lenguas de difusión limitada a todos los niveles: servicios, acreditación y formación</p> <p>Cubrir la demanda de intérpretes y de formadores de intérpretes para las lenguas de reciente aparición en el mercado</p> <p>Invertir mayores esfuerzos en concienciar a la sociedad sobre la existencia de un sistema generalizado de ISP y sobre el derecho de los usuarios no hablantes de sueco a contar con ese sistema.</p>
--	--	---	---	---	--	--	--	--	---	--	--

ESPAÑA	<p>Gran desarrollo en el ámbito académico</p> <p>Investigación organizada a nivel nacional → Red COMUNICA</p> <p>implementación desigual en los SS y en general escasa</p> <p>recurso frecuente al voluntariado</p>	<p>Más en el papel que en la práctica → Los planes de integración de ciertas autonomías contemplan la provisión de servicios de ISP/MI</p>	<p>Intérpretes ad hoc</p> <p>Intérpretes voluntarios (con y sin formación específica)</p> <p>Servicios de interpretación de algunos hospitales</p> <p>Estudiantes en prácticas</p> <p>Intérpretes contratados por universidades, comunidades autónomas, ayuntamientos, entidades privadas, ONG o la propia iniciativa de los hospitales y centros de salud</p>	NO	<p>FORMAL:</p> <p>MADRID: FITISPos research Group. Universidad de Alcalá de Henares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máster Oficial en Comunicación Intercultural: Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos desde 2005 + prácticas en hospitales • Cursos de especialización: Curso sobre Comunicación Interlingüística (online/ no presencial); Curso sobre Traducción e Interpretación en Hospitales y Centros de Salud • Curso de doctorado “Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en el mundo global. Nuevas respuestas para nuevas realidades”. <p>CATALUÑA: Universidad Autónoma de Barcelona</p> <ul style="list-style-type: none"> • Módulo obligatorio sobre “Traducción y Mediación Intercultural”, Máster Oficial en Traducción, Interpretación y Estudios Interculturales <p>COMUNIDAD VALENCIANA:</p> <p>Universitat Jaume I → Curso de Formación Superior en Mediación Intercultural e Interpretación en el Ámbito Sanitario+ prácticas en Hospital General</p> <p>Universidad de Alicante → prácticas de interpretación en diversos hospitales</p> <p>Universidad de la Laguna → Experto Universitario en Traducción e Interpretación para los Servicios Comunitarios: Mediadores Lingüísticos (EUTISC) + prácticas</p>	NO	<p>Existe el <i>Libro blanco sobre la traducción institucional en España</i>, pero el apartado destinado al código deontológico es muy general</p>	<p>Dualia en Madrid, Andalucía</p> <p>CatSalut Respon en Cataluña</p>	<p>VARIAS FIGURAS</p> <p>Diversas visiones sobre el rol del ISP y el MI.</p>	NO	<p>AFIPTISP (Asociación de Formadores, Investigadores y Profesionales de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos.)</p> <p>ASETRAD (Asociación Española de Traductores, Correctores e Intérpretes.)</p> <p>XARXA TIV (Asociación de la Xarxa - la Red de traductores e intérpretes de la Comunidad Valenciana).</p>	<p>Mayor dotación de fondos → Desarrollo en la implementación de provisión de servicios lingüísticos a todos los niveles</p> <p>Mayor concienciación de los profesionales sanitarios hacia los beneficios del recurso a intérpretes profesionales</p> <p>Mayor oferta de lenguas</p> <p>Mayor concienciación a la población alóctona sobre la figura del ISP</p> <p>Unificar criterios sobre el papel del intérprete/mediador en los SS</p> <p>Desarrollo de certificación específica para el ámbito médico</p>
--------	---	--	--	----	--	----	--	---	--	----	---	---

Cuadro 1. Situación de la MILICS en el ámbito nacional e internacional.

	ACEPTACIÓN/ RECONOCIMIENTO SOCIAL		SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN Y NIVELES		ACREDITACIÓN OFICIAL ESPECÍFICA PARA EL ÁMBITO SANITARIO	FORMACIÓN		CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS	INTERPRETACIÓN TELEFÓNICA		FIGURAS	SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
BÉLGICA	Verde		Amarillo		Rojo	Rojo		Rojo	Amarillo		Amarillo	Amarillo
REINO UNIDO	Verde		Verde		Verde	Rojo	Amarillo	Verde	Rojo	Verde	Amarillo	Verde
CANADÁ	Verde		Amarillo		Rojo	Rojo	Amarillo	Verde	Rojo		Amarillo	Verde
ESTADOS UNIDOS	Verde		Amarillo		Verde	Rojo	Amarillo	Verde	Rojo		Amarillo	Rojo
AUSTRALIA	Verde		Verde		Rojo	Rojo	Verde	Verde	Rojo	Verde	Amarillo	Verde
SUECIA	Verde		Verde		Verde	Rojo	Verde	Verde	Rojo		Verde	Verde
ESPAÑA	Rojo	Amarillo	Rojo	Amarillo	Rojo		Amarillo	Verde	Rojo		Amarillo	Rojo

Leyenda:

Verde= Total/ nacional/ nacional/ formal sistematizada a nivel nacional/ nacional/ nacional pública/ única/ nacional
Amarillo= Parcial/ federal/ federal/formal no sistematizada a nivel nacional/federal/ federal pública/ varias/ estatal
Rojo= inexistente/ local / inexistente/no formal/inexistente/inexistente/empresas privadas/ inexistente/ dependiente del propio servicio

* Los cuadros que aparecen divididos en dos colores denotan que se da una situación intermedia entre los mismos.

Cuadro 2. Cuadro cromático de la situación de la MILICS en el ámbito nacional e internacional.

2.3. Reflexión

En el presente apartado hemos puesto de manifiesto cómo, de acuerdo con lo establecido en la legislación, se debería adaptar la atención sanitaria general y la relacionada con la SSyR en especial a la población de origen extranjero que presenta unas necesidades lingüísticas y culturales específicas. Además hemos resaltado que la adaptación de la atención sanitaria a las necesidades lingüísticas y culturales de los usuarios extranjeros no solo beneficia a estos, sino que también favorece al conjunto del sistema sanitario.

También hemos contextualizado la situación de la ISP en el ámbito sanitario en España y otros países. Dicha contextualización se ha elaborado para generar un marco que permita identificar los retos a los que se enfrenta la ISP sanitaria en nuestro país y compararlos con los mecanismos que utilizan para afrontarlos países que gozan de una mayor tradición y desarrollo en este ámbito. De este modo podemos apuntar algunas propuestas que se han revelado eficaces para la consolidación de la ISP en otros territorios. A sabiendas de que estas no pueden ser directamente extrapolables e implementadas en nuestro país sin tener en cuenta el contexto (Abril, 2006: 283), sí pueden constituir un punto de partida desde el cual intentar buscar soluciones que contribuyan a la consolidación de la ISP sanitaria en España. Puesto que, como señala Ozolins (2000: 33):

While direct adoption of other models is often not practicable, it is crucial for different systems to learn from each other, and to avoid many of the mistakes and duplications of reinventing the wheel around the world.

La plena aceptación de la ISP requiere que se dé un proceso de cambio social que ha de producirse en los frentes representados por los tres agentes implicados en la ISP: los servicios públicos, los profesionales¹²⁹ y los miembros de las minorías lingüísticas (Corsellis, 2003).

La evolución de la ISP en los países en que han adoptado soluciones lingüísticas genéricas o integrales demuestra que el desarrollo de este género de interpretación depende de que en cada país surja algún tipo de liderazgo que impulse la creación de

¹²⁹ Corsellis utiliza el término lingüistas para referirse a los profesionales de la ISP y los investigadores de la disciplina.

servicios lingüísticos como instrumento de integración y promoción de las minorías, así como para garantizar el normal funcionamiento de las instituciones (Abril, 2006: 276). En España ese liderazgo ha partido del ámbito académico e investigador, que ha alcanzado un gran desarrollo y ha llegado a organizarse tanto a nivel nacional mediante la Red COMUNICA, como internacional mediante ENPSIT¹³⁰. En España ya existen numerosos programas de formación formal oficial que hemos ido citando a lo largo del apartado y entre los que destaca el Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos ofertado por la Universidad de Alcalá de Henares. En este sentido, se han citado a varios autores que apuntan que el problema no reside en la ausencia de formación específica sino en el hecho de que, al no estar la profesión consolidada, no se exija estar en posesión de la misma para trabajar como ISP.

Otro problema es que carecemos de un sistema nacional de acreditación que sí existe en otros países como Suecia, Australia, y especialmente Estados Unidos, que además ofrece una certificación específica para el ámbito médico (*Certified Medical Interpreter*) a través de la *National Board for Certification of Medical Interpreters*. De todas maneras, como señala Pascal Rillof (Valero, 2014), de poco sirve contar con un sistema de formación y acreditación desarrollado si se carece de fondos para pagar a los profesionales. En relación con esto Rillof añade que «as long as governments – local, regional, national or EU – don't provide structural funding, job opportunities for public service interpreters and translators will be scarce or unstable».

Por su parte, aunque la Administración empieza a reconocer la necesidad de la ISP (como se desprende de la publicación de normas y planes autonómicos citados que contemplan la provisión de servicios de interpretación/mediación para las minorías lingüísticas y culturales especialmente en el ámbito sanitario), sigue sin asumir del todo su responsabilidad con respecto a las necesidades de las mismas ya que, como se ha comprobado a lo largo del apartado, la existencia de servicios de ISP en España sigue siendo escasa y en muchos casos incluso se han cerrado servicios. En este sentido, se debería dar una mayor financiación para la implementación de servicios de ISP que garanticen un correcto acceso a los servicios públicos a minorías que están

¹³⁰ Un ejemplo del interés investigador por la ISP y la MI son las tesis doctorales sobre las disciplinas presentadas en las universidades españolas en los últimos años, como la de María Isabel Abril (2006) en la Universidad de Granada, la de Raquel Lázaro (2010) en la Universidad de Alcalá de Henares, la de Mireia Vargas (2012) en la Universidad Autónoma de Barcelona, o las de Lluís Baixauli (2012) y Almudena Nevado (2013) en la Universidad Jaume I.

contribuyendo al sostenimiento de los mismos pero que se encuentran ante la dificultad de acceder a estos en condiciones de igualdad debido a la existencia de barreras idiomáticas y culturales. Especialmente teniendo en cuenta que la implementación de servicios de ISP no solo beneficiaría al usuario sino también a la propia Administración (Hyman, 2009; Chan *et al.*, 2008 y otros trabajos mencionados anteriormente), puesto que, como se ha apuntado, los costes de no proveer servicios de interpretación/mediación en los centros sanitarios son mayores que los que suponen la financiación de los mismos. Además, la provisión de servicios ha contribuido a aumentar la eficiencia del sistema sanitario de otros países como Canadá al reducir la incidencia de eventos adversos, pruebas excesivas o innecesarias, estancias hospitalarias prolongadas, no asistencias a consulta y el tiempo de consulta (Sasso, 2006). En este sentido, se puede concluir que los beneficios de implementar dichos servicios son mayores que los costes que pueda originar su implementación y que, por lo tanto, deberían considerarse como un componente esencial para la gestión de riesgos, la mejora de la calidad de la atención sanitaria, la reducción de las disparidades de salud y el establecimiento de asociaciones con las comunidades marginadas. De la misma manera, también cabría destacar los beneficios que supondría la implementación de servicios lingüísticos en el plano laboral, ya que se incrementaría la contratación y se facilitaría una salida laboral a los estudiantes de los diferentes cursos de formación en ISP o MI y los profesionales.

Para una correcta implementación de servicios de ISP en nuestro país, existen diferentes modelos de organización de servicios que podrían tomarse como ejemplo. Podrían crearse bancos de intérpretes y aplicaciones para la gestión de las solicitudes de interpretación similares a FITS o Jérôme+ como en Canadá. Otra iniciativa interesante sería la creación de un registro oficial de ISP como el *NRPSI* del Reino Unido. También podrían establecerse empresas públicas de ISP como en Australia o, incluso, generalizarse iniciativas como la de FITISPOS, que ha creado un Servicio de Traducción que ofrece sus servicios a entidades públicas y privadas. Estos dos últimos ejemplos son especialmente interesantes porque pueden considerarse una inversión, ya que permiten a la Administración ahorrar costes al agilizar los encuentros entre sus profesionales con usuarios de las minorías. Del mismo modo, deberían crearse servicios de interpretación telefónica y optimizar los ya existentes. Estos podrían también ofrecer servicios de videoconferencia, como ocurre en Suecia. Sería interesante seguir el

ejemplo australiano y crear servicios de interpretación telefónica financiados y gestionados por entes públicos, como es el caso del *TIS*. Como señala Riscoll en su entrevista con Valero; «Whatever the model is and will be [...] the essence is that PSIT providers are regulated and that there's structural funding».

En cuanto al tipo de intérprete utilizado, existiría una posibilidad de dar salida laboral a los diferentes tipos de intérpretes que ya intervienen en los SS (voluntarios, personal bilingüe y profesionales) si se adoptase el modelo de *three-tiered healthcare interpreter system* de Columbia Británica o se implementase un sistema basado en los diferentes tipos de acreditación de intérprete del sistema australiano. No hay que olvidar que en los SS se dan diferentes tipos de encuentros entre los profesionales de los mismos y los usuarios, y que diferentes escenarios de interpretación/actuación requieren un distinto tipo de formación y grado de especialización. La población inmigrante con formación básica o aquellas personas que han estado actuando como voluntarios de diversas ONG podrían encontrar salida laboral en un puesto equivalente al *Language Aid* australiano. Los candidatos en posesión de formación específica desempeñarían tareas más especializadas, como por ejemplo la intervención en consultas médicas. El sistema de retribución de estos distintos tipos de ISP podría basarse en el de Suecia, en el que se asigna distintos salarios dependiendo del grado de especialización y el ámbito de actuación.

Del mismo modo, para asegurar que los servicios que se proporcionan son de calidad, deberían crearse organismos de control que los evaluaran. Estos podrían ser dependientes de otras instituciones como ocurre en Ontario, donde la tarea ha sido asumida por el *Ministry of Citizenship* que realiza periódicamente estudios de evaluación del sistema de *cultural interpreting services*. También podría seguirse el ejemplo de Estados Unidos y Australia donde las instituciones y agencias suelen evaluar periódicamente a los intérpretes. Una tercera posibilidad sería seguir los pasos de Suecia y crear una institución homóloga al *Interpreting Service Council (Tolkrådet)*, encargada de establecer un sistema de calidad empresarial para los servicios de interpretación. Actualmente, en España esta tarea viene siendo realizada casi de forma exclusiva desde el ámbito investigador, especialmente las universidades y la Red COMUNICA, que actúa como Observatorio Permanente de la Comunicación entre lenguas y culturas en nuestro país.

Otra iniciativa que contribuiría a mejorar la calidad de la ISP prestada por un lado, y a la definición del papel profesional de los ISP por otro, sería la instauración de un código

deontológico y estándares de práctica. Como se ha ido apuntando, existe ya una amplia gama de códigos deontológicos que sí han contribuido a la regulación de la profesión en otros países. Algunos han partido de asociaciones profesionales como el de la IMIA, la CHIA o el de AUSIT; mientras que otros lo han hecho a partir de organismos creados específicamente para la consolidación/gestión de la profesión. En este sentido, sería interesante seguir el ejemplo de Estados Unidos con su *National Standards of Practice for Interpreters in Health Care* del *National Council on Interpreting in Health Care*, o Canadá con su *National Standard Guide for Community Interpreting Services* de la *Healthcare Interpretation Network*; y adoptar un código a nivel nacional regulado por una institución creada específicamente para ello y para el contexto concreto de los servicios sanitarios.

Finalmente, en lo que se refiere a la figura del intérprete, hemos observado diferencias notables ya no solo entre países, sino también dentro de los mismos, como ocurre en Bélgica. Dada la complejidad del tema y el hecho de que constituye uno de los aspectos más polémicos de la disciplina, preferimos tratarlo en un capítulo aparte.

3. ISP y MI: Distintos modelos de respuesta a las necesidades de la población extranjera en su acceso a los SSPP

En el apartado anterior se ha hecho un repaso de las iniciativas y soluciones adoptadas por los diferentes países para reducir las barreras lingüísticas y culturales que obstaculizan el acceso a la atención sanitaria que recibe la población extranjera. El asentamiento de nuevas comunidades de origen extranjero deriva en una nueva necesidad para los profesionales de los SSPP: poder comunicarse de forma eficaz con unos usuarios que presentan una lengua y cultura diferentes a las propias. No obstante, como hemos observado en el apartado anterior, cada país ha seguido un proceso distinto de adaptación del sector sanitario a las necesidades específicas de la población de origen extranjero. En otras palabras, cada Estado ha respondido de diferentes maneras frente a una misma necesidad según sus políticas lingüísticas, políticas de inmigración, sistema institucional y organización de los servicios de cada Administración Pública, regulación de la igualdad de acceso a los SSPP a través de la legislación nacional, y movimientos demográficos. Así, no es de extrañar que las diferentes respuestas de los Estados hayan dado lugar a diferentes modelos. Abril (2006: 89) sostiene que el modelo de gestión de la inmigración y de la diversidad cultural de cada país no solo ha condicionado el desarrollo de la ISP, sino que, además, ha influido en el ejercicio de las labores y funciones del intérprete. Ya apuntamos en el apartado anterior que, en lo que se refiere a la figura del intérprete, se observan grandes diferencias ya no solo entre países, sino también dentro de los mismos. Así, en la actualidad, dentro del campo que podríamos denominar como “facilitación de la comunicación en los servicios públicos” nos encontramos con dos figuras, la de la ISP y la de la MI, que académica, formativa y profesionalmente se conciben en principio como perfiles diferenciados, aunque, al menos en opinión de algunos autores, con unos límites en ocasiones difusos (Ortí *et al.*, 2006: 116; Raga, 2013). El presente capítulo trata de ofrecer una panorámica de ambas disciplinas con el fin de contribuir a facilitar una comprensión más profunda de la realidad del campo estudiado. Para ello haremos un repaso de la bibliografía publicada sobre ISP y MI, prestando especial atención a los puntos convergentes y divergentes de ambas disciplinas. A partir de este análisis, esperamos justificar por qué las dos figuras (ISP y MI) podrían interactuar/coexistir en el ámbito sanitario y explicar cuál es nuestra

propuesta metodológica para la elaboración del siguiente capítulo sobre la figura de la facilitadora de la comunicación en este ámbito.

3.1. Denominación de la ISP

La Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos es una disciplina ampliamente estudiada en los últimos años. Existen muchas investigaciones que han contribuido al establecimiento de sus bases teóricas y han reclamado el reconocimiento social de la misma¹³¹. No obstante, al existir diversas corrientes ideológicas, la delimitación de este campo sigue resultando una tarea difícil. Hoy en día no existe consenso con respecto a la denominación de la disciplina¹³². Vargas-Urpi (2012: 74) apunta que la existencia de diversas denominaciones para la profesión responde al hecho de que esta ha sido concebida desde diferentes perspectivas. La mayoría de los investigadores¹³³ coinciden en señalar que los orígenes de la ISP no son lineales, pues como apunta Abril (2006: 87), su evolución está sometida a cuestiones sociopolíticas, estructurales y coyunturales. A continuación ofrecemos un breve recorrido por las diferentes denominaciones que se le han dado a la ISP, tanto en el ámbito internacional como en el nacional.

En los países anglófonos, pioneros en la disciplina (ya que históricamente han sido los que más inmigración han recibido), se utilizan diversos nombres. Algunos de ellos son: *Community Interpreting and Translating*, *Cultural interpreting*, *Public Services Interpreting and Translating*, *Liason Interpreting*, *Interpreting and Translating in Social Services*. Pasamos a verlos más concretamente:

- En Australia el término *community interpreting* empieza a utilizarse en las décadas de los 60-70, aunque según Gentile (1997: 117), la ISP es el género de interpretación más característico en el contexto australiano, por lo que no se usa calificativo alguno, sino solo *interpreting*.

¹³¹ Destacan especialmente los trabajos de Wadensjö (1992, 1998a), Roy (1993, 2002), Gentile *et al.* (1996), Mikkelsen (1996), Roberts (1997), Cambridge (1999, 2002), Pöchhacker (1997, 1999), Pöllabauer (2000), Ozolins (2000), Garber (2000), Mason (2000), Mesa (2000), Corsellis (1997, 2008), Angelelli (2003), Valero (1998, 2003a, 2006), Martin (2000), Martin y Abril (2002), Valero y Martin (2008).

¹³² Para más información véase Vargas-Urpi (2009b).

¹³³ Entre los que destacan Gentile *et al.* 1996; Harris 1997; Ozolins 1998; Pöchhacker 1999; Sauvêtre 2000a; y Ozolins 2000.

- En Canadá se habla de *cultural interpreting*, aunque en palabras de Garber (2000: 13) no hay que perder de vista que se trata de un término muy amplio, que viene a identificar prácticamente cualquier tarea relacionada con los idiomas, incluida la enseñanza del inglés como lengua extranjera. Roberts (1997: 12, 13) apunta que el término *cultural* se adoptó como consecuencia de la preocupación de las autoridades, concretamente el Ontario *Ministry of Citizenship*, por los aspectos culturales que impedían la comunicación plena con las minorías.
- En Estados Unidos se utiliza el término *community interpreting*, referido preferentemente a los servicios sociales, ya que la interpretación médica y especialmente la judicial poseen una denominación propia (*Health Care Interpreting* y *Medical Interpreting*, para el ámbito sanitario y *Court Interpreting* para el judicial).
- En Suecia, donde al igual que en Australia la ISP está asentada como profesión desde hace décadas¹³⁴, se emplean los términos *kontakttolk* y preferentemente *dialogtolk* para designar una interpretación que se caracteriza por llevarse a cabo en encuentros dialógicos y cara a cara en marcos institucionales (Wadensjö, 1992: 48).
- En el Reino Unido, la ISP ha experimentado un cambio de denominación. Se ha ido sustituyendo el término *community interpreting* por *public service interpreting*. Este cambio de denominación viene motivado por dos factores. Por un lado pretende aludir al contexto en el que se realiza este género de interpretación y, por otro lado, pretende evitar que *community* se identifique con la Comunidad Europea (Corsellis, 1997: 80). Sin embargo Mikkelson (1996: 127) señala que con el cambio de denominación de Comunidad a Unión Europea ya no cabría dicha confusión; no obstante, *Public Service Interpreting* es el término acuñado en el Reino Unido.
- En Alemania y Austria se empleaba el término *community interpreting* como préstamo del inglés. No obstante, más adelante Pöchhacker propuso el término *Kommunaldolmetschen*, traducción literal de *community interpreting*, aunque aún no se ha generalizado (entrevista con Pöchhacker, 2003).

¹³⁴ Ya en 1975 se aprobó una ley que establecía el derecho a intérprete en las instituciones públicas.

Abril (2006: 21) señala que el término *community* o su traducción literal parece imponerse en los países que se encuentran en la primera etapa de reconocimiento de la ISP. No obstante, este calificativo ha recibido las críticas de numerosos estudiosos por diferentes motivos. Erasmus (2000) identifica ciertas connotaciones políticas en la denominación *community interpreting* adoptada en un principio en Sudáfrica que han llevado a sustituir el término por *Liason Interpreting*. Pöchhacker (1999: 127) resalta que el término *community interpreting* podría ser identificado con labores de voluntariado llevadas a cabo por no profesionales, tales como “‘*community service*’ or (*unpaid*) ‘*community work*’”. Garber (2000: 11) y Gentile (1997: 117, 118) opinan que esta denominación identificará siempre a la ISP con una actividad no profesionalizada:

[the term *community*] does not describe an environment which is easily recognizable as an area of interpreting nor does it use terms which are devoid of ambiguity; the term *community* can be applied to a community attending a conference, a community living in one area, a community of people interested in a single issue, or a community of speakers of a certain language (Gentile 1997: 117).

En definitiva, la ISP recibe distintos nombres en los diferentes países. No obstante, esta falta de consenso no solo se da en el ámbito internacional. En España también se han utilizado distintas denominaciones, las más extendidas son *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP)*, que utiliza el grupo FITISPos¹³⁵ de la Universidad de Alcalá de Henares; e *Interpretación Social*, del grupo GRETI de la Universidad de Granada. Sin embargo, cabe señalar que en los últimos años el grupo GRETI ha optado por utilizar la denominación *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos* que originalmente acuñara la Universidad de Alcalá de Henares. Este cambio responde a dos motivos. Por un lado, pretende coordinar la terminología, puesto que la colaboración entre ambos grupos de investigación es cada vez más frecuente. Por otro, pretende acabar con ciertas connotaciones que se le atribuían a la ISP. En relación con esto, Abril (2006: 24) apunta que algunos trabajos de investigación basados en encuestas y entrevistas realizados en el marco del grupo de investigación GRETI revelaban que el término *interpretación social* sugería entre los entrevistados connotaciones relacionadas con el voluntariado, por lo que accidentalmente la utilización del término *Interpretación*

¹³⁵ Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos.

Social podría estar contribuyendo a perpetuar la imagen de la ISP como una actividad no profesional.

Hasta el momento hemos observado que la ISP recibe denominaciones distintas en los diferentes países. No obstante, esta diferencia terminológica no solo se da dependiendo del país en que nos encontremos, sino que se aprecian también diferentes denominaciones según el ámbito en que se desarrolla la actividad¹³⁶. Valero (2003b: 3-4) cita, entre otros, *Health Care Interpreting*, *Medical Interpreting*, *Cultural Interpreting*, *Legal Interpreting*. Miguélez (2003: 36-7) apunta que en Bélgica parece haberse impuesto la tendencia a referirse a la interpretación según el ámbito en que se realiza, es decir, interpretación en conferencias, en los tribunales, en hospitales, etc. Abril (2006: 21) comenta el caso de Estados Unidos, donde se diferencia entre *Community Interpreting*, en el ámbito social; *Court Interpreting*, en el ámbito judicial; y *Health Care/ Medical Interpreting*, en el ámbito sanitario.

Ante esta confusión terminológica y las implicaciones conceptuales de unos y otros términos, la Federación Internacional de Traductores (FIT)¹³⁷ ha adoptado un nuevo término para denominar la ISP: *community-based interpreting (CBI)* (Harris, 2000: 4). Abril (2006: 25) señala que esta denominación aún no se ha generalizado, aunque sí cuenta con el apoyo de autores de gran influencia en este campo de estudio. Destaca entre ellos Roberts (2002: 160, 161), quien considera que este término contribuiría a identificar la ISP según el entorno o marco social en el que se realiza y despejaría la ambigüedad que *community* a secas parece inspirar por confusión con las instituciones de la UE.

En resumen, aunque hemos observado que sigue sin existir una denominación unívoca de la ISP, algunos autores como Abril (2006: 25) apuntan que podríamos afirmar que el debate sobre la denominación podría considerarse una etapa superada, ya que los debates de sucesivas reuniones internacionales se centran en otras cuestiones, fundamentalmente la profesionalización, la percepción del papel y de las funciones del intérprete o su actitud hacia el uso de códigos éticos. Si bien no se ha llegado a un consenso sobre término y concepto, sí se ha aceptado que se trata de una realidad compleja y diversa, con lo cual, la búsqueda de la “unidad dentro de la diversidad”

¹³⁶ Los dos ámbitos más estudiados son el sanitario y el legal.

¹³⁷ Web de la organización en <<http://www.fit-ift.org>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

(Pöchhacker, 1999: 127) no debe centrarse en la denominación, sino en la definición del perfil del intérprete y en los requisitos para su profesionalización.

3.1.2 Clasificación de la ISP

La clasificación de la ISP también ha suscitado numerosos debates. Los estudiosos se han venido cuestionando si la ISP merece un campo propio dentro de la interpretación y si podría (o no) considerarse una especialidad o género en sí misma.

Los detractores argumentan que intentar distinguir géneros de interpretación contribuye a la disgregación y la confusión de la ISP. Dentro de este grupo se encuentran autores como Gentile (1997) y Mikkelson (2000), quienes apuntan que las “etiquetas” reflejan actitudes subjetivas de los usuarios y de los mismos intérpretes hacia la interpretación. También están dentro de este grupo autores como Hertog y Reunbrouck (1999: 265) y Roberts (1998, 2002: 173), quienes alertan sobre el peligro de subrayar las diferencias entre formas de interpretación y abogan por la búsqueda de los puntos comunes entre ISP e interpretación de conferencias para equiparar el estatus de unos y otros intérpretes, con independencia del ámbito o contexto en el que ejerzan.

En el plano opuesto se sitúan los autores que están a favor de defender la delimitación entre tipos de interpretación. Abril (2006: 27) argumenta que en cualquier disciplina, tanto más cuanto más profesionalizada se encuentre, se distinguen distintas ramas de especialidad. En la misma línea se sitúa Alexieva (1997: 153), quien cita a Snell-Hornby (1988: 26): «The tendency to categorize is innate in man and essential to all scientific development». Abril concluye que se tiende a buscar la catalogación sistemática de la realidad –aunque no en compartimentos estancos e inamovibles– para facilitar su estudio, desarrollo y, en algunos casos, regulación; y dentro de este último aspecto, la formación de profesionales especializados de acuerdo con unas pautas claras. Pues, como dice Alexieva:

The effort to classify involves the identification of similarities and differences, an exercise which makes it easier for us to make sense of diversity and to order and plan

our activities. Categorization is therefore an important tool of learning and teaching (Alexieva, 1997: 153).

Por su parte, Garber (2000: 10, 11), que en principio estaba en contra de la delimitación entre tipos de interpretación, apunta que en el desarrollo de su experiencia profesional, ha ido percibiendo la necesidad de distinguir claramente entre géneros de interpretación y la utilidad de identificar claramente los rasgos distintivos de cada uno de ellos, con el objeto de contribuir a eliminar la subjetividad con que a menudo se perciben unas en contraste con otras.

En cuanto a las clasificaciones propuestas por los investigadores, Abril (2006: 28) señala que para establecer los criterios de clasificación de la ISP se han empleado tradicionalmente diferentes parámetros, a menudo de forma aislada. Trabajos como los de Wadensjö (1992: 47, 48), Alexieva (1997: 153-155) y Pöchhacker (2004: 13-23) revisan los principales parámetros empleados en las distintas tipologías de intercambios comunicativos mediados por intérprete. Estos parámetros incluyen:

- La modalidad o técnica (que permite distinguir entre consecutiva y simultánea).
- El número de lenguas o direcciones de trabajo del intérprete (bidireccional o bilateral frente a unidireccional).
- La situación comunicativa o contexto (de conferencias, ante los tribunales, comunitaria o en los medios de comunicación).
- La función social del intérprete (de escolta, de enlace).
- La relación internacional o intra-social entre los interlocutores (de conferencias, comunitaria).
- El uso de la tecnología (remota, presencial).
- El estatus del intérprete (profesional, no profesional).

Roberts (1997) es pionera en proponer una clasificación orientada a explorar el lugar que podría ocupar la ISP. Se basa en los parámetros del entorno y el concepto del papel del intérprete en los actos de interpretación y añade además el elemento de la evolución de la interpretación en el mercado. Su clasificación (Roberts, 1997: 8-10) distingue la interpretación de conferencias de la interpretación *ad hoc*. Esta última se subdivide en dos ramas: la orientada al mundo empresarial y de los negocios, y la orientada a la

comunidad (*community-oriented*). Dentro del género de *community-oriented ad hoc interpreting* se distinguen tres especialidades que vienen determinadas por el entorno de trabajo: interpretación en los servicios públicos, en el ámbito médico, y judicial. Roberts considera dos posibles futuros escenarios: que la evolución de la ISP determine que cada una de las especialidades de ISP se convierta en un género independiente, con sus propios mecanismos de formación y acreditación; o que, por el contrario, la ISP se integre de forma uniforme en la interpretación como género único. Añade que el futuro escenario dependerá fundamentalmente de si se llega a alcanzar un grado de profesionalización que sitúe a la ISP al mismo nivel que la interpretación de conferencias o no. No obstante, aunque en principio Roberts defiende la conveniencia de diferenciar entre diferentes especialidades de ISP, más tarde toma una posición contraria. Alega que es imprescindible considerar las demandas del mercado y su evolución, y señala que quizá no sea lógico ni práctico distinguir entre tipos de interpretación según los entornos de trabajo, si el mercado impone a los intérpretes el ejercicio en todos ellos por simple cuestión de supervivencia (2002: 173). Sin embargo, según vimos en el apartado anterior, sí parece que algunos países han puesto o están poniendo en marcha mecanismos de especialización para el ámbito de la interpretación médica, como ya se hiciera para el ámbito de la justicia.

Por su parte, Garber (2000: 15) establece una clasificación del mundo de la interpretación basada en géneros. No obstante, no considera dichos géneros como compartimentos estancos, sino que apunta que existen áreas de intersección entre ellos que representarían los elementos compartidos por unos y otros géneros.

Angelelli (2000: 581) añade que para alcanzar una visión realista de la interpretación en general y su materialización en distintas situaciones particulares, es preciso aproximarse a ella como acto sociocomunicativo complejo. Partiendo de la misma idea, Pöchhacker (2004: 13, 14) propone un acercamiento a la ISP que contempla diversos factores:

- Canal de comunicación.
- Entorno.
- Modalidad.
- Lenguas.
- Tipo de discurso.
- Participantes.
- Intérprete.

- Aspectos problemáticos de la interpretación.

A raíz de todo lo anterior, Abril (2006: 31) apunta que la existencia de diferentes parámetros de clasificación y la complejidad de los actos de interpretación determinan que la clasificación de encuentros interpretados según un único criterio no sea eficaz ni realista. Para cerrar el debate sobre la conveniencia de distinguir a la ISP de otros géneros de interpretación, Abril concluye que:

No solo no sería contraproducente distinguir la ISP de otros géneros de interpretación, sino que el hacerlo singularizando sus características como acto sociocomunicativo configurado por un complejo conjunto de parámetros contribuiría a alcanzar un consenso sobre qué constituye ISP y, sobre esa base, qué competencias ha de reunir un profesional de la misma y cómo formar a los futuros intérpretes en dichas competencias. En definitiva, contribuiría a su consolidación como actividad profesional de igual prestigio que otros géneros más asentados (Abril, 2006: 33).

No obstante, como señala la autora ninguna clasificación en compartimentos estancos reflejaría el panorama real de la ISP, por lo que la catalogación de géneros no puede ignorar las áreas de intersección existentes entre todos ellos.

3.1.3. Definición y características de la ISP

Al igual que ocurre con la falta de consenso respecto a la denominación y la clasificación de la disciplina, la ISP tampoco cuenta con una definición unívoca. Existen diversas definiciones que han sido concebidas desde diferentes perspectivas y que se centran, por lo tanto, en diferentes aspectos de la disciplina. A continuación haremos un repaso sobre las definiciones propuestas por diversos investigadores. Cada una de ellas aporta un elemento nuevo que permite ir acotando la caracterización de la ISP.

En el primer congreso internacional sobre ISP (Critical Link¹³⁸ – *Interpreters in the Community*, celebrado en Canadá en 1995) se define *community interpreting* como:

¹³⁸ Critical Link International es una organización internacional no lucrativa dedicada al desarrollo de la ISP en los ámbitos social, legal y sanitario. Véase <<http://criticallink.org/>>. [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

[...] a type of interpreting done to assist those who are not fluent speakers of the official language of the country, to gain full and equal access to public services (legal, health, education, local government and social services) (Roberts, 1997: 11).

En la definición de Roberts se resalta el objetivo de la ISP: asistir a usuarios de los SSPP que no conozcan el idioma oficial o tengan un conocimiento limitado del mismo para garantizar, de este modo, un acceso igualitario a los SSPP. No obstante, aunque el objetivo queda establecido, aún surgen muchas preguntas acerca de cómo llevarlo a la práctica. Mikkelsen (1996: 126) se sitúa en la misma línea que Roberts y destaca el papel de la ISP como garante de un acceso igualitario a los SSPP. Otra de las primeras definiciones de ISP es la siguiente:

Interpreting carried out in face-to-face encounters between officials and laypeople, meeting for a particular purpose at a public institution is (in English-speaking countries) often termed community interpreting [...]. Sometimes liaison interpreting is used as a synonymous term [...]. Once performed only by volunteers, ad hoc bilinguals, friends, and relatives (even children) this type of interpreting has, during the last few decades, been developing into a profession.[...] Community interpreting is typically bi-directional, that is, the same interpreter works in the two languages in question. As a rule, it is carried out consecutively upon the original speakers' talk, sequence by sequence. The concept covers both interpreting in face-to-face situations and interpreting provided over the telephone. Health care, mental health, educational, social service and legal interpreting are frequently given as sub-categories, and community interpreting as a more general concept (Wadensjö, 1998: 49).

La definición de Wadensjö es más amplia que la anterior ya que establece el marco situacional de la ISP, la modalidad de interpretación e incluye, además, no solo la interpretación cara a cara sino también la interpretación telefónica. Wadensjö hace referencia además a algunos puntos conflictivos de la disciplina, como son la falta de consenso en cuanto a la denominación y la falta de reconocimiento de la misma. Nombra también la existencia de subcategorías de ISP según el ámbito de actuación, destacando la ISP que se lleva a cabo en el ámbito legal, sanitario, social y educativo.

Corsellis (2008), siguiendo la misma línea de Wadensjö, define la ISP como:

Public service interpreting and translation are, as the name implies, interpreting and translation carried out in the context of the public services, where services users do not speak the majority language of the country. The term ‘public service’ refers mainly to those services that are provided for the public by central or local government. They include legal, health and the range of social services such as housing, education, welfare and environmental health (Corsellis, 2008: 4-5).

Por su parte, Pöchhacker define la ISP del siguiente modo:

In the most general sense, community interpreting refers to interpreting in institutional settings of a given society in which public service providers and individual clients do not speak the same language. [...] Community interpreting facilitates communication within a social entity (society) that includes culturally different sub-groups. Hence, the qualifier ‘community’ refers to both the (mainstream) society as such as its constituent sub-community (ethnic or indigenous community, linguistic minority, etc.) (Pöchhacker, 1999: 127).

La definición de Pöchhacker resalta la tarea de la ISP como facilitador de la conversación. Destaca que se da en un marco intrasocial, es decir, dentro de una misma sociedad, con un horizonte final de integración de unos interlocutores en una sociedad de acogida conformada por diferentes grupos culturales.

Valero (2003 b: 4), a quien podríamos considerar una de las mayores autoridades de ISP en nuestro país, describe la ISP¹³⁹ como:

Una forma de comunicación que se da en cualquier sociedad multicultural en la que los hablantes de diferentes lenguas deben comunicarse directamente con hablantes de otras lenguas que no conocen y para lo cual se sirven de intermediarios que conocen ambas lenguas (Valero Garcés 2003 b: 4).

La definición de Valero parece poner el énfasis en el aspecto lingüístico de la ISP. Sin embargo, más adelante incluye también otros aspectos que trataremos más tarde.

¹³⁹ Ya comentamos anteriormente que la autora prefiere la utilización de la denominación Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (TISP) para referirse a la disciplina.

Es importante señalar que, como ocurrió con los estudios en Traducción e Interpretación¹⁴⁰, las bases teóricas de la ISP, en sus inicios, se centraban mayoritariamente en la cuestión lingüística; pero, poco a poco fue reconociéndose la importancia del componente cultural¹⁴¹. En este sentido destaca la obra pionera de Kaufer y Koolage (1984) donde se atribuye al ISP el rol de intermediario cultural o *culture broker*. En la misma línea se sitúan Bischoff *et al.* (2009), que atribuyen al ISP la tarea de mediador cuando ofrece aclaraciones o explicaciones para ayudar en la comprensión ante la aparición de barreras culturales¹⁴². Tras considerar la importancia de los factores culturales intrínsecos a la ISP, Valero Garcés amplía su definición del siguiente modo:

[La Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos consiste en] Establecer la comunicación con un público específico que responde a una minoría cultural y lingüística, que posee un nivel educativo y adquisitivo generalmente inferior al de la mayoría y que, con frecuencia, desconoce o no domina la nueva realidad social del país en el que se encuentra (Valero, 2003b: 5).

En la definición anterior, se hace hincapié en la diferencia lingüística y cultural, pero se incluyen nuevos matices, como es el de la asimetría, es decir, el hecho de que existe una notable diferencia entre los interlocutores que participan en el encuentro, tanto en el plano educativo como en el económico. En consonancia con esta diferencia, algunos autores incluyen en sus definiciones de ISP una idea nueva: la ISP ya no se limita a una decodificación lingüística y cultural, sino que además tiene por objeto equilibrar las relaciones de poder¹⁴³.

Community translation is a means to an end, namely to equip the community with the necessary information and other means to develop skills for themselves. It is an attempt

¹⁴⁰ Nida, Toury, Reiss y Vermeer (citados en Valero y Martín 2008) y Hatim y Mason (1990: 223-224) ponen de manifiesto en sus trabajos la pertinencia de incluir la dimensión cultural en el proceso de traducción y los estudios sobre la disciplina.

¹⁴¹ Que engloba no solo la lengua sino muchos otros aspectos como los modelos de comportamiento, las creencias y las reglas de actuación.

¹⁴² Vargas Urpi (2012:79) señala que conviene no confundir este rol que puede adoptar el intérprete puntualmente dependiendo de las necesidades del intercambio comunicativo con la figura de la MI concebida como tal.

¹⁴³ Más adelante veremos cómo este objetivo de equilibrar las relaciones de poder también se da en la Mediación Intercultural (MI). No obstante, en el caso de la ISP este objetivo se da solo para el encuentro comunicativo concreto, mientras que la MI, ya sea la dirigida a la atención de casos o la comunitaria, sí pretende equilibrar las relaciones de poder con objeto de llegar a una transformación hacia una sociedad multicultural y una mejor comprensión del Otro.

to balance the power relationship between the sender and the receiver by prioritising the needs of the community (Lesch, citado en Valero 2003b: 5).

No society is homogeneous and translators need to be sensitive to the needs of different groups. Within any speech community there are marginalised groups who have been excluded from mainstream developments and for whom the form in which information is encoded presents a barrier. [...] [The task of the community translator] is not only to make information available in another language (in a parallel manner) but to make it available to marginalised communities in a more assimilable format (Cluver, citado en Valero 2003b: 5).

En las definiciones anteriores, destaca el concepto de empoderamiento. Este consiste en ofrecer a la/s persona/s pertenecientes al grupo minoritario las herramientas necesarias para que puedan cobrar autonomía en la toma de decisiones y lograr, de este modo, ejercer control sobre sus vidas gracias al libre acceso a la información, la participación inclusiva, la responsabilidad y el desarrollo de capacidades. Siguiendo esta línea Baraldi (2009) enfatiza la necesidad de una “interacción mediada por un intérprete” (*interpreter-mediated interaction*) para crear un espacio de diálogo donde los participantes puedan expresarse teniendo presentes las diferencias de jerarquía y de poder, tan marcadas en las interacciones en los servicios públicos. Traspasar una información en lengua A a lengua B, aunque sigue siendo un requisito imprescindible en la tarea de la ISP, no es suficiente por sí mismo para llevar a buen término la comunicación. En ocasiones se necesita que la ISP introduzca aclaraciones de tipo cultural, institucional u otras que permitan al interlocutor perteneciente al grupo minoritario comprender la totalidad del mensaje, como ya apuntaban Kaufer y Koolage (1984) cuando atribuían al ISP el rol de intermediario cultural o *culture broker*¹⁴⁴. Cluver introduce además la idea de que la ISP no solo debe decodificar la información y transmitirla en la lengua B, sino que además tiene la responsabilidad de adaptarla para hacerla más accesible al interlocutor alófono¹⁴⁵.

Abril (2006: 36) subraya que para abordar una caracterización de la ISP es necesario atender las dimensiones interpersonal y social de la misma. En coherencia con lo

¹⁴⁴ Volvemos a incidir en la conveniencia de entender este rol de intermediario cultural como estrategia puntual que será llevada a cabo por la ISP según las necesidades del acto comunicativo y de distinguirlo del papel más amplio de la MI.

¹⁴⁵ Sin embargo, como veremos más adelante, algunas de estas ideas chocan con los principios generales de actuación que se recogen en los códigos deontológicos existentes.

anterior, basándose en la propuesta del modelo multiparamétrico de Alexieva (1997:156) y en las diversas aportaciones de los investigadores, Abril (2006: 38-39) propone una caracterización para establecer el perfil típico de la ISP. Así, la ISP se diferencia de otros tipos de interpretación por las especificidades que se dan en los siguientes parámetros:

1. Participantes en la situación comunicativa

1.1. Interlocutores primarios:

- Un representante de un servicio público, hablante de la lengua mayoritaria y oficial, e indirectamente implicado en el contenido textual.
- Un usuario de un servicio público, perteneciente a una minoría lingüística. Puede emplear una segunda lengua como herramienta de contacto y está directamente implicado en el contenido textual.

1.2. Intérprete: puede tratarse de un *no* profesional sin preparación específica, frecuentemente miembro de la minoría lingüística.

2. Formato de la situación comunicativa

Entrevista en la que se desarrolla una comunicación interpersonal diádica y dialógica, interpretada en la modalidad de consecutiva dialógica o bilateral, y con una marcada dimensión interpersonal que impide la invisibilidad del intérprete.

3. Configuración contextual de la situación comunicativa

Entorno profesional especializado e institucionalizado, en el que se desarrolla un intercambio comunicativo fundamentalmente oral y con una relación jerárquica entre los interlocutores.

4. Tipo de texto y estrategias de creación del texto

Tipo de texto asimétrico: semiespontáneo, planificado y especializado por parte del profesional del servicio público, pero espontáneo, no planificado y no especializado por parte del usuario.

5. Objetivos de la situación comunicativa

Conflicto de objetivos entre los interlocutores: el usuario busca solucionar una situación crítica, mientras que el representante del servicio público busca información para decidir el resultado de la entrevista.

6. Relaciones entre los participantes (poder y cultura)

6.1. *Estatus y relaciones de poder*: asimetría de poder entre los interlocutores primarios. El intérprete es percibido como figura de poder por ser indispensable, por monopolizar unos recursos escasos y por arbitrar la interacción comunicativa.

6.2. *Disparidad cultural*: brecha cultural entre los interlocutores primarios basada en la diferencia de bagaje cultural, experiencia vital y estatus relativo, personal y de sus lenguas.

7. Papel de los participantes en la situación comunicativa

7.1. *Interlocutores primarios*: alternan las funciones de emisor/receptor o productor/consumidor, con distintos papeles, según el grado de compromiso con respecto al mensaje y según sus estrategias sociocomunicativas.

7.2. *Intérprete*: su papel se caracteriza por el conflicto de roles, la ambigüedad en la definición y la sobrecarga de responsabilidad. Los límites de su intervención son difusos y objeto de constante controversia.

La propuesta de caracterización de la ISP de Abril, resulta útil como descripción sistemática de los rasgos distintivos de la ISP que la configuran como género. No obstante, creemos importante resaltar que si bien es cierto que sí establece una clara diferenciación de la ISP con respecto a la interpretación de conferencias, no ocurre lo mismo con respecto a la MI, ya que los parámetros expuestos por Abril y sus particularidades también son aplicables a la MI dirigida a la atención de casos de la que hablaremos más adelante.

Baixauli (2012: 26) propone una definición de ISP siguiendo el modelo periodístico de Alexieva (1997: 156)¹⁴⁶ y pone énfasis en el entorno físico y los agentes:

La ISP és el tipus d'interpretació que té lloc en el marc típic dels serveis públics (un hospital, una comissaria, un jutjat, una escola, una centre penitenciari...) entre dues parts que no es poden comunicar perquè no comparteixen una mateixa llengua: d'una banda, un agent que proveeix el servei (un metge, un policia, un jutge, un mestre, un funcionari de presons...) i, de l'altra, un usuari d'aquest servei (un pacient, un detingut, una part en un judici, un alumne, un intern...) (Baixauli, 2012: 26).

¹⁴⁶ El sistema de Alexieva (1997: 156) se basa en múltiples parámetros propios del modelo periodístico y trata fundamentalmente de responder a las preguntas de qué, dónde, quién y por qué.

Hemos ido observando cómo los diferentes autores resaltan unos u otros aspectos de la ISP. No obstante, el denominador común es que todos ellos hablan del entorno institucional y del hecho de las lenguas y las culturas de los agentes que necesitan la ISP para comunicarse son diferentes (Baixauli, 2012: 25).

A partir de todas las definiciones anteriores pasamos a comentar las características que han ido formando lo que hoy entendemos por ISP:

- Consiste en la facilitación por parte de un tercero de una intervención comunicativa que se da en entornos institucionales entre dos o más interlocutores pertenecientes a distintas culturas.
- La ISP interviene porque los interlocutores no pueden establecer una comunicación efectiva por sí mismos, ya sea por diferencias lingüísticas o culturales.
- Aunque en principio se concibe como una actividad de transvase lingüístico, poco a poco ha ido atendiendo a muchos otros factores culturales y contextuales para superar la falta de entendimiento y tratar de equilibrar las relaciones de poder.

3.2. Denominación y definición de la MI

La Mediación Intercultural es una disciplina relativamente nueva que también se encuentra rodeada de polémica. Abril (2006: 109) señala que la disciplina necesita de un proceso de profesionalización tanto como la misma ISP, especialmente si consideramos que cuenta con un considerable respaldo por parte de la Administración sin estar aún regulada ni adecuadamente respaldada. El Ministerio de Educación y Ciencia¹⁴⁷ se refiere a la amplitud del concepto de MI en general, y a la dificultad de definirlo en el ámbito educativo del siguiente modo:

¹⁴⁷ Véase <http://w3.cnice.mec.es/recursos2/atencion_diversidad/03_03_9.htm>. [Fecha de consulta: 16 de diciembre de 2014].

Según este Ministerio [de Educación y Ciencia], no está bien determinado quién o qué organismos han de formar a los mediadores, qué papel han de realizar, si han de trabajar solo para las minorías o con todos los alumnos, si han de vincularse a los servicios sociales municipales o a los centros escolares, si constituyen un perfil profesional nuevo o sería mejor fomentar el empleo de titulados, por ejemplo, en educación social, si han de pertenecer al colectivo de referencia con el que trabajarán o no, etc (Abril, 2006: 109).

Esta cuestión de indefinición y confusión de MI es también extrapolable a otros ámbitos de actuación. Precisamente, el informe de Transkom (2007: 5)¹⁴⁸, *Comparative Study on Language and Culture Mediation in different European countries*, pone de manifiesto esta cuestión al lanzar la siguiente pregunta:

What is language and cultural mediation exactly? Not only are the terms used inconsistently in the various European countries and sometimes even within the countries, but the related understanding and functions range from mere interpreting to cultural mediation or counseling in the health care, social welfare or educational sector. In contrast to classic interpreting, so-called language and cultural mediation primarily takes place in the nonprofit or public service sector. [...] There are different definitions and concepts regarding the precise meaning of language and cultural mediation in the countries examined within the framework of this study. Clearly defined and standardized job titles with a clear description of the duties exist at the national level primarily in the countries where development of the job description and standardization of training is relatively far advanced, such as in Switzerland and Belgium.

Igual que ocurre con la ISP, los investigadores en MI proponen definiciones y clasificaciones diversas¹⁴⁹. No obstante, los aspectos más controvertidos de la disciplina no hacen referencia a esta falta de consenso terminológico ni clasificatorio, sino a otros factores como son la delimitación de funciones de las MI, la imparcialidad, la precisión, etc., dilemas que, precisamente y como apuntamos anteriormente, también constituyen el caballo de batalla de la ISP.

¹⁴⁸ Este estudio comparativo sobre mediación lingüística y cultural analiza el estado de la cuestión en Bélgica, Austria, España, Suiza, Italia y Alemania. Véase <<http://www.saludycultura.uji.es/archivos/Transkom.pdf>>. [Fecha de consulta: 16 de diciembre de 2014].

¹⁴⁹ Para más información sobre las distintas clasificaciones de MI véase Raga (2005b: 4-5).

Por lo que respecta a su denominación, las formas más utilizadas son: MI (Mediación Intercultural) y MILIC (Mediación Interlingüística e Intercultural). Algunos investigadores, como por ejemplo los del Grupo CRIT, que estudia la comunicación intercultural y la mediación interlingüística e intercultural, prefieren esta última, aunque tiene un uso menos extendido. El término MILIC de CRIT hace referencia, en realidad, a una propuesta integradora que aúna la ISP y la MI.

La MI nace paralelamente a la ISP. También surge como una forma de dar respuesta a las necesidades de comunicación de los profesionales de los SSPP y los usuarios autóctonos.

Entre las críticas que se le hacen a la MI destaca la relación de esta con la mediación en conflictos (de ahora en adelante MC)¹⁵⁰. La MI comparte con la MC y otros tipos de mediación varios principios¹⁵¹. Sin embargo, la MI y la MC presentan ciertas diferencias ya que el objetivo principal de la MI no es solo resolver un conflicto mediante el establecimiento de un acuerdo, como en el caso de la MC. En palabras de Raga (2014: 11):

Pese a que MI y MC comparten la denominación de mediación, y pese a que en muchos programas de formación en MI las técnicas de MC ocupan un lugar central, lo cierto es que en su desempeño laboral en el ámbito sanitario las MI raras veces se enfrentan a situaciones en las que se haya planteado un conflicto abierto y explícito entre las partes, en las que puedan desplegar las técnicas de negociación propias de la MC. Los informes laborales indican que este tipo de intervenciones apenas suponen el 2% del total de las intervenciones de las MI, y lo mismo ocurre con las ISP (Raga, 2014: 11).

Esta afirmación casa con los datos que ofrece Muñoz (2010), según los cuales la proporción de intervenciones relacionadas con MC que se dan en el ámbito sanitario en Bégica solo se supone el 3% de los casos.

En la misma línea que Raga, Giménez (1997: 143) apunta que la MI «no va siempre orientada a la superación de una determinada disputa sino que en otras ocasiones persigue, por ejemplo, el establecimiento de comunicación entre ellos [individuos y/o

¹⁵⁰ Para más información sobre MI y límites con otras disciplinas véase (Sánchez Pérez, 2009: 13-17).

¹⁵¹ Estos incluyen: la voluntariedad, el coprotagonismo y la legitimación de las partes, la ayuda a las partes como finalidad central de la mediación, la no obligatoriedad para los participantes de acatar o aceptar las intervenciones que lleve a cabo el/la mediador/a, la confianza de las partes en la mediadora y en el procedimiento, la flexibilidad, la equidistancia y la imparcialidad técnica del/la mediador/a y la recontextualización del conflicto o la situación.

instituciones] [...] o la mejora de dicha comunicación». De hecho, como apuntaba Raga, en la mayoría de las situaciones en las que interviene la MI en el ámbito sanitario no hay un conflicto establecido, sino una brecha comunicativa impuesta por diferencias lingüísticas o culturales que puede derivar en conflicto si la mediación no se realiza correctamente. En general, la MI desempeña una labor preventiva. Esta labor de prevención crece en la medida en que facilita la comunicación entre personas y grupos etnoculturalmente diferenciados y contribuye al acercamiento cultural y al incremento del conocimiento mutuo de los códigos culturales (Sánchez Pérez, 2009: 17). Con ello limita el surgimiento de los conflictos que son debidos a los malentendidos por falta de conocimiento de los valores del otro, reduce el peso de los estereotipos y prejuicios que constituyen una de las principales barreras para el acercamiento cultural y favorece actitudes de apertura, compromiso social y pacifismo en el abordaje de los conflictos (Lahib, 2007: 61). Otra diferencia fundamental entre ambas disciplinas radica en que en la mediación en conflictos los interlocutores no siempre pertenecen a culturas distintas, mientras que en la MI esto sí ocurre (Sánchez Pérez, 2009: 17).

Como apuntábamos más arriba, actualmente no existe una definición unívoca de MI. Sin embargo, sí parece haber consenso en la definición del objetivo de la misma: contribuir a mejorar la comunicación y la relación entre los extranjeros y la población autóctona, por un lado, y entre los extranjeros y los profesionales de los servicios públicos, por otro (Sánchez Pérez, 2009: 11)¹⁵². En cuanto a las definiciones de MI, incluimos la de Giménez¹⁵³ (1997: 142), pionero de esta disciplina en nuestro país; y la del Grupo Triángulo¹⁵⁴:

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

¹⁵² En este sentido, es interesante constatar cómo el segundo objetivo que acabamos de apuntar coincide con el objetivo de la ISP de mejorar la comunicación entre usuarios extranjeros y personal autóctono de los servicios públicos, pero no así el primero (de mejorar la comunicación y la relación entre los extranjeros y la población autóctona) que es exclusivo de la MI.

¹⁵³ Antropólogo social, docente de la Escuela de Mediadores Sociales para la Inmigración (EMSI) de Madrid, y director del Servicio de Mediación Social Intercultural (SEMSI) de la misma comunidad.

¹⁵⁴ El Grupo Triángulo es un espacio para la Mediación Intercultural, formado por entidades de Andalucía, Cataluña y Madrid que trabajan la MI en los campos de la inmigración y el mundo gitano: Sevilla Acoge, Fundación Secretariado General Gitano (FSGG), Desenvolupament Comunitari, Andalucía Acoge, Etnic, Programa Migración y Multiculturalidad de la UAM, Asociación para la Cooperación Internacional y la Solidaridad Internacional (ACISI). Recientemente en 2008 se incorpora CEPAIM (de ámbito nacional) y la Fundación Cei-Migra (Comunidad Valenciana).

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 (Giménez, 1997: 142).

La mediación intercultural es un proceso que contribuye a mejorar la comunicación, la relación y la integración intercultural entre personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas. Esta labor se lleva a cabo mediante una intervención que abarca tres aspectos fundamentales: facilitar la comunicación, fomentar la cohesión social y promover la autonomía e inserción social de las minorías en orden a construir un nuevo marco común de convivencia (Grupo Triángulo, 2006: 11).

Ambas definiciones señalan que la MI consiste en la intervención de una tercera parte que facilita el entendimiento de interlocutores de diferentes culturas. Aunque en las definiciones no se dice explícitamente, se sobreentiende que la MI interviene como decodificador de barreras lingüísticas y culturales para conseguir que los interlocutores lleven a cabo una comunicación efectiva. Esta comunicación se lleva a cabo además desde el reconocimiento y el respeto mutuo. Los autores también coinciden en señalar que la MI no solo se centra en una intervención concreta en un momento determinado, sino que pretende, además, una transformación social a largo plazo. En palabras de Cohen-Emerique:

La mediación es parte integrante del proceso de 'integración' ya que se trata de encontrar acomodaciones, adaptaciones, e incluso creaciones de nuevas formas para la búsqueda de un nuevo acercamiento donde las dos partes dan un paso hacia el otro sin atentar contra los fundamentos de las respectivas identidades, evitando la violencia simbólica (Cohen-Emerique, 1997: 250-251).

Expresado de un modo distinto por Richarte y Díe (2009: 12), y atendiendo principalmente al factor de la integración y transformación de la sociedad, «la finalidad de la mediación intercultural es construir una sociedad intercultural y no solo multicultural».

Volviendo al tema de mediación lingüística que comentábamos anteriormente, Fuentes (2006: 117) se opone a la idea de que las mediadoras deban, necesariamente, tener un

buen dominio de sus idiomas de trabajo y considera que «un buen profesional puede serlo sin conocer necesariamente la lengua de las personas para las que media, y que – por el contrario- no es condición suficiente ser un buen intérprete o traductor para ser un buen mediador». Sin embargo, estamos ante una opinión poco extendida y, en nuestra opinión, poco coherente. Así lo demuestra un estudio realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez, de Lorca, donde se pone de manifiesto que la necesidad básica en la función de la MI se refiere a la traducción del idioma (Jiménez *et al.*, 2009: 4). En línea con lo anterior, como señala Guerrero (2012: 11) aunque la MI va más allá de las funciones y labores de la interpretación y/o traducción, no hay que olvidar que la competencia lingüística resulta vital para el éxito de la intervención en este campo. En la misma línea se manifiesta Vargas-Urpi (2012: 80), cuando señala que en el caso de la MI la interpretación lingüística es una de las tareas que realizan unas profesionales con un perfil mucho más amplio (las MI) con el objetivo de facilitar las relaciones, fomentar la comunicación y promover la integración entre personas o grupos de una o diversas culturas. Siguiendo esta argumentación, la interpretación podría considerarse un aspecto más de la MI (Sales, 2005) pero no al revés (Pena *et al.*, 2014: 5). Esto no quiere decir que por ello deba restársele importancia a la tarea de intérprete lingüístico que realiza la MI puesto que, como señalan algunos estudios que se han centrado solo en el ámbito de la mediación, la interpretación es una de las tareas principales de las MI (Llevot, 2002: 492-493) y, por lo tanto, la buena mediadora debe combinar habilidades relacionadas tanto con la traducción y la interpretación como con la mediación intercultural (Sales, 2008: 80; Navaza, Estévez y Serrano, 2009: 143).

3.2.1. Clasificación de la MI

Igual que ocurría con la ISP, la MI también puede tomar distintas clasificaciones según se quiera resaltar uno u otro de los múltiples factores que entran en juego (Raga 2005b: 4-5): quién la realiza (natural o profesional), qué tipo de MI se requiere (lingüística, conversacional, cultural o normativa), cuándo se realiza (preventiva o rehabilitadora), a cuántos va dirigida (comunitaria o de casos individuales), para qué se realiza (solución coyuntural o transformación estructural de las relaciones sociales), a quién va dirigida (a población extranjera, a población autóctona, a profesionales autóctonos, o multilateral)

y dónde tiene lugar (en los servicios públicos, ya sea en general o por áreas específicas, los barrios o las familias).

Existen diversas clasificaciones de MI¹⁵⁵, entre las que destacan dos propuestas: la de Giménez (2002) y la de Cohen-Emerique (2003). Giménez (2002: 85-149) distingue entre MI dirigida a la atención de casos, que trabaja en el mismo campo de acción de la ISP; y mediación comunitaria¹⁵⁶. La MI dirigida a la atención de casos se refiere a la facilitación de la comunicación y la resolución de conflictos entre los usuarios extranjeros y los profesionales de los servicios públicos. Mientras que la mediación comunitaria va dirigida a colaborar en la resolución de los conflictos entre los colectivos implicados (incluyendo el ámbito de la convivencia en los barrios), y a fomentar la participación ciudadana en organizaciones, así como la coordinación entre estas.

Como apuntábamos anteriormente y siguiendo a Raga (2008), la mayoría de autores toman como referencia la clasificación de Cohen-Emerique (Lahib, 2007: 60; Llevot, 2005: 7; Prats y Uribe, 2009: 10). Cohen-Emerique (2003: 27-28) distingue tres tipos de MI¹⁵⁷: preventiva, rehabilitadora y transformadora. La primera se centra en facilitar la comunicación y la comprensión entre personas de diferentes culturas; en estas situaciones no existe conflicto, sino una dificultad para comunicarse. La segunda tiene por objeto colaborar en la resolución de conflictos, especialmente de carácter cultural, surgidos entre usuarios extranjeros y profesionales de los servicios públicos. La tercera, que se refiere al modelo de mediación social conocido como mediación-transformación, está dirigida a cambiar las normas, o crear otras que tengan en cuenta las nuevas relaciones interculturales. Mientras los dos primeros tipos de mediación inciden especialmente en las relaciones interpersonales, la transformadora se desarrolla sobre todo en el ámbito comunitario, y está dirigida a los colectivos de extranjeros y de profesionales. Las clasificaciones propuestas por Giménez y por Cohen-Emerique, aunque utilicen distintas denominaciones, son muy parecidas. Tanto es así que a nuestro entender, en la práctica, lo que Giménez considera MI dirigida a la atención de casos se

¹⁵⁵ En este sentido cabe destacar, como apunta Pena Díaz (2014: 6), que cada una de estas categorías varían en mayor o menor medida pero los conceptos que engloban son esencialmente los mismos. La autora insiste en que las diferencias entre las distintas clasificaciones son una cuestión de forma y no de fondo, puesto que a nivel conceptual las divergencias son mínimas y las definiciones presentadas en los diferentes trabajos son muy similares. Por ejemplo, Six (1990: 164) distingue entre mediación creativa, renovadora, preventiva y curativa. Ponce Márquez (2011: 233) categoriza la mediación intercultural en preventiva, resolutoria y creativa, mientras que trabajos como el publicado por CEIMIGRA (2008) optan por diferenciar entre mediación preventiva, creadora y transformativa.

¹⁵⁶ Véase Barbero (2003: 422).

¹⁵⁷ Para más información sobre esta clasificación, véase Bermúdez y otros (2002: 130-2).

corresponde con los dos primeros grandes grupos de la propuesta de Cohen-Emerique, es decir, la MI preventiva y la rehabilitadora. Lo mismo ocurre con la mediación comunitaria de Giménez y la MI transformadora de Cohen-Emerique (Sánchez Pérez, 2009: 12).

A partir de los distintos significados que Cohen-Emerique atribuye al término mediación Prats y Uribe concluyen:

Entendemos la mediación intercultural como un recurso profesionalizado que pretende contribuir a una mejor comunicación, relación e integración entre personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas. Supone la intervención de un tercero, en el desarrollo de una negociación entre otras dos partes, que puede intervenir en las discusiones, hacer sugerencias o propuestas e incluso formular recomendaciones con vistas a un acuerdo. El mediador o mediadora intercultural no tiene el poder de decisión, sino que son las partes las que toman las decisiones. Es, simplemente, un/a asistente al servicio de las partes en tensión, disputa o conflicto, que son las únicas que pueden resolver sus desavenencias (Prats y Uribe, 2009: 8).

3.3. Puntos convergentes y divergentes de la ISP y la MI

Si comparamos las definiciones de MI de Cohen-Emerique, Giménez y Prats y Uribe con las de ISP incluidas en el apartado 3.1.2¹⁵⁸ apreciamos que existen numerosos e importantes puntos convergentes.

Ambas disciplinas trabajan con un mismo objetivo inmediato y una misma realidad sociocomunicativa: facilitar el entendimiento en una situación comunicativa donde intervienen interlocutores que pertenecen a culturas distintas y que no pueden comunicarse de forma efectiva sin la intervención de un tercero conocedor de los códigos lingüísticos y culturales de ambos. Al pertenecer a culturas distintas, los interlocutores presentan un diferente dominio y conocimiento del contexto en que se produce la comunicación, es decir, de los SSPP. Normalmente la persona autóctona suele ser el trabajador de los SSPP y presenta un conocimiento más exhaustivo del

¹⁵⁸ Definición y características de la ISP.

ámbito en cuestión; mientras que la persona alóctona, usuaria de los SSPP, presenta un menor conocimiento del ámbito o, en ocasiones, incluso un desconocimiento total del mismo, lo que, sumado a las diferencias comentadas anteriormente, conlleva que se establezca una asimetría en las relaciones de poder. En ambas disciplinas la ISP y la MI tienen que superar el mismo tipo de obstáculos (lingüísticos, culturales, sociales, administrativos) para llevar a buen término la comunicación. Para superar dichos obstáculos, ISP y MI realizan actividades similares¹⁵⁹: traducción lingüística, moderación de la conversación, aclaraciones culturales, etc. MI y ISP también coinciden en que sus profesionales no tienen poder de decisión, son los interlocutores implicados en la interacción comunicativa quienes deben llegar a acuerdos. No obstante, sí pueden hacer recomendaciones y sugerencias que pueden ser aceptadas por las partes o no.

Pasamos ahora a enumerar algunos de los puntos divergentes que se dan entre las disciplinas. La principal diferencia entre ambas radica en que tienen un distinto objetivo a largo plazo, ya que la MI no solo se centra en una intervención concreta en un momento determinado, sino que pretende, además, una transformación social a largo plazo. Según Giménez (1997 y 2000) la esencia de la MI es precisamente «incorporar este enfoque transformativo, implícito en la idea de interculturalidad como un “deber ser” acerca de cómo debieran ser las relaciones interétnicas» que deben surgir de un «proceso de adaptación mutua (entre población extranjera y autóctona) y de readaptación institucional» (Giménez, 2000: 197).

Si antes decíamos que ambas disciplinas trabajan en un mismo contexto, el de los SSPP, es importante resaltar que la MI también tiene lugar en otros contextos como los barrios o las familias. Este hecho responde precisamente a esa búsqueda de adaptación mutua y sería lo que Giménez (2002: 85-149) denomina mediación comunitaria y Cohen-Emerique (2003: 27-28) mediación intercultural transformadora. Este aspecto de la MI (entendida como práctica profesional) sí constituye un rasgo diferenciador importante con respecto a la ISP, que solo tiene lugar en el contexto de los SSPP.

Como observamos en párrafos anteriores, ISP y MI comparten muchos puntos en común, por eso no es de extrañar que algunos profesionales y estudiosos, entre ellos el Grupo CRIT, aboguen por la fusión de las dos profesiones¹⁶⁰. Sin embargo, algunos

¹⁵⁹ Aunque las MIs abarcan además otras actividades como puedan ser realizar charlas informativas o de sensibilización para comunidades minoritarias.

¹⁶⁰ El Grupo CRIT apuesta por una visión continuista de la comunicación y por una aproximación al estudio de la misma que tiene en consideración las aportaciones de las diferentes ciencias sociales. En

investigadores del ámbito de la ISP como Roberts (1997: 21) y Martin y Phelan (2010) se han cuestionado la posibilidad de combinar ambas figuras. Estas últimas apuestan por un enfoque de complementariedad en que se combinen ISP y MI en distintos puntos de la atención al paciente. Pöchhacker (2008: 24) y Cohen-Emerique (2006, 2013) también comparten la idea de la complementariedad de ambas figuras profesionales e incluso apuntan que una misma persona puede ejercer tanto de ISP como de MI siempre que se tenga la capacitación profesional necesaria y se identifique la tarea que se lleva a cabo a cada momento.

A modo de breve conclusión, hemos observado que las coincidencias entre ambas disciplinas son abundantes. Además, estas se dan en aspectos clave de las disciplinas, como son: el objetivo inmediato, la realidad sociocomunicativa en que se desarrolla la intervención, las actividades que realiza el profesional en el desarrollo de su trabajo, los obstáculos que tiene que superar el profesional. Sin embargo, sí existe una diferencia importante entre ambas disciplinas, pues presentan un objetivo a largo plazo distinto. Nos referimos a la función transformadora que pretende la MI, ese ir más allá que busca conseguir la integración de las comunidades minoritarias y el reconocimiento del Otro. Esta función transformadora no es compartida por la ISP cuyo único objetivo consiste en facilitar la comunicación en una interacción comunicativa concreta. Para ilustrar lo anterior, incluimos la figura que Vargas Urpi (2012) utiliza la figura que refleja los roles¹⁶¹ que Bancroft y Rubio-Fitzpatrick (2011: 185) atribuyen al ISP y la relaciona con la clasificación de MI de Cohen-Emerique para mostrar el punto convergente de las dos disciplinas. La autora concluye que «ambos perfiles profesionales comparten la tarea de facilitar la comunicación, una tarea que en el caso de la mediación intercultural corresponde a la mediación preventiva y que en el caso de la ISP es el objetivo principal por el que nace la profesión» (Vargas Urpi, 2012: 81).

palabras de Raga (2014: 5) apuesta por una aproximación “copulativa”, no disyuntiva, al estudio de las interacciones comunicativas.

¹⁶¹ Según estos autores, la ISP asume distintos roles en el desarrollo de su tarea. En el núcleo, se sitúan las tareas de interpretación lingüística; en el siguiente nivel, las tareas de mediación que se llevan a cabo durante la sesión de interpretación (aclaraciones culturales, aviso en caso de malentendidos); y en el último nivel, las tareas de mediación intercultural fuera de la sesión (charlas, seminarios, asesoramiento al personal de los SSPP, etc).



Figura 1. Tareas en común entre la MI y la ISP. Fuente: Vargas-Urpi (2012: 81).

García-Beyaert y Serrano (2009: 55) comentan que, precisamente, el elemento diferenciador entre MI y ISP es que la primera es una acción interventiva y creativa que promueve la interacción efectiva entre las partes, mientras que la segunda tiene una función vehicular no interventiva. No obstante, Prats y Uribe (2009: 109) sostienen que en el caso de la mediación preventiva o de atención de casos la MI adopta la función de intérprete lingüístico, por lo que en estas circunstancias la MI también mantiene una función no interventiva (Vargas-Urpi, 2012: 82) a no ser que las circunstancias del acto comunicativo requieran una mayor intervención por parte de la MI para llevar a buen término la comunicación.

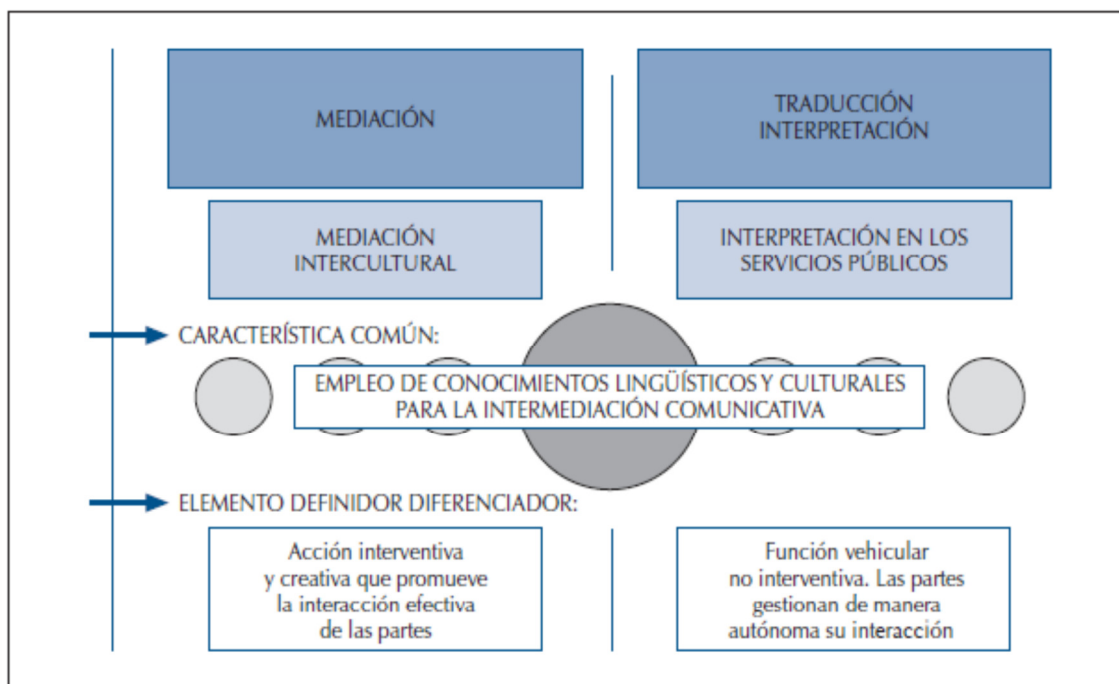


Figura 2. Diferenciación entre MI e ISP. Fuente: García-Beyaert y Serrano (2009: 55).

En consonancia con todo lo anterior, si atendemos exclusivamente al objetivo a largo plazo, sí parece conveniente hablar de disciplinas distintas. Por el contrario, si atendemos a los otros factores apuntados anteriormente, especialmente a la atención de casos, nos sería más difícil hablar de disciplinas distintas, puesto que el objetivo inmediato (facilitar la comunicación entre los profesionales de los servicios públicos y los usuarios de origen extranjero), la realidad sociocomunicativa en que se desarrolla la intervención (contexto institucionalizado, donde los interlocutores de origen extranjero se encuentran generalmente en una posición vulnerable y presentan un menor conocimiento del funcionamiento del servicio), las actividades que realiza el profesional en el desarrollo de su trabajo (interpretación del acto comunicativo, aclaraciones culturales y coordinación de la entrevista a 3) y los obstáculos que tiene que superar el profesional (lingüísticos, sociales, culturales o administrativos) son los mismos. De forma similar lo explican Bigas y Domínguez (2009: 25) donde apuntan 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.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a considerar que, al estar tan intrínsecamente relacionadas, la bibliografía publicada desde ambas corrientes es pertinente para la contextualización del presente trabajo y para la configuración de la figura profesional de la facilitadora de la comunicación en los servicios públicos. La siguiente cita de Rillof ilustra mejor esta idea.

In your previous question, you asked me what PSIT was. I had the immediate inclination to say PSIT, or community interpreting and translation, or social interpreting and translation (sociaal tolken en vertalen), as we say where I come from, or, or, or ... And my French speaking Belgian brothers and sisters would add 'interpretation en milieu social'. So, when we talk about our profession and its needs, we lose a lot of time introducing ourselves ... Too long and ... trains don't wait ... ;-) (Pascall Rillof, en entrevista con Valero 2014).

3.4. Resumen

En el presente capítulo se ha contextualizado la ISP y la MI y se han abordado sus puntos convergentes y divergentes. A pesar de que las similitudes entre ambas disciplinas son evidentes, el eterno debate entre ISP y MI sigue abierto. En este sentido se siguen observando diferentes posturas entre las que se distinguen los defensores de hablar de ISP y MI como disciplinas independientes (Giménez ,1997 y 2000; Cohen-Emerique, 2003; Fuentes, 2006; Pena Díaz, 2014), los defensores de hablar de ISP y MI como disciplinas complementarias (Llevot , 2002; Bigas y Domínguez, 2009; Prats y Uribe, 2009; Vargas Urpi, 2012; Pöchhacker, 2008; Cohen-Emerique, 2006 y 2013; Roberts, 1997; Navaza, Estévez y Serrano, 2009; y Martin y Phelan, 2010; Guerrero, 2012), y los defensores de hablar de ISP y MI como disciplinas integradas (Raga, 2014; Sales, 2014; Querol, 2014; Baixaulí, 2014; Ortí y Sánchez, 2014). Sin embargo, la

tendencia general parece ir hacia posturas intermedias y cada vez más autores de ISP prestan una mayor atención a elementos más propios de la MI como la regulación de las relaciones de poder y la explicitación de factores culturales (Valero, 2003c; Bischoff *et al.*, 2009; Baraldi, 2009; Abril, 2006). Del mismo modo, también se observa un mayor número de autores de MI alertando de la importancia de los conocimientos lingüísticos y las técnicas de interpretación (Llevot, 2002; Sales, 2005; Sales, 2008; Jiménez *et al.*, 2009; Navaza, Estévez y Serrano, 2009; Guerrero, 2012; Vargas-Urpi, 2012). Uno de los ámbitos donde el debate es más controvertido es el ámbito sanitario (en el que se enmarca el presente trabajo), puesto que es donde los perfiles de los profesionales de ambas disciplinas están menos claramente delimitados (Raga, 2014: 10). Sin embargo, en el campo de actuación de las intervenciones en casos concretos (que son el objeto de estudio de esta tesis), los informes laborales en los que se registran las actividades de las ISP y de las MI parecen indicar que el perfil de ISP o de MI no se asocia a un diferente desempeño de su labor (Raga, 2014: 11; Muñoz, 2010). Teniendo en cuenta la información que revelan los informes, parece que el debate sobre la diferenciación entre ISP y MI en el ámbito sanitario se da más en el plano teórico que en la práctica profesional.

En este sentido, el objeto de la presente tesis no es dar respuesta a esta cuestión sobre los límites entre ISP y MI, sino estudiar las actuaciones de estas profesionales en el contexto concreto del ámbito de la SSyR. En otras palabras, más que centrarnos en las etiquetas nos interesa abordar el proceso de comunicación como una red multidimensional, como una totalidad dinámica donde se van construyendo los mensajes y las relaciones entre los participantes.

En consonancia con lo expuesto a lo largo del apartado y desde la creencia de que las similitudes que se dan entre ISP y MI para la atención de casos en el ámbito sanitario tienen mayor peso que sus diferencias, partiremos como opción metodológica, por una posible figura integrada de la facilitadora de la comunicación en los servicios sanitarios a la que denominamos MILICS (mediador/a interlingüístico/a e intercultural en el ámbito sanitario), en línea con el Grupo CRIT.

El siguiente apartado se dedicará a perfilar la figura de la facilitadora de la comunicación en los servicios sanitarios, hablaremos de MILICS para referirnos tanto a ISP como a MI que actúan en este ámbito, pues partimos de la hipótesis de que el perfil del profesional requerido para actuar en este ámbito viene definido por las necesidades

propias de la situación comunicativa y todos los factores que influyen en el desarrollo de la misma.

4. La figura de la MILICS

En el apartado anterior se ha hecho un repaso los puntos convergentes y divergentes que se dan entre la ISP y la MI. Vimos que aunque nacen como disciplinas diferentes, ambas persiguen el objetivo de facilitar la comunicación entre los usuarios de origen extranjero y los profesionales de los servicios públicos, lo que justifica que los profesionales de ambas disciplinas puedan interactuar en el ámbito sanitario para el caso específico de la atención de casos entre la población de origen extranjero y los profesionales de estos servicios.

El presente apartado pretende, a partir de la bibliografía publicada desde la ISP y la MI, contribuir a perfilar la figura de la facilitadora de la comunicación en los servicios sanitarios, al que denominamos MILICS.

Actualmente no existe consenso en cuanto al rol que debe tomar la ISP/MI en el desempeño de su labor profesional (Wadensjö, 1998; Roy, 2000; Angelelli, 2004; Bowen, 2001; Tribe y Raval, 2003; Valero y Martin, 2008). Como se ha comentado en el capítulo 2 sobre el estado de la cuestión, los diferentes países presentan distintas figuras de ISP o MI a las que atribuyen, también, diferentes funciones. Gentile et al. (1996: 32) señalan que «the construction of the role has occurred in a fairly haphazard and unco-ordinated manner» creando así «significant professional and ethical problems for the interpreter». En algunos casos, dicha polémica se da incluso en el seno del mismo país, como ocurre en Bélgica, Reino Unido o Canadá, entre otros. Según Baixauli (2012: 55) esta falta de consenso deriva del hecho de que:

El rol profesional que desarrolla un ISP depende a su vez de las expectativas de los demás agentes de la situación comunicativa o de las normas de la institución en el seno de la cual se ejecuta, de forma que para definir cuál es el papel de la ISP es necesario determinar muchos aspectos previos.

En la misma línea, Angelelli (2008: 151) y Hsieh (2003: 11) subrayan que el contexto institucional en que tiene lugar la interpretación del acto comunicativo¹⁶² influye en el desarrollo de la misma. Esto explica que los ISP que desarrollan su actividad en

¹⁶² ICE (Interpreted Communicative Event), por sus siglas en inglés.

hospitales, juzgados, escuelas u otros contextos conciban su papel de maneras distintas y, en consecuencia, actúen de diferente modo. Siguiendo esta idea, Raga (2014: 10) apunta que, «en tendencias generales, las funciones desarrolladas por el facilitador comunicativo en el ámbito educativo parecen en general adecuarse más al perfil de la MI; mientras que las expectativas en el ámbito jurídico parecen adecuarse en general más claramente al perfil de la ISP. No obstante, es precisamente el ámbito sanitario, donde se enmarca el presente trabajo, donde los perfiles de la ISP y la MI aparecen menos claramente delimitados»¹⁶³. Como ya se apuntó anteriormente, en el campo de la “facilitación de la comunicación en los servicios públicos” coexisten las figuras de la ISP y la MI, que ya vimos en el apartado anterior presentan unos límites, en ocasiones, difusos (Ortí *et al.*, 2006: 116). Como apuntamos en el capítulo anterior, este debate sigue abierto también en el sector de la facilitación de la comunicación en el ámbito sanitario (Bowen, 2001; Tribe y Raval, 2003; Valero y Martín, 2008). Antes de continuar, nos parece interesante incluir las palabras de Nevado (2013), quien apunta que la controversia en cuanto al rol del intérprete no atañe exclusivamente a este colectivo profesional, sino que alcanza a todos los implicados en el proceso de interpretación, puesto que la mayoría de los usuarios de los servicios de interpretación, profesionales sanitarios y pacientes desconocen cuáles son las funciones que le corresponden al intérprete, la complejidad de su labor, e incluso las características que presenta la interacción cuando en ella se recurre a esta figura profesional. Por un lado, trabajos como el de Cortés (2009) o la guía de Bischoff, Loutant y García-Beyaert (2009: 53) incluyen la mediación como una actividad comprendida (y por lo tanto, indistinta) dentro de la interpretación médica. Por otro, García-Beyaert y Serrano-Pons (2009), Navaza, Estévez y Serrano (2009) y Antonin (2009) inciden en la importancia de considerar ambas disciplinas como complementarias pero diferentes. Quizá lo más importante en este sentido, sería dejar de tratar de conformar un perfil profesional diferente para la figura de la ISP y la de la MI para el contexto de atención de casos en el ámbito sanitario y aunar los esfuerzos de los investigadores de ambas disciplinas para configurar un perfil profesional único que pueda guiar a la profesional en el desarrollo de su labor independientemente de que esta se considere ISP o MI, puesto que como señala Raga (2014: 11) la realidad laboral muestra que las profesionales de ambas

¹⁶³ Es preciso destacar que se puntualiza que se trata de una tendencia general y que con ello no se quiere, en absoluto, dar a entender que el perfil de ISP carezca de sentido en el ámbito educativo, o el de la MI en el jurídico.

disciplinas actúan como facilitadoras de la comunicación en los servicios sanitarios y que los informes laborales en los que se registran las actividades de las ISP y de las MI parecen indicar que el perfil de ISP o de MI no se asocia a un diferente desempeño de su labor. En la misma línea se pronuncia Muñoz (2010: 174-175):

Un elemento a destacar es la dificultad que tienen en muchas ocasiones los actores para definir sus prácticas. Por un lado los roles y trabajo que desempeñan las diferentes figuras que abordan la intervención intercultural, ya sea desde el interpretariado o desde la mediación intercultural (u otras figuras como las del llamado acompañamiento intercultural, *community health workers*, *linkworkers*, etc.), muy a menudo no tienen en la práctica una barrera tan clara como en la teoría.

Como anunciamos en el capítulo 3, hemos optado como opción metodológica por la figura de la MILICS que utilizamos para referirnos tanto a las ISP como a las MI que actúan en el ámbito sanitario, pues partimos de la hipótesis de que el perfil del profesional requerido para actuar en este ámbito viene definido por las necesidades propias de la situación comunicativa y todos los factores que influyen en el desarrollo de la misma.

En consonancia con esta idea, el presente apartado pretende ofrecer una panorámica sobre la figura de la MILICS a partir de las aportaciones que se han ido haciendo desde la ISP y la MI; ya que como señala Angelelli (2008: 152) el papel del intérprete en este contexto difiere en numerosos aspectos del que desempeña el intérprete que trabaja en otros servicios públicos. Nevado (2013) también resalta la complejidad que entraña el ámbito sanitario por estar marcado por un contexto institucional que presenta un funcionamiento y unos protocolos muy concretos, caracterizado por situaciones de gran carga emotiva e intensidad. Sin perder de vista la importancia del contexto institucional en el que se enmarca, también conviene tener en cuenta la variabilidad del aspecto situacional en que se da la interacción comunicativa. Sobre el aspecto situacional, Hale (2010: 35) y Raga (2014: 17) subrayan que las MILICS trabajan en una gran variedad de contextos, desde consultas de carácter más general en centros de salud y hospitales, hasta aquellas de carácter más especializado. Además, también pueden actuar en las urgencias, las clases de preparación al parto o la realización de análisis de laboratorio complejos (Frishberg, 1986: 115; citado en Mikkelson, 1999). Esta variedad de subcontextos y grados de especialización dentro del ámbito sanitario confiere aún

mayor complejidad a la ya de por sí difícil tarea de la MILICS. De hecho Jackson (1998: 200), apunta la conveniencia de que los mediadores interculturales del ámbito sanitario se especialicen en áreas.

A las dificultades expuestas anteriormente hay que añadir el hecho de que el campo de la salud es un contexto muy marcado culturalmente, es decir, las concepciones de salud y enfermedad varían enormemente de unas culturas a otras (Junquera, 1991: 115-118; Perdiguero y Comelles, 2000: 5; Raga, 2008: 31). Este hecho se ve bien reflejado en las palabras de Jinich (2013: 122), quien comenta que:

Cuando el paciente y el médico se encuentran, el paciente trae consigo un conjunto de síntomas, ideas sobre el significado de los síntomas, emociones y sentimientos causados por todo ello, ideas (conscientes e inconscientes) sobre lo que son la medicina y el médico; expectativas sobre lo que la medicina y el médico harán por él. El médico, a su vez, trae un conjunto de conocimientos sobre modelos teóricos de enfermedades, medicamentos, etc.; un conjunto de habilidades y destrezas para percibir los síntomas y signos que el paciente le entrega; una habilidad (a veces) para percibir el componente emocional y para conocer al paciente.

Ante esta situación, si el profesional sanitario no es consciente de estas diferencias de perspectiva y valores que se dan entre personal sanitario y usuario es posible que aunque haya un intercambio comprensible de palabras no exista comunicación efectiva porque el contexto y los significados son diferentes (Qureshi *et al.*, 2009: 58; Elderkin-Thompson *et al.*, 2001; Verrept, 2012). Del mismo modo que ocurre con la concepción de la salud y la enfermedad, la relación médico-paciente también está radicalmente determinada por los factores sociales y culturales (Restrepo, 1998; Alarcón *et al.*, 2003). Como ocurre con el concepto de salud, que no es compartido por todas las culturas, tampoco todas las culturas se relacionan y/o comunican siguiendo los mismos patrones¹⁶⁴. Una dificultad añadida, como apunta Raga (2008: 10), radica en que los modelos de interacción comunicativa presentan un elevado grado de inconsciencia, los interlocutores en general no suelen ser conscientes de que al igual que hay diferentes lenguas y diferentes formas de comer o vestir también hay usos del lenguaje que difieren significativamente de una cultura a otra. Las diferencias más importantes en este sentido hacen referencia al tipo y la cantidad de información que proporciona el

¹⁶⁴ En Gumperz (1981) se trata en detalle la cuestión de los patrones de interacción comunicativa y en Raga (2005a) la importancia de los modelos conversacionales en la comunicación intercultural.

paciente, la veracidad de la misma, los modos de expresar la cortesía y el humor, el lenguaje no verbal, la distribución del espacio entre los interlocutores, la distribución de los turnos de palabra, etc (Sánchez Pérez, 2009: 24). Todos estos factores desempeñan un papel fundamental en la comunicación entre el personal sanitario y el paciente extranjero, pues de ellos depende en gran medida la consecución de una buena interacción y relación entre los interlocutores; especialmente considerando que el tipo, la cantidad y la veracidad de la información proporcionada por el paciente constituyen factores indispensables en toda entrevista médica. En este sentido, como apuntan muchos autores¹⁶⁵, las MILICS desempeñan un papel fundamental ayudando a las partes a entender estas diferencias ya que, como señalan Begley y Ockey (2009: 325), la calidad de la asistencia sanitaria y los resultados óptimos de la misma se podrán garantizar solo si el profesional de la salud y el paciente entienden recíprocamente las creencias, valores, actitudes, tradiciones y prácticas del Otro y son capaces de comunicarse gracias a este entendimiento.

Tras comentar la especificidad del ámbito sanitario y el grado de complejidad que lleva asociado, pasamos a abordar la figura de la MILICS. Antes de continuar, creemos conveniente resaltar la complejidad de definir cuáles son las competencias profesionales que debe reunir la MILICS. Esta dificultad deriva de que la MILICS es una figura interdisciplinaria y con diferentes denominaciones y los autores de las diferentes disciplinas hacen hincapié en distintos aspectos.

En primer lugar, haremos un repaso a lo publicado respecto a las competencias profesionales que deben configurar el perfil profesional de la MILICS. Dado que la MILICS se concibe desde una perspectiva de integración de las figuras de la MI y la ISPIncluiremos las aportaciones que se han realizado desde sendas disciplinas.

En segundo lugar, comentaremos las cuestiones sobre el papel del intérprete que más debate han suscitado y que hacen referencia a los principios de actuación profesional.

¹⁶⁵ Por ejemplo Kaufert & Koolage, (1984); Kleinman, Eisenberg, & Good, (1978); Kleinman, (1988), Angelelli (2004), Moody (2007), Bischoff (2003).

4.1. Competencias profesionales

Algunos autores señalan que todavía no se han definido bien ni el perfil ni la capacitación requerida para desarrollar tareas de MILICS en nuestro país (Bowen, 2001; Tribe y Raval, 2003; Valero y Martin, 2008; Fernández-Rufete y Rigaudy, 2009: 73; Navaza, Estévez y Serrano, 2009). No obstante, sí parece haber consenso en que la función principal de la mediación intercultural sociosanitaria es ayudar en la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario y, de este modo, facilitar la relación asistencial¹⁶⁶ (Qureshi, 2009a: 59) y para ello la MILICS debe contar con una buena formación y manejar unos conocimientos y técnicas específicas (Navaza, Estévez y Serrano, 2009: 152).

Desde la ISP, Taft (1981) argumenta que el traductor/intérprete en los servicios públicos, en tanto que especialista bilingüe y bicultural, debe poseer:

- Conocimiento histórico, social y cultural sobre los interlocutores. Este bloque se refiere a conocimientos sobre historia, tradiciones, costumbres, valores y tabúes, sus gentes, su forma de relacionarse, etc.
- Habilidades comunicativas. Dentro de este bloque se incluye no solo el dominio del lenguaje escrito y oral sino también de otros tipos de comunicación: lenguaje corporal, gestos, signos, símbolos, etc.
- Habilidades técnicas adaptadas a la situación. Entre ellas se recogen, por ejemplo, saber utilizar el ordenador, saber comunicar por teléfono, vestir adecuadamente, conocer el entorno y cómo desplazarse, etc.
- Habilidades sociales. En este último bloque se incluyen el conocimiento de las normas que rigen las relaciones sociales y las reacciones emocionales, y la capacidad de auto-control según requiera la situación y la cultura.

Valero (2003a) considera que la ISP debe ser capaz de:

Trabajar con dos lenguas, una de las cuales suele poseer un estatus social inferior frente a la otra, que pertenece a la cultura dominante; garantizar cierta neutralidad y distancia incluso cuando se trabaja para su misma comunidad étnica; ser consciente de la falta de educación o de las diferencias culturales entre ambas comunidades; mostrar habilidad

¹⁶⁶ Ozolins (2014: 30) subraya igualmente que «health interpreting descriptions of role place the duty of care to patients highest in ethical priority».

para servir de puente lingüístico y cultural a la hora de tratar temas específicos que pueden ser tabúes para alguna de las comunidades; conocer terminología específica relacionada con los temas de trabajo y ser capaz de cambiar de registro o adaptar el texto según las necesidades de la comunidad receptora.

Abril (2006: 667) añade que es relevante que los ISP conozcan los valores culturales que inciden en las relaciones interpersonales y el efecto que tienen sobre la comunicación.

Requena (2010: 105) elabora una lista sobre las cualidades que debe poseer un mediador intercultural o intérprete de los servicios públicos a partir de un corpus de encuestas realizadas a mediadoras e intérpretes profesionales. Entre ellas se incluyen por orden de importancia: el conocimiento de las lenguas de trabajo, el conocimiento de las culturas involucradas, la formalidad y la seriedad profesional, la discreción y la confidencialidad, la formación en ISP y MI, la ausencia de prejuicios, y la empatía.

Martin y Abril (2008), en un trabajo anterior, obtuvieron respuestas similares a las recogidas por Requena (2010). No obstante, su estudio revelaba que la empatía, la habilidad para relacionarse y la flexibilidad eran competencias más valoradas que el conocimiento de las culturas de trabajo. Curiosamente, otras competencias citadas comúnmente como la responsabilidad y la imparcialidad ocupaban los últimos lugares de su lista.

En Hale (2007: 177-178) se ofrece un resumen sobre las diferentes aportaciones de los investigadores a la concreción de las competencias aconsejables para la MILICS que incluimos a continuación:

1. **Knowledge of professional issues:** a clear knowledge of the role and ethical requirements of community interpreters (Dueñas Gonzalez *et al.*, 1991; de Jongh, 1992; Edwards, 1995; Mikkelsen, 1996).

2. **Advanced language competence:** advanced bilingual grammatical, semantic and pragmatic competence. Such advanced competence includes a mastery of different registers in both languages, the ability to understand different regional varieties, colloquialisms, idioms and slang; a wide mastery of general and specialised terminology; and adequate pronunciation in both languages (Dueñas Gonzalez *et al.*, 1991; de Jongh, 1992; Colin and Morris, 1996; Hertog and Reunbrouck, 1999).

- 3. Excellent listening and comprehension skills:** the ability to listen actively and analyse text simultaneously in order to comprehend its full meaning and intent. (Hale and Gibbons, 1999; Sandrelli, 2001; Hale, 2004).
- 4. Excellent memory skills:** good short- and long-term memory (Dueñas Gonzalez *et al.*, 1991; Dunnigan and Downing, 1995; Ginori and Scimone, 1995).
- 5. Adequate public speaking skills:** the ability to speak clearly and audibly in public (Colin and Morris 1996; Hertog and Reunbrouck 1999).
- 6. Adequate note-taking skills:** knowing when and how to take notes to aid memory and ensure completeness (Ginori and Scimone, 1995; Sandrelli, 2001).
- 7. Advanced interpreting skills:** these include short and long consecutive interpreting, simultaneous interpreting and sight translation (Laster and Taylor, 1994; Emerson Crooker, 1996; Gentile *et al.*, 1996).
- 8. Good management skills:** the ability to assess when it is necessary to intervene and how to do it; the ability to coordinate and control the interpreted situation (Gentile *et al.*, 1996; Hertog and Reunbrouck, 1999; Sandrelli, 2001).
- 9. A knowledge of the context and subject matter:** background knowledge of the different settings and main topic areas (Colin and Morris, 1996; Gentile *et al.*, 1996; Hertog and Reunbrouck, 1999; Sandrelli, 2001).
- 10. An understanding of the goals of the institutions** where the interpreting is taking place, as well as of their discursal practices (Berk-Seligson, 1990/2002; Roy *et al.*, 1998; Hale, 2004).
- 11. Cross-cultural awareness** (Gentile *et al.*, 1996; Sandrelli, 2001; Chesher *et al.*, 2003).
- 12. A knowledge of the theories that underpin the practice:** knowledge of linguistics, sociolinguistics, pragmatics, discourse analysis, translation theory (Wadensjö, 1992; Hale, 1996; Fowler, 1997; Roy *et al.*, 1998; Peterson, 2000).

Desde la MI, Chiarenza (citado en Pöchhacker 2008: 21) apunta que la MILICS requiere una serie de competencias que resume en:

- Understanding of different migrant needs and resources.
- Linguistic mediation: interpreting & translation.
- Intercultural mediation: culturally competent communication.
- Orientation of relations between migrant users/services.

Bermúdez (2009: 7-8) considera que la MI debe conocer la lengua del inmigrante y la de la sociedad de acogida, tener conocimientos sobre los distintos modelos de desarrollo personal, las relaciones interpersonales y la organización social, las culturas de trabajo y sus patrones migratorios, el funcionamiento del sistema de la sociedad de acogida y del colectivo inmigrante y la legislación vigente en ambos países. También apunta que debe saber apoyar al otro y empatizar con él, coordinar reuniones y negociar y resolver conflictos interculturales, trabajar en equipo, manejar los distintos instrumentos de información, sensibilización y difusión, y tener la capacidad de involucrarse y distanciarse de las situaciones en las que interviene. Por último, Bermúdez señala que la MI debe desarrollar el autoconocimiento y la apertura hacia el mundo, la honestidad, la sinceridad, la valentía, la modestia, la coherencia y la serenidad, la escucha activa y el interés y compromiso con el otro, así como una actitud cooperante en el trabajo y flexible y respetuosa frente a otras ideas, opiniones y conductas.

Prats y Uribe (2009) consideran que la MI debe poseer ciertas cualidades como son: la responsabilidad, la confidencialidad, la imparcialidad, la cooperación, el compromiso social y la claridad del propio rol.

Igualmente, Ponce (2011: 237-238) recoge la documentación lingüístico-cultural y el dominio de distintas técnicas de interpretación (consecutiva/simultánea) entre las habilidades que debe poseer el MI. A lo que (Cortés, 2009: 9-10) añade el control de los turnos de palabra.

Pena, Echauri y Olivares (2014: 9) destacan la importancia de que la MI domine las técnicas de interpretación¹⁶⁷ y las destrezas interculturales.

¹⁶⁷ Entre ellas destacan la memorización, la toma de notas, la documentación lingüístico-cultural (Ponce, 2011: 237-238), el dominio de distintas técnicas de interpretación (consecutiva/simultánea), el uso de palabras clave como «anclas» para recordar el mensaje expresado o el control de los turnos de palabra (Cortés, 2009: 9-10).

Castiglioni (1997) ilustra en el siguiente gráfico los múltiples factores que condicionan la labor de la MILICS:

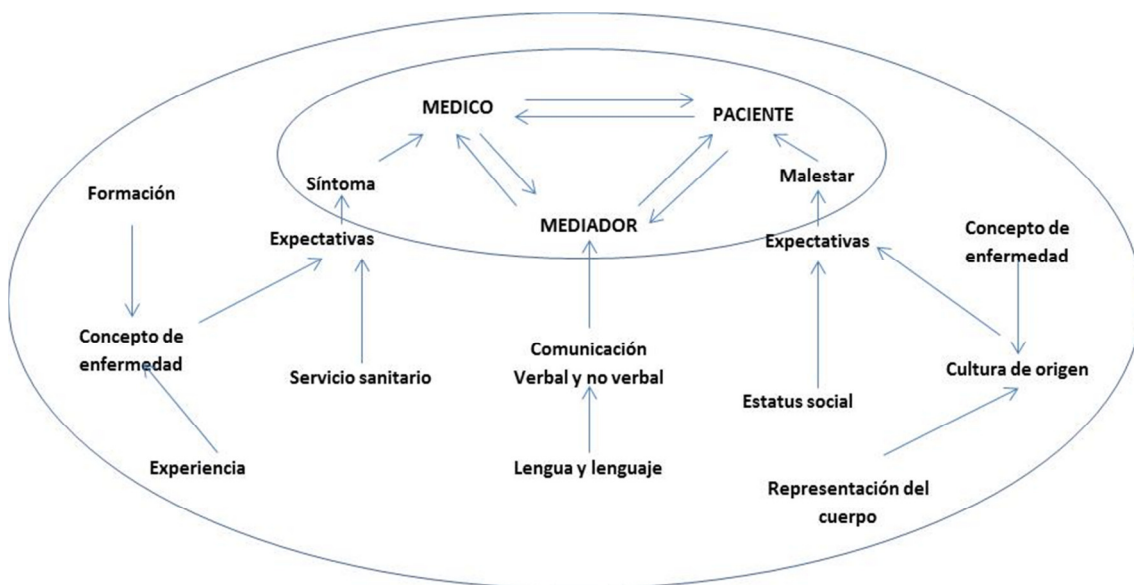


Figura 3. La mediación lingüística y cultural en el ámbito sanitario (Castiglioni, 1997: 57).

Nevado (2013: 199-201), siguiendo a Castiglioni (1997) y otras fuentes¹⁶⁸, enumera una serie de competencias que la MILICS debe reunir y que clasifica en conocimientos, habilidades y actitudes¹⁶⁹. En cuanto a los conocimientos, incluye:

- Amplio conocimiento de la LO y LM¹⁷⁰, así como de los modelos conversacionales.
- Datos de la sociedad y la cultura a la que pertenece el interlocutor inmigrante, así como de la cultura y la sociedad del país de acogida¹⁷¹.
- Manejar un concepto amplio de cultura¹⁷².
- Nociones sobre los distintos modelos de desarrollo personal, grupos sociales y relaciones interpersonales, así como sobre la interrelación entre culturas y entre mayorías y minorías.

¹⁶⁸ AEP Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge (2002); Aguado *et al.* (2002); Baraldi *et al.* (2008); Castiglioni (1997); Malik y Herraz (2005).

¹⁶⁹ El bloque que se refiere a las actitudes del MILIC es precisamente el que más polémica ha suscitado. Por ello lo trataremos en apartados diferentes que serán los que constituirán el trabajo de investigación/campo.

¹⁷⁰ En Raga (2008) se propone también como conveniente el conocimiento de variantes dialectales.

¹⁷¹ Creencias, costumbres y cultura material.

¹⁷² En Taylor (1995), Kuper (2001), Herrero (2002) se da una visión más completa sobre qué se entiende por cultura. Resulta igualmente interesante la división de cultura que hace Raga (2006: 10) en cuatro ámbitos diferentes: lenguaje verbal, patrones de interacción comunicativa, normas administrativas y cultura material, costumbres y creencias.

- Conocimientos básicos sobre las redes sociales y la organización y funcionamiento de las instituciones y servicios, tanto en el país de origen de los inmigrantes como en el de acogida, así como sobre las distintas figuras profesionales que trabajan en dichas instituciones y servicios.
- Conocer los recursos disponibles, con el fin de sugerir los más adecuados para mejorar cada caso.
- Saber aplicar las técnicas de interpretación (lingüística) básicas.
- Tener nociones sobre la legislación vigente en ambos países.

Este primer bloque de competencias para la MILICS propuesto por Nevado y englobado por los conocimientos que debe poseer la MILICS resulta obvio y, hoy por hoy, no suscita mucho debate¹⁷³. Para posibilitar el flujo comunicativo entre interlocutores pertenecientes a distintas culturas y que se comunican en lenguas diferentes y en un contexto muy marcado culturalmente conceptual e institucionalmente¹⁷⁴, es lógico pensar que la MILICS requiera tanto de conocimientos lingüísticos como culturales de las comunidades a las que pertenecen ambos interlocutores¹⁷⁵. Igualmente y con el mismo objetivo, es pertinente que la MILICS sepa utilizar las técnicas de interpretación básicas que permitan el eficiente desarrollo del acto comunicativo¹⁷⁶.

El segundo y tercer bloque de competencias propuestos por Nevado sobre las habilidades o aptitudes y las actitudes de la MILICS gozan de menos consenso entre los expertos en la materia que el anterior. Las incluimos a continuación, pero las trataremos más en detalle más adelante.

En el segundo bloque de competencias atribuidas a la MILICS, Nevado recoge las habilidades (aptitudes o el saber hacer) que debería poseer:

¹⁷³ Así lo señala Jiang (2007: 3) cuando apunta que: “There is consensus in the literature that the community interpreter is required to be competent in the relevant language and culture (a pre-requisite for the bilaterality aspect) and in the communicative process of everyday and domain knowledge of an institutionalized communicative situation. The domain knowledge is often equated with terminological knowledge but recently has also included norms and conventions”.

¹⁷⁴ Existe mucha bibliografía que pone de manifiesto cómo las culturas presentan diferentes conceptualizaciones de la salud y la enfermedad. Por citar algunos trabajos Alarcón *et al.* (2003), Galanti (2004), Aparicio (2004).

¹⁷⁵ En los trabajos de Llevot (2008: 11), Lahib (2007: 62), Prats San Román y Uribe Pinillos (2009), Qureshi *et al.* (2009: 59 en adelante), Qureshi A. (2009a) Qureshi A. (2009b) Raga (2008) y Sales (2008: 78) se detallan las competencias culturales que debe tener la MILICS.

¹⁷⁶ No obstante, es importante resaltar que desde el perfil de la mediación suele pasarse por alto la formación en técnicas de interpretación y en terminología. Por otro lado en los cursos destinados a ISP no se suele dar formación en técnicas de gestión de la comunicación, especialmente a lo referido a cómo gestionar las excepciones a los principios básicos, a cómo contextualizar culturalmente, ser multiparcial, regular la interacción etc, mediante técnicas como la escucha activa, las técnicas de preguntas abiertas y cerradas, etc, que son en realidad técnicas cercanas a la Mediación Conflicto, y no suelen darse en cursos de ISP [Raga, comunicación personal, 10 de noviembre de 2014].

- Dotes personales para la mediación, tales como la escucha activa, el respeto por el otro y el trato adecuado.
- Dominar los instrumentos y procedimientos para llevar a cabo el apoyo personal, la moderación de encuentros, el análisis de sistemas socioculturales, el uso de los recursos disponibles en la sociedad de acogida, la difusión de información y la sensibilización, el trabajo en equipo, y la defensa de derechos e intereses.
- Ser capaz de intervenir con la toma de distancia necesaria en las distintas situaciones en las que interviene.

En tercer y último lugar, en referencia a las actitudes (o el saber ser/estar) la MILICS debería presentar las siguientes características:

- | | |
|------------------|-----------------|
| • Respeto. | • Negociación. |
| • Creatividad. | • Conciliación. |
| • Compromiso. | • Coherencia. |
| • Solidaridad. | • Serenidad. |
| • Participación. | • Equilibrio |

Dentro del segundo bloque, los aspectos más polémicos estarían recogidos en el segundo y tercer punto, que se relacionan con debate en torno a la delimitación de funciones de la MILIC¹⁷⁷ y su rol (grado de intervención). Ambas cuestiones serán tratadas en detalle más adelante.

En cuanto al tercer bloque, las características de respeto¹⁷⁸, coherencia y serenidad y equilibrio que Nevado aconseja para la actitud de la MILICS no constituyen un debate en sí. No obstante, otras de las características que enumera, como la creatividad, el compromiso, la solidaridad, la participación, la negociación y la conciliación entran en contradicción con el principio de invisibilidad que tradicionalmente se requería de la MILICS.

¹⁷⁷ Este debate ha sido más intenso en el campo de la ISP que en el de la MI puesto que esta última concibe el restablecimiento del equilibrio de las relaciones de poder, empoderamiento, sensibilización y defensa de la parte más vulnerable dentro de su propia concepción como disciplina.

¹⁷⁸ Para más información sobre cómo se trata este punto en los diversos códigos deontológicos véase Baixauli (2012: 235-238).

Guerrero (2012: 8-9) considera que la MILICS debe reunir una serie de competencias generales y específicas que se incluyen a continuación y que viene a coincidir con lo expuesto hasta el momento:

<i>Competencias transversales</i>	Habilidades interpersonales
	Resolución de problemas y toma de decisiones
	Organización y planificación
	Capacidad para integrarse y comunicarse con usuarios y con expertos de otras áreas y en distintos contextos
	Capacidad de análisis y síntesis
	Flexibilidad, Apertura e Iniciativa
	Compromiso ético
	Transmitir serenidad y mostrar el grado de sensibilidad adecuado a lo que sientan los demás
	Empatía, Cercanía e interés por el otro
	Integridad
	Negociación, ser conciliador
	Respeto a la diversidad
	Mantener imparcialidad

Tabla 4. Competencias transversales exigibles a la mediadora. Fuente: Guerrero (2012: 8).

<i>Competencias específicas</i>	<i>Saber</i>	Conocer los modelos, principios y enfoques teórico-prácticos de la mediación intercultural en contextos diversos.
		Conocer los contextos multiculturales (relaciones multiculturales, principales colectivos minoritarios, de las sociedades receptoras y de sus servicios).
		Conocer el funcionamiento y normativa de los sistemas sociosanitarios.
		Conocer las fuentes relativas al trabajo pedagógico y social en sus diversos ámbitos, saber acceder a ellas y gestionarlas.
		Conocimientos Lingüísticos. Conocimiento de la lengua vehicular del colectivo con el que desarrolla su trabajo.
		Conocer los conflictos más usuales en el contexto sociosanitario y los principales modos de su resolución.
		Conocer los recursos y estrategias sociales y comunitarias.
		Conocer temas relacionados con Legislación y extranjería.
		Uso de aplicaciones informáticas y telemáticas.
		Técnicas de comunicación.
	<i>Saber hacer</i>	Llevar a cabo procesos de comunicación, interpretación, negociación y mediación.
		Diseñar, implementar y evaluar programas de intervención adaptados a características diferenciales de sujetos y situaciones y/o contextos.
		Llevar a cabo procesos de asesoramiento y orientación a personas y/o grupos.
		Participar, asesorar y apoyar a profesionales.
		Diseñar recursos didácticos, materiales y programas de intervención, mediación, información, traducción, etc.
		Manejar técnicas de resolución de conflictos.
		Recoger, seleccionar, interpretar y redistribuir información por diferentes medios y en distintos soportes.
		Realizar entrevistas y procesos de mediación.

Tabla 5. Competencias específicas exigibles a la mediadora en el ámbito sanitario. Fuente: Guerrero (2012: 8-9).

El trabajo de Raga (2006: 51) es quizá el más específico acerca de cuáles son los conocimientos y técnicas que necesita la MILICS¹⁷⁹. Resulta interesante porque relaciona los conocimientos y técnicas que necesitará la MILICS en cada ámbito. Sus aportaciones quedan recogidas en la siguiente tabla:

¹⁷⁹ Aunque en el trabajo se habla de MI estas competencias son perfectamente trasladables al MILICS. De hecho las aportaciones recogidas son el resultado de un trabajo de investigación desarrollado en el ámbito sanitario.

	CONOCIMIENTOS	TÉCNICAS
REFLEXIÓN SOBRE LA ASIMILACIÓN, INTEGRACIÓN, MULTICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN EL MARCO DE LOS ACTUALES PROCESOS MIGRATORIOS.		
ÁMBITO LINGÜÍSTICO	<ul style="list-style-type: none"> - lingüísticos generales (y dialectales) de las lenguas en cuestión - lingüísticos específicos, relacionados con los servicios públicos y sus equivalentes en las culturas de origen - lingüísticos específicos, sobre terminología profesional en ambas culturas - lingüísticos específicos, sobre terminología administrativa y sus equivalentes en las culturas de origen - lingüísticos específicos, sobre los distintos registros y niveles de formalidad de las lenguas en cuestión 	<ul style="list-style-type: none"> - de interpretación en general y de interpretación consecutiva en particular - de traducción a la vista - de traducción de textos técnicos y oficiales - de regulación del desarrollo conversacional - de explicitación de términos culturales - de explicitación de términos administrativos - de explicitación de registros y niveles de formalidad - de coordinación y dinamización de grupos destinados a la enseñanza de lenguajes específicos - de elaboración y divulgación de vocabularios específicos multilingües
ÁMBITO DE LAS NORMAS ADMINISTRATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - sobre la realidad socioeconómica de las poblaciones extranjeras - sobre el funcionamiento administrativo y burocrático de los servicios públicos y sus equivalentes en las culturas de origen 	de explicitación de las normas administrativas
ÁMBITO DE LOS PATRONES DE INTERACCIÓN COMUNICATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - generales sobre comunicación intercultural, de los diferentes tipos de patrones de interacción comunicativa y sus valores sociales - sobre los patrones de interacción comunicativa generales de las culturas implicadas - específicos sobre los patrones de interacción comunicativa en los contextos propios de los servicios públicos y sus equivalentes en las culturas de origen 	<ul style="list-style-type: none"> - de análisis (audiovisuales y en vivo) de los patrones de interacción comunicativa - de explicitación de los patrones de interacción comunicativa - de negociación de determinados patrones de interacción comunicativa
ÁMBITO DE LAS CREENCIAS, COSTUMBRES Y CULTURA MATERIAL	<ul style="list-style-type: none"> - generales sobre creencias, costumbres y cultura material en las culturas implicadas - específicos sobre la incidencia de las creencias, costumbres y cultura material en el acceso a los servicios públicos y sus equivalentes en las culturas de origen 	<ul style="list-style-type: none"> - de indagación acerca de las causas culturales de determinados conflictos - de negociación y tratamiento de conflictos - de explicitación de las creencias, costumbres y cultura material - de negociación con seguimiento de casos - de negociación propias de los países de origen
TÉCNICAS COMUNITARIAS		de coordinación y dinamización de grupos destinadas a la divulgación de las normas administrativas, los patrones de interacción comunicativa y las creencias, costumbres y cultura material
OTRAS TÉCNICAS Y CONOCIMIENTOS GENERALES COMPARTIDOS CON OTRAS DISCIPLINAS SOCIALES, ESPECIALMENTE SOBRE TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN		

Tabla 6. Conocimientos y técnicas exigibles a la MILIC. Basado en Raga (2006). Elaboración

propia.

A modo de resumen, se han incluido las aportaciones de diversos autores acerca de las competencias que deberían guiar la formación profesional de las MILICS. En general, se constata que el conjunto de las propuestas vienen a coincidir en mayor o menor medida independientemente de que hayan sido formuladas desde la ISP o la MI.

4.2. El rol de la MILICS y los principios de actuación

Existen numerosos códigos deontológicos¹⁸⁰ sobre ISP en el ámbito sanitario (IMIA, CHIA, NCIHC) y no así tantos en MI¹⁸¹ (Kantara), cuyo objetivo es servir de guía a las MILICS en el desempeño de su trabajo. Aguilar (2004) define los códigos como «un documento que pretende influir en la conducta de los trabajadores mediante la aportación de estándares o normas morales, en el cual cristaliza una auto-obligación institucionalizada con unas pretensiones éticas fundamentales en la toma de decisiones, con el fin de afirmar un compromiso ético». Como señala Baixauli en la siguiente tabla los códigos presentan tanto aspectos positivos como negativos:

¹⁸⁰ Siguiendo a Hortal (2002: 196) utilizamos esta terminología para hacer referencia a los diferentes tipos de texto que sirven de orientación y guía a los profesionales en el desarrollo de su labor: los códigos de conducta, los códigos deontológicos, los códigos éticos, los estándares profesionales o de práctica.

¹⁸¹ Martínez Usarralde y García López (2009: 101) apuntan que en el ámbito de la MI resulta difícil encontrar documentos deontológicos propios.

Aspectos negativos	Aspectos positivos
factor limitador: provoca rigidez y reduce la creatividad.	factor inspirador: es una base de consenso y un elemento de juicio que reduce los dilemas (Suárez Villegas, 2001: 108) y permite la adopción de soluciones innovadoras (Xianbin, 2007: 26).
factor uniformador: expone un marco axiológico único y constituye un elemento uniformador que no deja lugar a la diversidad (Rudvin, 2007; Angelelli, 2006: 187).	factor unificador: ofrece una imagen clara y homogénea en cuanto al papel profesional (Martín/Phelan, 2010), da coherencia al ejercicio profesional.
factor paralizador: sustituye el sentido crítico y constriñe —puede devenir en ideología profesional, según Angelelli (2006: 191)—.	factor motivador: lleva a la reflexión desde la perspectiva de la formación y de la investigación.
factor de aplicabilidad relativa: no aporta recetas que se puedan aplicar mecánicamente a todas las situaciones ni elimina los dilemas (Martín/ Valero-Garcés, 2008: 2).	factor de coherencia: otorga coherencia y homogeneidad al ejercicio profesional.
factor de información insuficiente: si no se actualizan los documentos (Suárez Villegas, 2001: 108) o no se articulan varios niveles axiológicos la información puede no ser completa o estar desfasada.	factor informativo: es informativo o pedagógico, para los profesionales del campo y de otros campos, y también para la sociedad en su conjunto; esclarece nociones y evita malentendidos.
factor perpetuador de las estructuras: puede contribuir a mantener las relaciones de poder y las opresiones (Suárez Villegas, 2001: 13).	factor regulador de las relaciones: puede servir para regular explícitamente la relación —los derechos y deberes— de los agentes implicados y distribuir justamente las obligaciones —una herramienta de control interno, según Tseng (1992, <i>apud</i> Mikkelson, 1996)—.
	factor legimitador: puede hacer que la sociedad tenga más confianza en la profesión Tseng, 1992, <i>apud</i> Mikkelson, 1996).

Tabla 7. Aspectos positivos y negativos de los códigos deontológicos. Fuente: Baixauli (2014: 201-202).

Por ello, estos códigos han de entenderse, en palabras de Baixauli (2012: 114):

Como una forma de dar cabida a la moral (las prácticas individuales) en la deontología profesional (las prácticas colectivas surgidas de la reflexión y plasmadas en un texto) con la finalidad de mejorar las actuaciones y explicitar las motivaciones del colectivo de profesionales. No pretenden impedir las reflexiones morales de los profesionales individuales sino ofrecer guías generales para reducir la arbitrariedad y la cantidad de dilemas éticos con los que se enfrentan los profesionales en su día a día.

A pesar de que la mayoría de códigos de conducta y guías de buena práctica establecen una serie de principios básicos a seguir (Hale, 2007: 101-136; Valero, 2006: 95-103), de acuerdo con los resultados obtenidos en Requena (2010: 99) llevarlos a la práctica puede resultar más complicado de lo que parece. De hecho, algunos autores señalan que los códigos, en tanto que guías generales, pueden pecar de ser poco concretos (Baixauli, 2012: 130; Hale, 2007: 113). Otro inconveniente es que si no cuentan con una fundamentación empírica, pueden convertirse en una «ideología profesional» que puede no corresponderse con la realidad (Wadensjö, 1992; Barsky, 1996; Kaufert y Putsch, 1997; Jacobsen, 2002; Angelelli, 2004; Mikkelson, 2000; Angelelli, 2006: 191; Raga, 2014). Otra crítica que podría hacerse a los códigos es que los profesionales se adhieran ciegamente a estos estándares sin tener en cuenta el criterio propio (Baixauli, 2012: 131; Dean/Pollard, 2011: 187). Hale (2007: 114) apunta que esto no debería llegar a producirse puesto que «There seems to be no evidence to support the Codes' prescription of a robotic or mechanical role for interpreters either». De hecho, incluso los propios códigos animan a los profesionales a aplicar las directrices postuladas en los mismos de un modo crítico, según su juicio profesional (Hale, 2007: 135; Baixauli, 2014). Según Baixauli:

Un profesional puede y debe cuestionar el código de conducta si, tras considerar la cuestión con detalle, llega a la convicción de que hay que proteger un bien superior al planteado en el texto, por ejemplo, la vida de un paciente o la propia integridad física o moral. Los documentos se deben cuestionar, porque somos los profesionales quienes decidimos, pero ese cuestionamiento tiene que estar justificado (Baixauli, 2014: 5).

Así pues, queda un espacio abierto para la reflexión, por lo que muchos autores defienden la necesidad de llevar a cabo estudios empíricos que ayuden a intentar reducir

la distancia existente entre los códigos deontológicos, objetivos y necesariamente vagos, y la práctica profesional, concreta, variable, y, por tanto, sujeta a criterios subjetivos estableciendo una serie de criterios objetivos acerca de cuándo y cómo se pueden implementar iniciativas comunicativas que se aparten de la estricta aplicación de los principios tratados (Raga, 2014: 9; Moody, 2007: 193; Verrept, 2012). Como apunta Moody (2007):

In determining what the interpreter should do, it is preferable to study and describe what the really good interpreters actually do and begin to base our conceptions of the roles and tasks of the interpreters on such descriptions (Moody, 2007: 193).

Antes de pasar a comentar la cuestión del rol y los principios de actuación de la MILICS, creemos conveniente detenernos a hacer una aclaración sobre el concepto de visibilidad. Tradicionalmente ha sido considerado como un principio de actuación más al que se enfrentaba la MILICS. No obstante, Baixauli y el Grupo CRIT (2014: 29) consideran que la visibilidad es en realidad una cuestión de fondo que puede condensar las controversias que suscitan los otros cuatro principios (imparcialidad, delimitación de competencias, control de la interacción y delimitación de competencias) sobre los que hablaremos más adelante. Añaden que las estrategias que suponen hacer visible al MILICS se suelen incluir en diferentes apartados, lo que parece validar su decisión de considerarlo en un nivel superior a los otros principios.

El concepto de visibilidad se ha tratado en numerosos trabajos (Roy, 2000; Berk-Seligson, 1990; Wadensjö, 1995 y 1998; Mikkelsen, 2000; Angelelli, 2004a y b; Grbic y Pöllabauer, 2006). Los códigos deontológicos también han prestado atención a esta cuestión¹⁸². En líneas generales, los códigos éticos de la profesión defienden la invisibilidad y neutralidad de la ISP. Sin embargo, como señala Requena (2010: 36), la realidad demuestra que resulta muy difícil que la ISP se mantenga invisible durante la interacción comunicativa y se abstenga de intervenir consciente o inconscientemente.

En cuanto a los investigadores, las opiniones de los diferentes autores muestran un continuo que va desde la neutralidad absoluta / invisibilidad a la participación directa de conciliador, con posiciones intermedias que se hace referencia a la participación activa, la asistencia, la intermediación cultural y la defensa del usuario (Roberts 1997: 10-15).

¹⁸² Los trabajos de Sales (2006) y Baixauli (2012) comparan en detalle los códigos deontológicos elaborados por diversos organismos dedicados a la ISP.

Por ejemplo, Roy (1993) defiende la necesidad de poner límites a la intervención del intérprete. En el plano opuesto, Brislin (1987) o Knapp-Potthoff y Knapp (1987: 183), defienden la visibilidad del intérprete como tercer elemento presente, e incluso apuntan que, dentro de ciertos límites, la mediadora cultural puede desarrollar sus propias iniciativas y ser más visible.

Bourdieu afirma que “they all [the interpreters and the parties] bring to the interactions their deeply held views and values, prejudices, and biases. It would be unwise to assume that interpreters are immune to this interplay of social factors” (Bourdieu, citado en Angelelli, 2004: 28). Angelelli, basándose en los resultados obtenidos a partir de un trabajo de investigación sobre el rol de la ISP en Canadá, México y Estados Unidos, se sitúa en el mismo plano y concluye que el intérprete es visible:

In other words, each of these participants brings to the interaction the self (which is in great part constituted from these social factors¹⁸³), where it then comes into contact with two other people, each of whom has his/her own concept of self, resulting in the possibility of an interplay of countless combinations of social factors, rendering it virtually impossible for any of these participants to be truly *invisible* (Angelelli, 2004: 30. *Cursiva en el original*).

La autora defiende que la ISP es siempre visible y que, además, su sola presencia provoca una reacción entre los interlocutores primarios. Hale (2007: 41) se pronuncia en la misma línea y concluye que:

It is impossible for interpreters to act as machines because they are human, and it is impossible for them to be invisible or uninvolved when they are present in a three-way interaction.

En cuanto al nivel de visibilidad que debe mostrar la ISP, Angelelli apunta que dependerá del contexto, «with conference interpreters being the most invisible, followed by court interpreters, and medical interpreters the most visible» (Angelelli, citada en Hale, 2007: 48).

A pesar del volumen de trabajos dedicados a la cuestión de la visibilidad-invisibilidad de la ISP, podríamos considerarlo un debate cerrado a medias puesto que hoy en día se

¹⁸³ Angelelli se refiere a los factores sociales de edad, nacionalidad, etnia, sexo, raza, estado emocional, solidaridad, etc.

reconoce que es visible ya que participa activamente en la interacción (Berk-Seligson, 1990), organiza y controla el turno de palabras (Roy, 2000), y coordina la interacción comunicativa al mismo tiempo que transmite la información convirtiéndose en coparticipante de la misma (Wadensjö, 1998); de modo que la situación comunicativa pasa de ser un diálogo a considerarse una tríada (Mason, 2001). Así la ISP/MI/MILIC se convierte en parte visible, una tercera interlocutora sin la que la comunicación no podría darse (Tebble, 2004). Autores como Roy (1993), Taft (1981) o Castiglioni (1997), defienden que una ISP o MI, cuando comunica un mensaje, tiene que tener en cuenta que no solo transmite una lengua, sino que tiene que hacerle llegar al receptor las particularidades culturales de su interlocutor. De este modo, pierde su invisibilidad. Angelelli (2004a: 11) amplía esta noción de visibilidad de la ISP incidiendo en que esta puede manifestarse de diversas maneras:

Visibility and participation are not just present in the linguistic co-construction of the conversation, they are also essential in:

- Communicating cultural gaps as well as linguistic barriers.
- Communicating affect nuances as well as the content of the message.
- Establishing trust between all parties to the conversation.
- Facilitating mutual respect.
- Putting the parties at ease during the conversation.
- Creating more balance (or imbalance) during the conversation (by aligning with one of the parties).
- Advocating for or establishing alliances with either party.
- Managing the requested and given information.

Anteriormente apuntábamos que la cuestión de la visibilidad de la ISP es un debate a medio cerrar. Ciertamente, como acabamos de mencionar, existe consenso en cuanto al reconocimiento de la ISP como parte visible. No obstante, Raga (2014: 34) afirma que los límites de la neutralidad de la ISP y su papel como agente visible es uno de los temas que más polémica suscita entre los teóricos de la interpretación en los servicios públicos. Siguiendo a Katan (1999: 128-144) y a Witte (2008: 115-155), Raga (2012: 2) sostiene que:

Tampoco en este campo existe un acuerdo unánime acerca del grado de integración de los aspectos culturales al proceso traductor, ni mucho menos acerca de las estrategias que deben seguirse al respecto o del grado de visibilidad que es legítimo que adquiera el traductor.

En la misma línea se sitúa Baixauli (2014: 29) cuando menciona que, a pesar de la existencia de un consenso respecto a la visibilidad de la MILICS, su grado de visibilidad, directamente relacionado con el modelo de papel profesional, sigue suscitando mucha controversia. En los mismos términos se pronuncia Jiang (2008: 60):

Today, the active role of Community Interpreters as (also) managing and coordinating talk in addition to the ‘translating’ task is widely recognized [...] With this additional activity, however, the question arises as to what kind of activities in what kind of roles are assumed by the Community Interpreter.

En general se acepta la intervención de la MILICS para pedir aclaraciones, pero aparte de esta situación ¿en qué otros casos debería visibilizarse la MILICS? ¿Hasta qué punto es legítima la pérdida de la visibilidad por parte de la MILICS? La misma duda le surge a Jiang (2007) cuando apunta que:

The debate of the community interpreter’s appropriate role implies the question of whether and, more specifically under which circumstances and to which extent an interpreter is legitimate to ‘mediate’ the communication by rendering ‘non-verbatim’ utterances (Jiang, 2007: 2).

4.2.1. Evolución de la figura de la MILICS

Tradicionalmente, el estudio de la ISP como moderadora/coordinadora de la conversación ha dado lugar a modelos opuestos. Estos son conocidos como el *conduit role*, que ofrece una concepción neutral del papel de la intérprete a la que no se le atribuye un rol participativo en la interacción comunicativa; y el *advocate*, que participa activamente en la interacción con el objeto de defender al usuario de los servicios públicos e intentar equilibrar la balanza de las relaciones de poder (Cambridge, 2003: 110-123). Aunque ambos modelos (que comentaremos con más detalle a continuación),

han tenido sus defensores y detractores y, tradicionalmente han sido asociados a distintas corrientes y ámbitos¹⁸⁴, la experiencia y la práctica profesional ha ido demostrando la no idoneidad de acogerse a un modelo o el otro¹⁸⁵ de forma exclusiva pues, como señala Santana (2013: 41) siguiendo a Pöchhacker y Kadric (1999) y a Cambridge (2002), «tanto si nos situamos en uno como en otro extremo las consecuencias pueden acarrear resultados perjudiciales para los interlocutores, sobre todo para la parte más débil». Por ello, van surgiendo nuevas voces, como el Grupo CRIT, que defienden una visión integradora de la ISP y la MI y una visión continuista del rol del MILIC en el ámbito sanitario.

En la actualidad, como señala Abril (2006: 281); la tendencia general sobre el papel de la ISP tiende a evolucionar hacia posiciones intermedias en las que se destaca la importancia de flexibilidad en la definición del papel de la ISP según el tipo de situaciones, lenguas y usuarios. Así lo manifiesta Prunč (2012: 8):

Above all, community interpreters need to have the competence to make consistent ethical decisions in the continuum between neutrality and advocacy.

En este sentido resulta interesante citar el manual *Bridging the Gap: A Basic Training for Medical Interpreters* del *Cross Cultural Health Care Program* (1999: 15-23) que propone un modelo flexible de intervención progresiva denominado «*incremental intervention model*». Este modelo plantea diferentes tipos de roles *conduit*, *clarifier*, *culture broker* y *advocate* según los cuales la ISP puede adoptar menor o mayor grado de implicación o intervención y para los que se requiere de menos a más habilidades y experiencia profesional. El manual recomienda adoptar en cada momento el rol que suponga la menor interferencia posible entre los interlocutores primarios, es decir; el menos “invasivo” (Roat *et al.* 1999: 19); de forma que el papel por defecto correspondería al de *conduit*¹⁸⁶. Siguiendo la misma línea, la CHIA en su *Guidance on*

¹⁸⁴ Generalmente se ha considerado que en el ámbito judicial es preferible que la ISP adopte un rol mero transmisor de las palabras del usuario con una intervención nula o mínima, más en consonancia con la visión tradicionalista de la ISP; mientras que en los ámbitos sanitario y educativo se ha favorecido la adopción de un rol *advocate* que vela por los derechos del usuario, más próxima a la MI.

¹⁸⁵ Recordemos por ejemplo los casos de Columbia Británica, en Canadá, que paulatinamente fue abandonando la idea de que el MILIC adoptase un rol exclusivamente *advocate*. En Reino Unido, sin embargo; ocurría el caso contrario y la práctica profesional incidía en la necesidad de abandonar un rol exclusivamente *conduit*.

¹⁸⁶ Recordemos que Prats San Román y Uribe Pinillos (2009:109) apuntaban que en la atención de casos la MI adopta la función de intérprete lingüístico, por lo que en estas circunstancias la MI también mantiene una función no interventiva (Vargas-Urpi, 2012: 82) a no ser que las circunstancias del acto

interpreter roles and Interventions, propone cuatro papeles de intérprete también presentados de menor a mayor grado de intervención, complejidad y controversia: *message converter*; *message clarifier*, *cultural clarifier* y *patient advocate*¹⁸⁷. A continuación tratamos más detenidamente los roles siguiendo la propuesta de Jiang (2008: 49-66):

1) Transcodificador / *Verbatim rendering / conduit/ message converter*.

Este modelo se basa en el principio de fidelidad que se le atribuye al ISP en la interpretación de conferencias. En palabras de Gile (1992: 189; 1995: 26), «the most widely acknowledged demand on an interpretation is today still that it should be faithful to the original in “message and style”». Laster y Taylor (1994: 114) lo describen del siguiente modo y lo asocian con el ámbito judicial¹⁸⁸:

The interpreter, as conduit, must be a direct channel of communication between the party and the questioner. Interpreters are required to provide a literal interpretation from one language into another...For the court to fairly assess the evidence given by a NESB (Non-English-Speaking Background, not in the original) person, the interpreter must provide a complete and accurate rendition into English. Literalism is essential to ensure accuracy (Laster y Taylor, 1994: 114).

En la visión más tradicionalista, la ISP *conduit* se caracteriza por realizar interpretaciones literales de las intervenciones de los interlocutores ya que, según este modelo, el éxito de la comunicación radica en la neutralidad e invisibilidad absoluta de la ISP. Wadensjö (1993) se sitúa en el mismo plano y describe el rol ideal de la ISP como una “*copy machine*”¹⁸⁹ que duplica lo dicho por los interlocutores primarios en otra lengua.

Jiang (2008: 52) resume este modelo del siguiente modo:

comunicativo requieran una mayor intervención por parte de la MI para llevar a buen término la comunicación.

¹⁸⁷ Las normas (standards of practice) de la CHIA adoptan el modelo de intervención progresiva (incremental intervention model) de Bridging the Gap, aunque utilizan una terminología propia: *message converter*, *message clarifier*, *culture clarifier* y *advocate* (CHIA 2002: Sección 3).

¹⁸⁸ Morris (1995: 25) es uno de los defensores del modelo de intérprete *conduit* para este ámbito.

¹⁸⁹ Más adelante, la autora abandona esta idea al entender que “reproducing or rendering speech actions of others is a fairly creative activity.” (Wadensjö, 1998: 69)

The 'conduit model' in essence views the interpreter as a language 'modem', a non-thinking linguistic 'transferring machine' for speakers who do not share the same language to communicate with each other. It assumes linear communication in which there is no interaction between the interpreter and the primary speakers. Communication between the primary speakers is achieved only via the accurate, faithful and neutral 'replay' by the interpreter. In this sense, meaning is assumed to be fixed monologically by the speaker rather than being created by circumstances and rather than varying by other participants.

Así, la ISP vierte el mensaje en LM sin introducir adiciones o realizar cambios innecesarios y sin omitir partes del mismo. No obstante, sí atiende a las informaciones expresadas a través del lenguaje corporal y gestiona el flujo de la conversación (como se recoge en los trabajos de Wadensjö, 1998, o Angelelli, 2004). Además, controla la alternancia de turnos de palabra interviniendo verbalmente o no para agilizar la alternancia de los mismos y/o resolver los solapamientos que pudieran producirse en la interacción comunicativa.

Aunque, en general, prácticamente la mayoría de los códigos de conducta para las ISP médicos señalan que la ISP debe traducir lo más literalmente posible para asegurar su neutralidad e imparcialidad en la interacción comunicativa (e.g. Berk-Seligson, 1990; Morris, 1993; 1995; Fenton, 1997; Mikkelsen, 2000), parece ser que esta tendencia ha quedado obsoleta (Hiesh, 2006; Arnaert y Schaack, 2006; Greenhalgh *et al.*, 2006). En línea con esta idea, Moody (2007) sostiene que:

Research into Community Interpreting today has largely abandoned this narrow interpretation of the interpreter's role to focus on describing the factors and conditions that are responsible for an interpreter's variation of the source message.

2) Clarificador (*message clarifier*):

En este papel la ISP/MILICS va un paso más allá que en el rol anterior e interviene para explicar terminología y conceptos para los que no existen equivalentes en otro idioma o cuyos equivalentes no son entendidos por el receptor, ajustar el registro y/o comprobar

si alguna o las dos partes están asimilando los mensajes. La explicación de terminología y conceptos en este rol hace referencia más bien a proceder a una simplificación de los mismos con el objeto de hacerlos más comprensibles para los interlocutores. El intérprete solo adopta este rol cuando el anterior no es suficiente y los interlocutores requieren alguna intervención que facilite la comprensión. Según este rol la ISP puede interrumpir a los interlocutores, alertar a las partes de un posible confusión e identificarla, solicitar al emisor que describa términos y/o conceptos (de modo que estos puedan ser entendidos más fácilmente por el otro interlocutor o el propio intérprete), y buscar formas para describirlos en ausencia de equivalentes en las LO y LM, por ejemplo mediante el uso de analogías.

3) '*Cultural Broker*', *cultural clarifier*

Del mismo modo que ocurría con el rol anterior, en este papel la ISP/MILICS sube un peldaño más en la escalera del grado de intervención. No obstante, en este caso la ISP/MILIC no solo interviene para la aclaración de términos o conceptos médicos sino que lo hace para proporcionar el marco cultural específico que permita no solo la completa comprensión de un determinado mensaje, sino también las implicaciones de dichos mensajes que pueden no resultar obvias para el otro interlocutor debido a las diferencias culturales. Es decir, hace explícitas aquellas informaciones culturales no compartidas por los interlocutores primarios que pudieran dar lugar a malentendidos debido al desconocimiento de las mismas o a una incorrecta interpretación. Según este rol la ISP puede interrumpir a las partes, alertar sobre la posibilidad de que un determinado aspecto pueda ser malentendido o malinterpretado, sugerir qué elemento cultural puede impedir la comprensión mutua y ayudar al emisor para que explique el concepto y, si se le solicita, explicar costumbres o creencias y prácticas médicas propias de la cultura sanitaria de cada uno de los interlocutores. Es importante subrayar que la ISP únicamente adopta este rol en aquellos casos en los que la diferencia cultural puede dificultar la comprensión o conducir a un malentendido.

4) *Patient advocate, 'Advocator' o 'Conciliator Role'*

Este modelo se sitúa en un extremo opuesto al modelo de ISP *conduit* y tiene sus orígenes en la interpretación de lengua de signos¹⁹⁰. Fue impulsado por ISP empleados por las instituciones que desarrollaban tareas de *community workers*, por ejemplo, en hospitales. En general, este modelo de ISP se asocia principalmente al contexto sanitario. Consiste en asignar al intérprete la función de protección, representación y defensa activa del usuario, más conocida como *advocacy*. La razón que lleva a plantear la necesidad de este rol es que las limitaciones idiomáticas pueden hacer que los usuarios de origen extranjero vean menguado su derecho a recibir asistencia sanitaria en un plano de igualdad respecto a la población autóctona. En su acceso y utilización de los servicios del sistema sanitario, estos usuarios deben hacer frente a barreras culturales y lingüísticas de diversa índole y a todos los niveles que dificultan, por ejemplo, la comprensión de la entrevista médica y/o de las recetas prescritas, o el proceso de solicitud de cita, entre otros aspectos. Y la ISP/MILICS en tanto que especialista en lenguas y culturas suele ser la única parte en posición de reconocer el problema y defender al usuario. Roberts (1997: 13) define el concepto de la siguiente manera:

Advocacy implies defending, pleading for or actively supporting the client. In other words, the community interpreter is seen as a guide and counsellor as well as a power broker working in favour of his 'underprivileged' client (Roberts, 1997: 13).

Hsieh (2004: 89) y Jiang (2008: 56) incluyen dentro del rol *advocacy* todas aquellas acciones emprendidas por un MILICS en nombre usuario para remedir situaciones problemáticas. Algunas de las situaciones en las que la ISP actúa como *advocator* es cuando:

[He/She] advises the client about rights and options in the situation [...] ensures that the client has all relevant information and controls the interaction and challenges racially/culturally prejudiced statements or conclusions on the part of the service provider (Giovannini, 1992; citado en Roberts, 1997: 13).

¹⁹⁰ Véase Cokely (1992) y Roy (2000).

Dentro de este rol, Hsieh (2004: 172-178) distingue dos tipos de *advocacy*: ‘*overt*’ *advocacy* y ‘*covert*’ *advocacy*. Se entiende por *overt advocacy* aquellas situaciones en las que las MILICS actúan en el nombre del paciente buscando información, ofreciendo respuestas y solicitando servicios para el paciente sin habérselo consultado a este previamente. Por el contrario, se entiende por *covert advocacy* aquellas situaciones en las que las MILICS actúan en el nombre del paciente utilizando estrategias comunicativas que les permiten parecer invisibles y, sin embargo, estar actuando como *advocates* al animar al paciente para que tome una postura más activa y se erijan como *self-advocates*.

Este rol de defensa del paciente es, sin duda, el más controvertido. Algunos autores como Kaufert y Putsch (1997) defienden que es una estrategia o rol apropiado, mientras que códigos de relevancia internacional en el campo de la ISP sanitaria como los de la CHIA (2002) y la IMIA (2007) se muestran cautos a la hora de considerar la opción de defender a una de las partes¹⁹¹, porque podría ponerse en peligro o comprometerse la autonomía del paciente y la imparcialidad de la ISP. Así, adoptar o no el rol de *advocator* es una opción personal. Zimman (1994: 223) sugiere que antes de adoptar este rol, la ISP debe valorar sus habilidades y el riesgo potencial de la intervención.

Como se apuntaba anteriormente, hoy en día pocos autores consideran los roles de la ISP como compartimentos estancos, más bien al contrario, en la literatura se tiende a abogar por una concepción flexible de los mismos. Por ejemplo, Cortés (2009) apunta que el intérprete médico ejerce varios roles: conducto, clarificador, mediador cultural y defensor. El rol de conducto se identificaría con el “enfoque directo” propuesto por Hale y el “modelo imparcial” de Cambridge, ya que en ese momento se considera un puente lingüístico. Según Cortés (2009: 5):

Esta es su función básica, y también la más frecuente. En este rol, la responsabilidad del intérprete médico es traducir el mensaje expresado en un idioma al otro idioma de una manera completa y fiel. [...] De estos cuatro roles, el de conducto es el menos invasor y el que se debiera practicar la mayor parte del tiempo, a menos que la comunicación se vea afectada por otros factores que no son específicos del idioma, como la falta de

¹⁹¹ Para más información, véase Baixauli (2012).

conocimiento e información sobre la manera en que se prestan los servicios sanitarios, la falta de familiaridad con los conceptos médicos, los diferentes puntos de vista culturales, el abuso de poder por parte del médico, la discriminación en contra del paciente, etc.

Esta postura parece ampliamente aceptada. De hecho, no se trata de una visión nueva, Zimman (1994: 224) introduce ya en los 90 la idea de que la aspiración de pertenecer a un rol perfectamente definido es irrealista, puesto que:

The perfect and well defined roles do not exist for the community interpreters (...). Each community interpreter has to develop a clear and justifiable role for herself with the capacity to adjust to particular circumstances, concepts and situations which will depend on such factors as the service (police, social services, health, etc.), the clients (both service provider and non-English speaking client), the cultural differences and the immediate circumstances.

Igualmente lo señala Angelelli (2006: 182 y ss) en su revisión de los roles anteriormente comentados, donde concluye que:

The difficulty in believing one can consistently assume a certain role lies in the fact that no one role can be assumed in its entirety or independently of others. It is not always possible to choose between performing as a message converter, a culture clarifier or an advocate and the distinctions between the roles are not that clear. [...] Most interpreters make personal decisions about the roles that they will assume during an interpreting session, based on the number and perceived importance of the interlocutors and of the topic...In fact, they may opt for all these role choices in a single session...(Angelelli 2006: 182, 185).

Del mismo modo se pronuncian Moody (2007), Baixauli (2012 y 2014) y Raga (2014) cuando relegan la importancia de los roles a un papel secundario y añade que estos deben servir como mero marco teórico.

Models or metaphors for the interpreter's role can be helpful but they tend to be theoretical ideals which prescribe a certain role for the interpreter. Experienced Community Interpreters may, in fact switch models in the middle of an assignment,

depending on the circumstances and the expectations of the consumers (Moody, 2007: 193).

Hale coincide con los autores anteriores y destaca que: «Whatever role is adopted by medical interpreters, only those who are properly trained can make such choices».

Finalmente, Baixauli (2012: 239) y el Grupo CRIT (2014) resaltan la futilidad de buscar un rol profesional único, estático y definitivo y recomiendan entender el rol profesional como una noción flexible y adaptable a las necesidades del momento y a las características del contexto y del profesional. Ambos trabajos señalan también la importancia de que dicho rol profesional tenga un componente de construcción personal a lo largo del tiempo puesto que:

La propia naturaleza de esta profesión hace imposible establecer, en los códigos o en cualquier otra herramienta, una serie de criterios, aplicables a cualquier situación o tipo de situación, que determinen de manera unívoca cuándo y cómo deben aplicarse excepciones a los principios básicos (Raga, 2014: 9).

En los siguientes subapartados se hará un repaso sobre lo que se ha publicado acerca de algunos de los principios de actuación que desde los códigos y la bibliografía se entiende que deben regir la conducta de la MILICS. Nos centraremos más concretamente en lo que se refiere a la conveniencia o no de trasgredir alguno de los principios de actuación que se establecen en los códigos, en particular en los relacionados con la parcialidad/ imparcialidad/ multiparcialidad, la precisión/contextualización cultural, el control de la interacción y la delimitación de competencias profesionales, que han sido debatidos por los investigadores de ambas corrientes (MI e ISP) y que también son transferibles a la MILICS. Partiremos del análisis propuesto en el libro del Grupo CRIT *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario* (2014) ya que es el grupo con el que he desarrollado mi labor investigadora y cuyo modelo de análisis, centrado en proponer la mejor manera de abordar los retos comunicativos a los que se enfrentan las MILICS, nos parece adecuado porque deja de lado el debate del conflicto de la identidad profesional de las ISP y las MI y se centra en analizar las circunstancias en las que se desarrolla la interacción para proponer pautas que ayuden a las profesionales a ejercer su labor de la manera más satisfactoria posible.

4.3. Sobre la imparcialidad

La imparcialidad es uno de los principios de actuación que más polémica han generado a la hora de conformar el perfil profesional del MILIC. Sales (2014: 55) señala que es uno de los dilemas más complejos porque, como viene siendo tradición en todos los aspectos relacionados con la MILIC, presenta límites difusos y además se desarrolla en un plano asimétrico, no horizontal, en el que una parte está en situación más vulnerable: el/la paciente extranjero/a.

Antes de entrar en detalle, creemos conveniente hacer una aclaración. Aunque en ocasiones, en el campo de la ISP y la MI invisibilidad, neutralidad e imparcialidad se utilizan indistintamente (Zimányi, 2009a: 57), no nos encontramos ante términos sinónimos. Anteriormente recogíamos las aportaciones de diversos autores¹⁹² que han contribuido a reconocer la visibilidad del MILIC como parte inherente a la tarea de facilitación de comunicación en los SSPP mediante la acción de un tercero. En otras palabras, la MILICS es visible y dicha visibilidad es esencial para comunicar y superar las barreras lingüísticas y culturales, transmitir sutilezas que pudieran ser de especial relevancia para la total comprensión del mensaje, establecer la confianza entre las partes, facilitar el respeto mutuo, organizar y controlar el turno de palabras, coordinar la interacción comunicativa etc... No obstante, es imprescindible señalar que el hecho de que la MILICS sea visible no quiere decir que sea parcial. La visibilidad no lleva aparejada necesariamente una actitud o actuación de defensa de alguna de las partes. En el caso contrario, la imparcialidad sí que es siempre manifestada a través de la visibilidad de la MILICS. La siguiente cita de Roat ilustra mejor esta diferencia entre visibilidad e imparcialidad:

The interpreter can never really be “invisible” [...]. But, like a bridge, the interpreter can be present in an unobtrusive way, not coming between two people, but supporting them in bridging the gap between them (Roat *et al.*, 1999: 21).

El concepto de imparcialidad ha sido entendido diferentemente por los diversos autores. Según Edwards (1995: 64-65), se refiere a no solo no tomar parte sino a intentar no formarse una opinión ni hacer un juicio interno sobre el caso que se tiene entre manos.

¹⁹² Berk-Seligson (1990), Roy (2000), Wadensjö (1998), Mason (2001), Tebble (2004), Angelelli (2004a) y Baixauli (2014: 29).

Turner (2007: 185) entiende que la imparcialidad significa «not to cheat, manipulate or wilfully misrepresent, but also *not to hide your influence on the process and the product, opting rather to acknowledge your strategy overtly*». Sales (2014: 33-34) define la imparcialidad como:

El deber del intérprete de evitar que su parcialidad afecte al intercambio, eludir participar en la conversación (con consejos, reacciones e intervenciones innecesarias, o filtrando la comunicación o hablando en nombre de alguna de las partes), tomar conciencia de las propias preferencias y sesgos personales y emprender estrategias como la explicitación de los vínculos o intereses personales.

Algunos trabajos apuntan que la imparcialidad lleva asociada la exigencia de desempeñar un papel de sensibilización ante la desigualdad o la discriminación¹⁹³ (Bermúdez *et al.* 2002: 122). En esos términos se pronuncia, por ejemplo, Bermúdez:

El mediador o mediadora debe tener una total imparcialidad técnica en sus intervenciones, buscando un compromiso con resultados que satisfagan las necesidades de ambas partes. A diferencia de la neutralidad, *la imparcialidad le exige al mismo tiempo desempeñar un papel de sensibilización frente a la desigualdad o discriminación* (Bermúdez, 2009: 284-285, cursiva nuestra).

Prats y Uribe (2009: 271) coinciden con lo expuesto por Bermúdez y señalan que la MI:

No debe posicionarse a favor de los planteamientos o intereses de la entidad para la que trabaja, ni tampoco del lado de la persona inmigrada por su afinidad ideológica o cultural con ella. En todo caso, *debe asegurar que puedan tomar por sí mismas la decisión que mejor se ajuste a sus necesidades, intereses y particularidades* (Prats y Uribe, 2009: 271, cursiva nuestra).

De las definiciones anteriores destaca la idea de que la MILICS no debe favorecer a ninguna de las partes sobre la otra, sino atender los intereses de ambas partes por igual y velar por la autonomía de los interlocutores. Siguiendo la línea de la imparcialidad entendida como actuación que pretende velar por los intereses de ambas partes nace el concepto de *multiparcialidad* de Anderson (1997) defendido actualmente por muchos

¹⁹³ Es importante recordar que la desigualdad es inherente a toda actuación de la MILICS, en la que el paciente extranjero es siempre la parte más vulnerable.

autores como Boqué (2003), Tapia (2005) y Sales (2014). De Luise y Morelli (2007) apuntan que «el concepto de multiparcialidad evoca independencia y empatía a la vez. [...] La función de imparcialidad, entendida como no tomar las partes de nadie, también puede pensarse como multiparcialidad, es decir, tomar las partes de todos». En otras palabras la multiparcialidad es «entender las posiciones y encontrar válidos los argumentos de todos, tomar partido por cada parte, equilibrando el poder entre ellas» (López-Sánchez, 2012). Sales y el Grupo CRIT (2014: 34) entienden que:

[La MILICS es parcial o, más bien, multiparcial si] emprende estrategias y toma partido por una de las partes cuando existe un choque de intereses o se está cometiendo una presunta injusticia (incluyendo también actuaciones de discriminación positiva para facilitar la atención a un paciente que considera que está en una situación desfavorecida).

En líneas generales, la bibliografía especializada en MI y los códigos profesionales sobre ISP sanitaria¹⁹⁴ establecen que la MILICS ha de actuar de forma imparcial (Bermúdez *et al.* 2002; Giménez, 2002; Prats y Uribe, 2009; Baixauli, 2012) y no erigirse como representante o defensor de las partes¹⁹⁵. No obstante, como apunta Baixaulí (2012), los códigos deontológicos conceptualizan la imparcialidad de diferentes maneras.

Desde la ISP, los estándares de práctica de la IMIA conceptualizan la imparcialidad (C-3)¹⁹⁶ como el deber de identificar las creencias y preferencias personales; de no continuar con el encargo si estas, u otros factores como los vínculos personales o profesionales, condicionan demasiado la imparcialidad de la ISP; y de centrarse en la comunicación entre personal sanitario y paciente, evitando introducir temas, creencias, opiniones personales o consejos (A-11 E).

La CHIA recomienda que el intérprete se distancie de los desacuerdos que puedan surgir durante la entrevista y respete el derecho de las partes a discrepar, y que se abstenga de expresar su opinión, incluso si considera que el mensaje es incorrecto, falso

¹⁹⁴ En el apartado 6.3.1.2 de Baixauli (2012) se trata más en detalle cómo los diferentes códigos deontológicos abordan la cuestión de la imparcialidad.

¹⁹⁵ Hale (2007b:122) puntualiza que esta imparcialidad actúa además como método de protección de la ISP frente a las tensiones de tipo emocional.

¹⁹⁶ Esta nomenclatura se corresponde con la utilizada en los estándares de práctica de la IMIA según la cual se clasifican las pautas de actuación de la ISP.

o inmoral (*Impartiality*, c. y d.)¹⁹⁷. También recoge el deber de la ISP de reaccionar frente a los comentarios poco respetuosos.

El NCIHC establece que la ISP no debe permitir que sus juicios personales o valores culturales influyan sobre su objetividad, manifieste los posibles conflictos de interés que pueda tener en el intercambio y, si lo considera necesario, renuncie a seguir interpretando. No obstante, en el apartado de *Advocacy* o defensa activa (pautas 31 y 32) se propone que la ISP intervenga para evitar un daño grave a una persona o para defender a una parte o grupo en casos de maltrato o insultos.

Desde la MI, el código de Kantara propone que la MILICS no debe dejarse influir por las partes ni defender una posición a favor de ninguna de ellas. En este sentido, se recomienda que no exprese opiniones personales, incluso si así se le solicitase.

En el código propuesto por la Comisión Europea se apunta que la mediadora debe servir equitativamente a todas las partes.

El código deontológico de la Asociación Madrileña de Mediadores insta a la mediadora a ayudar a las partes en la gestión o resolución de conflictos o toma de decisiones, sin tomar partido por ninguna de ellas, y a que no permita comportamientos manipulativos, amenazadores o intimidantes de ninguno de los participantes, tratando de mantener un diálogo equitativo entre las partes (artículos 12 y 13). Con respecto a la aparición de conflictos de interés, se estipula que la mediadora debe abstenerse de participar en el proceso si mantiene algún tipo de relación personal o profesional con alguna de las partes o si tiene algún interés financiero.

Baixauli (2014: 33, 34) señala que los códigos coinciden en entender la imparcialidad como:

El deber del intérprete de evitar que su parcialidad afecte al intercambio, eludir participar en la conversación (con consejos, reacciones e intervenciones innecesarias, o filtrando la comunicación o hablando en nombre de alguna de las partes), tomar conciencia de las propias preferencias y sesgos personales y emprender estrategias como la explicitación de los vínculos o intereses personales.

¹⁹⁷ En los estándares de práctica de la CHIA se clasifican las pautas de actuación de la ISP siguiendo estanomnclatura.

Igual que ocurre con los códigos, también encontramos diferentes posturas de los investigadores en torno a la cuestión de la imparcialidad.

Desde la ISP, Cambridge (2003: 57-59) defiende un “modelo imparcial” frente al “modelo de abogacía”, Gentile *et al.* (1997) insisten en que la MILICS no debe asistir al usuario como *cultural broker*. No obstante, trabajos como los de Angelelli (2004) y Hsieh (2006), basados en estudios empíricos, demuestran que en la práctica resulta muy difícil no alinearse con ninguna de las partes. Rudvin (2002) y Wallmach (2002) apuntan que no se puede esperar que la MILICS esté exenta de subjetividad. Puesto que las MILICS ‘cannot be wholly “neutral” any more than [they] can be wholly invisible’ (Rudvin, 2002: 223).

Desde la MI Prats y Uribe (2009: 12) mantienen la MILICS debe ser imparcial y no actuar a favor de los intereses de ninguna de las dos partes, pero sí mostrarse cooperante para mejorar la colaboración entre los profesionales de la administración pública y el colectivo inmigrante. Expresado de otro modo, la mediadora debe intentar “acercar las posturas de ambas partes en conflicto sin intentar reivindicar por su cuenta los derechos que cree, o le consta, que son vulnerados, ni de presionar con amenazas”, pero sí puede “dinamizar y canalizar a la parte perjudicada hacia las redes de apoyo existentes en su comunidad”.

Para resumir, recogemos las palabras de Martin (2000), que concluyen que:

Mientras que la mayoría de los autores están de acuerdo en que la imparcialidad forma parte integrante de la ética de un intérprete, la realidad es que los límites de esta imparcialidad son todavía tema de debate (Martin, 2000: 218).

De nuevo nos encontramos con el problema de los límites que ya nos aparecía en el debate sobre la invisibilidad. ¿Cuándo está justificado que la MILICS abandone su multipartialidad y se erija como defensor de alguno de los interlocutores primarios? La respuesta a esta pregunta casa con las actuaciones de sensibilización frente a la desigualdad o discriminación que Bermúdez (2009) atribuye a las MILICS y que están relacionadas con el rol de *advocacy* que se comentó en el apartado sobre visibilidad y roles. También se relacionan con el segundo y tercer bloque de competencias de Nevado (2013) para la MILICS.

Sales (2014: 55-75) recoge una serie de casos en los que se contempla la intervención de las MILICS. La autora distingue entre situaciones donde las MILICS podrían decidir intervenir, es decir, sería más bien una decisión personal; y situaciones en las que la intervención de la MILICS se hace necesaria. En el primer tipo de situaciones, se podría contemplar la intervención de la MILICS:

- Cuando el PS esté adoptando decisiones que discriminen negativamente al paciente extranjero respecto a las decisiones que se toman en relación con los pacientes autóctonos, especialmente las derivadas del desconocimiento cultural y administrativo del paciente.
- Cuando el paciente intente sacar alguna ventaja no legítima aludiendo a sus especiales circunstancias culturales y socioeconómicas.

El segundo tipo de situaciones que para Sales requieren necesariamente de la intervención de la MILICS se refieren a aquéllas en las que la dignidad o bienestar del paciente está en riesgo. En palabras de Sales (2014: 54) «ante una actitud claramente discriminatoria, racista o xenófoba, se considera justificado que la MILICS despliegue acciones de apoyo, siendo esto un principio ético». En este sentido, también puntualiza que hay que tener en cuenta que hay ocasiones en las que puede darse un comportamiento denigrante debido a un malentendido cultural. En estas ocasiones recomienda que la actuación de la MILICS consista en explicitar claramente el malentendido, y deshacerlo¹⁹⁸. No obstante, como señala la autora, la dificultad no se encuentra tanto en los extremos sino en todas aquellas situaciones que se encuentran en el *continuum* que la autora denomina “excepción socio-culturalmente justificada” y se refieren a la implementación de medidas especiales (o flexibilización de las normas) respecto a los pacientes extranjeros, que no se toman habitualmente con los pacientes en general, y que intentan compensar una posible desventaja social de los mismos. Sales resalta que en este tipo de excepciones prima ante todo el factor humano¹⁹⁹. Para aportar un poco de luz a la cuestión, Sales procede al análisis de un corpus de casos y estudia el modo de actuar de la MILICS ante una serie de factores²⁰⁰, a partir de su análisis

¹⁹⁸ Igualmente, precisa que la legitimidad de actuar de un modo u otro debería evaluarse atendiendo a los criterios del principio de contextualización cultural.

¹⁹⁹ Y que, por esta misma razón, se realizarían probablemente también con pacientes autóctonos.

²⁰⁰ Excepciones ante la normativa, ante peticiones del paciente, flujo informacional solo hacia la MILICS, aspectos culturales y desconfianza ante las partes

propone una serie de recomendaciones²⁰¹ (Sales, 2014: 75-80) para guiar a las MILICS en intervenciones futuras y que incluimos a continuación:

Ante actitudes discriminatorias, o la percepción que el paciente pueda tener a este respecto

- La MILICS debe resolver y aclarar los malentendidos que pudieran darse por problemas comunicativos o desconocimiento del sistema sanitario o la burocracia asociada haciendo de enlace interlingüístico e informativo.
- En casos en los que no se ha dado una actitud discriminatoria pero el paciente así lo percibe y cree que esta actitud responde a motivos racistas, se propone que la MILICS busque la viabilidad de realizar algún tipo de pequeña excepción socio-culturalmente justificada, teniendo en cuenta la situación socio-afectiva en cada caso²⁰².
- En aquellas situaciones en las que una de las partes comunica, a solas, desconfianza infundada por la actitud de la otra parte a la MILICS pero esta sabe que tal discriminación no existe, se recomienda que la MILICS trate de deshacer estas falsas impresiones buscando la forma de vehicular encuentros a tres que fomenten el reconocimiento de las partes y la confianza mutua.
- Se recomienda que la MILICS gestione aquellas situaciones en que el usuario o el PS expresen desconfianza o quejas en presencia de la otra parte. En este caso se proponen dos tipos de soluciones para los distintos casos:
 - Si la queja o expresión de desconfianza se realiza sin conocimiento de la otra parte, se insta a la MILICS a valorar si procede o no informar a la parte aludida ya que visibilizar un problema que el otro interlocutor no

²⁰¹ Estas recomendaciones están recogidas en Sales (2014:75-80).

²⁰² En este caso, Sales apunta la necesidad de que se trataría de una excepción socio-culturalmente justificada, que el paciente debe entender como algo excepcional a modo de restitución por el hecho que crease la percepción de discriminación previamente.

ha percibido quizá no sea la manera más adecuada para evitar la aparición de un conflicto.

- Si la percepción de discriminación se debe a algún estereotipo negativo creado en torno a los pacientes extranjeros que no se corresponde con la realidad del caso en cuestión, se señala que es importante que la MILICS intervenga para advertir de los peligros de los estereotipos, analizar la situación concreta y tratar de restablecer la confianza entre las partes.

Excepción socio-culturalmente justificada

Sales (2014: 76) recoge algunas actuaciones que son específicas de la atención sanitaria a pacientes extranjeros y que suponen una excepción socio-culturalmente justificada y adecuada.

- En relación con el desconocimiento de trámites administrativos, se recomienda a la MILICS que valore la conveniencia de actuar en beneficio del paciente para ayudarlo a realizar algún trámite²⁰³.
- En aquellos casos en que se ha proporcionado información sanitaria de forma unidireccional al paciente extranjero sin la presencia de la MILICS, se propone que esta valore la conveniencia de buscar al PS para que aclare dudas o vuelva a dar información en una situación a tres.

Ante peticiones del paciente

- Se recomienda que la MILICS intente que se atienda la petición de algunos pacientes extranjeros de ser atendidos por personal de su mismo sexo. No obstante, si por falta de personal disponible esto no es posible, se sugiere que la MILICS intente hacer entender al paciente y sus acompañantes que la salud es

²⁰³ Sales (2014: 76) resalta que este tipo de actuaciones pueden entenderse como una excepción, pero también es una manera de optimizar recursos.

prioritaria pudiendo buscar soluciones alternativas, mediante acompañamiento de enfermeras o enfermeros, o incluso de la propia MILICS.

- Ante peticiones que también pueden gestionarse en el contexto sanitario, relacionadas con trámites administrativos, se recomienda que la MILICS realice una labor informativa y trate de eliminar percepciones de discriminación que el paciente pueda sentir. También se propone que la MILICS tome la iniciativa de derivar o implicar a personal competente en el caso concreto para crear confianza entre las partes y otorgarle mayor autonomía al paciente.
- Si el paciente realiza una petición que excede el contexto sanitario, se recomienda que la MILICS se mantenga al margen. No obstante, se contempla la posibilidad de que la MILICS realice una labor informativa y proporcione algún contacto externo que pueda ser competente en la materia, o remita al paciente a la trabajadora social del centro sanitario.

Flujo informacional solo hacia la MILICS

- Si el paciente proporciona a la MILICS información que no tiene relevancia sanitaria, se recomienda a la MILICS que recuerde al paciente el propósito específico de la interacción.
- Si el paciente proporciona a la MILICS información que sí tiene relevancia sanitaria pueden darse una de las siguientes circunstancias. En cualquier caso, la MILICS debería, en primera instancia, recordar al paciente de que ha de comunicarse con el PS que es quien necesita la información necesaria para sanarlo. Si tras esto el paciente sigue sin transmitir al PS la información que le había proporcionado a la MILICS previamente de forma unilateral, la MILICS tras valorar la repercusión y relevancia de la información obtenida puede:

- Optar por no transmitir dicha información al PS, al considerar que hacerlo no aporta ningún beneficio y podría generar desconfianza por parte del PS hacia su paciente.
- Optar por transmitir dicha información al PS, si le consta que el paciente no transmite la información por sí mismo por motivos lingüístico-comunicativos o actitudinales (vergüenza o miedo). En este caso debería realizar una labor explicativa para fomentar la confianza entre las partes.

Aspectos culturales

- Se recomienda que la MILICS mantenga informado al PS si se dan un aspecto cultural, costumbre o creencia, que pudiese afectar a la dinámica de la atención sanitaria en el centro o a la salud del paciente. Ante esta situación podrían darse dos posibilidades:
 - Si el aspecto cultural no supone ningún problema para la dinámica de la atención sanitaria en el centro ni para la salud del paciente, se recomienda que la MILICS potencie la convivencia de ambos sistemas ya que es importante afectivamente para el paciente.
 - Si el aspecto cultural en cuestión sí supone un problema, se recomienda a la MILICS llevar a cabo una labor informativa y mediadora atendiendo principalmente a la mejora de la salud del paciente.

Desconfianza entre las partes

- Si la MILICS detecta desconfianza entre las partes, se recomienda que indague para crear o restablecer la confianza entre las partes.

Para finalizar su trabajo, la autora concluye que en ninguno de los casos estudiados se observa ninguna actuación parcial injustificable por parte de las MILICS y que

generalmente la actitud y acción de la MILICS es imparcial, es decir, profesional, independiente y empática hacia ambas partes. Los límites de la imparcialidad de la MILICS pueden definirse como:

Un movimiento en zigzag que quizás se alinea con una de las partes en un primer momento, para después hacerlo hacia la otra y, en definitiva, resquebrajar el posible conflicto y acercar a las partes, con el punto de mira puesto en la imparcialidad y en la mejor vía en cada caso, para que, recordemos, *puedan tomar por sí mismas la decisión que mejor se ajuste a sus necesidades, intereses y particularidades* (cursiva en el original) (Sales, 2014: 75).

4.4. Sobre la precisión y la contextualización cultural en MILICS

Otro de los temas más debatidos acerca de los principios de actuación de la MILICS se refiere a la conveniencia de abandonar la precisión introduciendo contextualizaciones culturales. Esta cuestión también está directamente ligada al dilema de la invisibilidad de la MILICS. Creemos conveniente aclarar que no hay que confundir invisibilidad (que se refiere al concepto genérico) con una de sus manifestaciones, que es el principio de precisión, al que pueden plantearse excepciones en forma de contextualización cultural. Así la “contextualización cultural” viene a plantear «en qué circunstancias, en qué medida y de qué manera las MILICS pueden tomar la iniciativa comunicativa de contextualizar culturalmente los mensajes transmitidos, apartándose así del principio de precisión o fidelidad, que exige que estos sean trasvasados de una lengua a otra sin cambios, omisiones o añadidos» (Raga, 2014: 82). En otras palabras, se refiere a la conveniencia o no de contextualizar culturalmente los mensajes que se dan en la situación comunicativa introduciendo aclaraciones sobre creencias, costumbres, valores, actitudes, etc; que pudieran ser importantes para la completa comprensión de los mismos.

Venuti (1995) señala que esta cuestión se vincula con los dilemas clásicos de la traducción y la interpretación y ha sido tratada bajo etiquetas como fidelidad, precisión, adecuación o, incluso, visibilidad. De hecho, los debates en torno al principio de precisión no son exclusivos de la ISP. Este principio de actuación ha generado mucho

debate también en el campo de la traductología. La idea de que el traductor debe ser fiel al TO ha ido evolucionando en el tiempo para pasar de la fidelidad semántica a la fidelidad pragmática. Entre las aportaciones, destaca el concepto de “equivalencia dinámica o funcional” de Nida (1964: 159) según el cual «a translation of dynamic equivalence aims at complete naturalness of expression [...] and tries to relate the receptor to modes of behaviour relevant within the context of his own culture». Para Nida este concepto casa con el principio de precisión puesto que:

The dynamically equivalent translation does not indiscriminately use “anything which might have special impact and appeal for receptors”; it rather “means thoroughly understanding not only the meaning of the source text but also the manner in which the intended receptors of a text are likely to understand it in the receptor language” (Nida y de Waard 1986: vii–viii, 9).

Así, para Nida (1964) y Nida y de Waard (1986) la precisión o fidelidad en traducción se refiere a intentar que el TM cree un efecto equivalente en la CM al que tendría en la CO, tratando de conseguir que el receptor de la traducción comprenda el texto «to such an extent that they can understand how the original receptors must have understood the original text» (Nida y de Waard, 1986: 36). También desde la traductología, Hurtado sostiene que el traductor debe fidelidad a tres principios: fidelidad a la intención del autor, fidelidad a la lengua meta y fidelidad al lector o destinatario de la traducción (Hurtado, 1990). Actualmente, como apunta Baixauli (2012: 229), se observa un claro consenso sobre la noción de que el TM debe ser pragmáticamente fiel al TO y debe funcionar adecuadamente en el contexto meta.

En el campo de la MILICS el principio de precisión o fidelidad también han suscitado mucha controversia²⁰⁴ y ha sido entendido desde diferentes prismas. El principio de precisión consiste básicamente en no omitir, añadir o modificar nada del texto original (Baixauli, 2014: 210). Tradicionalmente, se entendía que el intérprete actuaba como una *translating-machine*, adoptando el rol de *conduit* (Bot, 2005), lo que implicaba que el interprete solo interpretaba el acto comunicativo y no intervenía de ningún modo durante la sesión. No obstante, como ocurría en traductología, hoy en día abarca un concepto más amplio que va ligado con una concepción más activa y visible de la ISP

²⁰⁴ Pöchhacker (2004: 141-143) hace un repaso de la bibliografía y las aportaciones de los diferentes autores al respecto de la precisión o fidelidad en interpretación.

(Angelelli, 2004; Hsieh, 2006). En relación con el principio de precisión, Verrept (2012: 8), en la misma línea que otros autores como Kaufert y Koolage (1984), Wu y Leventhal *et al.*, (2006), Pavlish *et al.*, (2010) y Deumert (2010), apunta que:

Tasks that are traditionally more associated with the role of intercultural mediators or culture brokers are necessary if we want to eliminate the barriers that hamper adequate care provision to many ethnic minority members. This is e.g. the case when no exact lexical or conceptual equivalents exist in the languages or the cultures of the health professional and the patient (Verrept, 2012: 8).

Verrept (2012) apunta que, desde el ámbito investigador, la mayoría de los autores coinciden en señalar la importancia de que las MILICS aporten información de tipo cultural para eliminar las barreras comunicativas que obstaculizan la atención sanitaria.

Desde la ISP, Baixauli (2012: 213), siguiendo a Nord (2001: 185-186), aclara que la precisión y la fidelidad se refieren a la precisión pragmática, y no exclusivamente a la precisión semántica. Es decir, al deber de los ISP de mantener la totalidad del mensaje original y de las diversas capas de significado²⁰⁵. En la misma línea se posiciona Hale (2007: 42) al argumentar que:

An accurate interpretation will attempt to render the meaning of the utterance at the discourse level, taking into account the pragmatic dimension of language, transferring the intention behind the utterance and attempting to produce a similar reaction in the listeners in response to such utterance, as the original would have. An accurate rendition will also take into account the lexical, grammatical and syntactic differences across the two languages, as well as the possible cross-cultural differences.

Como hemos visto en la cita anterior, Hale (2007) subraya la importancia de tener en cuenta las diferencias lingüísticas y culturales de los interlocutores para mantener la equivalencia pragmática del mensaje; lo que, en palabras de Baixauli (2012: 212), requiere la puesta en marcha una serie de estrategias relacionadas con el modo de interpretación, el discurso, la gestión del intercambio, la gestión de los errores, y el

²⁰⁵ En este sentido, el estudio de Greenhalgh *et al.* (2006) demostró que en la práctica los intérpretes médicos realizan lo que denominan “double translation”, primero del inglés a la lengua minoritaria y después del discurso médico a la lengua estándar.

mantenimiento de los contenidos. Para Hale (1996, 1997b) el principio de precisión no es necesariamente transgredido cuando se recurre a omisiones o adiciones; la autora apunta que, muchas veces, dichas acciones de omitir o incluir información son necesarias para conseguir la precisión y fidelidad al TO. En la misma línea se pronuncia Valero (2005: 8-9) al subrayar que:

Translating in public services is a type of translation guided toward the reader and the effectiveness of the text. The purpose is not to produce a text as if it were an image returned by a mirror in another language, but rather a text open to reformulations and adaptations. [...] The result of translating the same text for different cultural communities will be the production of as many texts as cultures involved.

Valero especifica que la ISP puede ser definida como la adaptación de un texto para cubrir las necesidades de las minorías que cohabitan en un país, que trate de equilibrar la falta de igualdad en las relaciones de poder. No obstante, también se apunta la importancia de la profesionalización de la MILICS para que no caiga en un exceso de información o, por el contrario, no capte u omite significados implícitos.

Sin embargo, los códigos deontológicos proponen una serie de principios básicos de precisión o fidelidad al TO que deben cumplir las MILICS que se resumen en «transmitir fielmente todos los mensajes, manteniendo el contenido verbal, paraverbal y no verbal; teniendo en cuenta las diferencias entre las lenguas y sin introducir adiciones, omisiones, explicaciones o suposiciones» (Baixauli, 2012: 217). No obstante, es importante resaltar que también incluyen una serie de circunstancias en las que se pueden establecer excepciones a estos principios para «ayudar en la explicación de los términos cargados culturalmente o los tecnicismos sin equivalencia (...)»²⁰⁶, y “transmitir información cultural relevante, alertar sobre los potenciales obstáculos comunicativos de tipo cultural (...) e informar de la posible pérdida de una inferencia cultural» (Baixauli, 2012: 218 y 250). El NCIHC incluye un apartado dedicado a la conciencia cultural (*Cultural Awareness*), en el que subraya la importancia de que las MILICS conozcan las culturas asociadas a las lenguas de los interlocutores primarios (incluyendo su cultura biomédica). Además, añade que el intérprete debe informar a las partes ante la identificación o sospecha de la existencia de algún malentendido de tipo cultural. La CHIA trata esta cuestión en el apartado sobre receptividad cultural (*Cultural*

²⁰⁶ Así se establece en los códigos de CHIA, IMIA, NAJIT, NCIHC y NSGCIS.

Responsiveness), donde se subraya el papel fundamental que desempeñan las MILICS en identificar las cuestiones culturales y en decidir cómo y cuándo realizar contextualizaciones culturales (*Role III. Cultural Clarifier*, CHIA). Además, concreta las actuaciones que se incluyen dentro de la contextualización cultural y propone una serie de recomendaciones o pautas de actuación. Estos se desglosan en:

1. Informar al personal del centro sanitario de que se está produciendo un conflicto relacionado con la autonomía del paciente (incluyendo el proceso de consentimiento informado) (Respect for Individuals and their Communities, punto b);
2. Informar de que hay un obstáculo comunicativo debido a las diferencias de género entre el paciente y el médico o el intérprete (Respect for Individuals and their Communities, punto e);
3. Aclarar el significado de aquellas expresiones no verbales y los gestos que tengan un sentido específico en la cultura del emisor (Accuracy and Completeness, punto b);
4. Verificar el significado especialmente cuando hay diferencias culturales o de registro/acento (Accuracy and Completeness, punto e);
5. Advertir a las partes de aquellos términos o expresiones sin equivalente en LM (lengua meta) para que puedan explicar el concepto con sus propias palabras y, de ser necesario, ayudarles en esta tarea (Accuracy and Completeness, punto g);
6. Identificar enunciados que denoten falta de entendimiento respecto a creencias y prácticas sanitarias (Cultural Responsiveness, punto d)
7. Empezar las estrategias adecuadas para evitar un posible bloqueo comunicativo (Cultural Responsiveness, punto d).

La IMIA trata la cuestión más o menos en los mismos términos que la CHIA. Ambos textos señalan que las MILICS deben animar a las partes a entenderse por sí mismas y transmitir información cultural solo si lo consideran necesario o si se les solicita expresamente. La NSGCIS también trata la cuestión de la contextualización cultural en la sección 8 (*Role and Responsibilities of Interpreters*). No obstante, insiste en que la ISP no debe adoptar el rol de defensor del paciente (*advocator*) en ningún caso, ni realizar MI.

Baixauli (2014: 36) apunta que aunque en los códigos se subraya la centralidad de la dimensión intercultural de la tarea de las MILICS, hay matices en las distintas posturas. Todos los documentos recomiendan atender aquellos aspectos de tipo cultural que puedan bloquear la comunicación. No obstante, los diferentes documentos proponen

varias alternativas. En este sentido, el autor resalta que si bien es cierto que la mayoría de los textos se muestra a favor de descodificar los elementos culturales, el único código que lo plantea como la solución por defecto es el de Kantara.

Además de tratar las cuestiones de contextualización cultural, la mayoría de los códigos destacan que el criterio de las propias profesionales y las características de los casos a los que se enfrenten son los factores que deben determinar la aplicación o neutralización de los principios de precisión o fidelidad y, por ende, la introducción o no de contextualizaciones culturales (Baixauli, 2012; Hale, 2007).

En resumen, como apunta Raga (2014: 91-93), los documentos deontológicos propios de la ISP sanitaria hacen hincapié por un lado en la importancia de la precisión y, por otro, en la en la función de la MILICS de aportar información de tipo cultural que potencie la precisión en la transmisión del mensaje; generando una tensión entre los principios de precisión y contextualización cultural. Esta última puntualización de los códigos deja un amplio abanico de respuestas al MILICS.

Raga (2012 y 2014)²⁰⁷ trata la cuestión de los límites en contextualización cultural e incluye una serie de reflexiones extraídas del análisis de casos reales que le sirven para establecer una serie de pautas para discernir en qué situaciones está justificado que la MILICS proceda a realizar una contextualización cultural y cómo llevarla a cabo. Igualmente, el autor, siguiendo a Messent (2003: 140), Agustí (2003: 86) y Patel (2003: 234), hace hincapié en la importancia de evitar caer en un exceso de culturización. Señala que cada caso debe ser abordado teniendo en cuenta tanto los mensajes referenciales como los mensajes interpersonales, puesto que la mala interpretación de cualquiera de ellos podría tener consecuencias negativas: las primeras a corto plazo y las segundas no solo en el plazo inmediato sino quizá también en el futuro (Raga, 2014: 86). En este sentido, es importante tener en cuenta que los mensajes interpersonales se comunican de manera inconsciente a través de los “patrones de interacción comunicativa”²⁰⁸ que, como se analiza en el trabajo del Grupo CRIT (2009), no solo no son universales, sino que presentan diferencias importantes en las diversas culturas en

²⁰⁷ Siguiendo las aportaciones de Baixauli (2012: 217), y Baixauli en CRIT (2014).

²⁰⁸ Estos hacen referencia a:

- Cortesía verbal: maneras de expresión más o menos formales y más o menos directas, y cantidad, tipo y veracidad de la información transmitida.
- Paralenguaje: características sonoras sin valor fonológico, como el volumen o el tempo.
- Distribución del tiempo: dinámica de los turnos de palabra y estructura secuencial de la conversación.
- Distribución del espacio: lenguaje no verbal.

las interacciones médico-paciente²⁰⁹. Partiendo de esta realidad, Raga (2014: 87) concluye que la no transmisión de las informaciones interpersonales puede ser «una fuente potencial de malentendidos comunicativos y apunta a una mayor justificación de intervenciones comunicativas activas, en forma de contextualización cultural»²¹⁰.

Volviendo a la propuesta de Raga, estaría justificada la intervención de la MILICS en las situaciones que se comentan a continuación:

Cuando el problema comunicativo tenga un claro carácter cultural.

En palabras de Raga (2014: 90), es justificable que la MILICS introduzca una contextualización cultural cuando esta esté únicamente al alcance de la propia profesional²¹¹; pero no en aquellas situaciones en las que dicha contextualización cultural pueda ser llevada a cabo por uno de los interlocutores primarios. Desde la MI, otros autores como Giménez (2002: 89), o Bermúdez y otros (2002: 115) insisten en que las mediadoras deben preservar la autonomía comunicativa de las partes, que a largo plazo posibilitará la integración de los interlocutores extranjeros. La bibliografía publicada desde la ISP, también resalta la importancia de no sustituir a ninguno de los interlocutores primarios y de salvaguardar la autonomía comunicativa de las partes²¹².

Cuando la situación realmente lo requiera y lo permita.

En palabras de Raga, es justificable que la MILICS introduzca una contextualización cultural si se da un problema comunicativo real derivado de un malentendido cultural²¹³ que bloquea el proceso comunicativo. En este sentido, Raga (2014: 92) apunta que es importante recordar que la función de la MILICS es posibilitar el flujo comunicativo y no educar a los interlocutores sobre la cultura del otro injustificadamente. Otros autores como Gentile y otros (1996: 55), Giménez (1997: 150), Castiglioni (1997: 64) o Agustí (2003: 81-84), también inciden en la importancia de no confundir las generalizaciones

²⁰⁹ Raga (2003) señala además que estas diferencias aumentan cuanto más alejadas son las culturas. Para más información sobre la relación entre cultura y modelos comunicativos véase Raga (2003: 49-50).

²¹⁰ No obstante, Raga también señala que en estos casos la MILICS seguirá teniendo que sopesar los factores situacionales, especialmente la premura de tiempo.

²¹¹ Hale (2007: 134) también coincide en este punto.

²¹² Así se establece por ejemplo en los códigos deontológicos propios de la ISP sanitaria y en Martin y Phelan (2010: 16).

²¹³ Hale (2007: 134) coincide en este punto al apuntar que «interpreters need to be confident that the cause of the misunderstanding is a cross-cultural issue before deciding to offer an explanation».

culturales con los estereotipos culturales, ni culturizar en exceso las intervenciones. En este sentido, también conviene citar a Messent (2003: 140), Agustí (2003: 86), o Patel (2003: 234) quienes insisten en que el hecho de que una persona pertenezca a una cultura no significa necesariamente que manifieste o le sean propios todos los rasgos que se atribuyan a la misma.

Finalmente, Raga (2014: 98) incluye una serie de criterios para determinar cuándo llevar a cabo una contextualización cultural y concluye que la introducción de contextualizaciones culturales está más justificada en los siguientes casos:

Criterios situacionales:

- Cuanto menor sea la premura de tiempo.
- Cuanto menor sea el desconocimiento, o la desconfianza, de los interlocutores hacia la labor de la MILICS.

Criterios intrínsecamente comunicativos:

- Cuando el bloqueo de la comunicación sea evidente, y cuanto más grave pueda resultar para el objetivo médico de la interacción o para el establecimiento de la relación interpersonal entre los interlocutores²¹⁴.
- Cuando en el problema comunicativo intervenga un factor de tipo intercultural, y cuanta más información cultural adicional precisen los interlocutores para superar el problema comunicativo.

Una vez comentadas cuándo están justificadas las intervenciones de la MILICS en la situación comunicativa para introducir aclaraciones de tipo cultural; Raga considera cómo debería llevarlas a cabo.

Una vez detectado el problema comunicativo, la MILICS se enfrenta a dos posibilidades de intervención activa, en las que pueden jugar un papel decisivo sus conocimientos lingüísticos y socioculturales, la indagación y la explicitación, dos procesos que en principio se desarrollan en este orden, aunque, como veremos, pueda darse indagación sin explicitación y viceversa (Raga, 2014: 93).

Pasamos a comentar más detalladamente ambas posibilidades.

²¹⁴ Para más información veáse Raga (2014: 98 y ss).

Indagación

Como se desprende de la cita anterior, en primer lugar aboga por emprender un proceso de indagación, aunque como puntualiza este no se da siempre necesariamente. También añade que este proceso de indagación debería, en principio, nacer de la iniciativa de los interlocutores primarios. No obstante, debido a que la MILICS se desarrolla en un ámbito muy cargado culturalmente, puede ocurrir que el proceso de indagación llevado a cabo por los interlocutores no sea efectivo o no se dé porque estos desconocen las pistas culturales necesarias para orientar las preguntas, y es posible que no sepan qué o cómo preguntar (Raga, 2014: 93, Verrept: 2012: 5)²¹⁵. Ante esta problemática, se recomienda que para desbloquear la situación comunicativa la MILICS establezca un proceso de indagación que parta de la formulación de preguntas abiertas a la formulación de preguntas más cerradas en función de la obtención o no de la información pertinente (Raga, 2014: 93). Igualmente, siguiendo a Messent (2003: 146) y Angelelli (2004: 95-96), Raga señala la conveniencia de que la MILICS informe al interlocutor que no es objeto del proceso de indagación de que este va a tener lugar y proceda, finalmente, a hacerle un resumen del resultado de la misma incluyendo únicamente aquellas informaciones que pueden hacer avanzar el proceso comunicativo.

Varios autores coinciden en la pertinencia de mantener breves reuniones previas con las partes implicadas (Gentile *et al.*, 1996: 44; Andary *et al.*, 2003: 72; Bot, 2005: 91; y Hsie, 2007: 927), especialmente con los pacientes, para agilizar la situación comunicativa posterior y obtener datos más precisos sobre sus características culturales, sociales y personales. No obstante, como señala Raga (2014: 95) «no podemos esperar que nos proporcionen claves inequívocas sobre todas las circunstancias comunicativas que puedan surgir a lo largo de la interacción». El autor resalta también que la premura de tiempo característica del ámbito sanitario imposibilita, en ocasiones, que se dé este proceso.

²¹⁵ Raga (2003) subraya además la importancia de la distancia cultural en la comunicación. A mayor distancia cultural, mayor posibilidad de que los interlocutores no sean capaces de llevar a cabo el proceso comunicativo con éxito. Verrept (2012: 5) apunta a la conveniencia de que, en este tipo de situaciones, la MILICS adopte el rol de *advocator*.

Explicitaciones

En cuanto a las explicitaciones, Raga sostiene que la MILICS, basándose en sus conocimientos sobre ambas culturas, puede completar o hacer más explícitas las explicaciones ofrecidas. No obstante, también informa de que en muchas ocasiones la MILICS se salta el proceso de indagación y pasa directamente a la explicitación de la información. Aunque no recomienda esta estrategia como modo de proceder habitual, sí sostiene que es imprescindible tener en cuenta los factores situacionales y los intrínsecamente comunicativos que justificarían esta toma de decisión en algunas situaciones, como por ejemplo, «ante la existencia evidente de un grave problema comunicativo, o el hecho de que la MILICS se haya visto en una situación muy similar en anteriores ocasiones, o que el proceso de indagación y explicitación se presenten como especialmente sencillos» (Raga, 2014: 95). Por ejemplo cuando las MILICS proceden a explicar o adaptar la terminología para la que no existe equivalente en LM o cuando a pesar de existir, esta no es comprensible para el paciente (Mikkelson, 1995; Angelelli, 2004: 77; Hsie, 2006: 726). Esta cuestión también está recogida en los códigos deontológicos de la CHIA y la IMIA.

Raga (2014: 96) concluye que los casos de explicación de terminología son los que presentan una justificación más evidente de la intervención activa sin un proceso de indagación previa²¹⁶. No obstante, también apunta a una serie de factores que pueden justificar la explicitación de la MILICS sin previa indagación²¹⁷. Por ejemplo, ante cuestiones culturalmente sensibles o embarazosas y/o rasgos culturales muy habituales que puedan afectar a la relación interpersonal entre los interlocutores; o si se dan aspectos referenciales que pudieran afectar al diagnóstico y tratamiento del paciente. Por el contrario, también subraya que las MILICS no deben ofrecer a los pacientes explicaciones de carácter médico cuando la consulta ha acabado y ya no está presente el PS. Raga (2003: 49) apunta que esta solicitud suele ser frecuente entre las personas de bajo nivel educativo y procedentes de zonas rurales de culturas tradicionales, y las pertenecientes a culturas colectivistas que presentan un mayor grado de preocupación

²¹⁶ Algunos códigos deontológicos, concretamente en los de CHIA (apartado 5g) y IMIA (apartados B-2d, A-8c y A-9b), también coinciden en este punto.

²¹⁷ En cualquier caso, igual que en el proceso de indagación, Raga apunta la conveniencia de la MILICS informe al interlocutor que no es objeto del proceso de explicitación de que este va a tener lugar y proceda, finalmente, a hacerle un resumen del resultado de la misma incluyendo únicamente aquellas informaciones que pueden hacer avanzar el proceso comunicativo.

por el conflicto y un modelo “asimétrico” de comunicación en las que la jerarquía desempeña un papel importante dentro de la cultura comunicativa²¹⁸.

Finalmente Raga (2014: 111-113) incluye una serie de recomendaciones acerca de cómo llevar a cabo una contextualización cultural²¹⁹:

- Deberían contar con la participación lo más activa posible de los interlocutores.
 - Las intervenciones deberían llevarse a cabo con la *presencia física de todos los interlocutores implicados* sin que la MILICS suplante la autoría de ninguno de los participantes.
 - Las intervenciones activas de la MILICS deberían limitarse a *instar a una de las partes a que lleve a cabo el proceso de explicitación* que la situación precisa, *siempre que el interlocutor esté en condiciones de hacerlo*.
 - En principio *no parece recomendable que la MILICS omita en sus interpretaciones contenidos que no considere relevantes*.
 - Cuando la MILICS lleve a cabo un proceso de indagación parece conveniente *posibilitar al máximo la expresión del interlocutor objeto de la indagación*, empezando con preguntas abiertas, para pasar a preguntas cerradas cuando las primeras no hayan tenido éxito, y elaborando las preguntas de manera indirecta cuando estas puedan ser cultural o personalmente comprometidas para el interlocutor.
- Los interlocutores primarios deben saber que la MILICS está llevando a cabo una intervención activa de indagación o explicitación y conocer las partes relevantes del resultado de la misma. Este principio se puede precisar con los siguientes factores:
 - Los procesos de indagación y de explicitación deben dejar claro cuál es el objetivo de los mismos.
 - La parte que no sea objeto de la indagación o de la explicitación debe estar informada de que estos procesos están teniendo lugar.
 - La MILICS debe transmitir al participante no implicado los aspectos más relevantes de los procesos de indagación o explicitación.
 - La MILICS puede recurrir al lenguaje escrito o a otros medios gráficos para agilizar las explicitaciones.
 - En casos especialmente complejos la MILICS puede incorporar a nuevos interlocutores (p.e. por vía telefónica) que sean capaces de aportar las claves culturales necesarias para resolver el problema comunicativo.

²¹⁸ Expresados a través de los patrones de interacción comunicativa que comentamos anteriormente.

²¹⁹ Siempre sin olvidar la incidencia de los factores situacionales, la premura de tiempo y la actitud de los participantes.

- Las indagaciones y explicitaciones deben ser lo más breves posibles, limitándose a destacar el carácter cultural del comportamiento de alguno de los interlocutores.
- Las explicitaciones deben intentar revelar las claves culturales básicas que faciliten el proceso de comprensión mutua, pero siempre enfocándolas a la aplicación práctica del caso en cuestión.
- Por lo que respecta a los aspectos relacionados con la cortesía verbal, la MILICS debe hacer explícitas sus intervenciones respecto a las dificultades que pueda tener una de las partes a la hora de ofrecer información (o información veraz) sobre algún tema.
- Por lo que respecta a los componentes físicos de las interacciones, parece conveniente que la MILICS emplee en sus intervenciones un lenguaje no verbal y un paralenguaje lo más neutros posibles. En el caso de que la no universalidad de alguna forma de expresión respecto al lenguaje no verbal o el paralenguaje pueda crear algún malentendido, la MILICS puede proceder a una breve explicación, si lo considera necesario.
- Las intervenciones activas de la MILICS respecto al paralenguaje y el lenguaje no verbal pueden incluir acciones físicas, como por ejemplo, ubicarse en una posición que evite los posibles problemas de pudor de alguno de los interlocutores.

4.5. Sobre la delimitación de competencias

Otros de los aspectos que han suscitado el debate entre los expertos, se refiere a la delimitación de competencias. Querol (2014: 146) incide en la dificultad que plantea la concreción de las competencias profesionales de la MILICS tanto en el contexto teórico, como en la práctica diaria. Este debate puede abordarse desde diferentes prismas. Baixauli (2014: 38), haciendo un análisis sobre lo establecido en los códigos deontológicos, lo desglosa en tres subapartados: conflicto de competencias profesionales, implicación personal e informaciones externas.

El primer punto, sobre conflicto de competencias profesionales, se refiere a la asunción por parte de la MILICS de funciones o tareas que, en caso de no darse diferencias lingüísticas o culturales, recaerían sobre el personal sociosanitario, por ejemplo: explicar procedimientos administrativos, establecer contacto con instituciones o personas, o hacer otras gestiones. Se incluyen también aquellas situaciones en que se pide a la MILICS que transmita información o intente convencer a un paciente sin la presencia del PS. Sobre este punto los códigos deontológicos hacen las siguientes recomendaciones:

- La CHIA recomienda que las MILICS traten de evitar crear expectativas que su función profesional no puede satisfacer, incluyendo aquellas que son propias de otros trabajadores sanitarios, como tomar la historia clínica, mover físicamente a los pacientes, ayudar al PS a examinar al paciente u orientar al paciente (*Professionalism and Integrity*, e).
- La IMIA trata la cuestión en los mismos términos (C-5 E) y recomienda que la ISP no desempeñe funciones que no correspondan a su papel como intérprete (C-6 B). No obstante, también propone que la MILICS colabore en las tareas de cierre de la entrevista (A-15) y de cumplimentación de la documentación correspondiente a la intervención (A-17).
- El NCIHC recomienda que el intérprete limite su actividad profesional a interpretar en la interacción. Se recomienda, igualmente, que se evite realizar traducciones a la vista, especialmente si se trata de documentos complejos o sensibles, o si no se tienen las competencias necesarias para ello (pauta 22).
- Kantara propone que la MILICS se limite a realizar tareas de interpretación durante la intervención y, en el caso de que hiciera falta traducir oralmente un texto escrito, se proceda a hacer una explicación general del contenido del documento. Asimismo, se recuerda que la responsabilidad de proveer información sobre el servicio y las diferencias culturales relacionadas con el asunto tratado debe recaer en el PS.

El segundo punto, sobre implicación personal, alude a aquellas «situaciones en las que la MILICS puede verse invitada a implicarse personalmente, más allá de lo que requiere el personal del centro sanitario, y desarrollar funciones como hacer compañía, hacer favores personales o dar consejo» (Baixauli, 2014: 39). Sobre este aspecto los códigos coinciden en señalar que debe evitarse la implicación personal de la MILICS (IMIA, (apartado C-5), NCIHC (pauta 16), CHIA (p. 27, *Professionalism and Integrity*). No obstante, el texto de CHIA apunta que una posible implicación personal por parte de la MILICS puede, en ocasiones, resultar recomendable siempre que no ponga en riesgo el vínculo terapéutico.

En el tercer punto sobre la conveniencia o no de que la MILICS proporcione informaciones externas que excedan el ámbito sociosanitario, los códigos coinciden al señalar que no es deber de la ISP aportar este tipo de datos a las partes (Baixauli, 2014: 40).

En cuanto a la bibliografía, ya comentamos anteriormente que uno de los problemas a los que se enfrentaban ISP y MI se refería a la falta de consenso respecto a la figura profesional de la MILICS y específicamente a la atribución de funciones (Nevado, 2013). De hecho este es uno de los puntos que más detractores ha encontrado a la hora de apostar por una figura integrada ya que algunos ISP no están dispuestos a hacer algunas de las tareas que los MI sí llevan a cabo, especialmente en lo que se refiere a las actividades que van más allá de la interpretación lingüística de la interacción comunicativa o las relacionadas con la mediación comunitaria.

Desde la ISP Valero (2005: 166-7) señala que:

Es un hecho reconocido por gran parte de los profesionales de la traducción e interpretación en los servicios públicos que las tareas que se le piden a la persona que hace de intermediario lingüístico en los servicios públicos (...) suelen ir más allá del simple traslado de información. Al intérprete se le exige con frecuencia ser un “catalizador”, un consultor cultural lo cual implica que debe explicar hábitos culturales, valores o creencias tanto a los profesionales como a los usuarios para los que sirve de enlace. Debe actuar también en situaciones críticas y tratar temas complicados.

Desde la MI Giménez (2002) resume el conjunto de tareas realizadas por las MILICS²²⁰ de este modo:

La labor de los mediadores en este terreno se está dirigiendo fundamentalmente a ayudar a los usuarios a acceder a los recursos sanitarios mediante derivaciones, acompañamientos y seguimientos, pero también, y de manera especial, a apoyar a los profesionales con el asesoramiento que demandan en forma de sesiones informativas y formativas sobre claves culturales, readaptación del material divulgativo para prevención mediante la traducción y adaptación de folletos, para contactar con población inmigrante para que asista a charlas y cursos, etc; (Giménez, 2002: 170).

²²⁰ Aunque el autor habla de MI estas tareas son transferibles a las MILICS (Querol, 2014: 121).

Como señala Querol (2014: 118), en el ámbito de la MILICS, «incluso pese a la descripción explícita de los perfiles y competencias de la figura de la MI y otras profesiones limítrofes, como por ejemplo, el traductor o el agente de salud, tal diferencia no se establece de forma nítida, ni a nivel teórico y ni en la práctica diaria de su ejercicio profesional»²²¹. Bermúdez *et al.* (2002: 99) inciden en que actualmente se atribuyen a las MILICS una nómina de actividades extensa y variada y que los profesionales suelen hacer demandas que no corresponden al mediador.

En relación con lo expuesto, resulta interesante comentar los resultados del trabajo de Requena (2010: 108) donde se pone de manifiesto que el debate acerca de la delimitación de competencias sigue abierto incluso entre las propias profesionales. Algunas de las participantes de su estudio inciden en la conveniencia de limitar su papel a actuar como intérpretes lingüísticas mientras que otras reivindican su perfil de mediadoras y señalan que cumplen con otras tareas además de la interpretación lingüística (provisión de explicaciones culturales, acompañamientos, asesoramiento, etc.) ya que buscan contribuir a un mayor grado de entendimiento entre ambas partes y a una mejor convivencia entre los miembros de las diversas culturas. Requena (2010: 108) concluye que «unas profesionales se inclinan hacia la figura de la intérprete y otras hacia la de la mediadora intercultural, o simplemente todas ellas fluctúan entre los roles desempeñados por una u otra figura dependiendo de las circunstancias».

Valero cita un estudio de Gómez Lozano (2012) sobre el papel del ISP sanitario (Valero y Wahl-Kleiser, 2014: 4) en el que se subraya que los profesionales de la salud consideran como parte clave de la labor de la ISP las siguientes tareas²²²:

- Advertir de equívocos que se generen a lo largo de la conversación (98 %).
- Aclarar afirmaciones imprecisas preguntando directamente al usuario (90 %).
- Simplificar las expresiones médicas a los usuarios (88 %).
- Aclarar los tecnicismos médicos (88 %).
- Resumir las declaraciones detalladas de los usuarios (83 %).
- Complimentar cuestionarios y formularios con los usuarios (79 %).
- Explicar los trasfondos y significados poco claros de la cultura extranjera (71 %).
- Omitir afirmaciones secundarias para evitar la pérdida de tiempo (57 %).

²²¹ Recordemos cómo Raga (2014: 11) incidía en que la realidad laboral y los informes laborales en los que se registran las actividades de las ISP y de las MI parecen indicar que el perfil de ISP o de MI no se asocia a un diferente desempeño de su labor.

²²² Valero y Wahl-Kleiser (2014: 12) subrayan igualmente que, en aras a facilitar la labor de entendimiento entre los profesionales sanitarios y sus pacientes, los profesionales de la salud deberían estar informados sobre las diferentes aproximaciones culturales a la salud, la enfermedad y sus condicionantes biosociales para poder trabajar de forma conjunta con el intérprete.

Guerrero (2012: 7-8) enumera una serie de funciones que atribuye a la MILICS y las relaciona con las tareas necesarias para cumplir con las mismas²²³. Las incluimos a continuación en formato tabla:

FUNCIÓN	TAREAS
<i>Mejorar la accesibilidad de la población inmigrante a los servicios sociales y de salud.</i>	Impulso de estrategias de sensibilización y formación para el desarrollo de competencias culturales para los profesionales sanitarios y al población usuaria.
	Información sobre los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario.
	Establecer contactos formales con los órganos de responsabilidad de Salud.
	Presentaciones en jornadas de solidaridad, etc.
<i>Fomentar la comunicación, el acercamiento, la comprensión mutua y el encuentro de la comunidad sanitaria, con el objeto de prevenir la aparición de posibles conflictos.</i>	Ayuda a solucionar problemas de entendimiento entre usuario y profesionales de salud.
	Desarrollar actividades de comunicación (individuales y grupales), cuidando la claridad y la comprensibilidad ante problemas de entendimiento entre usuario y profesionales de la salud por causa del diferente manejo de códigos culturales o el manejo diferenciado del concepto de enfermedad.
	Información y derivación a otros profesionales.
	Conciliación y adaptación de diferentes itinerarios terapéuticos.
<i>Acompañamiento y asesoramiento a las personas (Grupal o individual).</i>	Establecimiento de las normas y procedimientos de atención a los usuarios.
	Asesorar en temas del sistema sanitario y mediación ante reclamaciones.
	Acompañamiento para determinadas gestiones: Tramitación de las tarjetas sanitarias y cualquier otra gestión que pueda requerirse en el ámbito sociosanitario.
	Diseño, seguimiento y evaluación de iniciativas comunitarias e interculturales.
	Realización de informes.
<i>Apoyo a los profesionales: prestando apoyo a trabajadores sociales, médicos, psicólogos, etc.</i>	Apoyo en determinados casos de seguimiento del paciente.
	Apoyo en la planificación y puesta en marcha de actuaciones de prevención o promoción de salud con un colectivo determinado.
	Ayuda a solucionar problemas de entendimiento entre usuario y profesionales de salud.
	Establecer reuniones con los diferentes profesionales del Centro para definir las áreas prioritarias de sensibilidad y dificultad.
<i>Información, interpretación o traducción de recursos, materiales, etc. que permitan tomar decisiones y aplicar soluciones propias.</i>	Obtener e interpretar correctamente información.
	Corregir percepciones e informaciones falsas que se puedan tener respecto a situaciones de conflicto y/o entre los implicados en estas.
	Traducción lingüística para personas que no dominan el idioma.
	Traducción de documentos y guías o protocolos.

Tabla 8. Funciones y tareas de la MILICS. Fuente: Guerrero (2012: 7-8).

²²³ La autora se basa en la Región de Murcia. No obstante, creemos que esta lista de tareas podría ser aplicable al conjunto de las MILICS, independientemente del área geográfica donde desempeñen su labor.

Ante la amplia gama de opiniones respecto a la delimitación de competencias profesionales de las MILICS, Querol (2014) pretende contribuir a construir una estructura de información que ayude a delimitar el perfil profesional de las MILICS (García, Granados y Martínez, 2006) a partir del análisis de casos; puesto que, como apunta Raga (2008: 10) «probablemente sea la práctica laboral la que vaya definiendo su propia naturaleza y sus propios límites». Tras analizar un corpus de casos, Querol (2014: 123-148) propone una serie de criterios con el objeto de contribuir a discernir qué competencias son propias de la MILICS. La autora concluye que:

Se puede afirmar que competen a la MILICS aquellas situaciones en las que las diferencias lingüísticas y/o culturales impidan o dificulten la comunicación y, en consecuencia, la relación asistencial entre el personal del centro hospitalario y los usuarios de los servicios que este presta pueda verse afectada. Dichas dificultades habitualmente obedecen a la falta de información o a la ausencia de una lengua común entre las partes. Al objeto de subsanar estas la MILICS debe llevar a cabo las tareas de *informar, interpretar, traducir o derivar* (Querol, 2014:147, cursiva en el original).

Querol propone además una serie de recomendaciones o concreciones a las tareas mencionadas en la cita anterior que se incluyen a continuación:

Concreciones a la tarea de informar

Para concretar los límites de la tarea de informar²²⁴ encomendada a la MILICS, Querol reflexiona sobre de qué ha de informar la MILICS, a quién y con qué objeto. La autora concluye que la MILICS debe informar a los pacientes de la información transmitida por el PS y administrativo del centro hospitalario sobre su situación clínica y terapéutica, y también sobre cómo actuar en consecuencia. Resalta, asimismo, que en caso de que los interlocutores no cuenten con los conocimientos necesarios para comprender la información facilitada y acceder a los distintos servicios y prestaciones que se les ofrecen, la MILICS puede complementar dichas informaciones si está lo suficientemente capacitada para ello (en este caso se excluye la información clínica)²²⁵ y

²²⁴ En el apartado sobre MILIC en el ámbito sanitario se cita legislación en la que se reconoce el derecho al paciente a la información y en qué términos.

²²⁵ Es importante recordar las palabras de Qureshi y otros (2009a: 62) a este respecto:

si con ello se incentiva la autonomía del usuario y/o se posibilita su acceso al mismo tipo de servicios, y en las mismas condiciones, que el resto de los integrantes de la comunidad.

La tarea de la MILICS no consiste en informar sobre el diagnóstico o tratamientos, sino en explicitar determinados conocimientos compartidos por los miembros de la comunidad, y que no necesariamente son conocidos por los ajenos a esta. Para ello tendrá que valorar si para que progrese la comunicación es necesario informar a la/s parte/s de cuestiones referidas, por ejemplo, al funcionamiento del sistema sanitario, las prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad o el funcionamiento del propio servicio de MILICS (Querol, 2014:122, cursiva nuestra).

En este sentido, se apunta que la MILICS tiene el deber de explicitar informaciones sobre el funcionamiento del sistema sanitario, del centro hospitalario y del propio servicio de MILICS, y sobre las prácticas culturales relacionadas con la salud y la enfermedad.

Con respecto a las informaciones relativas al funcionamiento de los trámites administrativos, Querol resalta que debido a las diferencias que presentan las instituciones sanitarias en los diferentes países en lo que se refiere a su concepción y su organización:

Las dificultades comunicativas entre los interlocutores no obedecen solo a la ausencia de una lengua común, sino también al hecho de que ciertos procedimientos y contenidos aludidos en los trámites administrativos son ajenos a los pacientes (Querol, 2014: 124).

Otro aspecto importante que se desprende de la cita de Querol se refiere al hecho de que sea la MILICS quien valore hasta qué punto informar a las partes de las cuestiones comentadas anteriormente. La autora señala que para tomar la decisión debería primar el criterio de progreso en la comunicación. Es decir, si la introducción de una información contribuye a que se avance en la comunicación, es conveniente proporcionarla.

En la comunicación coexisten el significado lingüístico, el significado cultural y el significado clínico. El significado lingüístico y cultural son del ámbito de la MI, pero el significado clínico, aunque muy ligado al significado cultural y lingüístico es competencia del PS. Distinguir lo que es importante clínicamente tampoco es competencia de la MI, así que es importante que esta interprete toda la información, sin corregir, reducir, o añadir.

En la casuística utilizada en su trabajo, Querol (2014: 124) encuentra que además de las informaciones relativas al funcionamiento de la sociedad de acogida que se solicitan a la MILICS, también se solicitan otras que no están estrictamente relacionadas con el uso de los servicios sanitarios. Según la autora, este tipo de situaciones puede plantear un dilema a la MILICS en cuanto a la delimitación de sus funciones. ¿Debería proceder ella misma a proporcionar dichas informaciones? ¿Debería, por el contrario, derivar al paciente a otro servicio donde se le proporcione dicha información? Para responder a estas preguntas Querol (2014: 125) sostiene que hay que atender a dos factores: la competencia de la MILICS sobre la cuestión planteada y el fin de la acción informativa. Con respecto al primer factor, basándose en el código deontológico de la Asociación Madrileña de Mediadores, apunta que la MILICS debe recurrir a terceras personas que pudieran proveer dicha información²²⁶. Con respecto al segundo, resalta que conocer este tipo de informaciones presenta la ventaja de posibilitar el acceso del usuario al mismo tipo de servicios que el resto de miembros de la comunidad, y fomentar su autonomía e inserción en la sociedad de acogida. Por todo lo anterior, Querol (2014: 126) concluye que sí forma parte de las competencias de la MILICS proporcionar a los pacientes informaciones externas²²⁷. No obstante, incide en que esto no incluye la obligación de que la MILICS consiga el acceso de los usuarios a estos servicios ni imponer a los usuarios el acceso a los mismos.

Con respecto a quiénes deben ser objetos de las informaciones proporcionadas, Querol se pregunta si la MILICS debe informar a los familiares o acompañantes. En este sentido, es importante resaltar que la legislación española en materia de sanidad sí recoge este punto como uno de los derechos del paciente²²⁸. Por ello Querol (2014: 127) sostiene que la MILICS sí debería informar a otros interlocutores (familiares y/o allegados del usuario), especialmente cuando se prevea que el paciente no será capaz de transmitir dicha información de forma precisa y completa, o cuando se sospeche que la información proporcionada unilateralmente por el usuario a estos podría ser cuestionada y afectar a la relación asistencial que pudiera recibir.

²²⁶ Otros autores, como Raga (2014), coinciden en resaltar la conveniencia de que la MILICS proporcione información a los pacientes sobre la existencia de recursos o servicios que pudieran proporcionarles una mayor información.

²²⁷ Relativas a centros educativos, cursos de formación, posibilidades y condiciones de hospedaje, medios de transporte, ONG, etc.

²²⁸ El punto 5 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) reconoce: [El derecho] A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Con respecto al objeto de la información, anteriormente ya apuntamos que debe ir encaminada a incentivar la autonomía del usuario y/o posibilitar su acceso al mismo tipo de servicios, y en las mismas condiciones, que el resto de los integrantes de la comunidad. No obstante, Querol (2014: 128) apunta que la MILICS puede intervenir tanto para evitar conflictos como para «evitar el arraigamiento de determinadas creencias en el paciente»²²⁹. De este modo, como subraya Querol (2014: 128), no solo puede permitir solucionar conflictos antes de que se produzca una queja formal, sino que también puede contribuir a reparar la imagen de los profesionales. En cualquier caso, como resalta la autora (2014: 128-129), conviene recordar que no debe confundirse la actividad de informar con la de aconsejar o asesorar y que en ningún caso la MILICS debe dirigir u orientar la actitud de los interlocutores primarios.

Concreciones a la tarea de traducir e interpretar

Volviendo a las tareas que Querol atribuye a la MILICS, la autora señala que igual que ocurría con la tarea de informar:

Únicamente puede considerarse como propio de las competencias de la MILICS la interpretación y/o información de cuestiones referidas al uso de los servicios sanitarios y del centro hospitalario o a determinadas prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad (Querol, 2014: 147)

En lo referente a la interpretación o transmisión de la información médica, Querol (2014: 136) coincide con Casas, Collazos, y Qureshi (2009: 284) al subrayar que la MILIC debe insistir en que el PS esté presente y negarse a realizarlas de manera unidireccional en ausencia del mismo²³⁰. Sin embargo, también apunta que puede valorarse la traducción y/o interpretación de otras informaciones²³¹ si la MILICS está

²²⁹ Esta cuestión ya ha sido tratada en el apartado de imparcialidad.

²³⁰ Sin embargo, la autora también reconoce que la realidad es tan imprevisible y está conformada a partir de tantos factores/variables que pueden darse situaciones en que sí pueda contemplarse una intervención unilateral por parte de la MILICS. Por ejemplo para tratar de reparar/ compensar un perjuicio causado anteriormente, compensar una situación de incomunicación que afecta el bienestar físico y emocional del paciente, o en aquellos casos en que salud de los pacientes pudiera verse comprometida.

²³¹ Es conveniente recordar que la labor de la MILICS no se limita a traducir y/o interpretar determinada información, sino que esta acción es uno de los medios para lograr los verdaderos fines de la mediación: facilitar la comunicación entre las partes, evitar el conflicto, incentivar la inserción social, promover el reconocimiento del otro (Querol, 2014: 133)

plenamente capacitada para ello y dicha acción tiene por objeto alguno de los fines de la MILIC. No obstante, antes de proceder a dichas tareas la MILICS debe atender una serie de factores²³² que Querol considera que podrían fundamentar y legitimar la decisión de realizarlas o, por el contrario, de derivarlas a otro profesional o servicio. La autora sostiene que si la tarea solicitada excede las competencias o habilidades de la MILICS, el usuario debe ser derivado a otro profesional, entidad, servicio u organismo que sí posea las competencias o habilidades requeridas (Querol, 2014: 148). Añade que en aquellos casos en los que se trate de una derivación interna, la MILICS sí debe realizar un *acompañamiento*²³³ y *seguimiento* del caso, ya que su intervención puede ser igualmente necesaria.

Giménez define el acompañamiento como la tarea de «ofrecer apoyo y orientación al usuario, que se realiza acudiendo físicamente con él a los recursos y entidades donde haya sido derivado» (Giménez, 2002: 108). Querol concreta esta definición añadiendo que dicho acompañamiento se limita a los profesionales y recursos del centro hospitalario. Además, basándose en Giménez, Querol (2014: 142) concreta que el acompañamiento debe contribuir a lograr la autonomía del usuario, por lo que sería justificable que la MILICS realice tareas de acompañamiento en ciertas ocasiones (especialmente la primera) pero no así en sucesivas intervenciones del mismo tipo y con los mismos usuarios. Otra puntualización de Querol respecto a la tarea de acompañamiento es que el acompañamiento puede entenderse también como algo emocional. Según la autora, siguiendo esta segunda acepción de acompañamiento, algunas situaciones que llevan a la MILICS a ofrecer consuelo o apoyo al paciente podrían entenderse como una realización concreta de la actividad de acompañar y no un problema de implicación personal o conflicto de funciones²³⁴. Esta cuestión casa con el concepto de *revalorización* propuesto por Folger (2006: 21), quien defiende que la mediación sea orientada hacia su vertiente transformativa y promueva la revalorización y el reconocimiento del otro.

²³² Estos hacen referencia a la extensión y especificidad de la información, la legibilidad de los textos y las implicaciones legales y jurídicas que de su acción se podrían derivar, así como la condición física del paciente.

²³³ Matizando que este es pertinente solo si se dan circunstancias que hacen previsible la aparición de dificultades comunicativas.

²³⁴ Querol resalta, igualmente, la complejidad de establecer los límites al acompañamiento emocional y sugiere que esta cuestión quede al criterio del profesional.

Con respecto al seguimiento, Querol (2014: 148) apunta que si un caso ha quedado inconcluso, la MILICS tiene la obligación de realizar un seguimiento del mismo²³⁵ limitándose a aquellas situaciones en las que las partes se encuentran en el centro hospitalario. Querol (2014: 144) hace hincapié en los beneficios del seguimiento que permite a la MILICS conocer más detalles del contexto y de las partes involucradas en el caso y que posibilita una acción de la mediación más amplia y con un marcado carácter preventivo y creativo.

Concreciones a la tarea de derivar

En cuanto la tarea de derivación, Querol entiende que la tarea de derivar conlleva informar al usuario de la existencia del servicio al que se le remite y de las prestaciones que se ofrecen en él. Incide también en que si dicho servicio se encuentra en el centro hospitalario, la MILICS debe acompañarlo y facilitar la comunicación entre las partes (2014: 145). No obstante, en el caso contrario, su actuación debe limitarse a facilitar la información al paciente sobre la existencia del servicio en cuestión.

Una vez vistas las concreciones sobre las tareas que Querol atribuye a las MILICS, para cerrar el apartado sobre delimitación de competencias, nos parece adecuado finalizar con la cita de Querol (2014: 148):

Dicho todo esto, parece que aquello que delimita la competencia profesional de la MILICS no es tanto la acción o las actividades que lleva a cabo, sino los principios y fines que subyacen a su realización. La MILICS actúa sobre una realidad que no se asemeja a las categorías lógicas, sino a un vasto continuum de límites difusos y cambiantes, tampoco parece plausible que sus competencias profesionales puedan establecerse de forma taxativa e inmutable.

²³⁵ Querol sugiere que para que se pueda llevar a cabo el seguimiento la MILICS debe proporcionar información para contactar con el servicio de MILICS (horarios, teléfonos, ubicación...), pero nunca se proporcionará información propia del ámbito privado.

4.6. Sobre el control de la interacción

En líneas generales, el debate sobre el papel de la ISP se ha centrado en el estudio de la interacción comunicativa y cómo afecta la intervención de un tercero en el desarrollo de la misma. Los trabajos de diferentes autores han contribuido a esclarecer esta cuestión y actualmente se reconoce que la MILICS participa activamente en la interacción (Berk-Seligson, 1990), organiza y controla el turno de palabras (Roy, 2000), y coordina la interacción comunicativa al mismo tiempo que transmite la información convirtiéndose en coparticipante de la misma (Wadensjö, 1998)²³⁶; de modo que la situación comunicativa pasa de ser un diálogo a considerarse una tríada (Mason, 2001). Además, la MILICS atiende a las informaciones expresadas a través del lenguaje corporal y gestiona el flujo de la conversación (Wadensjö, 1998; Angelelli, 2004), controlando la alternancia de turnos de palabra, interviniendo verbalmente o no para agilizar la alternancia de los mismos y/o resolver los solapamientos que pudieran producirse en la interacción comunicativa. De este modo, como señala Wadensjö (1998: 105), la MILICS se encuentra en una posición de poder, en la que implícita o explícitamente gestiona el flujo informativo, tanto en lo que se refiere a la trasmisión de contenidos como a la dinámica de la interacción. Esta posición privilegiada de la MILICS le requiere una gran responsabilidad (Wadensjö, 1998), ya que como apunta Hale (2007: 145) “[t]he behaviours of all participants influence the interaction and effectiveness of the interpreting activity”. En la misma línea se pronuncian Gentile *et al.* (1996) y Angelelli (2004: 9) al subrayar que los intérpretes pueden alterar el resultado de las interacciones.

No obstante, como señala Baixauli (2012: 314), los códigos deontológicos no muestran consenso en cuanto a la función de la ISP sanitaria de gestionar o coordinar la comunicación. El NSGCIS no hace referencia a esta cuestión, los códigos de CHIA y NCIHC recomiendan no llevar a cabo esta función, y solo el documento de IMIA (A-10) considera apropiado que la ISP dirija el intercambio comunicativo²³⁷.

Ortí y Sánchez (2014: 152) señalan que la MILICS debe controlar la interacción, tanto para la distribución de turnos como en lo referente a los aspectos relacionados con la

²³⁶ Wadensjö (1998) sostiene que la ISP desempeña dos papeles que tiene que combinar para garantizar la comunicación entre sus clientes: “relaying others' talk”, que consiste en transmitir los mensajes, y “coordinating others' talk”, consistente en ordenar y equilibrar las intervenciones de los participantes para aportar fluidez y eficacia a la comunicación.

²³⁷ Coincidiendo con lo expuesto por autoras como Wadensjö (1998) o Angelelli (2004).

comunicación no verbal de los participantes (incluyendo la suya propia). No obstante, resaltan que dicho control debe ser ejercido con ciertos límites y siendo conscientes de las consecuencias de sus intervenciones. Atendiendo a las aportaciones de diversos autores y a los resultados obtenidos tras la elaboración de un estudio empírico, Ortí y Sánchez (2014) proponen una serie de pautas de actuación que redunden en beneficio de la atención médica al paciente y guíen a la MILICS en su labor de gestión de la interacción comunicativa. Los autores atienden los factores de la toma y distribución de turnos, el control de los contenidos y los aspectos no verbales de la comunicación.

En cuanto a la toma de turnos, distinguen distintas posibilidades de intervención de la MILICS:

- Intervenciones relacionadas con el control de la interacción.
- Intervenciones relacionadas con la distribución de turnos.
- Intervenciones relacionadas con el control de contenidos.
- Intervenciones relacionadas con aspectos no verbales de la comunicación.

En cuanto a las intervenciones relacionadas con el control de la interacción, Zimman (1994)²³⁸ limita las intervenciones de la ISP a las siguientes situaciones:

- Solicitar aclaración de algún concepto que se deba interpretar y que no entienda en su plenitud.
- Alertar de que el interlocutor no ha entendido el mensaje, a pesar de que la interpretación era correcta.
- Alertar a un interlocutor cuando no haya hecho una inferencia.
- Pedir a un interlocutor que modifique su manera de hablar para adaptarse al proceso de interpretación.

Wadensjö (1998: 106) viene a coincidir bastante con lo expuesto por Zimman y apunta que las MILICS pueden intervenir activamente para:

²³⁸ Esta propuesta ha sido adoptada por el código de conducta profesional del Chartered Institute of Linguists (2007), de Reino Unido.

- Requests for clarification.
- Requests for time to translate; requests to stop talking.
- Comments on translations.
- Requests to observe the turntaking order.
- Invitations to start or continue talking.
- Requests for solicited but not yet provided information.

Ortí y Sánchez (2014: 154) consideran justificadas estas intervenciones puesto que:

La interpretación y la mediación consideradas en conjunto son actividades complejas que generan una serie de cuestiones técnicas que obligan a la MILICS a hacerse visible en la interacción, distribuir los turnos entre los interlocutores y tomar ella misma los turnos que sean necesarios para garantizar el éxito de la comunicación. [...] No hacerlo [...] puede suponer un problema comunicativo.

No obstante, también recomiendan no abusar de este control técnico, puesto que se traduciría en una ralentización de la interacción (que podría comprometer la eficacia de la misma).

En cuanto a las intervenciones relacionadas con la distribución de turnos, los autores (2014: 154) comentan que estos se suelen suceder en cadena, con la MILICS como pivote. Bot (2005: 114-126) propone cuatro tipos de distribución de turno.

- Terapeuta-Intérprete-Paciente-Intérprete-Terapeuta... (Cadena de turno simple)²³⁹. Es la distribución de turno más característica de la interpretación consecutiva ordenada. Bot apunta que para una buena gestión de los turnos es importante reconocer los lugares de transición pertinente (LTP)²⁴⁰. No obstante, como señalan Ortí y Sánchez (2014: 155), esta dinámica de turnos se rompe con frecuencia si las partes primarias retienen sus turnos, o si los ceden sin

²³⁹ Esta denominación no existe como tal en la bibliografía, la incluimos porque consideramos que contribuye a representar gráficamente la propuesta de Bot (2005).

²⁴⁰ Los lugares de transición pertinente (Transition relevance place o TRP por sus siglas en inglés) son puntos de posible, pero no efectiva, terminación sintáctica (Sacks *et al.* 1978:12). Esto permite que lo que para un hablante es solo una pausa en el interior de su turno, pueda ser interpretado por el otro participante como un intervalo entre turnos, y por tanto, como una oportunidad para tomar el turno de palabra, originándose así casos de habla simultánea.

intervenir. También puede romperse por parte de la MILICS, tanto por petición de los interlocutores como por iniciativa propia.

- T-I-T-I(...)-P o P-I-P-I(...)-T (Cadena de turno múltiple)²⁴¹. La intervención de los interlocutores primarios puede requerir de una fragmentación en diversos turnos de menor duración para facilitar la interpretación. Ortí y Sánchez (2014: 155) apuntan que siguiendo esta motivación, esta distribución de turnos sería legítima. No obstante, si el otro interlocutor primario confunde su estrategia de fragmentación de la intervención con una cesión del turno de palabra y se autoselecciona como el siguiente hablante, nos encontraríamos ante una alteración de la dinámica de turnos, que podría correr el riesgo de desequilibrar el reparto de tiempos entre los participantes primarios y hacer que la MILICS fuese percibida como no imparcial. Desde la bibliografía especializada en ISP y MI Roberts (1997) y Bermúdez *et al.* (2002: 141) coinciden en señalar que la MILICS debe intentar que se dé una distribución equitativa de los turnos. No obstante, Bermúdez *et al.* (2002: 141) también añaden que la MILICS debe encargarse de verificar que las intervenciones son comprendidas por las partes y hacer las aclaraciones necesarias para que así sea.
- P-I(p)-P-I o T-I(t)-T-I. Después de hablar T o P, habla I en la misma lengua, sin traducir, y luego vuelve a retomar el turno el mismo interlocutor primario. Este tipo de turno coincide con las intervenciones que Wadensjö (1998) atribuía a la MILICS para la posible solicitud algún tipo de aclaración o información solicitada pero aún no provista. Ortí y Sánchez (2014: 156) recomiendan a la MILICS que no alterne las lenguas de interpretación durante la interacción y que, en caso de hacerlo, tome el turno para informar a la otra parte. Los autores coinciden con los códigos de IMIA (2007) y CHIA (2002) en que se trata de un recurso poco práctico porque alarga la interacción y no se fomenta la relación directa entre los interlocutores.
- P-T o T-P excluyendo a I del intercambio. Esta distribución es poco común y suele darse en saludos iniciales cuando alguno de los interlocutores primarios

²⁴¹ Igualmente que ocurría con “cadena de turno simple”, esta denominación es una aportación propia que pretende contribuir a representar gráficamente la propuesta de Bot (2005).

presenta cierto conocimiento de la lengua del otro. Ortí y Sánchez (2014: 156) sostienen que mientras se limiten a estos momentos de la interacción, pueden ser permitidas, ya que facilitan el contacto directo entre los interlocutores primarios, pueden generar confianza y contribuir a un clima de colaboración. Pero si ocurren durante la interacción y los interlocutores no tienen el suficiente conocimiento de la lengua común para seguir la comunicación, las intervenciones deben ser reconducidas por la MILICS.

En cuanto a las intervenciones relacionadas con el control de los contenidos, Angelelli (2004: 76) sostiene que los intérpretes además de intervenir para controlar técnicamente la interacción, intervienen con aportaciones propias. En este caso Ortí y Sánchez (2014: 159) apuntan que conviene distinguir entre las intervenciones que la MILICS haga en voz propia en las fases de inicio y final de la intervención, y aquellas que haga durante el desarrollo de la interacción. En el primer caso, los autores sostienen que dichas intervenciones responden más bien a normas de cortesía y no suponen un problema para el desarrollo de la interacción, mientras que en el segundo caso sí podrían entrar en el terreno de los contenidos médicos y darse, por tanto, un conflicto de funciones con el PS que es quien debe aportar esta información. En general, tanto los códigos como los investigadores coinciden en este punto, es decir, delegan en el PS la responsabilidad de transmitir la información médica y no consideran conveniente que la MILICS la proporcione. No obstante, algunos autores como Hsieh (2007), Qureshi *et al.* (2009), Valero y Wahl-Kleiser (2014: 11) atribuyen a los intérpretes un papel más cercano al del PS y defienden que estos sean considerados parte del equipo médico. Hsieh (2007: 926 y ss.) sostiene que en ocasiones los intérpretes actúan como codiagnosticadores (*co-diagnosticians*) y asumen el rol de gestión de contenidos²⁴² cuando emplean estrategias como las de “initiating information-seeking behaviors”. Los trabajos de Angelelli (2004) y Hsieh (2007) muestran cómo en ocasiones los intérpretes gestionan los contenidos de las interacciones introduciendo iniciativas personales con el objeto de mejorar la fluidez y la gestión del tiempo²⁴³. Hsieh (2007: 929) apunta que con este modo de proceder la MILICS puede correr el riesgo de invadir las competencias del PS e incluso influir en el proceso de diagnóstico, y señala que la MILICS debe permitir, en

²⁴² Que, como habíamos comentado anteriormente, corresponde al personal sanitario.

²⁴³ Este modo de proceder entra en contradicción con lo estipulado en los códigos deontológicos de la CHIA (2002) y la IMIA (2007).

todo caso, que la responsabilidad de evaluar la calidad de la información proporcionada por el paciente recaiga en el PS (2007: 927). Qureshi *et al.* (2009: 140) se pronuncian en términos similares a los de Hsieh y proponen que la MILICS pueda tener cierto grado de autonomía para el control técnico, pero siempre bajo la supervisión del PS, que es quien ha de controlar los contenidos de la interacción. Valero y Wahl-Kleiser (2014: 11) consideran que:

El intérprete en este ámbito tendría que ser un miembro más del equipo, colaborar de manera activa, aportar su conocimiento, lingüístico, cultural y, en el futuro, biosocial. De este modo, abandonaría su papel de mero transmisor de la información para orientar al personal médico o al paciente sobre diferencias culturales y riesgos de malentendidos mediante aquellos aspectos que considera relevantes para la elaboración del diagnóstico y el seguimiento del paciente.

En cuanto a los aspectos no verbales de la comunicación, Ortí y Sánchez (2014) destacan la importancia de atender las estrategias de cambio de turno (pausas, silencios, solapamientos e interrupciones), la comunicación no verbal, el paralenguaje, las miradas y la disposición de los participantes. En este sentido, los autores (2014: 164) destacan que las estrategias de cambio de turno dependen de los patrones comunicativos de cada cultura y de otros factores como la relación entre los participantes y el tema tratado²⁴⁴. En lo referente a la dinámica de pausas y silencios, los autores distinguen entre las realizadas por la MILICS y las realizadas por los interlocutores primarios. Respecto a las pausas en los interlocutores primarios, Ortí y Sánchez (2014: 165) consideran importante distinguir entre las pausas que se dan en el interior del turno (cuyo objetivo puede responder a proporcionar tiempo al interlocutor primario para reelaborar su intervención), y las pausas cuyo objetivo es ceder el turno de palabra. Los autores, siguiendo a Gentile *et al.* (1996), comentan que en ocasiones pueden darse confusiones cuando una pausa interna es interpretada como de cesión de turno. En estos casos los autores recomiendan que la MILICS preste atención a si se dan otros mecanismos de cambio de turno junto a la pausa como puedan ser el paralenguaje, las expresiones verbales, las miradas, etc. Respecto a las pausas realizadas por la MILICS, Ortí y Sánchez recuerdan que si estas son frecuentes, los interlocutores primarios pueden

²⁴⁴ Ortí y Sánchez (2013: 164) sostienen que cuanto más delicado sea el tema a tratar más probables serán las alteraciones en el cambio de turno: turnos excesivamente largos, o su contrario, renuncia a tomarlo, o con más frecuencia, solapamientos e interrupciones.

atribuirlas a una falta de profesionalidad por parte de la MILICS (Wadensjö 1998: 130) o, al contrario, a una conducta profesional de la MILICS que reflexiona y medita en el desarrollo de su tarea (Ortí y Sánchez, 2014: 165).

Respecto a los silencios, los autores (2014: 166) ponen de manifiesto que, aunque dependen de los patrones comunicativos de las diferentes culturas y los interlocutores primarios pueden hacer un uso distinto de ellos, «hay cierto umbral más o menos universal a partir del cual los silencios se consideran incómodos y afectan a la fluidez de la interacción». En cuanto a los silencios realizados por la MILICS, Ortí y Sánchez hacen observaciones similares a las comentadas para el caso de las pausas realizadas por la MILICS.

Los solapamientos y las interrupciones constituyen otro reto al que se puede enfrentar la MILICS en su tarea de controlar los turnos de palabra²⁴⁵. Ortí y Sánchez (2014: 166) apuntan que la MILICS solo debe intervenir ante los solapamientos si se dan de manera muy frecuente y ralentizan en exceso la interacción. Bot (2005: 123-24) añade que en ocasiones los solapamientos y pausas responden a una estrategia que él denomina “falsos comienzos” que puede ser utilizada por la MILICS para reforzar la idea de que habla en nombre de otro o para retener la atención de los interlocutores primarios.

En cuanto a las interrupciones, Ortí y Sánchez (2014: 166) las consideran apropiaciones no previstas del turno de palabras y recomiendan a la MILICS que intervenga para gestionar el flujo de información y la relación entre los interlocutores.

La comunicación no verbal²⁴⁶ también desempeña un papel fundamental en la comunicación médico-paciente²⁴⁷. Los códigos deontológicos también lo entienden así y por esta razón, la IMIA (2007) destaca de la importancia de que la MILICS sepa

²⁴⁵ En este sentido, los autores, siguiendo a Wadensjö (1998: 172) resaltan que como ocurre con el resto de mecanismos utilizados para cambiar el turno de palabra, los solapamientos y las interrupciones tienen una dimensión cultural (patrones comunicativos) y una individual, y dependen, asimismo, de las circunstancias concretas de la interacción.

²⁴⁶ La conducta no verbal se manifiesta a través de cinco dimensiones: kinestesis (gestos, movimientos corporales, etc.) paralenguaje (forma en que decimos las cosas: voz, silencios...), proxemia (uso del espacio social y personal), factores ambientales y la percepción del uso del tiempo (puntualidad, momento de iniciar la conversación o los temas, etc.). Rodríguez (2004) establece ligeras variaciones: la cinésica (incluye también las expresiones faciales y la mirada o el movimiento de los ojos), la proxémica, el paralenguaje, el tacto y los factores físicos y ambientales.

²⁴⁷ En la práctica médica es esencial la comunicación verbal y no verbal que se establece en el encuentro con el paciente (Travaline, Ruchinskas y D'Alonzo, 2005). Las palabras, por sí solas, quieren decir cosas, pero la forma de emitir las (gestos, miradas, tonos, contexto, posturas corporales, etc.), determina completamente el contenido del mensaje y, en consecuencia, la repercusión del mismo (Llacuna, 2000). La información no verbal permite hacer inferencias rápidas que condicionan la forma de interactuar con la misma (Gaviria, Cuadrado y López, 2009).

interpretar el lenguaje no verbal de los interlocutores, especialmente al que explica falta de comprensión, tensión y nervios, y el que expresa significados culturales. Ortí y Sánchez (2014: 167) recuerdan que la comunicación no verbal no debe ser traducida puesto que suele ser percibida directamente por las partes. No obstante, en la misma línea que Bischoff y otros (2009: 53-55), sí recomiendan a la MILICS que trate de evaluar el efecto que tienen las manifestaciones no verbales e intervenga ante la constatación de la aparición de problemas derivados de la comunicación no verbal. El problema, como señala Hsieh (2007: 929), es que ante la cantidad de factores que debe atender la MILICS, en ocasiones, las manifestaciones no verbales pueden pasar desapercibida o ser ignoradas por la profesional. Raga (2006: 17) se pronuncia en términos similares a los de Hsieh al subrayar las dificultades que pueden surgir a la hora de coordinar los aspectos no verbales de la interacción comunicativa a tres bandas.

En cuanto a la comunicación no verbal de la MILICS, Ortí y Sánchez (2014: 168) comentan que parece haber cierto consenso en que el lenguaje no verbal y paralenguaje de la MILICS deber ser lo más neutro posible para crear una sensación de imparcialidad y profesionalidad. No obstante, Hsieh (2006: 726) apunta que el estilo neutro de la MILICS también puede plantear problemas porque puede ser interpretado como desinterés o parcialidad. Angelelli (2004: 108-109) recomienda que la MILICS adapte su comunicación no verbal (voz, tono, gestos, miradas, contacto corporal) al contexto concreto de la interacción comunicativa. Wadensjö (1998: 258) comenta cómo la MILICS puede hacer uso del paralenguaje para marcar cuándo (o no) habla en nombre propio. De Luise y Morelli (2007: 140) se pronuncian en términos similares a los de Angelelli respecto a la comunicación no verbal y señalan que la MILICS suele adaptar su paralenguaje a la situación comunicativa y a los participantes, utilizando un paralenguaje más marcado emocionalmente cuando interpreta para el paciente²⁴⁸ y un registro más elevado y técnico y menos implicado emocionalmente cuando interpreta para el personal sanitario. Otro de los mecanismos de comunicación no verbal al que Ortí y Sánchez (2014) prestan atención se refiere a la correlación de miradas entre los participantes. Los autores (2014: 170) señalan que es un aspecto muy importante en la interacción, especialmente en relación con la toma de turnos puesto que suelen utilizarse para seleccionar al próximo hablante. En general, tanto los códigos de CHIA (2002) y

²⁴⁸ Cohen-Emerique y Fayman (2005: 7) insisten en la importancia de que las MILICS sean capaces de emplear los registros lingüísticos coloquiales propios de los usuarios extranjeros.

IMIA (2007) como los investigadores²⁴⁹ animan a la MILICS a que potencie la comunicación directa entre los interlocutores, recordándoles que han de dirigirse el uno al otro, lo que implica también que se dé un juego directo de miradas entre los interlocutores primarios. No obstante, como recoge Bot (2005: 84-87), algunos pacientes pueden mostrarse incómodos o molestos ante este modo de proceder en relación con el juego de miradas que deja fuera al intérprete.

En cuanto a la MILICS, Ortí y Sánchez sugieren que mire a ambas partes para tratar de extraer tanto la información verbal como la no verbal. No obstante, también apuntan que cuando ella ostente el turno de palabra debe evitar que su mirada pudiese ser interpretada como una inclinación por una de las partes (Ortí y Sánchez, 2014: 170). Igualmente añaden que es conveniente como pauta de comportamiento profesional que la MILICS tenga en cuenta dónde dirigir su mirada mientras interpreta.

En lo referente a la disposición de los participantes, Ortí y Sánchez (2014: 171), siguiendo a Bermúdez *et al.* (2002: 101), Prats y Pinillos (2009: 273) y Bischoff *et al.* (2009: 66), indican que la disposición más aceptada es la de la figura del triángulo donde las partes se encuentran enfrentadas y la MILICS se sitúa en el vértice del mismo. No obstante, también apuntan que existen ocasiones donde es imposible recurrir a esta distribución²⁵⁰. Los códigos de la CHIA y la IMIA exponen que la MILICS se debe ubicar en el lugar más adecuado para maximizar y promover la comunicación directa entre el paciente y el PS, pero no explicitan cómo llevarlo a cabo ni hablan de la figura del triángulo (Baixauli: 2014: 37). El texto de la IMIA (2007: 26) incluye las siguientes pautas en relación con la distribución espacial de la MILICS:

- Ha de ubicarse en un espacio donde pueda ver y escuchar a los interlocutores primarios, y al mismo tiempo ser vista y oída por ellos.
- Debe organizar el espacio de manera que promueva la comunicación directa entre los interlocutores primarios sin ubicarse en el centro de la comunicación para no interrumpir la comunicación directa.
- Debe respetar la privacidad visual del paciente cuando sea necesario, manteniendo el suficiente contacto visual para garantizar la buena comunicación.

²⁴⁹ Entre ellos Raga (2014), Ortí y Sánchez (2014), Sales (2014), Querol (2014), Bermúdez y otros (2002), Prats y Uribe (2009), y Qureshi y otros (2009).

²⁵⁰ Normalmente, esta imposibilidad está relacionada con peticiones del paciente ante el pudor o la vergüenza.

Ortí y Sánchez (2014: 171) también recogen que la disposición de entrada de los participantes puede variar durante la interacción por diversos motivos. En relación con esto, Wadensjö (1998: 266) sostiene que se da una correlación entre la tensión de la interacción y la distribución de los participantes: a mayor tensión, más cerca se sitúan los participantes. Para los autores, este modo de proceder está justificado siempre que sea en aras de fomentar la intimidad y la complicidad entre los interlocutores primarios y no interfiera negativamente en la comunicación.

Con respecto al espacio físico de la interacción, Ortí y Sánchez (2014: 172) apuntan que la falta de un espacio propio condiciona enormemente la interacción y recomiendan que en la medida de lo posible se trate de planificar un espacio adecuado, especialmente si se prevé que se va a tratar temas sensibles. Igualmente, apuntan que en ocasiones puede ser útil disponer de mobiliario sobre el que se pueda mostrar información gráfica como refuerzo de la información visual.

Finalmente, a partir del análisis de casos, Ortí y Sánchez (2014: 183) extraen las siguientes conclusiones:

1. La MILICS debe determinar antes del inicio de la interacción los siguientes criterios: las reglas en la toma de turno, el idioma de la interacción y sus funciones profesionales.
2. Cuando se presenta el dilema entre fomentar el diálogo directo entre los interlocutores o intervenir, generalmente la MILICS se decide por la segunda opción.
3. En cuestiones de proximidad cultural la MILICS tiende a empatizar y a involucrarse personalmente sin aclarar en qué momento está actuando por motivos personales y cuándo por motivos profesionales: aconseja y asesora al paciente. Este modo de proceder va en detrimento de fomentar la autosuficiencia del paciente y contribuye a crear falsas expectativas sobre la MILICS.
4. La MILICS debe, sin perder su imparcialidad, asumir el control de la interacción ante situaciones de conflicto entre las partes para posibilitar que estas se expresen.
5. Es determinante que la MILICS sepa interpretar el lenguaje no verbal de los participantes, especialmente cuando indica incomodidad o no comprensión.
6. No constatamos casos en que la MILICS asuma el control de los contenidos respecto a temas médicos, en consecuencia tampoco nos constatan conflictos con el PS por la gestión de los contenidos médicos. Así pues, por lo analizado en los casos la MILICS

no incluye entre sus funciones proporcionar información médica al paciente, parece ser que sus creencias y experiencia les dicta que no deben hacerlo.

7. La distribución de los interlocutores en el espacio es fundamental. Hay que tener en cuenta cuál es la distribución que favorece más la comunicación sin pasar por alto que en situaciones especiales se debe preservar visualmente la intimidad del paciente.

4.7. Resumen y reflexiones

El presente apartado ha tratado de contribuir a perfilar la figura de la MILICS a partir de las aportaciones que se han ido haciendo desde la ISP y la MI. Para ello se han tratado las cuestiones de las competencias profesionales requeridas para ejercer como facilitadora de la comunicación en la atención de casos en el ámbito sanitario, el rol y los principios de actuación más controvertidos.

Con respecto a las competencias profesionales, se ha constatado que, en términos generales, los investigadores de la ISP y la MI vienen a coincidir en la atribución de competencias profesionales que deben reunir las MILICS, entre las que priman los conocimientos lingüísticos y culturales (en su sentido más amplio), pero también contextuales e institucionales.

En cuanto al rol que debe adoptar la MILICS en el desarrollo de su labor, la mayoría de los investigadores parece confluir en la idea de que no existe un rol ideal, sino que parece más adecuado que la MILICS se adapte y ejerza una mayor visibilidad si las circunstancias de la situación comunicativa así lo requieren para llevarla a buen término, lo que parece validar nuestra hipótesis de apostar por una figura integrada para el contexto de atención de casos en el ámbito sanitario.

Con respecto a los principios de actuación, hemos hecho un repaso a la bibliografía publicada sobre la conveniencia o no de trasgredir alguno de los principios de actuación que se establecen en los códigos, concretamente los relacionados con la parcialidad/ imparcialidad/ multiparcialidad, la precisión/contextualización cultural, el control de la interacción y la delimitación de competencias. En general, parece haber consenso en que la profesional debe ejercer un enfoque crítico y saber distanciarse de los mismos cuando prevea que la comunicación entre los interlocutores primarios se encuentra bloqueada o ante la posible aparición de problemas comunicativos que pudieran

desencadenar malentendidos, conflictos o incomunicación entre los interlocutores primarios. Asimismo, hemos recogido las propuestas de Raga (2014), Sales (2014), Querol (2014) y Ortí y Sánchez (2014), que pretenden contribuir a facilitar la toma de decisiones de la MILICS ante la aparición de dilemas relacionados con los principios de actuación.

En el siguiente capítulo utilizaremos las aportaciones citadas en el presente apartado para testar si las recomendaciones propuestas por los investigadores del Grupo CRIT son aplicables al caso concreto del ámbito de SSyR con población de origen chino. Para ello partiremos del análisis de casos reales en los que he intervenido como MILICS entre los profesionales de los servicios de salud sexual y reproductiva y las usuarias de origen chino que han accedido a los mismos.

5. Análisis de las experiencias de una MILICS en los servicios de salud sexual y reproductiva con población de origen chino

5.1. Introducción

Como hemos visto en el capítulo anterior, aunque los códigos sirven como guía general sobre las pautas de actuación recomendadas para las MILICS en el desempeño de su trabajo, varios autores coinciden en señalar que en no pocas ocasiones las MILICS se desvían de las pautas indicadas en los códigos. El presente trabajo pretende explorar y describir las circunstancias y el modo en que las MILICS se adscriben o se alejan de las pautas o principios de actuación establecidas en los códigos éticos y/o defendidas por los investigadores.

En los últimos años numerosas voces desde el ámbito investigador han subrayado la necesidad de realizar trabajos basados en la experiencia real de la profesión (Raga, 2014: 9; Moody, 2007: 193; Verrept, 2012; Valero, 2005; Valero, 2013). Como sostiene Hale (2007: 126):

The early literature on the role of the interpreter and on what interpreters were expected to do was largely based on personal opinions rather than on any empirical research (Hale, 2007: 126).

En línea con las demandas de los investigadores, para la elaboración del presente trabajo se ha optado por realizar un estudio empírico con el objeto de contribuir a acercar la práctica profesional de las MILICS en los Servicios de SSyR con población de origen chino y las pautas de conducta o principios de actuación establecidos en los códigos y que comentamos en el capítulo anterior. Retomamos las palabras de Moody, quien defiende que:

In determining what the interpreter should do, it is preferable to study and describe what the really good interpreters actually do and begin to base our conceptions of the roles and tasks of the interpreters on such descriptions (Moody, 2007: 193).

Como veníamos apuntando, muchos autores han señalado la importancia de llevar a cabo estudios empíricos, porque permiten testar la teoría en el plano práctico y, en

consecuencia, contribuyen a mejorar la práctica de la profesión (Williams y Chesterman, 2002: 68). Las palabras de Ibrahim (2004: 248)²⁵¹ y Hale (2007: 127) que incluimos a continuación parecen apoyar la validez de este estudio:

A good deal of descriptive work has been carried out on the ethnography [...] which has led to substantial agreement on the answer to the first question [what the interpreter actually does] in contrast, there is far from consensus on the answer to the second question [what the interpreter ought to do] (Ibrahim, 2004: 248).

More research is needed on what the role(s) of the interpreter ought to be, on whether such a role changes according to situation, participants and context and on the reasons behind the prescribed roles (Hale, 2007: 127).

Hale y Napier (2013: 92) apuntan que no existen muchos estudios etnográficos auténticos en el campo de la interpretación. No obstante, sí cabría destacar el trabajo del Grupo CRIT (2014), el trabajo de Angelelli (2004a) sobre el rol de la ISP en el ámbito sanitario, en el que contrastó las percepciones de los intérpretes sobre los límites de su rol con sus actuaciones reales, y el de Molinari (2011), basado en entrevistas semiestructuradas realizadas a MILICS con el objeto de explorar su rol y analizar hasta qué punto los principios de actuación establecidos en los códigos son aplicables a la práctica real de la MILICS en encuentros interculturales en el ámbito sanitario. Otros trabajos relacionados con la MILICS en el ámbito sanitario basados en entrevistas son los de Nevado (2013), Requena (2010), Antonin (2009), Vargas Urpi (2012), Hsie (2007 y 2008).

El presente trabajo se diferencia de los de Angelelli (2004a), Antonin (2009) y Molinari (2011) en que además de describir las actuaciones de las MILICS en el contexto estudiado y poner de manifiesto la visibilidad de la ISP, también se hace una lectura crítica de la actuación de la MILICS. En cuanto al trabajo del Grupo CRIT (2014), las diferencias entre esta y su investigación radican en que esta tesis se ciñe exclusivamente al ámbito de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) con población de origen chino. El trabajo de Nevado (2013) también trata sobre comunicación intercultural y SSyR, aunque no se centra en las mujeres de origen chino ni tampoco en la figura de la

²⁵¹ Las palabras de Ibrahim se refieren al ámbito jurídico. No obstante, consideramos que son transferibles al ámbito sanitario.

MILICS. El trabajo de Vargas Urpi (2012), se centra en el colectivo chino, pero no es exclusivo del ámbito sanitario sino que abarca otros ámbitos o servicios públicos. Los trabajos de Hsieh (2007 y 2008) analizan el rol de la ISP en el contexto sanitario a partir de las percepciones de los propios profesionales, el PS y los pacientes, pero tampoco se centra exclusivamente en el colectivo chino ni en SSyR.

En este sentido, nuestro objetivo pretende contribuir a llenar el vacío que se da entre las teorías sobre interpretación comunitaria, interpretación en los SS o MILICS y la práctica real de esta profesión para un ámbito (los Servicios de SSyR) y una población (mujeres embarazadas de origen chino) muy concretos y específicos. Desconocemos de la existencia de otras investigaciones que traten el mismo tema con la misma población.

Partiremos de la siguiente *research question*²⁵² (pregunta de investigación) que dará lugar a otras más concretas.

¿Cómo transcurren las interacciones comunicativas mediadas entre mujeres embarazadas de origen chino y profesionales de los SS?

Las otras preguntas que surgen a raíz de nuestra pregunta inicial y que trataremos de atender en el análisis de casos son las siguientes: ¿surgen dilemas para la MILICS? ¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Cómo actúa la MILICS? ¿Sigue lo recomendado por los códigos deontológicos de la profesión o por los investigadores? ¿Está justificada su decisión? ¿Qué consecuencias tiene en la interacción comunicativa?

5.2. Metodología

Mercado, Villaseñor y Lizardi (1999) resaltan que en el ámbito de las ciencias sociales o de la salud se dan varios estilos de hacer investigación cualitativa, ya que existen distintas formas de acercarse a la realidad tanto en términos ontológicos, epistemológicos y metodológicos como múltiples enfoques, orientaciones, perspectivas o movimientos teóricos. Como resume Hale (2007: 198):

²⁵² Phillips y Hardy (2002: 60) resaltan la importancia de comenzar la investigación con una adecuada formulación de una pregunta inicial de investigación, ya que esta determina el tipo de información a recopilar y la metodología a emplear (Hale y Napier, 2013: 8). En la misma línea Bryman (2004: 20) destaca que de no haber formulado una pregunta inicial de investigación o haberlo hecho de modo poco concreto, aumentan las probabilidades de obtener una investigación pobre.

Traditional views of research distinguish between basic and applied research. Basic research aims at testing, refining and expanding on theoretical understandings of principles and phenomena of certain fields. Applied research aims at exploring real-life problems and contributing to their solution, seeking to demonstrate the relevance of established theories and, by its focus on experience, to challenge theories whose application may not be evident. Clearly, then, a connection needs to be established between basic and applied research, so that each type of research informs the other.

La investigación se basará en el estudio cualitativo de mis actuaciones como MILICS en los servicios de salud sexual y reproductiva con población de origen chino. De las diferentes metodologías utilizadas en la investigación en MILICS²⁵³, he optado por seguir el enfoque etnográfico ya que permite el estudio holístico de los factores culturales y la interpretación cultural del comportamiento (Johnson, 1992: 134) y porque entiendo la comunicación como un sistema orquestal donde las cuestiones culturales cobran gran importancia puesto que son indisociables a la propia comunicación.

En consonancia con la naturaleza de los enfoques etnográficos, utilizaremos más de un método de investigación (Hale y Napier, 2013: 92), concretamente el de participante-observador con interacción con la población estudiada y el registro de dichas actuaciones en fichas que utilizaremos en un análisis posterior. Para el registro de la información se ha optado por el documento elaborado por el Grupo CRIT (2014), que se muestra a continuación:

<p>- Intervención N°:</p> <p>DATOS GENERALES:</p> <p>- Día:</p> <p>- Hora (aproximada) de comienzo: - Hora (aproximada) de finalización:</p> <p>- Centro:</p> <p>- Sección o especialidad:</p> <p>- Quién solicita la intervención: - Datos del personal sanitario: - Tipo: Médico, enfermero, ATS, trabajador social, celador...: - Edad aproximada:</p>

²⁵³ Recomendamos el manual de Hale y Napier (2013) sobre metodología e investigación en Interpretación.

- Datos del/de la usuario/a extranjero/a:
 - Nacionalidad / cultura de origen:
 - Edad aproximada:
 - Tiempo de estancia en España:
 - Situación legal:
 - Nivel de español:
 - Anteriores visitas a la sanidad española:
 - Otros datos relevantes:

TIPO DE INTERVENCIÓN Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA MISMA:

Breve relato de la intervención:

En los apartados que siguen, marca con una cruz los elementos relevantes en esta intervención y –si lo consideras oportuno– añade un breve comentario, específico para el elemento señalado o general

Lingüística (interpretación):

- Desconocimiento general del español:
- Bajo nivel de español:
- Problemas con la terminología médica:
- Malentendidos lingüísticos:
- Dificultades con los acompañantes, “intérpretes naturales”, voluntarios, etc:
- Dificultades con la dinámica conversacional a tres bandas (solapamientos, turnos largos, etc.):
- Problemas con documentos escritos: recetas, volantes, consentimientos...:

Comentario:

Cultural (mediación):

Problemas de interacción

- Dificultades para conseguir informaciones para el diagnóstico:
- Se tratan temas delicados o comprometidos:
- Desconfianzas con la sinceridad:
- Uso de expresiones vagas o metafóricas:
- Problemas con el tono de voz:
- Problemas con los turnos de palabra:
- Problemas con el lenguaje no verbal:
- Problemas para la exploración física:
- Otros:

Comentario:

Otros problemas culturales

- Problemas de género:
- Problemas alimenticios:
- Problemas con los acompañantes o las visitas:
- Problemas de higiene:
- Problemas con ritos religiosos:
- Problemas con medicaciones o prácticas médicas:
- Otros:

Comentario:

Administrativa:

- Problemas con los papeleos y los trámites administrativos:
- Problemas con las normativas del hospital:
- Problemas con documentos legales (ej. consentimientos informados):

Comentario:

VALORACIÓN:

Valoración del resultado de la intervención:

- Resuelto satisfactoriamente para todas las partes:
- Resuelto satisfactoriamente para una de las partes (especificar cuál):
- Resuelto más o menos aceptablemente:
- Apenas resuelto:
- No resuelto en absoluto:

Comentario:

Valoración de la actitud del/de la usuario/a:

- Muy positiva:
- Colaboradora:
- Neutra:
- Escéptica:
- Con reservas:
- Abiertamente Negativa:

Comentario:

Valoración de la actitud de los acompañantes e “intérpretes voluntarios”:

- Neutra:
- Muy positiva:
- Colaboradora:
- Neutra:
- Escéptica:
- Con reservas:
- Abiertamente Negativa:

Comentario:

Valoración final (aspectos positivos y problemáticos de la intervención):

Propuestas de mejora:

Volviendo a la descripción del trabajo, se planteará el estudio de caso como estrategia de investigación cualitativa ya que, como afirma Antonin (2009: 26), los estudios de casos destacan por su flexibilidad y aplicabilidad a situaciones y contextos naturales. Yin (1994: 13) define esta metodología como:

Una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. [...] Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación.

Perry (1998) coincide con Yin y afirma que el estudio de caso como estrategia de investigación opera dentro del paradigma del realismo porque se centra en la

descripción y comprensión del fenómeno con el objetivo de comprender la realidad desde diversos ángulos, desde una perspectiva dinámica, múltiple y holística.

Stake (1995) distingue entre los diferentes tipos de estudios de casos: *explanatory, exploratory or descriptive*²⁵⁴. Dentro del estudio de casos, también se distingue la investigación-acción o investigación-acción-participación que incluye el modelo del observador participante²⁵⁵ y el de participante observador. Starfield (2010) considera este enfoque como una forma de autoetnografía en la que la etnografía y la biografía se presentan imbricadas. Raga (inédito) apunta que la observación-participante es el método de recopilación de datos que proporciona una información más contextualizada, y permite una interpretación más cercana a la de los protagonistas²⁵⁶. No obstante, también alerta de que el modelo de participante observador puede pecar de que el análisis no se lleve a cabo con la de suficiente “distancia epistemológica”. Siguiendo esta idea, para el análisis de casos citados en el presente trabajo combinaré el enfoque descriptivo y el explicativo (Hale, 2007: 234) puesto que como sostienen McNeill y Chapman (2004: 8):

Any explanation requires description, and it is difficult, or perhaps impossible, to describe something without at the same time explaining it.

En línea con el enfoque descriptivo, basándome en el análisis empírico de una serie de experiencias propias como MILICS recogidas en fichas, intentaré responder a las preguntas planteadas anteriormente. Para el registro de los casos se combinarán dos tipos de toma de notas: las condensadas (recogidas durante la interacción comunicativa) y las expandidas (redactadas lo más próximas en el tiempo posible a la interacción donde se incluirá una descripción más detallada de la misma). En este sentido el hecho de analizar mis propias intervenciones ha sido determinante para la redacción de las notas expandidas ya que me ha permitido incluir aquellos aspectos y detalles de la interacción que recordaba (por haberlos vividos en primera persona) y que, por la falta de tiempo, no pude recoger en las notas condensadas. Sin embargo, también es preciso

²⁵⁴ Los estudios de casos explicativos presentan datos sobre relaciones causa-efecto, los exploratorios tratan de definir las preguntas e hipótesis de estudios posteriores y los descriptivos presentan descripciones de la realidad teniendo en cuenta el contexto en que se dan.

²⁵⁵ En la que el investigador analiza no solo la situación estudiada sino también su propio comportamiento en la misma actuando como *practisearcher* (Gile, 1990; Shlesinger, 2009).

²⁵⁶ No obstante, el autor resalta que esta metodología exige tanto una identificación con las vivencias de dichos protagonistas, como una distancia metodológica que permita sistematizar la observación.

resaltar que dado que analizo mis propias actuaciones, puede haber casos cuyo análisis carezca de la suficiente distancia epistemológica.

En línea con el enfoque explicativo, intentaré dar cuenta, a partir de la bibliografía existente, de los aspectos culturales²⁵⁷ que subyacen en la aparición de problemas de comunicación entre el PS y las pacientes de origen chino. No obstante, es preciso aclarar que el objetivo de esta tesis no es ofrecer un análisis exhaustivo de las diferencias entre la cultura sanitaria china y española, sino analizar la práctica de la MILICS. En línea con esta idea, por coherencia expositiva, he optado por no incluir un apartado sobre las diferencias entre la cultura china y española, sino que he preferido comentar en cada caso aquellas diferencias que pudieran afectar al desarrollo y análisis de los casos que se tratan. Otra razón que ha motivado esta decisión es que ya existen abundantes manuales sobre las diferencias culturales en la atención sanitaria a los pacientes de origen chino (p.e. en la web SALUDyCULTURA.com), por lo que parece más útil (además evitando la culturización) tratar los temas solo cuando surjan.

A partir de las informaciones obtenidas, propondré una serie de recomendaciones abiertas y revisables con objeto de asistir en la facilitación de la toma de decisiones de las MILICS ante la aparición de dilemas profesionales similares a los expuestos en el análisis.

En cuanto a la estructura del trabajo, tomaremos como modelo la estructura seguida por el Grupo CRIT (2014) en su trabajo *La práctica de la mediación interlingüística y cultural en el ámbito sanitario*. El trabajo de campo se dividirá en diferentes subapartados dedicados a analizar casos relacionados con la imparcialidad, precisión, conflicto de funciones y control de la interacción.

En cuanto a las consideraciones éticas, todas las personas entrevistadas fueron informadas sobre el estudio y sus características, el tratamiento de la información y de la confidencialidad de los datos.

²⁵⁷ Entiéndase también los lingüísticos, ya que como apuntan varios investigadores como Raga y Sales (2010: 166) y Capanaga (2006: 11) la lengua y la cultura son indisociables.

5.2.1. Desarrollo de la investigación y limitaciones del estudio

Varios son los problemas que se han planteado a la hora de realizar el presente trabajo. En primer lugar, el hecho del poco apoyo y reconocimiento institucional que se da en la práctica a la figura de la ISP, MI o MILICS me ha dificultado en gran medida el acceso a los datos y a la posibilidad de ejercer como MILICS. Quizá este problema responda a que, como comentan Metraux y Alvir (1995: 26), puede haber reticencias del PS a colaborar con el intérprete mediador, o a que, tal y como hemos constatado en algunos de los casos estudiados, muchas veces el PS no ve la necesidad de contar con la presencia de una MILICS o, por cuestiones de sobrecarga de trabajo, no se organiza adecuadamente para hacerlo²⁵⁸.

Para realizar el presente trabajo acudí a diversas consultas de matronas de diferentes Centros de Atención Primaria y al servicio de maternidad de los dos hospitales públicos más cercanos al núcleo urbano de Castellón de la Plana. Obviamente, por cuestiones de confidencialidad, no proporcionaremos datos que pudieran identificar al centro, paciente o profesional que se prestaron a colaborar en la recogida de información para la elaboración del presente trabajo.

Ante la constatación de que no había ningún servicio operativo de interpretación, mediación intercultural ni MILICS, me presenté y proporcioné al personal responsable del servicio mis datos de contacto por si podía interesarles que actuase como MILICS en consultas con mujeres embarazadas de origen chino, remarcando por un lado que había recibido formación específica para ello (en mediación intercultural y en lengua china) y por otro que el servicio no tendría coste alguno para el centro ya que perseguía el objetivo de recoger datos para la elaboración del presente trabajo. A lo largo de los seis años que ha durado la elaboración de esta tesis he recibido pocas solicitudes de intervención por parte de los SS. No obstante, me gustaría destacar que a pesar de las pocas solicitudes, sí se ha observado una diferencia en cuanto al grado de concienciación y sensibilización de unos y otros centros sanitarios ante la problemática que presentan las poblaciones de origen extranjero en el acceso a una atención sanitaria en plano de igualdad con la población autóctona. Así, el número de intervenciones realizadas en algunos centros sanitarios ha sido mayor cuanto mayor ha sido el grado de

²⁵⁸ En este sentido sería interesante introducir herramientas que faciliten la gestión de solicitudes de MILICS que, como apuntamos en el capítulo 2, ya se viene haciendo en otros países y con buenos resultados, por ejemplo en Canadá.

sensibilidad cultural del personal sanitario. Igualmente, se ha constatado que tras una primera intervención de la MILICS en una consulta determinada, se ha dado un aumento del número de solicitudes de intervención de la MILICS, lo que parece apuntar que, en líneas generales, el PS tiende a reconocer la utilidad de las intervenciones de la misma en la consulta médica y a solicitar los servicios de la misma.

Volviendo a la cuestión del volumen de casos, queremos incidir en que las propuestas del trabajo no pretenden afirmar taxativamente una única realidad. Sin embargo, sí son representativas en tanto que están basadas en el análisis de realidades concretas. Hale (2007) se pronuncia en términos similares:

Many Community Interpreting studies use very small data sets and cannot claim to be representative. They can nevertheless be very useful as case studies (Hale, 2007: 234).

En nuestro caso, el número de casos o intervenciones analizadas asciende a 17. Siendo conscientes de que la posibilidad de contar con un mayor número de casos nos hubiera proporcionado una muestra más representativa²⁵⁹, queremos apuntar que se considera un número de casos adecuado. En este sentido, autores como Eisenhardt (1989; 1991) o Smith (1990) abogan por reunir múltiples casos siendo óptimo un rango de entre 4 y 10 casos (Antonin, 2009: 39). En línea con lo anterior, queremos resaltar que, como afirman Phillips y Hardy (2002):

Social research does not have to -be based on a representative sample- case-studies may prompt further, more wide-ranging research, providing ideas to be followed up later (Phillips y Hardy, 2002: 120-1).

De este modo, esta tesis podría considerarse como un punto de partida, una aportación más con hipótesis a ratificar o refutar en trabajos posteriores con mayor casuística.

Otro de los problemas planteados se refiere a la dificultad que supone tratar de analizar los casos en su relación con un único principio de actuación, puesto que en la realidad estos suelen darse complementariamente. Por ejemplo el hecho de que una MILICS decida intervenir en la interacción comunicativa puede verse como un problema de conflicto de funciones (con su visibilización puede adoptar tareas que van más allá de la

²⁵⁹ Sautu (2003) sostiene que los datos cuantitativos en una estrategia de estudio cualitativo permiten profundizar, complementar y comparar resultados hecho que, a su vez, aumenta la validez del estudio.

facilitación de la comunicación y no son de su competencia), de imparcialidad (puede visibilizarse para abogar por una de las partes y equilibrar las relaciones de poder para representar de la mejor manera posible los intereses de ambas partes), de precisión (en su visibilización puede aportar información en voz propia que contribuya a lograr la fidelidad pragmática de los mensajes), y de control de la interacción (su visibilización actúa en detrimento del establecimiento de una comunicación directa entre las partes).

Ante esta situación, hemos optado por incluir cada caso en el subapartado cuyo análisis resulta más relevante. No obstante, hay algunos casos que se analizan en más de un apartado en relación con cada uno de los principios de actuación que se presentan dilemáticos.

Finalmente, otra de las limitaciones del estudio se refiere al modo en que se ha desarrollado la investigación. A pesar de contar con formación en mediación intercultural, interpretación y mandarín, me ha resultado sorprendente constatar cómo, en muchas ocasiones, desde los SS no se ha sentido la necesidad de contar con una herramienta que pudiese haber contribuido a facilitar su trabajo en la atención sanitaria a mujeres de origen chino. En este sentido, en muchas ocasiones el PS se ha limitado a proporcionar a los pacientes mis datos de contacto para que ellos, unilateralmente, buscasen soluciones a las barreras lingüísticas y culturales que dificultan su acceso a los servicios de SSyR. Este modo de proceder ha tenido como consecuencia una mayor implicación personal de la MILICS en los casos y una mayor incidencia de dilemas en cuanto a la delimitación de competencias profesionales. En este sentido, por mi experiencia, parece ser que si la MILICS adquiere una relación unilateral con alguna de las partes, en mi caso las pacientes, y además lo hace en calidad de intérprete ocasional (sin ningún tipo de institución, entidad o contrato que regule su situación laboral), resulta difícil negarse a satisfacer competencias que puedan exceder el ámbito donde actúa. En mi caso, algunas de las tareas que han sobrepasado este ámbito han sido: “hacer de taxista” para que la paciente pudiera asistir a una consulta programada (conducta claramente no profesional), mediación con gestor laboral para tramitar la baja por maternidad, solicitud de citas, acompañamiento para la inscripción en el registro del recién nacido, acompañamiento a la farmacia para adquirir los medicamentos recetados, acompañamiento a la Consellería de Educación para tramitar solicitud de entrada a centro escolar. Estos y otros casos serán tratados en los apartados siguientes.

5.3. Análisis de casos en relación a los dilemas

En el presente apartado procederemos a analizar casos reales en los que he intervenido como MILICS entre los profesionales de los servicios de SSyR y las usuarias de origen chino que han accedido a los mismos.

Como comentamos anteriormente, centraremos nuestra atención en aquellas situaciones que puedan plantear dilemas a la MILICS en lo que se refiere a la aplicación de los principios de actuación profesional establecidos en los códigos, concretamente los relacionados con la parcialidad/ imparcialidad/ multiparcialidad, la precisión/contextualización cultural, el control de la interacción y la delimitación de competencias.

Antes de continuar, queremos señalar que la mayoría de las intervenciones se corresponden a consultas de seguimiento del embarazo. Creemos que si las intervenciones hubieran tenido lugar en el preparto-parto-posparto quizás habría habido más problemas comunicativos culturales porque es cuando las diferencias se acentúan, más que en las consultas rutinarias previas.

Estructuraremos el trabajo dedicando un subapartado para cada uno de los principios de actuación discutidos en el capítulo anterior en los que procederemos a analizar mis actuaciones como MILICS desde las recomendaciones propuestas por los códigos, la bibliografía y los investigadores del Grupo CRIT con el objetivo de testar si estas son aplicables al caso concreto del ámbito de la SSyR con población de origen chino.

En cuanto a la estructura seguida en el estudio de casos, se presenta la exposición de los mismos, seguida de una explicación de por qué se da una situación dilemática para la MILICS. Una vez comentadas las opciones que podría seguir la MILICS para la resolución de dicha situación dilemática, se expone cuál fue su actuación y se procede a analizar sus consecuencias.

5.3.1. Análisis de casos en relación al dilema de imparcialidad

En el apartado sobre imparcialidad hablamos de los diferentes prismas desde los que los diferentes autores han entendido este principio²⁶⁰. Vimos que si bien desde la teoría se señala la conveniencia de que la MILICS actúe de manera imparcial, también se contempla la posibilidad de que se den situaciones que requieran de una mayor implicación por parte de la MILICS. Pensemos, por ejemplo, en situaciones en las que se da un choque de intereses o se comete una presunta injusticia. En este sentido, Martin (2000: 218) resaltaba que aunque parece haber consenso en que la MILICS debe perseguir la imparcialidad, la realidad es que los límites de la misma siguen siendo controvertidos. Para profundizar en la cuestión de los límites de la imparcialidad citamos la propuesta de Sales (2014) que incluía una serie de pautas con el objetivo de ayudar a la MILICS en su toma de decisiones hacia una intervención activa y visible. El presente apartado pretende contribuir a las propuestas de Sales a partir del análisis de casos en consultas con mujeres embarazadas de origen chino²⁶¹. Atenderemos a observar qué situaciones problemáticas pueden requerir o no una mayor intervención de la MILICS, qué recomienda la bibliografía al respecto, qué hace la MILICS, cuáles son las consecuencias de su acción (o no acción) y si estas justifican o no el modo de proceder de la MILICS.

5.3.1.1. Ante actitudes discriminatorias, o la percepción que el paciente pueda tener a este respecto

Anteriormente apuntamos que en los encuentros entre pacientes de origen extranjero y el PS pueden darse situaciones que requieran de una mayor implicación por parte de la MILICS. Un ejemplo lo constituyen aquellas situaciones en que se dan actitudes discriminatorias o se tiene una falsa percepción de las mismas. Veamos varios casos al respecto:

²⁶⁰ Véase Edwards (1995: 64-65), Turner (2007: 185), Bermúdez y otros (2002: 122). Prats y Uribe (2009: 271) y Sales (2014: 33-34).

²⁶¹ En consonancia, seguiremos la estructura de su trabajo.

CASO 1

[En la consulta de planificación familiar]

La ginecóloga le muestra folletos informativos redactados en español sobre los métodos anticonceptivos disponibles, y añade, “más vale que elija algún método anticonceptivo, si no a esta la tenemos teniendo hijos sin parar, ya va a uno por año.”

Este caso supone un dilema para la MILICS y está relacionado con los principios de precisión e imparcialidad. La MILICS ha de debatirse entre interpretar el comentario de la ginecóloga que podría ser interpretado como discriminatorio u ofensivo por parte de la paciente o no hacerlo.

Como vimos en el capítulo 4, la bibliografía especializada en MI y los códigos profesionales sobre ISP sanitaria²⁶² establecen que la MILICS ha de actuar de forma imparcial (Bermúdez *et al.* 2002; Giménez, 2002; Prats y Uribe 2009; Baixauli, 2012), lo que en principio conllevaría la conveniencia de interpretar dicho comentario. No obstante, muchos de los códigos²⁶³ y de los investigadores defienden la conveniencia de que la MILICS actúe frente a los comentarios poco respetuosos. En estos casos parece haber consenso en recomendar a la MILICS que intervenga para preguntar al interlocutor que ha hecho el comentario si realmente quiere que lo interprete. En este caso, el comentario no es abiertamente discriminatorio, pero sí poco respetuoso y, de ser interpretado, podría ser el desencadenante de una ruptura de la relación entre la ginecóloga y la paciente. Atendiendo a este factor, la MILICS opta por no interpretar el comentario de la ginecóloga. Creemos que la actuación de la MILICS está justificada ya que el hecho de no interpretar el comentario no infiere en un alineamiento de esta con la ginecóloga y una consiguiente pérdida de su imparcialidad. Sin embargo, quizá no se ha seguido la estrategia más conveniente para hacerlo. Es decir, creemos que hubiera sido más conveniente que la MILICS hubiese seguido las recomendaciones y hubiera preguntado a la ginecóloga si quería que ese comentario fuese interpretado para darle la

²⁶² En el apartado 6.3.1.2 de Baixauli (2012) se trata más en detalle cómo los diferentes códigos deontológicos abordan la cuestión de la imparcialidad.

²⁶³ Nos centraremos concretamente en los códigos de CHIA y NCIHC.

oportunidad de recapacitar respecto al mismo y adoptar una actitud más respetuosa. En este caso la MILICS sigue, sin saberlo, la siguiente indicación de Sales (2014: 76):

- Si la queja o expresión de desconfianza se realiza sin conocimiento de la otra parte, se insta a la MILICS a valorar si procede o no informar a la parte aludida ya que visibilizar un problema que el otro interlocutor no ha percibido quizá no sea la manera más adecuada para evitar la aparición de un conflicto.

Lo que hace la MILICS es decidir no interpretar un comentario que podría ser susceptible de provocar la aparición de un conflicto entre las partes. Quizá sí que hubiera sido recomendable que la MILICS posteriormente a la consulta hubiera tratado de hablar con la ginecóloga para recordarle que su deber como profesional es interpretar lo dicho por las partes insistiendo en que cada una de ellas es responsable de sus comentarios y del impacto provocado por los mismos en la otra parte. Sin embargo, el hecho de que la MILICS acuda a la consulta a instancias de la paciente y carezca de cualquier tipo de relación laboral con la institución sanitaria haría que las recomendaciones de la MILICS fuesen consideradas fuera de lugar y pudieran empeorar la relación médico-paciente en futuras consultas.

Pero, ¿y si la MILICS hubiese tomado la decisión contraria y hubiese optado por interpretar el comentario de la ginecóloga? ¿Qué hubiese ocurrido en este caso? Como apuntamos anteriormente, seguramente la interpretación del comentario podría haber dado paso a la aparición de un conflicto. Raga (2014: 91) señala que en ocasiones la explicitación del conflicto puede resultar positiva²⁶⁴. En su trabajo comenta un caso en el que la explicitación del conflicto permitió a una paciente aportar información nueva que contribuyó a suavizar la situación y a establecer una relación interpersonal más estable con el PS. No obstante, en este caso consideramos que la explicitación del conflicto podría desencadenar una ruptura de la relación entre la ginecóloga y la paciente y agravar la desconfianza de la paciente hacia el sistema de salud y la medicina

²⁶⁴ Donahue y Bresnahan (1997) enfatizan en las diferencias de enfoque y tratamiento que se da a los conflictos en las culturas orientales y las occidentales. En las culturas occidentales se tiende a interpretar el conflicto como catarsis y es considerado como un mecanismo positivo que sirve para canalizar las angustias y vigorizar las relaciones. Sin embargo, estas consideraciones respecto al aspecto positivo que puede encerrar el afloramiento del conflicto no son compartidas, en general, por las culturas orientales.

occidental²⁶⁵. En este sentido, es muy importante tener en cuenta que la cultura china se caracteriza por presentar un alto grado de preocupación por el conflicto (Raga, 2006: 22) por lo que para la población de origen chino el mantenimiento de la armonía en las relaciones interpersonales e institucionales es primordial (Shih, 1996: 5). En otras palabras, su conducta se rige por la evitación del conflicto (Antonin, 2009: 76-77). En consonancia con lo expuesto hasta el momento, si la MILICS optase por interpretar el comentario y hacer aflorar el conflicto, podría ocurrir que la paciente decidiese no volver a acudir a los SS.

El siguiente caso presenta un cariz diferente, ya que la existencia de un conflicto entre las partes es evidente:

CASO 2

[En el Centro de Atención Primaria, consulta con la matrona]

La matrona en general presenta una actitud poco afable, habla alto y riñe a la pareja por no haber seguido los trámites indicados, por no tomar la medicación. Transmito la intervención de la matrona pero intento suavizarla un poco. La matrona no relaja sus intervenciones y sigue riñendo a la pareja.

Esta situación plantea un dilema a la MILICS relacionado con el principio de imparcialidad. La MILICS trata en un primer momento de reconducir la relación entre las partes, tratando de aliviar las tensiones entre la matrona y la pareja al relajar su discurso. No obstante, la matrona continúa presentando un comportamiento agresivo hacia sus pacientes. La MILICS percibe que se está cometiendo una injusticia. Ante este caso, ¿qué debería hacer la MILICS? ¿Sería conveniente que defendiera a la pareja que está recibiendo una regañina de la matrona más propia de una madre que de una terapeuta?

La bibliografía ofrece diferentes respuestas. Algunos autores como Kaufert y Putsch (1997), Zimman (1994: 223) y Hale (2007) sostienen que actuar como defensor del paciente es una estrategia apropiada, mientras que los códigos de la CHIA (2002) y la

²⁶⁵ En Sánchez Pérez (2009: 41) se hace hincapié en la desconfianza que suelen presentar los usuarios de origen chino hacia la sanidad occidental.

IMIA (2007) apuntan que esta estrategia podría poner en peligro o comprometer la autonomía del paciente y la imparcialidad de la ISP. Aunque Zimman (1994: 223) y Hale (2007) coinciden con Kaufert y Putsch respecto a la defensa activa del paciente, consideran que antes de adoptar este rol, la MILICS debe valorar sus habilidades y el riesgo potencial de la intervención.

Las diferentes posturas de la bibliografía no establecen una respuesta única y clara sino que dejan al criterio de la MILICS la posibilidad y conveniencia de actuar en defensa de las partes. En nuestro caso, la MILICS optó por la siguiente estrategia:

Caso 2 (continuación)

Cuando intervengo para comentarle que, seguramente, no lo hayan hecho porque no conocen ni la lengua ni el funcionamiento de los SS añade en tono poco amistoso “es que no saben nada, están en España, que aprendan español, no les defiendas”.

Creemos que la actuación de la MILICS de defensa activa de la pareja está justificada. Por un lado, recordemos que Bermúdez (2009) apunta que la imparcialidad de la MILICS también lleva implícita la tarea de desempeñar un papel de sensibilización frente a la desigualdad o discriminación. En este caso, la MILICS toma partido por la pareja e intenta explicar que la existencia de barreras lingüísticas y la diferencia y desconocimiento acerca del funcionamiento de los SS pueden haber incidido en el no seguimiento de las recomendaciones dadas. No obstante, la matrona sigue manteniendo una actitud que parece indicar cierto malestar ante la falta de integración que presentan los pacientes de origen extranjero. Ante esta actitud de la matrona, sería conveniente que la MILICS realizase una tarea de sensibilización posterior encaminada a buscar la empatía de la matrona hacia la paciente. Igualmente, sería conveniente realizar procesos más amplios de mediación comunitaria como charlas o talleres para fomentar el acercamiento entre el PS y sus pacientes de origen extranjero y evitar que se diesen este tipo de comentarios. Seguramente, de conocer mejor las situaciones y los problemas que han de afrontar los pacientes de origen extranjero en su acceso a los SS y estar sensibilizada con ellos, la matrona adoptaría una actitud más adecuada.

En el presente caso parece innecesario interpretar el último comentario de la matrona, ya que esta lo hace de forma unilateral a la MILICS y hacerlo solo contribuiría a empeorar la relación entre la médico y la pareja. Recordemos que, como apuntamos también en el análisis del caso anterior, en la cultura china el afloramiento del conflicto no es considerado como un aspecto positivo que permite reconducir las situaciones, sino más bien todo lo contrario, el afloramiento del conflicto es considerado como una pérdida del honor de la persona que ha sido incapaz de seguir los principios confucianos de la armonía en las relaciones sociales e interpersonales (Fung, 1960; Chen-Louie, 1983; citados en Shih, 1996: 5). En consonancia con los valores confucianos se espera que los pacientes chinos eviten la aparición del conflicto y se abstengan de mostrar comportamientos agresivos (Leung, 1997; Ting-Toomey, 1988; citados en Tjosvold Law y Sun, 2006). Es más, la evitación del conflicto está muy arraigada en la concepción de la salud que tiene la población china, hasta tal punto que es considerada como una estrategia de medicina preventiva (Bond, 1993: 255), pues según la tradición confuciana controlar las emociones y mantener el equilibrio interno ayuda a prevenir enfermedades. Teniendo en cuenta estos aspectos sobre la cultura comunicativa china, si la MILICS optase por interpretar el comentario y dar paso al conflicto, lo más probable es que la paciente y su marido decidiesen no volver a la consulta para no exponerse a una situación conflictiva que pudiera perjudicar su salud. Con esta acción la MILICS estaría obteniendo un resultado contrario al que persigue su labor: facilitar la comunicación y el acceso de los pacientes a los SS.

Como hemos observado, en ocasiones, el PS manifiesta comentarios que pueden ser susceptibles de empeorar la relación médico-paciente. No obstante, los pacientes no son siempre el blanco de estos comentarios, sino que muchas veces son ellos quienes manifiestan comentarios poco respetuosos hacia el PS o el sistema sanitario.

CASO 3

[En la consulta de tocología]

Durante la hora y media de espera, la paciente y su marido expresan su insatisfacción ante el largo tiempo que llevan esperando frente a la consulta a pesar de haber concertado cita con anterioridad. Hacen comentarios sobre la posibilidad de que el retraso se deba a su condición de extranjeros.

Este caso supone un dilema para la MILICS y está relacionado con el principio de imparcialidad. En este caso, la queja o expresión de desconfianza se realiza sin conocimiento de la otra parte que no está presente. Aun así surge el dilema de si la MILICS debería intervenir y reaccionar ante tales comentarios para tratar de facilitar una intervención a tres posterior tratando de deshacer la percepción de discriminación que expresa continuamente el marido de la paciente.

Bermúdez (2009: 284-285) defiende que la MILICS debe desempeñar un papel de sensibilización frente a la desigualdad o discriminación. Sales (2014: 76) justifica la intervención de la MILICS ante actitudes discriminatorias del siguiente modo:

- Si la percepción de discriminación se debe a algún estereotipo negativo creado en torno a los pacientes extranjeros que no se corresponde con la realidad del caso en cuestión, es importante que la MILICS intervenga para advertir de los peligros de los estereotipos, analizar la situación concreta y tratar de restablecer la confianza entre las partes.

La autora se refiere a la percepción de estereotipos negativos creados hacia los pacientes extranjeros, mientras que el caso analizado hace referencia a la percepción de dichos prejuicios hacia el personal sanitario. No obstante, creemos que esta recomendación también debería ser aplicable a la discriminación hacia el PS ya que deshacer esta interpretación errónea puede actuar en beneficio de la intervención comunicativa posterior como veremos a continuación:

Caso 3 (continuación)

Ante la constatación de que sienten que el trato hacia ellos es distinto por el hecho de ser extranjeros, les comento que todos los pacientes deben esperar porque en este servicio no solo se atiende a las personas citadas, sino también a otras mujeres embarazadas que pudieran presentar alguna urgencia y que por lo tanto tienen prioridad. Ante la explicación, se muestran más tranquilos.

Finalmente, la MILICS interviene para tratar de paliar una percepción de discriminación o racismo de la paciente y su acompañante que, en realidad, no es tal. De hecho, los pacientes habían percibido un trato discriminatorio debido a su falta de conocimiento del funcionamiento de los SS. Aunque no estamos hablando de una situación a tres, consideramos que en este caso la intervención de la MILICS es pertinente y necesaria. Con ello está contribuyendo a facilitar la situación comunicativa que se dará posteriormente durante la consulta. Consideramos que su intervención contribuye a fortalecer la confianza en el PS al deshacer el malentendido de que el largo tiempo de espera se debe a una discriminación por su condición de extranjeros. De no haber intervenido la MILICS, explicitando que el hecho de que no les llamasen para consulta pero sí entrasen otras pacientes se debe al funcionamiento de los SS, los usuarios hubiesen seguido pensando que se les estaba dando un trato discriminatorio.

En línea con lo expuesto proponemos la siguiente recomendación:

- Si la percepción de discriminación se debe a algún estereotipo negativo creado en torno a cualquiera de las partes que no se corresponde con la realidad del caso en cuestión, es importante que la MILICS intervenga para advertir de los peligros de los estereotipos, analizar la situación concreta y tratar de restablecer la confianza entre las partes.

El siguiente caso también entraría dentro de esta recomendación. Pasamos a comentarlo detalladamente:

CASO 4

[En la consulta de Atención primaria]

El médico de cabecera deriva a la paciente al ginecólogo para consulta. No obstante, añade que viendo la importancia del impacto psicosocial del problema para la paciente, va a proceder a derivar a la paciente al ginecólogo con carácter preferente.

La mujer se muestra insatisfecha porque no se le ha examinado y no entiende por qué debe esperar una nueva cita para atender su problema. Comenta que de haber sido una paciente española, seguramente el médico la hubiera examinado.

En este caso la manifestación de la percepción de la discriminación sí se da en presencia de todas las partes. A la MILICS le surge el dilema de interpretar las quejas de la paciente o no. Si opta por seguir lo establecido en los códigos, la MILICS, atendiendo al principio de precisión, debería interpretarlo. Sin embargo, la MILICS actúa del siguiente modo:

Caso 4 (continuación)

Le recuerdo que la razón de esperar a una nueva cita es que el médico de cabecera estima que su problema debe ser atendido por un especialista e insisto en que, además, se le ha dado un trato preferente.

Tras esto, la paciente muestra una actitud más afable.

En el presente caso, la MILICS ha optado por no interpretar el comentario de la paciente y explicar ella misma a la paciente por qué el médico no la ha examinado. Esta decisión va en contra de la conveniencia de potenciar la autonomía comunicativa de los participantes que estipulan los códigos y los investigadores. En este sentido los códigos de CHIA, IMIA, NCIHC y Kantara hacen hincapié en la importancia de promover la comunicación directa entre las partes. Concretamente sostienen que es conveniente que la MILICS evite asumir el control de la comunicación y que deje que las partes hablen por sí mismas. En cuanto a los investigadores, Bermúdez y otros (2002: 101) y Prats y Uribe (2009: 271) resaltan la importancia de mantener la figura del “triángulo comunicativo”, es decir, defienden la conveniencia de que la MILICS no se interponga o interfiera innecesariamente entre las partes. Otros autores como Giménez (2002: 89), Raga (2014), Sales (2014) y Querol (2014) también enfatizan la importancia de salvaguardar la autonomía de los interlocutores primarios.

No obstante, aunque la MILICS no interpreta el comentario, sino que interviene en voz propia, creemos que su actuación está parcialmente justificada. Sales (2014: 56) señala que ante situaciones similares a la expuesta en este caso es posible que la MILICS se alinee con el PS e intente deshacer malas interpretaciones con el fin de evitar roces innecesarios de la paciente con el sistema sanitario.

En primer lugar, hay que resaltar que el médico ya había explicado a la paciente que iba a derivarla al especialista, con lo que la disconformidad de la mujer es con el funcionamiento de los SS no con el hecho de que no se le haya proporcionado la información pertinente. En segundo lugar, es importante resaltar que de interpretar el comentario de la paciente, el médico podría haberse sentido tildado de racista, lo que podría haber desencadenado en un conflicto entre las partes. Finalmente, la MILICS ha evitado una situación cuando menos incómoda, ha sido capaz de reconducir la situación explicitando las razones que llevan al médico a derivar a la paciente a otro servicio y ha reforzado la confianza de la paciente hacia el médico al resaltar el trato preferente que este le está dando.

5.3.1.2. Excepción culturalmente justificada en relación con los trámites administrativos y el desconocimiento del funcionamiento de los SS

El desconocimiento de los trámites administrativos es otro de los factores que puede hacer pertinente una mayor implicación por parte de la MILICS.

En Sales (2014), solo se hace referencia a la excepción socioculturalmente justificada en relación con los trámites administrativos. No obstante, nos ha parecido conveniente incluir también dentro de este apartado las excepciones socioculturalmente justificadas en relación con el desconocimiento del funcionamiento de los SS. Los siguientes casos tratarán, pues, de ambas cuestiones.

CASO 5

[En el Centro de Atención Primaria]

Acudo a la consulta de atención primaria para acompañar a la paciente para una cita para la realización de análisis. Cuando llego a la sala de extracciones, la paciente no se encuentra ahí, pregunto al personal de enfermería y me contestan que no ha aparecido ninguna paciente de origen chino, pero que sí había una citada. Decido llamarla por teléfono para averiguar si le ha surgido algún problema que le haya impedido acudir a la consulta. La paciente me contesta que se encuentra en el centro sanitario pero que en la consulta de su médico no hay nadie para atenderla. El principal problema que se plantea deriva del desconocimiento del funcionamiento de los SS por parte de la paciente, ya que esta espera enfrente de la consulta de su médico de cabecera en lugar de la sala de extracciones. De hecho, cuando se le llama para la extracción de sangre, ella no se encuentra en la sala. Tras llamarla por teléfono e indicarle el lugar dónde debe acudir, llega en pocos minutos.

Este caso plantea a la MILICS dos dilemas, uno relacionado con la delimitación de competencias profesionales (que se tratará más en detalle en el subapartado correspondiente) y otro relacionado con la imparcialidad. La MILICS sabe que la paciente ha perdido su turno para la consulta y que el horario establecido para la realización de extracciones para análisis ha acabado, por lo que no se volverá a llamar a la paciente y no se dará ninguna situación comunicativa entre paciente y PS a menos que ella haga algo. Así que decide tomar la iniciativa y actuar del siguiente modo:

Caso 5 (continuación)

A continuación, comunico al personal de enfermería (que se encuentra recogiendo) que la paciente había confundido el lugar donde debía presentarse y que por esta razón no se encontraba en la sala cuando la habían llamado. Aunque el horario de los análisis ha llegado a su fin, el personal de enfermería accede a realizar las extracciones y recoger las muestras para los mismos.

En este caso, la MILICS toma la decisión de actuar en beneficio del paciente y explicar al personal de enfermería que, debido a un problema de desconocimiento del funcionamiento de los SS sumado a la existencia de barreras comunicativas, la paciente ha confundido el lugar donde debía acudir. La MILICS está desplegando su *multipartialidad* porque actúa en beneficio de las dos partes.

Con respecto a la paciente, posibilita que las pruebas para las que había sido citada puedan realizarse a pesar de que se le había pasado el turno y el horario para la realización de las extracciones había llegado a su fin. Si la MILICS no hubiera avisado a la paciente y procedido a explicar las razones subyacentes a su ausencia al personal de enfermería, quizá este hubiera rechazado atenderla una vez finalizado el horario establecido para ello. Como consecuencia, la paciente no habría podido hacerse los análisis, lo que hubiera ralentizado su proceso de curación. Del mismo modo, la paciente seguramente habría perdido confianza en los SS, quizá desarrollando un sentimiento de rechazo hacia los mismos al no comprender por qué no ha sido atendida aunque sí había acudido a la cita o por qué no había nadie para atenderla (en el caso de no haber llegado a enterarse de que debía acudir a otra sala del CAP para la realización de las extracciones de sangre).

Con respecto al PS, la actuación de la MILICS ayuda a evitar la creación de estereotipos o actitudes de rechazo hacia los pacientes de origen extranjero al explicitar las causas de la ausencia de la paciente. Además, como finalmente sí se realizan las extracciones, el PS evita tener que volver a preparar el expediente de la paciente lo que, a su vez, contribuye a agilizar el funcionamiento del servicio al no tener que repetir la misma tarea dos veces.

Quizá estaríamos hablando de una actuación de discriminación positiva²⁶⁶ en la que la MILICS toma partido por la paciente con la doble función de sensibilizar a los profesionales sobre los problemas lingüísticos que entorpecen el acceso de la misma a los SS y garantizar la igualdad de acceso y utilización de los servicios a la paciente.

Como apuntamos anteriormente, este caso está relacionado con la existencia de un problema derivado del desconocimiento del funcionamiento de los SS y de la existencia de barreras idiomáticas. Aunque hace referencia a un factor distinto, creemos que podría relacionarse con esta recomendación de Sales (2014: 76) sobre excepciones socioculturalmente justificadas en relación con el desconocimiento de los trámites administrativos.

- En relación con el desconocimiento de trámites administrativos, se recomienda a la MILICS que valore la conveniencia de actuar en beneficio del paciente para ayudarle a realizar algún trámite²⁶⁷.

Atendiendo al diferente motivo que plantea el problema, podríamos reformular la recomendación de Sales de la siguiente manera:

- En relación con el desconocimiento del funcionamiento de los SS, se recomienda a la MILICS que despliegue su multipartialidad y valore la conveniencia de actuar en beneficio del paciente, para ayudarle a realizar algún trámite o acceder a algún servicio, y del PS, para agilizar con su actuación el funcionamiento de los SS.

²⁶⁶ La discriminación positiva o acción afirmativa se refiere a la aplicación de políticas que dan a un determinado grupo social, sea minoritario o que históricamente haya sufrido discriminación, un trato preferencial en el acceso o distribución de ciertos recursos o servicios así como acceso a determinados bienes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de aquellos grupos, y compensarlos por los prejuicios o la discriminación de la que fueron víctimas en el pasado.

²⁶⁷ Sales (2014: 76) resalta que este tipo de actuaciones pueden entenderse como una excepción, pero también es una manera de optimizar recursos.

5.3.1.3. Ante peticiones del paciente

En ocasiones, la MILICS puede verse en situaciones en las que los pacientes le soliciten de su intermediación para otras cuestiones que no están estrictamente relacionadas con la interpretación de la interacción comunicativa²⁶⁸. Estas peticiones de los pacientes pueden suponer a la MILICS un dilema desde el punto de vista de la imparcialidad, pero también de la delimitación de competencias. Veamos varios casos al respecto:

CASO 6

[En el hospital]

Una mujer china embarazada de su 4º hijo acude al hospital para realizarse las pruebas de nivel de glucosa en sangre que determinen si presenta diabetes gestacional. Llego a la entrada del hospital, donde habíamos quedado, pero ni la mujer ni su marido están presentes. Les llamo por teléfono y me dicen que sí están en el hospital, justo delante de la puerta de la consulta de endocrinología. Les comunico que se han equivocado, ya que las extracciones de sangre no se realizan allí, sino en la sala de extracciones, a la entrada del hospital. Cuando llegan, ha pasado ya más de 45 minutos de la hora a la que se les había citado. En la sala de espera hay otras mujeres embarazadas que han sido citadas también para la realización de esta prueba y ya se les ha hecho la primera extracción. La prueba consiste en realizar 4 extracciones de sangre con un intervalo aproximado de 1 hora entre las mismas. La paciente se acerca a una enfermera para darle su SIP y el resto de documentación sanitaria. La enfermera contesta que han llegado tarde y que tendrán que pedir cita para otro día. La paciente se muestra disconforme y quiere que se le realicen las pruebas ese mismo día. La enfermera contesta que según las normas, las pruebas se harán dentro del horario establecido para ello.

Esta situación supone un dilema para la MILICS porque la comunicación está bloqueada después de que ambas partes hayan expuesto sus opiniones y no hayan llegado a un acuerdo. La MILICS debe ser imparcial pero, según Prats y Uribe (2009: 271), también debe asegurar que las partes puedan tomar por sí mismas la decisión que mejor se ajuste a sus necesidades, intereses y particularidades. ¿Debería insistir en la

²⁶⁸ Valero (2005: 166-7), Bermúdez *et al.* (2002: 99), Requena (2010: 108), Querol (2014), Sales (2014).

imposibilidad de la realización de las pruebas ese mismo día? ¿Debería, por el contrario, insistir en transmitir al PS la importancia que tiene para la paciente que se le realicen las pruebas considerando que, por un lado, está preocupada por su propia salud y la del bebé y, por otro, el hecho de tener que acudir otro día y pedir tiempo para ello en el trabajo podría suponerle un problema? ¿Sería adecuado que la MILICS tomase el rol de *advocator*? Si atendemos a la bibliografía, la MILICS no encontraría una respuesta clara. Por un lado, aunque los códigos de la CHIA (2002) y la IMIA (2007) recomiendan abstenerse de abogar por el paciente, sí dejan una puerta abierta a esta posibilidad, pues reconocen que pueden darse situaciones que realmente requieran de una intervención más activa y defensora por parte de la MILICS²⁶⁹. No obstante, resaltan que antes de asumir este rol la MILICS valore sus competencias profesionales para esté perfectamente capacitada para ello.

Por otro lado, los investigadores²⁷⁰ suelen coincidir en aceptar que, dependiendo de la situación en cuestión y sus capacidades, la MILICS adapte su visibilidad y nivel de intervención, teniendo siempre en cuenta que la adopción del rol de *advocator* también puede tener consecuencias negativas (Santana, 2013: 41) tanto para el paciente como para el PS. Desde el punto de vista del paciente, que la MILICS asuma el rol de *advocator* supone una pérdida de la autonomía del mismo. Desde el punto de vista del PS, que la MILICS asuma el rol de *advocator* y opte por defender los intereses del paciente sobre los del PS puede suponer un empeoramiento de la relación entre esta y el PS (CHIA, 2002: 45-46). Veamos por qué opta finalmente la MILICS:

²⁶⁹ La CHIA dedica un apartado al rol de la ISP como *patient advocate* (2002: 44-49) en el que además de definir en qué consiste este rol, explica los beneficios y riesgos potenciales de asumirlo.

²⁷⁰ Zimman (1994: 223), Angelelli (2006: 182 ss), Moody (2007), Hale (2007), Cortés (2009: 5), Santana (2013: 41), Baixauli (2012 y 2014) y Raga (2014).

Caso 6 (continuación)

Pregunto a la enfermera si no sería posible realizar las pruebas ese día. Le comento que la pareja estaba a la hora convenida en el hospital pero que, debido a problemas de comunicación, no había entendido que debían presentarse en esa parte del centro y estaban esperando en la puerta de la consulta de endocrinología. Le expongo también el problema que les supondría el cambio de la cita, tanto a nivel emocional como organizativo.

La enfermera contesta que el problema es que la prueba es larga y no se puede comer ni beber durante la misma. Le preocupa que la paciente pueda estar tanto tiempo sin ingerir nada. No obstante, entiende la situación de la paciente y dice que si esta no ve problemas en aguantar en ayunas hasta la hora convenida, se puede proceder a realizar las pruebas. La paciente se muestra conforme y se realizan las extracciones.

En este caso la MILICS decide intervenir. Unos dirían que asume el rol de *advocator* y actúa en beneficio de la paciente al explicar la situación a la enfermera e intentar negociar con ella una flexibilización de las normas. No obstante, en nuestra opinión la MILICS está actuando de un modo *multipartial* que beneficia a ambas partes. En primer lugar insiste en que los usuarios sí se encontraban en el centro hospitalario pero que, debido a su poco conocimiento del castellano, no habían comprendido cuál era el lugar al que debían acudir. En segundo lugar resalta los problemas que supondrían para la paciente tener que esperar a ser citada de nuevo. La intervención de la MILICS hace que la enfermera sea más empática con la paciente y acceda a hacer una excepción y atenderla ese día. En este caso, igual que en otros vistos anteriormente, se podría considerar que la actuación de la MILICS respondería a una excepción culturalmente justificada de discriminación positiva en la que la MILICS intenta priorizar el derecho de la paciente a acceder al servicio sanitario.

Aprovechando el problema que ha surgido, quizá sería conveniente que la MILICS aprovechara a posteriori para empoderar a los usuarios y hacer hincapié en la importancia de que la pareja mejore su nivel lingüístico para que en el futuro puedan desenvolverse por sí mismos. Podría, igualmente, ofrecerles información sobre centros donde pudiesen dirigirse para hacerlo, como por ejemplo los ofrecidos por la Escuela Oficial de Idiomas o los que realiza la Cruz Roja dentro de su programa de Intervención social para población inmigrante.

En consonancia con lo expuesto hasta ahora, consideramos que la adopción del rol que la MILICS empleó como estrategia en este caso es adecuada.

5.3.1.4. Flujo informacional solo hacia la MILICS

Como comenta Sales (2014: 67), muchas veces el paciente tiende a identificarse con la MILICS (por compartir con ella lengua, cultura y, frecuentemente, experiencia migratoria) y a comentarle cosas que podrían ser consideradas confidencias que no han sido formuladas con la intención de darlas a conocer al otro interlocutor primario. Estas situaciones plantean un dilema a la MILICS. Desde los códigos se recomienda evitar la implicación personal de la MILICS y se hace hincapié en la necesidad de transmitir todo lo dicho durante la interacción comunicativa. No obstante, cuando se hace a la MILICS confidente de algo, aun sin esta quererlo ya se ve envuelta en un dilema relacionado con la imparcialidad.

CASO 7

[En el Centro de Atención Primaria, consulta con la matrona]

Cuando la matrona pregunta a la paciente si entiende las recomendaciones que le ha dado, esta contesta que sí. No obstante, más adelante me confiesa que no siempre entiende lo que dice la matrona, pero que más o menos sabe de qué va la historia porque cuenta con la experiencia de su anterior embarazo y parto.

El presente caso plantea a la MILICS un dilema relacionado con la imparcialidad. ¿Debe la MILICS seguir lo establecido en los códigos y transmitir la confidencia que se le ha hecho? ¿Debe, por el contrario, actuar en la línea del papel de confidente que le ha sido impuesto y no transmitir la información?

El código de la CHIA contempla ambas posibilidades. No obstante, resalta que cualquiera de ellas tiene beneficios y riesgos para la interacción comunicativa (CHIA, 2002: 57-58). En cuanto a la posibilidad de que la MILICS no informe al PS sobre alguna cuestión la CHIA destaca el hecho de que contribuye a mantener la confianza del

paciente y que le permite comunicarse del mismo modo que lo haría un paciente que sí compartiese la misma lengua que el PS. En cuanto a los riesgos de esta acción destaca el hecho de que compromete la habilidad del PS para negociar y entender el problema del paciente, recomendar un tratamiento efectivo y asesorar al paciente con respecto a la (no) adherencia al mismo. Además, la información no transmitida puede ser lo suficientemente importante como para poner en peligro la salud del paciente. Finalmente, la ocultación de la información puede también aumentar la preocupación, dudas o ansiedad de la MILICS. En cuanto a la posibilidad de que la MILICS actúe de modo contrario e informe al PS sobre alguna cuestión la CHIA destaca que se daría la situación inversa, es decir, los beneficios de la opción anterior pasarían a ser considerados los riesgos y viceversa.

Sales (2014: 78) plantea que cuando el paciente proporciona a la MILICS información que no tiene relevancia sanitaria, esta puede optar por no transmitir dicha información al PS, al considerar que hacerlo no aporta ningún beneficio y podría generar desconfianza por parte del PS hacia su paciente. En este caso la MILICS optó por no transmitir la información. Su decisión estaba basada en los siguientes factores. Por un lado, la paciente hace el comentario cuando están preparándose para salir de la consulta, cuando la intervención con la matrona ya había finalizado. Además, la paciente ya había contestado anteriormente que entendía las preguntas de la matrona y, aunque estaba mintiendo en lo que se refiere a la comunicación lingüística, sí contaba con una experiencia posterior amplia como parecer entender el proceso del embarazo y los trámites asociados al mismo.

Atendiendo a lo expuesto anteriormente, aunque reconocemos que la decisión de la MILICS no está exenta de riesgos (que en este caso son menores porque la paciente ya tiene una amplia experiencia sanitaria en el ámbito de la SRyS), su actuación nos parece acertada para el presente caso porque contribuye a generar un sentimiento de confianza hacia la figura de la MILICS y permite a la paciente comunicarse del mismo modo que lo haría una paciente autóctona. No obstante, de darse otras circunstancias consideramos que la actuación de la MILICS debería haber sido diferente. Por ejemplo, si el comentario de la paciente se hubiera dado durante el desarrollo de la interacción comunicativa con la matrona, creemos que hubiera sido conveniente que la MILICS hubiera sacado a la luz (directamente, con tacto, o animando a la paciente a hacerlo por sí misma) el hecho de que la paciente no acaba de entender todo lo que la matrona le comunica, para que esta hubiera podido tomar la decisión de si cabía indagar qué

aspectos que no ha comprendido la paciente para aclarar, posteriormente, aquellos que necesitasen haber sido comprendidos en su totalidad. Actuando de este modo la MILICS estaría salvaguardando la autonomía comunicativa de las partes y fomentando la comunicación directa entre ellas (IMIA, A.11-F; CHIA, *protocol* 2.b). Además estaría dejando en manos de la matrona la gestión de contenidos de la interacción al darle la oportunidad de reconducir la entrevista. Al fin y al cabo el PS es quien ha de controlar los contenidos de la interacción (Qureshi *et al.*, 2009: 140; Hsieh, 2007; Ortí y Sánchez, 2014).

Otra situación que hubiera requerido una mayor intervención de la MILICS habría tenido lugar si la paciente estuviese teniendo un embarazo de riesgo y, por lo tanto, la información proporcionada por la matrona hubiese sido crucial para el buen término del mismo. Este último ejemplo nos da pie para introducir el siguiente caso.

CASO 8

[En la consulta de endocrinología]

Acude a la consulta una mujer china de 35 años embarazada de su cuarto hijo y diagnosticada de diabetes gestacional. La mujer es inmigrante de primera generación, lleva 6 años viviendo en España, los 3 primeros en Barcelona y los 3 últimos en Castellón, ciudad en la que ha dado a luz a su tercer hijo. Hasta el momento ha tenido un parto natural y los otros dos mediante cesárea.

Se trata de su primera consulta con el endocrino en el presente embarazo y ha sido referida por la matrona de su centro de salud. Sin embargo, en la consulta ya tienen datos de la paciente porque en el anterior embarazo también se le diagnosticó diabetes gestacional y fue tratada en dicho hospital.

En el anterior embarazo acudió a la consulta acompañada por un compatriota que presentaba un mejor dominio de la lengua española que la paciente y realizaba la interpretación lingüística entre el PS y la paciente.

En el presente embarazo el PS se pone en contacto conmigo para que les ayude a transmitir las informaciones sanitarias a la paciente ya que el hospital no cuenta con MILICS de chino y tampoco existe documentación sobre la diabetes gestacional en la lengua de la paciente.

El PS explica la enfermedad y los posibles riesgos para la paciente y el bebé y le indica las recomendaciones que debe seguir tanto en cuanto a la dieta como respecto a las mediciones del nivel de azúcar en sangre.

Una vez transmitida la información a la paciente se le pregunta en repetidas ocasiones si ha comprendido las indicaciones y si va a seguir las recomendaciones del PS (ya que consta que en el anterior embarazo no lo hizo). La paciente contesta afirmativamente en un primer lugar, pero me transmite que no tiene tiempo para realizar las mediciones de glucosa porque está muy ocupada.

Además comenta que en los anteriores embarazos también le fue diagnosticada diabetes gestacional y aunque no siguió las recomendaciones del médico, ni ella ni el bebé tuvieron problemas de salud. Afirma que aunque sabe que es posible que debido a la enfermedad el bebé nazca mediante cesárea, esto no le molesta ya que los partos anteriores también fueron mediante cesárea y tuvo una recuperación rápida. Afirma que un peso de 3 ó 4 kilos (como fue en el caso de sus hijos anteriores) es perfectamente normal y eso indica que están sanos.

En el caso que acabamos de exponer confluyen una serie de factores que suponen diferentes dilemas relacionados con la imparcialidad por flujo informacional solo hacia la MILICS y por la existencia de factores culturales, desconocidos para el personal sanitario, que motivan el comportamiento de la paciente.

En primer lugar, la paciente comenta a la MILICS que no va a seguir las recomendaciones del PS. Recordemos que esto entra en contradicción con lo que había manifestado al PS previamente que era, precisamente, que sí iba a seguir sus recomendaciones cuando, en realidad, ella ya había tomado la decisión de no hacerlo.

¿Cuál debería ser la actuación de la MILICS ante este caso? De nuevo, si atendemos a los códigos profesionales, la MILICS debería transmitir esta información. Ante situaciones como esta, en las que la paciente comunica información unilateralmente a la MILICS que sí tienen relevancia sanitaria, Sales (2014: 78) recomienda a la MILICS que recuerde a la paciente de que ha de comunicarse con el PS y, en el caso de que siga sin transmitir al PS la información que le había proporcionado a la MILICS previamente, valore la conveniencia de tomar la decisión de transmitir la información al PS o no. La autora apunta que si a la MILICS le consta que la paciente no transmite la información por sí misma por motivos lingüístico-comunicativos o actitudinales, debería optar por transmitir dicha información al PS realizando una labor explicativa para fomentar la confianza entre las partes.

Volviendo al análisis del caso, la MILICS actuó de la siguiente manera:

Caso 8 (continuación)

La MILICS transmite a la médico lo que le acaba de comentar la paciente. Explica también que la paciente no percibe el riesgo que no seguir las recomendaciones del PS puede tener para ella y el bebé porque en su país existe la creencia de que cuanto más peso tengan la embarazada y el niño, más sanos están.

La médico vuelve a transmitir a la paciente la importancia de que siga las recomendaciones insistiendo en los posibles riesgos de no hacerlo. Le comenta que aunque entiende su modo de ver la situación, si sigue las recomendaciones el bebé también va a nacer con un peso adecuado y no solo estará sano sino que, además, tendrá menos riesgos de desarrollar alguna enfermedad y/o malformación congénita. También hace hincapié en que seguir las recomendaciones reduciría las posibilidades de tener un parto por cesárea lo que contribuiría a que la recuperación de la madre fuese más rápida. Ella en principio no responde y, tras ser instada a hacerlo por parte de la MILICS, insiste en que los anteriores embarazos transcurrieron con normalidad a pesar de la diabetes gestacional.

Finalmente el PS propone hacer un informe, que la paciente firma, en el que se especifica que la paciente ha recibido la información pertinente y decide, libremente, no seguir las recomendaciones del médico. De este modo, queda constancia de la decisión de la paciente y se exime al PS de cualquier responsabilidad que pudiera exigírsele ante la aparición de un problema mayor.

Igualmente, esta decisión contribuye a mejorar el funcionamiento del servicio sanitario puesto que, como consecuencia, no se procederá a citar a la paciente en el futuro ya que ella declina su derecho a acceder a este servicio y el tiempo que se le hubiera dedicado a esta puede serle dedicado a otra paciente.

Creemos que, en este caso, que la MILICS haya optado por transmitir la información ha sido fundamental por diferentes motivos.

Por un lado, la paciente está teniendo un embarazo que podría presentar riesgos tanto para ella como para el bebé como consecuencia de la diabetes gestacional. Sin embargo, por motivos culturales, ella no percibe que el exceso de peso suyo y del bebé pueda suponer un problema. Más bien al contrario, basada en las consideraciones propias de la cultura china, la paciente opina que en lugar de plantearles riesgos para la salud, es signo de bienestar y lozanía (Sánchez Pérez, 2009: 96, 83). En este sentido, es importante que la MILICS consiga hacer aflorar la gravedad que podría entrañar el hacer caso omiso de las recomendaciones del PS puesto que, como se señala en IMIA (2007: 14), en los encuentros mediados por un intérprete debe primar la lealtad a la relación terapéutica y sus objetivos de proporcionar una atención sanitaria de calidad.

Igualmente, es oportuno que la MILICS explique al PS que su negativa a seguir las recomendaciones respecto al control de la diabetes gestacional que presenta la paciente responde a creencias culturales que entran en contradicción con las propias de la sanidad occidental.

Por otro lado, el PS había hecho lo que estaba en su mano para que la comunicación con la paciente no se viese entorpecida debido a las barreras lingüísticas al optar por solicitar la intervención de la MILICS. Además, el PS había hecho hincapié en asegurarse de que la paciente había comprendido todas las informaciones proporcionadas en la consulta, en averiguar si la paciente tenía la intención de seguir sus recomendaciones (a lo que ella había respondido afirmativamente) y en resaltar los riesgos que podría tener el no seguimiento de las mismas.

Finalmente, gracias a que se ha sacado a la luz el comentario de la paciente, se ha reanudado la interacción y las partes han llegado a un acuerdo que queda registrado en un documento. El PS se exime de las responsabilidades de negligencia que pudieran atribuírsele ante la aparición de un problema, y la paciente manifiesta su deseo de no continuar siendo atendida por el servicio, siendo plenamente consciente de los riesgos de no hacerlo.

Aunque nos parece oportuna la actuación de la MILICS y consideramos que esta información debía ser dada a conocer a la otra parte, nos surgen dudas respecto a la estrategia inicial que se siguió para hacerlo. En otras palabras, quizá hubiera sido pertinente que en lugar de transmitir unilateralmente la información a la médico, la MILICS hubiese animado a la paciente a que lo hiciera ella misma. Actuando de este modo la MILICS hubiera favorecido la comunicación directa y el reconocimiento entre las partes y se hubiera asegurado de mantener la confianza de la paciente que no podría sentirse traicionada porque la MILICS hubiese comunicado sin su consentimiento ni conocimiento información que le había transmitido unilateralmente a ella.

Pasemos a plantear cuáles hubiesen sido las posibles consecuencias si la MILICS no hubiese intervenido. En caso de no haber hecho conocida a la médico de que la paciente en realidad no estaba siguiendo sus recomendaciones, no se hubiese explicitado el conflicto con respecto a la diferencia de cosmovisiones que la médico y la paciente tienen sobre lo que es un embarazo seguro. En consecuencia, las partes no habrían podido dar a conocer sus creencias y opiniones y no se hubiese llegado a un acuerdo. En

este caso, el acuerdo al que se llega no favorece el bienestar de la paciente, pero al fin y al cabo, se respeta su autonomía para decidir sobre su propia salud.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en el análisis del presente caso y el resultado satisfactorio del mismo, creemos pertinente proponer la siguiente recomendación:

- En aquellos casos en los que la transmisión de una confidencia realizada a la MILICS por parte de la paciente tenga relevancia sanitaria, la MILICS debe instar a las partes a hacer explícita dicha información a la otra parte. Si la comunicación continúa bloqueada, la MILICS debe considerar los factores de riesgo de salud para la paciente, por un lado, y posibles implicaciones legales para el PS por otro, antes de decidir si transmite la información proporcionada o no. En el caso de que se dé alguno de los factores, se recomienda que la MILICS haga explícita la información a la otra parte.

5.3.1.5. Resumen

En el presente apartado se han analizado casos reales con pacientes embarazadas de origen chino. En general, se ha constatado que las situaciones que pueden suponer un dilema a la MILICS con respecto al seguimiento del principio de imparcialidad y en las que parece más conveniente que la MILICS se alinee con alguna de las partes son diversas. Se ha abordado el análisis teniendo en cuenta las aportaciones de los códigos e investigadores y se ha constatado que no existe una respuesta unívoca que justifique o deslegitimice una actuación más parcial por parte de la MILICS. Lo único que parece validar las actuaciones de la MILICS en este sentido parece ser las características de la situación comunicativa y sus participantes y una adecuada valoración de los beneficios y riesgos de sus actuaciones.

5.3.2. Análisis de casos en relación al dilema de precisión/ contextualización cultural

En el apartado sobre contextualización cultural dimos cuenta de la dicotomía entre la conveniencia de seguir el principio de precisión que defienden, de forma general, los códigos o de introducir contextualizaciones culturales que favorezcan una transmisión del TO pragmáticamente más fiel. En este sentido, observamos que la gran mayoría de los investigadores coinciden en resaltar el carácter cultural del concepto de la salud²⁷¹ que parece justificar la importancia de introducir contextualizaciones culturales para acercar las cosmovisiones no compartidas de pacientes de origen extranjero y PS (Kaufert y Koolage, 1984; Kleinman, Eisenberg y Good, 1978; Kleinman, 1988; Elderkin-Thompson *et al.*, 2001; Bischoff, 2003; Angelelli, 2004; Valero, 2005; Moody, 2007; Hale, 2007; Qureshi *et al.*, 2009; Begley y Ockey, 2009; Wu y Leventhal *et al.*, 2006; Pavlish *et al.*, 2010; Deumert, 2010; y Verrept, 2012).

Sin embargo, los investigadores también alertan de la problemática de seguir las estrategias de contextualización cultural sin ejercer un juicio crítico ya que podrían llevar a un exceso de culturización y afectar al éxito de la interacción comunicativa (Messent, 2003; Agustí, 2003; Patel, 2003; y Raga, 2014).

En consonancia con lo anterior, en el capítulo 4 citamos la propuesta de Raga (2014) que incluía una serie de pautas encaminadas a justificar la introducción de contextualizaciones culturales de los mensajes que se dan en la situación comunicativa. El presente apartado pretende testar y contribuir a las propuestas de Raga a partir del análisis de casos en consultas con mujeres embarazadas de origen chino.

Antes de continuar, queremos recordar que por cuestiones de espacio se ha optado por no incluir un apartado sobre las diferencias culturales entre la salud reproductiva china y española, sino que se ha preferido comentar en cada caso aquellas diferencias que pudieran afectar al óptimo desarrollo de la interacción comunicativa.

En líneas generales, la mayoría de los investigadores²⁷² reconocen la importancia de apartarse del principio de precisión que describía Bot (2005) y aceptar que la literalidad de los mensajes no asegura la fidelidad de los mismos, es decir, sostienen que en

²⁷¹ Junquera (1991: 115-118), Perdiguero y Comelles (2000: 5), Raga (2006: 31) y Jinich (2013: 122).

²⁷² Entre ellos destacan Seleskovitch (1978), Downing y Swabey (1992), Kaufert y Koolage (1984), Angelelli (2004), Hsieh (2006), Wu y Leventhal *et al.*, (2006), Pavlish *et al.*, (2010), Deumert, (2010), Baixauli (2012) y Raga (2014).

ocasiones es necesario que la MILICS proporcione información cultural para asegurar que el mensaje que se interpreta respete la fidelidad pragmática del mismo. Concretamente, Raga (2014: 90 y ss) defiende que la MILICS ha de apartarse del principio de precisión e introducir contextualizaciones culturales cuando el problema comunicativo tenga un claro carácter cultural, la situación realmente lo requiera y lo permita.

En ocasiones, las diferencias existentes entre las culturas pueden generar malentendidos que lleven a una parte a desconfiar de la otra. El siguiente caso es un claro ejemplo:

CASO 9

[En la consulta de planificación familiar]

En la primera parte de la visita, el PS se dispone a abrirle expediente. Le preguntan información sobre sus datos personales y sus antecedentes médicos. Cuando preguntan a la paciente su edad, esta se muestra titubeante. La médico desconfía y verifica que existe una no correspondencia en cuanto al año de nacimiento de la paciente y los años que dice tener.

Este caso plantea un dilema a la MILICS relacionado con el principio de precisión. ¿Cómo debería actuar? Ella sabe que existe una información que el PS desconoce y que su explicitación puede contribuir a deshacer el clima de desconfianza que se ha creado. No obstante, como señala Baixauli (2012: 217) los códigos profesionales insisten en que la MILICS debe ser precisa y «transmitir fielmente todos los mensajes, manteniendo el contenido verbal, paraverbal y no verbal; teniendo en cuenta las diferencias entre las lenguas y sin introducir adiciones, omisiones, explicaciones o suposiciones». Sin embargo, en el presente caso aunque la MILICS ha interpretado con precisión la interacción comunicativa, dicha precisión no ha sido capaz, por sí sola, de evitar la desconfianza del PS. Teniendo en cuenta casos como este, los códigos animan a la MILICS a basarse en su criterio profesional para valorar la conveniencia de apartarse del principio de precisión e introducir contextualizaciones culturales con objeto de transmitir información cultural relevante, alertar sobre los potenciales obstáculos comunicativos de tipo cultural e informar de las posibles pérdidas de inferencias culturales (Baixauli, 2012: 218 y 250). De hecho el código de la IMIA (2007: 15) y el

de la CHIA (2002: 11, 25) apuntan que los intérpretes deben identificar las ocasiones en que se dan asunciones culturales no compartidas que puedan dar lugar a la creación de barreras que afecten la comprensión o la equivalencia del mensaje.

Volviendo al caso, la actuación de la MILICS fue la siguiente:

Caso 9 (continuación)

Intervengo para introducir una contextualización cultural. Le comento a la médico que en la cultura china se entiende que al nacer ya tienes un año. A esto hay que añadir el hecho de que igualmente, cuando se cambia de año según su calendario tradicional, también se añade un año a tu edad, independientemente de cuál sea tu fecha de nacimiento; así para la cultura china, se considera que una persona, tendrá un año cumplido el día de su nacimiento y dos pasado el festival de primavera (año nuevo chino, 春节) pudiendo darse una diferencia de edad real de hasta dos años. Explico este aspecto cultural a la doctora que aclara la razón de la no correspondencia de los datos. Debido a esta no correspondencia de la información relativa a la fecha de nacimiento, la ginecóloga se mostraba desconfiada. Esta desconfianza, aunque atenuada tras la contextualización cultural, se mantuvo durante el resto de la intervención.

En este caso la MILICS procede a introducir una contextualización cultural ante la constatación de la desconfianza que muestra la doctora hacia la usuaria. Creemos que la actuación de la MILICS está justificada por varios motivos. Por un lado, la desconfianza de la médico deriva del desconocimiento de la doctora sobre un aspecto muy concreto de la cultura de la usuaria²⁷³. Además, la MILICS es la única que, gracias a su conocimiento de ambas culturas, puede identificar el malentendido y explicitar sus causas. Con lo cual al realizar la contextualización cultural actúa en línea con lo establecido por algunos investigadores como Raga (2014: 90), Martin y Phelan (2009: 16), Giménez (2002: 89) y Bermúdez y otros (2002: 115), ya que su intervención no actúa en detrimento de la autonomía comunicativa de las partes cuya comunicación se había visto bloqueada precisamente por la no explicitación de dicha información. Creemos, además, que en este caso es importante que la MILICS ejerza una labor

²⁷³ Ante situaciones de este tipo, en las que se dé un malentendido provocado por diferencias culturales, Raga (2014) señala la conveniencia de introducir una contextualización cultural que contribuya a deshacer el malentendido. Hale (2007: 134) se pronuncia en términos similares e insiste en la importancia de que la MILICS se asegure de que el problema comunicativo responde a diferencias culturales antes de ofrecer una explicitación o contextualización.

didáctica que permita a la doctora conocer este aspecto de la cultura de la usuaria, ya que es un aspecto muy arraigado en la cultura china. Se trata del concepto del *xusui* 虚岁 opuesto al *shisui* 实岁²⁷⁴ y que se rige por el calendario lunar 农历; el primer concepto hace referencia a la fecha según el calendario chino, mientras que la segunda lo hace respecto al calendario occidental.

En esta situación en la que se da una clara evidencia de un malentendido, se hace necesaria la explicitación cultural de la MILICS. Que la doctora conozca esta información puede ser muy útil tanto en el plano inmediato como en el futuro. En cuanto al plano inmediato la aparición de desconfianza ante los datos proporcionados por la usuaria podría derivar en que esta recibiese un peor trato. En cuanto al plano futuro hay que tener en cuenta que, por un lado y como comentábamos anteriormente, es un aspecto muy arraigado de la cultura china y, por otro, que los estudios demográficos²⁷⁵ muestran que la gran mayoría de las mujeres de origen chino asentadas en nuestro país, comunidad y provincia se encuentran en edad fértil; por lo que es muy probable que este problema de desconfianza también surgiese en visitas futuras con diferentes usuarias de la misma cultura.

Expuestas las razones que llevan a la MILICS a tomar la decisión de contextualizar culturalmente el mensaje de la paciente, pasamos a analizar el modo en que esta fue hecha. En este caso la MILICS introdujo la contextualización cultural sin realizar un proceso previo de indagación. Si seguimos lo establecido por Raga (2014: 95), la actuación de la MILICS ha sido adecuada ya que se trata de un rasgo muy común en la cultura china, lo que justifica que no se realice el proceso de indagación. No obstante, en línea con Messent (2003: 146), Angelelli (2004: 95-96) y Raga (2014: 112) la MILICS debería informar a la paciente de que va a explicarle a la médico un aspecto cultural y proceder, finalmente, a hacerle un resumen del resultado de su intervención.

Otras veces, la MILICS se encuentra ante situaciones comunicativas en las que la interpretación precisa de la terminología es insuficiente.

²⁷⁴ Luo Zhufeng 羅竹風 (ed. 1991). *Hanyu da cidian* 漢語大詞典, vol. 8, p. 814. Beijing: Hanyu da cidian chubanshe.

²⁷⁵ El Instituto Nacional de Estadística muestra que de las 81.178 mujeres chinas asentadas en nuestro país a fecha de julio de 2014 58.897 (72%) se encuentran en una franja de edad comprendida entre los 15 y los 49 años. Para la Comunidad Valenciana y Castellón no se ofrecen los datos por nacionalidad sino por continente. De las 15.390 mujeres asiáticas asentadas en esta Comunidad 10.417 (67%) se encuentran en la franja de edad comentada anteriormente y de las 957 asentadas en la provincia de Castellón 599 (62%). No obstante, el grupo mayoritario de inmigrantes asiáticas se refiere a mujeres chinas por lo que consideramos que los datos siguen siendo relevantes.

CASO 10

[En la consulta de la matrona]

Explico a la paciente que la próxima cita es con el tocólogo. Digo el término en chino pero la paciente no lo comprende. Explico que es otro médico que, junto con la matrona, se encarga del seguimiento del embarazo.

Este caso tiene una resolución sencilla ya que, como vimos en el capítulo anterior, la mayoría de los códigos y autores incluyen entre las tareas de la MILICS la de contribuir a ayudar en la explicación de los términos. Concretamente el código de la CHIA estipula que la MILICS debe advertir a las partes de aquellos términos o expresiones sin equivalente en LM (lengua meta) para que puedan explicar el concepto con sus propias palabras y, de ser necesario, ayudarles en esta tarea (*Accuracy and Completeness*, punto g). El código de la IMIA (A-8. C y A-9. B) coincide en que la MILICS debe prestar atención a la falta de equivalencia de la terminología y animar a las partes a que expliciten el significado de la misma. El código de Kantara propone la descodificación de elementos culturales como estrategia por defecto.

En línea con lo anterior, parece oportuno que se le explique a la paciente quién es esta figura profesional con la que tiene la siguiente consulta. Sin embargo, pueden surgir dudas acerca de quién debe realizar esta explicación. En principio, según CHIA e IMIA, la MILICS debería animar al PS a que realizase esta explicación, puesto que así se fomenta la comunicación directa entre las partes. No obstante, ante una explicitación tan sencilla quizá sería más conveniente que, teniendo en cuenta el factor de la premura de tiempo, la MILICS realice esta explicación de manera unilateral. Esta estrategia estaría en consonancia con lo expuesto en el estudio de Greenhalgh *et al.* (2006) en el que se demostró que en la práctica los intérpretes médicos realizan lo que denominan “*double translation*”, primero del inglés a la lengua minoritaria y después del discurso médico a la lengua estándar.

Sin embargo, en otras ocasiones la resolución de la falta de correspondencia entre la terminología o comprensión de la misma no es tan sencilla.

CASO 11

[En la consulta de planificación familiar]

Cuando la paciente se dispone a explicar las molestias que siente, se da una no correspondencia lingüística entre las palabras que utiliza en la lengua origen y su traducción en español. Cuando dice, “después del primer parto el médico en China dice que el cuello del útero está podrido, tiene mucho calor”. A lo que la ginecóloga responde que es clínicamente imposible.

La MILICS insiste en que la paciente ha utilizado estas palabras para referir lo que le expuso su médico en China. La ginecóloga sigue insistiendo en que lo que le comunica la paciente es clínicamente imposible.

El caso que acabamos de incluir es un claro ejemplo de la no correspondencia entre la terminología utilizada en ambas culturas sanitarias para describir la enfermedad. Aunque la MILICS ha transmitido con precisión las palabras de la paciente, la ginecóloga no entiende a qué se refiere la paciente y, en consecuencia, la comunicación entre ella y su paciente se ve bloqueada. En otras palabras, para la resolución del siguiente caso la estrategia de que la MILICS adopte el rol de *conduit* de Bot (2005) se ha revelado insuficiente. De hecho, se da la siguiente problemática que apuntan algunos autores, quienes afirman que, en ocasiones, aunque se dé un intercambio comprensible de palabras no existe una comunicación efectiva porque el contexto y los significados son diferentes (Qureshi *et al.*, 2009: 58; Elderkin-Thompson *et al.*, 2001; Verrept, 2012). Esto se debe a que existen diferencias culturales que, solventadas las diferencias estrictamente lingüísticas, pueden provocar graves problemas de comunicación (Raga, 2014: 84). En el caso de la población de origen chino es muy probable que este tipo de problemas se dé con frecuencia ya que presentan una concepción de la salud muy diferente a la nuestra y utilizan para describirla una terminología muy cargada culturalmente, cuya equivalencia pragmática es inalcanzable. Hacemos un breve inciso para explicar mejor a qué nos referimos. La cultura sanitaria china está muy marcada por la medicina tradicional china (desde ahora MTC)²⁷⁶ que tiene una concepción holística sobre el funcionamiento del cuerpo. La MTC se basa en la relación del *yin* y el

²⁷⁶ También conocida como medicina china (中醫學 o 中藥學, zhōngyào xūe) o medicina oriental tradicional.

*yang*²⁷⁷, la teoría de los cinco elementos y el sistema de circulación del *qi* o (energía vital) por los meridianos²⁷⁸ del cuerpo humano (Chen y Renkin, 2002; Xu y Yang, 2003). El *qi* regula el equilibrio espiritual, emocional, mental y físico y se ve afectado por las fuerzas opuestas del *yin* y el *yang*. Para la MTC la enfermedad ocurre cuando se altera el flujo del *qi* y se produce un desequilibrio del *yin* y el *yang* (Shih, 1996; Cheung, 1997: 2; Chen, 2001). Las enfermedades son causadas bien porque se dé alguna disfunción y el "*qi* bueno" esté demasiado débil para combatirlo, o bien por exceso de "*qi* malo" que se refiere a los factores patógenos que causan los trastornos funcionales (Lin, 1981; Van Nghi, 1981; citado en Aparicio, 2004, Tang *et al.* 2008). Los patógenos incluyen: seis de los factores atmosféricos o *liu Yin* (viento, frío, calor, humedad, sequedad y fuego), las plagas o epidemias, las emociones personales (alegría, pena, enfado, preocupación, pánico, ansiedad y miedo), ciertas comidas, la fatiga, los traumas, los parásitos, las flemas o mucosas y el estancamiento de sangre. En consonancia con esta concepción de la salud, los pacientes de origen chino suelen explicar sus síntomas con palabras como "mucho/poco *yin/yang*" que a su vez significa "mucho/poco viento/frío/calor/humedad/sequedad/fuego" aludiendo a las teorías comentadas anteriormente (Cheung, 1997: 3-4; Raga, 2011).

Volviendo al análisis del caso, ¿qué debería hacer la MILICS para solucionar esta situación con éxito y asegurar una comunicación eficiente entre la ginecóloga y su paciente? Ante casos de no correspondencia entre la terminología médica utilizada por los interlocutores, los códigos y los investigadores²⁷⁹ abogan por una intervención más directa de la MILICS con el objeto de contribuir a desbloquear la situación comunicativa. Ya comentamos en el capítulo anterior que las estrategias que Raga (2014) propone para superar estas situaciones son la indagación y/o la explicitación.

En el presente caso, la estrategia que siguió la MILICS fue la siguiente:

²⁷⁷ El *yin* («energía» negativa) y el *yang* («energía» positiva) son fuerzas opuestas y complementarias. Se trata de una oposición relativa, ya que nada es completamente *yin* ni completamente *yang*. Además son interdependientes, pues pueden transformarse en sus opuestos, que se consumen y se generan continuamente. *Yin* se asocia con sombra e incluye significados como frío, invierno, humedad, lluvia, nubosidad y oscuridad. Simboliza la feminidad, la inferioridad y la negatividad. *Yang* significa soleado y se asocia con el calor y el verano, simboliza la masculinidad, la superioridad y el positivismo.

²⁷⁸ Canales distribuidos en todo el cuerpo a través de los cuales fluye la energía vital.

²⁷⁹ Esta cuestión queda recogida en los códigos deontológicos de la CHIA y la IMIA y en los trabajos de Mikkelson (1995), Angelelli (2004a: 77), Hsie (2006: 726) y Raga (2014).

Caso 11 (continuación)

La MILICS propone a la ginecóloga reconducir la situación comunicativa a través de la puesta en marcha de un proceso de indagación para ver si con ello se puede explicitar mejor lo comunicado por la paciente. La ginecóloga comienza a hacer preguntas a la paciente sobre las sensaciones que esta siente y poco a poco va haciéndose una idea más precisa de su situación.

Aunque Raga (2014: 96) sostiene que los casos de explicación de la terminología son los que presentan una justificación más clara de la intervención de la MILICS sin pasar por un proceso de indagación previo, el autor también resalta la no pertinencia de utilizar esta estrategia por defecto (Raga, 2014: 95). En este caso la MILICS tampoco comprende el significado médico que encierra el término “útero podrido” lo que imposibilita que pueda pasar directamente a hacer una explicitación o contextualización cultural de las palabras de la paciente. En consecuencia opta por animar a la ginecóloga a ahondar en el significado de lo expuesto por la paciente a través de la enunciación de preguntas para ir acotando los matices culturales que hacen incomprendible la intervención de la paciente. Al seguir esta estrategia la MILICS está fomentando la comunicación directa entre las partes y respetando los principios de autonomía comunicativa de las partes. Estos argumentos parecen justificar la actuación de la MILICS.

Igualmente consideramos que aun en el caso de que la MILICS conociese a qué se refiere la paciente al utilizar el término “útero podrido”, surgirían dudas acerca de si la MILICS debería explicar ella misma el significado de las palabras de la paciente o, por el contrario, animar a las partes a que lo hicieran por sí mismas. En este sentido conviene recordar las palabras de Qureshi y otros (2009a: 62) quienes destacan que el significado clínico entra dentro de las competencias del PS y no de la MILICS. En línea con esta afirmación parece más conveniente que sea el PS (que tiene la competencia de distinguir la información que es importante clínicamente) quien lleve a cabo el proceso de indagación.

En ocasiones, las diferencias que presentan las culturas en lo que se refiere a pautas de conservación y/o recuperación de la salud pueden generar malentendidos o retrasar la recuperación de un paciente.

CASO 12

[En el Centro de Atención Primaria]

Se explica a la paciente que sus niveles de calcio están muy por debajo de los niveles normales, seguramente su cuerpo no absorbe el calcio porque la paciente también presenta un déficit importante de vitamina D. Las razones para esto son que por un lado presenta intolerancia a la lactosa (alta incidencia en asiáticos) y la falta de exposición a la luz solar. Transmito la información a la paciente.

El presente caso plantea un dilema a la MILICS, que se debate entre optar por introducir o no una información cultural que de ser explicitada puede mejorar la comprensión entre el médico y la paciente. La MILICS conoce la importancia que se le otorga en la cultura china a tratar de mantener una tez lo más clara posible y, en consecuencia, evitar al máximo su exposición a la luz solar. Por otro lado, gracias a su conocimiento de la cultura comunicativa china, la MILICS sabe que la paciente, siguiendo las normas de su cultura comunicativa, seguramente no exponga al médico sus dudas o reticencias a seguir las recomendaciones del mismo²⁸⁰ que, en este caso, chocan claramente con lo establecido en su cultura sanitaria. Teniendo en cuenta estas consideraciones, la MILICS decide intervenir activamente para sacar a la luz esta cuestión:

²⁸⁰ Chen (2001, 2002) resalta que la armonía y el mantenimiento armónico de las relaciones jerárquicas son los criterios principales por los que se rigen las interacciones comunicativas de las personas de origen chino.

Caso 12 (continuación)

Procedo a realizar una contextualización cultural. Comienzo exponiendo al médico que las personas de origen chino rehúyen exponerse al sol, siempre llevan el cuerpo cubierto (incluso en verano) y una sombrilla (suelen estar dotadas de un forro diseñado para impedir el paso de los rayos ultravioletas) para impedir que su piel se vuelva morena, lo que denotaría a sus compatriotas que pertenecen a una baja clase social. Tras esto, reconozco a la paciente mi conocimiento sobre este comportamiento cultural y le expongo que, a pesar de tratarse de una pauta válida y propia de su cultura, el médico considera importante que cada día tome un poco el sol. De esta manera su salud mejorará sin la necesidad de que tome más medicación para ello. Se le transmite que es la manera menos agresiva de equilibrar su déficit de calcio.

La paciente acepta las recomendaciones y comenta que las seguirá a pesar de las dificultades que le planteará para ello su horario laboral. Aunque debe cambiar su comportamiento cultural respecto a la exposición solar, se muestra satisfecha de que pueda arreglarse sin tener que tomar medicación, ya que en su cultura se es reacio hacia la medicina occidental que se considera efectiva pero agresiva y con efectos perjudiciales para el organismo y su equilibrio natural.

En este caso la MILICS procede a hacer una contextualización cultural para agilizar la entrevista médica, y porque considera que de no hacerla podrían darse las siguientes circunstancias que actuarían en detrimento de la recuperación de la paciente. Por un lado, el médico no insistiría en la importancia de que la paciente se expusiese al sol, un comportamiento que en principio es rechazado en la cultura china ya que, como ocurría anteriormente en Europa, tener una tez oscura denota la pertenencia a una clase social baja, campesina, expuesta al sol. De no conocer la importancia de este factor, contrario a su cultura, la paciente podría seguir el comportamiento cultural propio de su comunidad y no exponerse al sol para no ser considerada de una clase social baja. Con este comportamiento, la salud de la paciente no mejoraría.

En este caso, el motivo de la contextualización cultural no pretende ser didáctico sino sacar a la luz una cuestión cultural ante la que la paciente y el médico tienen opiniones opuestas y que podría ralentizar la recuperación de la paciente. La MILICS con su actuación beneficia los intereses del médico, ya que al conocer el comportamiento de la cultura de la paciente respecto a la exposición solar, este puede transmitir de la manera más adecuada la información médica y conocer la importancia de dar énfasis a una parte esencial para el tratamiento. Por otro lado, la MILICS beneficia los intereses de la

usuaria, ya que lo más importante para esta es la recuperación de su salud; y quizá si no se hubiera dado la explicitación cultural por parte de la MILICS, tampoco se habría dado el énfasis del médico en cuanto a la cuestión de la exposición solar y ella no habría entendido hasta qué punto era importante abandonar su pauta cultural. Por todo esto, siguiendo lo expuesto por Raga (2014: 88), la actuación de la MILICS está justificada ya que no se ha erigido en coautor privilegiado, sino que su intervención ha sido el complemento que ha ayudado a garantizar la coautoría de los participantes de la forma más satisfactoria posible priorizando la salud de la paciente.

Expuestas las razones que llevan a la MILICS a tomar la decisión de intervenir activamente e introducir una contextualización cultural, pasamos a analizar el modo en esta que fue hecha. En este caso la MILICS también introdujo la contextualización cultural sin realizar un proceso previo de indagación. Atendiendo a lo establecido por Raga (2014: 95), la actuación de la MILICS ha sido adecuada ya que se trata de un rasgo muy común en la cultura china, lo que justifica que no se realice el proceso de indagación. Además en línea con lo recomendado por varios autores²⁸¹ la MILICS informa a la paciente de la puesta en marcha del proceso de explicitación y hace un resumen del resultado de su intervención. En este resumen, la MILICS explicita que el médico, aun siendo conocedor de que la recomendación que está dando a la paciente entra en contradicción con sus pautas culturales, considera indispensable que la siga. Además, gracias a la intervención de la MILICS, el médico añade información nueva que contribuye a reforzar su recomendación al exponer que la exposición al sol es la manera más natural de solucionar el problema de la paciente sin tener que recurrir a más medicamentos.

Atendiendo todo lo expuesto en este caso y el resultado satisfactorio del mismo, proponemos la siguiente recomendación:

- Parece recomendable que la MILICS intervenga activamente para advertir al PS de aquellas pautas de conservación y/o recuperación de la salud propias de la cultura sanitaria de los usuarios que pueden entrar en contradicción con las recomendaciones propuestas por el PS y/o retrasar la recuperación de un paciente.

²⁸¹ Por ejemplo, Messent (2003: 146), Angelelli (2004: 95-96) y Raga (2014: 112).

En el ámbito sanitario suelen darse situaciones en las que los pacientes además de presentar un problema fisiológico, también presentan un problema psicosocial. Veamos un caso relacionado con este aspecto:

CASO 13

[En la Consulta de atención primaria]

La paciente presenta irregularidades con su periodo, se trata de reglas muy largas, de dos-tres semanas seguidas. También está preocupada porque desde que se casó, hace más de un año, nunca ha utilizado métodos anticonceptivos y no se ha quedado embarazada. Teme que pueda tener problemas de fertilidad.

En el presente caso la MILICS debe transmitir la intervención de la paciente. No obstante, también se encuentra ante el dilema de seguir el principio de precisión de los códigos o, por el contrario, aportar información de tipo cultural que complete la intervención de la paciente. Si la MILICS opta por ceñirse a la transmisión fiel de la intervención de la paciente, estaría adoptando el rol de *conduit* de Bot (2005). Es decir, transmitiría las palabras de la paciente respetando la fidelidad semántica pero no así la pragmática, ya que el médico no comprendería el mensaje del mismo modo que lo haría un médico que perteneciese a la cultura de la paciente. En este sentido es importante recordar que la enfermedad incluye además de los síntomas y los desórdenes biológicos los significados psicológicos y socioculturales y que estos últimos siempre aportan información esencial que facilita el diagnóstico y (probablemente) el tratamiento (Molinari, 2011: 311).

Si, por el contrario, la MILICS decide aportar información complementaria de carácter cultural que permita que el médico entienda el trasfondo de las palabras de la paciente, estará primando la precisión pragmática del mensaje. En este sentido, Verrept (2012) señala que la mayoría de los investigadores coinciden en que en la interpretación de interacciones comunicativas entre interlocutores pertenecientes a distintas culturas debe prevalecer la precisión pragmática sobre la semántica ya que la información aportada es

clave para mantener la totalidad del mensaje original y de las diversas capas de significado y contribuye a eliminar las barreras comunicativas que obstaculizan la atención sanitaria. En línea con lo expuesto anteriormente, en este caso la introducción de información cultural daría a conocer el problema psicosocial que supone a la paciente la sospecha de su infertilidad y contribuiría a mejorar la precisión pragmática de su intervención.

Caso 13 (continuación)

Al transmitirle la información al médico procedo a realizar una contextualización cultural y explico al médico el estigma social que puede suponer para las mujeres de origen chino la infertilidad.

El médico dice que al no tratarse de su especialidad, lo único que puede hacer es derivarla al ginecólogo para consulta; no obstante, añade que viendo la importancia/gravedad del impacto psicosocial del problema para la paciente, va a proceder a derivar a la paciente al ginecólogo con carácter preferente.

En este caso la MILICS procede a hacer una contextualización cultural para proporcionar al médico información suplementaria acerca de los problemas emocionales y sociales que la sospecha de infertilidad supone para la paciente. En nuestra opinión, el hecho de que uno de los interlocutores no conozca el grado de importancia que una determinada cuestión tiene para su interlocutor puede generar un problema de comunicación. En consonancia con esto, creemos que la introducción de la contextualización cultural en forma de explicitación está justificada por diversos factores.

En primer lugar, se trata de culturas alejadas, por lo que la posibilidad de que los interlocutores desconozcan la información cultural del otro interlocutor es mayor.²⁸²

En otras palabras, debido a la lejanía entre la cultura española y la china, es posible que en este caso el médico desconozca las consideraciones y comportamientos que presenta la población china hacia la infertilidad de las mujeres y, por lo tanto, las implicaciones emocionales y sociales que dicho problema puede suponer para la paciente.

²⁸² Raga (2014: 98) y Molinari (2011: 311) apuntan que cuanto más “alejadas” sean las culturas de los interlocutores más probable es que sean adecuadas las intervenciones activas de las MILICS.

En segundo lugar, la MILICS sabe que se trata de un rasgo cultural muy habitual en la cultura de origen de la paciente. La sociedad china pone gran énfasis en la fertilidad y considera la maternidad como un objetivo importante para un matrimonio (Lee y Kuo, 2000). No ser capaz de tener hijos puede causar deterioro del mismo (Wright *et al.*, 1991) y representar una gran amenaza para el bienestar social y la seguridad de la mujer (Woods *et al.*, 1991). La familia es el centro de la sociedad china (Lee *et al.*, 1995) y los parientes políticos juegan un papel importante en un matrimonio, especialmente del lado del marido. Si una mujer es responsable de la infertilidad, es muy probable que el marido y la familia política la estigmaticen y su infertilidad sea considerada como una deshonra para la familia.

En tercer lugar, creemos que la intervención de la MILICS agiliza el desarrollo y beneficia el resultado de la interacción comunicativa. La MILICS, que conoce la cultura comunicativa china, sabe que la paciente no procedería a explicar esta cuestión en voz propia, ya que la cultura comunicativa china está altamente jerarquizada y no se espera de un interlocutor de menor estatus que introduzca informaciones adicionales sin haber sido instado a ello. Además, al introducir la información cultural que la paciente había omitido en su intervención, la MILICS proporciona al médico un mayor conocimiento de la situación de la paciente. Esto influye en su decisión de derivarla a otro servicio con carácter urgente. Este caso, parece validar la siguiente recomendación de Raga (2014: 95):

- La MILICS, basándose en sus conocimientos de ambas culturas, puede sencillamente completar, hacer más explícitas, las explicaciones ofrecidas.

Los casos que se han tratado hasta ahora parecen apostar por una intervención activa de la MILICS. No obstante, hay que estar atento. Como apuntan muchos autores²⁸³, es importante que la MILICS no se deje llevar por las generalizaciones y peque de introducir un exceso de contextualizaciones culturales que no benefician la interacción comunicativa. Raga (2014: 92) insiste en esta cuestión y aboga por introducir contextualizaciones culturales cuando la situación lo requiere realmente. Veamos un caso relacionado con esta cuestión:

²⁸³ Raga (2014: 92), Gentile y otros (1996: 55), Giménez (1997: 150), Castiglioni (1997: 64), Agustí (2003: 81-86), Messent (2003: 140), o Patel (2003: 234).

CASO 14

[En la sala de extracciones]

La enfermera da a la paciente las instrucciones correspondientes para proceder a la extracción de sangre, la paciente obedece pero no contesta. Más allá de esto, la interacción entre ambas es inexistente, tanto en la comunicación verbal como en la no verbal.

En cuanto a la extracción de sangre en sí, aunque generalmente los chinos son reticentes a la realización de este tipo de pruebas, este no es el caso de la paciente que en todo momento se muestra de acuerdo con la misma.

En este caso la MILICS no realiza ninguna explicitación cultural porque a pesar de que sí hay una diferencia cultural que podría explicar la reticencia a la realización de extracciones de sangre de usuarios de origen chino, en este caso concreto no se da ningún malentendido ni problema derivado de dicha diferencia cultural. Como apuntamos anteriormente, en la MTC se cree que la fuerza vital del organismo depende del equilibrio del *qi* que circula por los meridianos o canales energéticos, entre ellos la sangre (Chen y Renkin, 2002; Xu y Yang, 2009). Se cree que las extracciones de sangre alteran el equilibrio del *qi* y pueden provocar la enfermedad (Raga, 2011; Sánchez-Pérez, 2009).

A pesar de la existencia de esta diferencia cultural la MILICS ha decidido no caer en un exceso de didacticismo y esperar a ver si las circunstancias requerían la introducción de esta explicitación cultural acerca del comportamiento de muchos chinos hacia la realización de pruebas diagnósticas, especialmente extracciones de sangre; que finalmente no se ha revelado necesaria, ya que la diferencia cultural no ha planteado ningún problema para el desarrollo de la intervención.

El último caso que vamos a exponer no analiza ninguna intervención de la MILICS, pero sí sirve para ver hasta qué punto el hecho de no contar con la colaboración de una MILICS capaz de explicitar ciertos aspectos puede entorpecer el funcionamiento de los servicios sanitario y retrasar el acceso de los pacientes a la atención sanitaria que necesitan.

CASO 15

[En la consulta de endocrinología]

El motivo de la consulta es que la paciente presenta posible diabetes gestacional. Se le han realizado las pruebas de glucosa en el hospital pero los resultados no son fiables, ya que no entendió que entre las extracciones debía realizar reposo absoluto y aunque estuvo en el hospital durante la totalidad del tiempo de la realización de las pruebas, estuvo caminando por el mismo.

Obviamente no podemos asegurar que si la MILICS hubiera estado en la primera consulta acompañando a la paciente durante la realización de las pruebas no se hubiese podido producir el mismo problema. Sin embargo, sí creemos que la paciente podría haberse servido de la MILICS para preguntar las dudas que, al parecer, tenía. Del mismo modo, el PS hubiera podido ayudarse de la MILICS para transmitir con mayor precisión sus instrucciones y hacer hincapié en la necesidad del reposo.

5.3.2.1. Resumen

En el presente apartado se han analizado casos reales con pacientes embarazadas de origen chino. En general, se ha constatado que existen numerosas situaciones que pueden suponer un dilema a la MILICS con respecto al seguimiento del principio de precisión y en las que parece más conveniente que la MILICS introduzca contextualizaciones culturales para favorecer la fidelidad pragmática del mensaje. Concretamente, tratamos casos en los que las diferencias culturales hacían que la transmisión literal de las palabras de la paciente resultase insuficiente debido a la falta de equivalencia pragmática. En consecuencia se daban problemas relacionados con la aparición de problemas de desconfianza entre las partes, la no comprensión de la terminología (por desconocimiento y por falta de equivalencia), el choque de cosmovisiones por diferencias de pautas sanitarias para la recuperación de la salud y el no reconocimiento del impacto psicosocial o emocional de la paciente.

Se ha abordado el análisis teniendo en cuenta las aportaciones de los códigos e investigadores y se ha constatado que en el caso de las pacientes de origen chino, la gran distancia cultural que existe entre la cultura española y la china parece recomendar una intervención preferiblemente activa por parte de la MILICS y una mayor introducción de contextualizaciones culturales especialmente teniendo en cuenta que, en consonancia con el carácter jerárquico de la cultura comunicativa china, es muy improbable que las pacientes expliquen estas cuestiones en voz propia. Con esto no queremos decir que la introducción de contextualizaciones culturales deba ser la opción por defecto que adopte la MILICS cuando trate con pacientes de origen chino sino que también ha de ejercer un juicio crítico y evitar caer en un exceso de culturización que pudiese afectar al éxito de la interacción comunicativa (Messent, 2003; Agustí, 2003; Patel, 2003; y Raga, 2014).

Como ocurría con la conveniencia de trasgredir el principio de imparcialidad, lo único que parece validar las actuaciones de la MILICS respecto a la introducción de contextualizaciones culturales parecen ser las características de la situación comunicativa y sus participantes y una adecuada valoración de los beneficios y riesgos de sus actuaciones.

5.3.3. Análisis de casos en relación a la delimitación de competencias

En el apartado sobre delimitación de competencias tratamos las diferentes propuestas de los investigadores²⁸⁴ y los códigos deontológicos sobre las funciones que debe realizar la MILICS. Constatamos que el debate acerca de la delimitación de competencias sigue abierto. Raga (2008: 10) apunta la conveniencia de pasar el debate del plano teórico al práctico y permitir que el análisis de la práctica laboral sea el que determine estas cuestiones. Siguiendo esta idea, Querol (2014) analiza una serie de casos reales y concluye que es imposible establecer una lista de competencias profesionales taxativa e inmutable ya que las tareas de la MILICS dependen de los requerimientos de la

²⁸⁴ Giménez (2002), Gómez Lozano (2012), Guerrero (2012: 7-8) y Querol (2014: 123-148).

situación comunicativa y de los interlocutores. No obstante a grandes rasgos, define las tareas de la MILICS del siguiente modo:

Al objeto de subsanar estas [diferencias lingüísticas y/o culturales que impidan o dificulten la comunicación y, en consecuencia, la relación asistencial entre el personal del centro hospitalario y los usuarios] la MILICS debe llevar a cabo las tareas de *informar, interpretar, traducir o derivar* (Querol, 2014: 147, cursiva en el original).

El presente apartado pretende contribuir a las propuestas de Querol (2014) a partir del análisis de casos en consultas de los servicios de SSyR con mujeres embarazadas de origen chino.

5.3.3.1. Informar

Como vimos en el capítulo 2, la Ley General de Sanidad²⁸⁵ garantiza el derecho de los usuarios a la información sobre los SS a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso, y a recibir esta información en términos comprensibles. Además se establece que la información debe ser proporcionada (de forma continuada e incluyendo la verbal y la escrita) a él y a sus familiares o allegados. En el contexto específico de la SSyR y de la atención a la población de origen extranjero, el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) establece el objetivo de «asegurar una atención adecuada a las mujeres inmigrantes y sus parejas en el proceso, facilitando su participación, contemplando las particularidades de cada caso y disponiendo de los medios adecuados para minimizar las posibles barreras culturales e idiomáticas»²⁸⁶.

El deber proporcionar esta información recae en el PS o en los trabajadores sociales. En el caso de los pacientes autóctonos, como usuario y profesional comparten la misma lengua y cultura, la posibilidad de que la intervención comunicativa se lleve a cabo con éxito es mayor. Del mismo modo, gracias a que también comparten la misma cultura comunicativa, es más probable que tomen la iniciativa para preguntar cualquier duda que les pudiera surgir durante el desarrollo de la interacción comunicativa o ante la

²⁸⁵ Véase Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad <<http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>>. [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

²⁸⁶ Esta información está incluida en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (2011: 146).

aparición de cualquier malentendido. En el caso de los pacientes de origen extranjero el deber proporcionar esta información, aunque sigue recayendo en el PS o en los trabajadores sociales, debería ser transmitida, en determinados casos, a través de un intermediario: la MILICS. Querol (2014) sostiene que la MILICS debe transmitir a los pacientes la información proporcionada por el PS y administrativo del centro hospitalario sobre su situación clínica y terapéutica, y sobre cómo actuar en consecuencia. Además contempla la posibilidad de que la MILICS complemente dichas informaciones en caso de que los interlocutores no cuenten con los conocimientos necesarios para comprender la información facilitada y acceder a los distintos servicios y prestaciones que se les ofrecen²⁸⁷.

Querol (2014: 127) apunta que la MILICS debe informar también a otros interlocutores como familiares y/o allegados del usuario.

Creemos que el deber de informar a familiares es más importante en el caso del contexto de la SSyR ya que, como señala Blázquez (2005: 4), la reproducción no es un asunto exclusivamente biológico, sino también una actividad social que produce unas ideologías determinadas sobre la maternidad y la paternidad. En línea con esta idea, parece lógico pensar que una correcta información a ambos padres contribuirá a asegurar una mayor implicación por parte de ambos en la tarea de la crianza. Tradicionalmente, en la cultura china se atribuye al padre un rol que se caracterizan por la no implicación en el proceso de crianza y la poca expresividad del afecto (Ho, 1987; Wilson, 1974; Wolf, 1968; Solomon, 1971) y aunque en los últimas décadas se ha avanzado hacia una mayor implicación del padre en la crianza de sus hijos, esta sigue dándose, en general, a una edad tardía (Jankowiak, 1992). En este sentido, propiciar una mayor implicación del padre proporcionándole la mayor cantidad de información posible sobre el embarazo sería deseable y beneficioso puesto que, como señalan Evans y Brown (1995) «improved involvement of men in children's lives will bring much needed resources -emotional and financial- to the support of children's growth and development».

²⁸⁷ En el subapartado de contextualización cultural hemos visto varios casos al respecto.

CASO 16:

[En la consulta con la matrona]

La mujer, que presenta un desconocimiento general del español (las únicas palabras que conoce están relacionadas con el ámbito de la restauración, su ocupación laboral), procede de una zona rural del sur de China y habla mandarín como segunda lengua. Su idioma materno es una lengua dialectal del chino mandarín. La consulta transcurre con normalidad y el embarazo es seguro y va bien. Se le da información específica sobre el estado del feto. Cuando salimos de la consulta encontramos esperando en la puerta al marido que se acerca y me pregunta qué ha dicho la matrona.

En este caso, en el que el PS ya no está presente, se dan varios motivos que hacen que a la MILICS le surja la duda de si le corresponde a ella informar al marido o no. En primer lugar porque, de acuerdo con la legislación española en materia de sanidad, la tarea de informar a los familiares corresponde al PS. Así que si atendemos a la normativa, sería más conveniente que el marido recurriese al PS para informarse. Además, recordemos que los códigos deontológicos apuntan que la MILICS no debe realizar funciones correspondientes a los profesionales sanitarios (CHIA, IMIA) y debe ceñirse a interpretar durante la interacción (IMIA, NCIHC, Kantara). Sin embargo, la matrona ya está atendiendo a otros pacientes en la consulta y hay más esperando a ser atendidos, lo que dificulta que el marido pueda acceder a la matrona.

En segundo lugar, como la paciente y el marido comparten lengua y cultura, en principio, la mujer podría informar unilateralmente al marido de lo acontecido en la consulta sin la necesidad de que interviniese la MILICS.

Sin embargo, el marido se ha dirigido directamente a la MILICS y ella:

Caso 16 (continuación)

Procedo a explicarle al marido que la matrona ha comentado que el embarazo va muy bien y que el feto está en perfectas condiciones. También le comento que en la cartilla de embarazo se han registrado los datos específicos y que puede consultarlos.

En el caso anterior la MILICS, al optar por informar al marido, parece actuar en contra de lo establecido en los códigos de conducta. No obstante, nosotros no tenemos tan claro que se haya excedido en sus funciones. Querol (2014: 127) se muestra a favor de que la MILICS informe a otros interlocutores, especialmente si se sospecha que el paciente no será capaz de transmitir dicha información de forma precisa y completa. En este caso, el poco nivel de integración de la paciente respecto a la sociedad de acogida y el hecho de que la paciente no esté accediendo a la información a través de su lengua materna (recordemos que habla mandarín como segunda lengua) parece justificar la actuación de la MILICS.

Otro factor que lleva a la MILICS a tomar la decisión de informar al marido de la paciente responde a motivos socioculturales. Raga (2006: 11) clasifica la cultura china dentro de las culturas tipo B, que engloba aquellas culturas que se caracterizan por presentar un bajo grado de igualdad y un alto grado de preocupación por el conflicto. La cultura china se caracteriza por presentar una jerarquía muy rígida en la que la mayoría de las decisiones importantes recaen en el cabeza de familia, que corresponde al varón de mayor edad (Ho Wong, 2009: 6). En el caso de los inmigrantes de origen chino, esta responsabilidad suele recaer en el marido ya que, por lo general, los padres de este suelen encontrarse en su país de origen. Atendiendo a esta cuestión cultural, parece conveniente que la MILICS informe al marido dado que, tal y como se establece en su cultura, en caso de tener que tomar alguna decisión sanitaria seguramente este sería quien lo hiciese.

Además, conviene destacar que una de las cuestiones determinantes que, a nuestro parecer, justifica que la MILICS informe al marido directamente es la naturaleza de la información y la inmediatez con que se transmite. En otras palabras, como se trata de información general (el embarazo es seguro), positiva (los parámetros son normales) y se acaba de recibir (la MILICS y la paciente acaban de salir de la consulta), parece más lógico que la MILICS se la transmita directamente al marido en lugar de esperar a que la consulta se vacíe para poder realizar una nueva interacción con la matrona. No obstante, en caso de que no se diera alguno de los factores comentados, es decir, si se tratase de información muy específica, las noticias que tuviese que transmitir fuesen malas o la solicitud del marido de ser informado por la MILICS se diese más tarde, creemos que sería más conveniente que la MILICS hiciese hincapié en la conveniencia de volver a hablar con la matrona para que esta transmitiese la información al marido.

Del mismo modo, es importante señalar que si el marido de la paciente hiciese preguntas que van más allá de lo que ha expuesto la matrona, la MILICS debería insistir en que ella no es la profesional sanitaria y que, por lo tanto, no le corresponde a ella responder estas cuestiones. En este sentido sería conveniente que animase al marido a exponer sus dudas a la matrona y que se ofreciese a ayudarle a hacerlo.

Pero, ¿y si la MILICS hubiera decidido no transmitir la información? Creemos que si la MILICS hubiera actuado de forma contraria y no hubiese informado al marido, este podría percibir su negativa a informarle como un modo de discriminación lo que actuaría en detrimento del afianzamiento profesional de la MILICS y, posiblemente, llevaría a la paciente y a su marido a prescindir de su ayuda en futuras consultas. Otra posibilidad sería que el marido de la paciente entendiese que la negativa de la MILICS a informarle se debe a que algo va mal en el embarazo.

En cualquier caso, independientemente de cuál fuese la decisión que tomase la MILICS, creemos conveniente resaltar que sería recomendable que la MILICS aprovechara para recordarle al marido que su labor es ayudarle en la comunicación con el PS y que para que ello pueda producirse todas las partes han de estar presentes durante la interacción. De este modo, pondría de manifiesto la pertinencia de que el marido acudiese a futuras consultas para poder recibir la información de primera mano y tener la posibilidad de preguntar al PS cualquier duda que pudiese tener. Adoptando esta estrategia la MILICS estaría actuando en consonancia con la pauta de respetar y realzar la esfera de poder o *expertise* del PS (IMIA, A-11. G). Además la actuación de la MILICS contribuiría a empoderar a los pacientes y propiciar la autonomía comunicativa.

Como vimos anteriormente, tanto los códigos (CHIA, IMIA, NCIHC) como los investigadores (Querol, 2014: 128-129; Ortí y Sánchez, 2014: 183; Raga, 2014) resaltan la importancia de que la MILICS no aconseje u oriente a las partes. Además parece aún menos conveniente que la MILICS suplante al PS y dé indicaciones al paciente respecto a su salud (Casas, Collazos, y Qureshi, 2009). Ciertamente, esta cuestión le corresponde al PS. No obstante, ¿y si el PS ha pasado por alto proporcionar alguna indicación sencilla como pueda ser la recomendación de comer tras la realización de unos análisis? ¿Debería hacer algo la MILICS al respecto?

CASO 17:

[En la sala de extracciones]

Tras la extracción de sangre para los análisis, la enfermera y la paciente se despiden y pasamos a pedir cita.

El presente caso plantea un dilema a la MILICS que podría ser interpretado como un conflicto de funciones. La consulta ha terminado y la enfermera ha olvidado transmitir una información relevante a la paciente (recordarle que debe comer algo para recuperar fuerzas). ¿Cuál debería ser su actuación? La MILICS es consciente de que desde los códigos se le insta a limitar sus intervenciones a interpretar las intervenciones de los interlocutores primarios. Sin embargo:

Caso 17 (continuación)

Mientras salimos le comento a la paciente la conveniencia de comer algo, ya que está en ayunas; a lo que ella contesta que hasta la 1 del medio día no tenía pensado ingerir nada, puesto que esta es su hora normal de desayunar. Ante esto le explico que como le han sacado sangre es importante que coma algo para recuperar fuerzas y que no le entren mareos, a lo que ella accede.

En esta situación la MILICS ha optado por transmitir una recomendación que, en principio, debería haber hecho el PS. Aunque la actuación de la MILICS no se corresponde con lo que dictan los códigos, creemos que la actuación de la MILICS es adecuada. Realmente, la recomendación que proporciona se encuentra dentro de lo que podríamos denominar “saber popular” sobre lo que se debe hacer en estos casos. Es posible que la paciente no tenga experiencia sanitaria previa en esta cuestión y desconozca el modo de proceder. En Angelelli (2004: 89-90) se recoge un caso similar en el que un intérprete recuerda unilateralmente al padre de un paciente que va a ser operado que debe traer al niño en ayunas. El PS seguramente ya había transmitido esta información en algún momento previo, pero en la interacción en la que se recuerda a los padres toda la información relativa a los preparativos y fechas para la operación había

olvidado recordarla. El intérprete justifica su actuación basándose en su experiencia previa en relación con actuaciones similares en las que se transmitía las instrucciones para el preoperatorio. En línea con lo expuesto hasta el momento, planteamos la siguiente recomendación:

- Parece oportuno que la MILICS valore la conveniencia de informar a los pacientes extranjeros sobre las prácticas habituales propias del “saber popular” que hubiera olvidado proporcionar el PS y que fueran importantes para asegurar la salud de los mismos.

5.3.3.2. Interpretar y traducir

Igual que ocurre con el conjunto del sistema sanitario, los Servicios de SSyR presentan carencias importantes en lo que se refiere a la provisión de una atención sanitaria adaptada a las necesidades de la población de origen extranjero y más concretamente a la población de origen chino. Prueba de ello es que cuando el PS proporciona información en soporte escrito en la mayoría de los casos está redactada únicamente en español. No incluiremos análisis de casos al respecto, pero sí queremos resaltar que en todos los casos recogidos en las fichas se especifica que ninguna de las pacientes recibió información redactada en su idioma durante ningún momento del embarazo. Curiosamente algunas de ellas sí recibieron una colección de DVDs en español con documentales divulgativos acerca del proceso del embarazo. En este sentido, sería importante que las autoridades sanitarias prestasen atención a esta cuestión y, para poder cumplir con lo establecido en la ley sobre el derecho a la información del paciente, destinasen recursos económicos y humanos para traducir estas informaciones. Como veníamos apuntando, como consecuencia de la falta de material multilingüe, muchas veces el PS solicita a la MILICS que haga traducciones a la vista de la información contenida en folletos o documentos. Sin embargo, desde la bibliografía no se observa consenso acerca de cómo debe actuar la MILICS en estas situaciones. El NCIHC recomienda que se evite realizar traducciones a la vista, especialmente si se trata de documentos complejos o sensibles, o si no se tienen las competencias necesarias para ello (pauta 22). La CHIA no es muy concreta y solo apunta que la MILICS debe ser capaz de seleccionar un modo apropiado de interpretación entre las que incluye la

traducción a la vista. La IMIA apunta que la MILICS debe colaborar con la cumplimentación de la documentación correspondiente a la intervención. Kantara propone que en el caso de que hiciera falta traducir oralmente un texto escrito, se proceda a hacer una explicación general del contenido del documento.

CASO 18:

[En la sala de dilatación]

La paciente lleva un día de parto, el PS opina que es conveniente administrarle la anestesia epidural para aliviar su dolor y facilitar que pueda descansar un poco antes del parto. El PS entrega a la MILICS el consentimiento informado para que la paciente lo firme. El documento está redactado en español.

El presente caso supone una situación compleja para la MILICS a la que se le ha encomendado la tarea de transmitir a la paciente la información contenida en un documento muy específico y con implicaciones legales. Querol (2014) señala que la MILICS puede valorar la traducción y/o interpretación de otras informaciones siempre que esté capacitada para ello y dicha acción tenga por objeto alguno de los fines de la MILIC. Pero también sostiene que antes de tomar esta decisión debe tener en consideración la extensión y especificidad de la información, la legibilidad de los textos, las implicaciones legales y jurídicas y la condición física del paciente²⁸⁸. En este caso se dan prácticamente todos los factores que citaba Querol. El consentimiento informado es un documento bastante extenso y muy específico. Su firma implica la aceptación del paciente del procedimiento médico a seguir y el reconocimiento expreso por parte del mismo de que ha sido debidamente informado acerca del procedimiento y de los efectos secundarios que pudieran darse. Aunque no exime al PS de negligencia médica, sí establece que en caso de que se produjera alguno de los riesgos previstos en el consentimiento informado, estos no serían considerados negligencia.

²⁸⁸ Querol recomienda que la MILICS se abstenga de traducir informaciones extensas y con un índice de legibilidad elevado excepto en casos en los que la salud del usuario pudiera verse seriamente comprometida.

Atendiendo a todos los factores comentados, parece poco conveniente que la MILICS haga una traducción a la vista del documento para la paciente y su pareja. Es más, siguiendo a Querol (2014: 148), en este caso en el que la tarea solicitada excede sus competencias o habilidades, la MILICS debería reconocer sus limitaciones y declinar el caso. De hecho el código de la CHIA y numerosos estudios²⁸⁹ advierten de que situaciones similares en la que la MILICS ha decidido intervenir sin estar plenamente capacitada para ello han dado lugar a casos de consentimiento informado inválidos.

Sin embargo, la MILICS siente que tampoco puede quedarse de brazos cruzados, ya que la paciente está en una situación de debilidad y sabe que el centro sanitario no dispone de otra MILICS que pudiera retomar el caso (de hecho la propia MILICS está realizando su trabajo de forma desinteresada). Además la decisión de no realizar la traducción a la vista de este documento se puede oponer al principio de priorizar la salud y bienestar de la paciente (Querol, 2014: 139). En este sentido, la IMIA contempla la posibilidad de que la MILICS proceda a realizar una interpretación que exceda su nivel de formación siempre que ambas partes estén informadas de ello y no existan otros recursos a los que pudiera derivarse el caso (C6-C) ya que esta debe priorizar la relación terapéutica y la provisión de una atención sanitaria de calidad (IMIA, 2007:14). Volviendo al caso en cuestión, veamos qué hizo ante esta situación la MILICS:

Caso 18 (continuación)

Enseño el consentimiento informado a la pareja y les explico que es un documento que contiene información sobre el procedimiento y que explica desde el objetivo hasta los riesgos que puede conllevar la realización del mismo. Añado que para que el PS pueda administrar la anestesia epidural a la paciente, es necesario firmar el consentimiento informado.

El marido coge el documento y lo hojea. La pareja está asustada. Les comento que es un trámite habitual antes de realizar el procedimiento y que el procedimiento es altamente seguro e incluso cotidiano. Para intentar calmar a la pareja añado que prácticamente se administra en todos los partos.

Finalmente, firman el consentimiento informado y se le administra la epidural a la paciente. Tras esto se duerme media hora y luego la pasan a la sala de partos. La paciente se siente menos cansada y el parto se produce sin incidentes.

²⁸⁹ Véase Quan (2010: 8-12), Tang (1999), Bowen y Kaufert (2000a), Haffner (1992), Holden y Serrano (1989), Stevens (1993b), Flores *et al.*, (2000), Schneiderman (1995) y Sinclair (2001).

En este caso la MILICS optó finalmente por la propuesta de Kantara y procedió a explicar el trámite burocrático y la cotidianidad del mismo. A pesar de las buenas intenciones de la MILICS y el resultado satisfactorio del caso, la MILICS entró en un conflicto de funciones al transmitir información sobre el procedimiento de manera unilateral. Es decir, consideramos que hubiese sido más oportuno que la MILICS hubiese encontrado la manera de explicitar la preocupación de la pareja ante el hecho de tener que firmar un documento importante que no entienden para que, de este modo, el PS hubiese podido transmitir esta información. En cualquier caso, la MILICS debería en un primer momento haber sugerido al PS que explicase a la pareja en voz propia en qué consistía el documento y haberle recordado que su tarea es facilitar la comunicación entre las partes sin suplantar a ninguna de ellas ni erigirse en coautor privilegiado²⁹⁰. Del mismo modo, sería necesario que, posteriormente, la MILICS comunicase al PS la conveniencia de contar con material multilingüe para casos similares. Al fin y al cabo la legislación reconoce el derecho de los pacientes extranjeros a ser informados en condiciones de igualdad con respecto a los autóctonos.

Como apuntamos anteriormente, es infrecuente que los pacientes de origen extranjero tengan acceso a información en su idioma. Esta situación también se da en lo que se refiere a los formularios. En ocasiones, el PS necesita que los pacientes cumplimenten algún formulario. Sin embargo, el hecho de que este no esté accesible en su idioma puede dificultar la tarea de hacerlo.

CASO 19:

[En la planta de maternidad]

Una pareja china acaba de tener una niña. Como he estado acompañándoles a las visitas del embarazo deciden llamarme para informarme de que el parto ya ha tenido lugar. Me acerco al hospital para ver cómo se encuentra la madre y conocer a la niña. Cuando entro en la habitación la pareja se alegra mucho de verme. Están estresados porque el PS les ha dado un formulario que deben cumplimentar pero no lo entienden. Tampoco entienden para qué sirve ni qué deben hacer con él. Les ayudo a cumplimentarlo y les explico los trámites.

²⁹⁰ Autores como Casas, Collazos, y Qureshi (2009: 284), Raga (2014) coinciden en la importancia de que la MILICS fomente la comunicación directa entre las partes y no sustituya al PS.

A nuestro parecer el caso que acabamos de presentar no presenta mucha polémica. En general hay bastante consenso en que la MILICS ayude a los pacientes a realizar ciertos trámites relacionados con la atención sanitaria (Sales, 2014; Querol, 2014; Gómez, 2012; Guerrero, 2012). En este sentido parece lógico que la MILICS intervenga activamente para ayudar a la pareja ya que la razón de ser de su profesión es, precisamente, facilitar la comunicación en el ámbito sanitario y el acceso de los usuarios a los SS. En este caso los pacientes no podían cumplimentar el formulario y desconocían los pasos a seguir tras la cumplimentación del mismo debido a que su limitado dominio del español les impedía la comprensión del documento y de las informaciones que, suponemos, había dado el PS con la entrega del formulario.

Una vez resuelta esta cuestión a la MILICS le surge la siguiente duda, ¿si la pareja ha sido incapaz de desenvolverse por sí misma para cumplimentar el formulario y entender las indicaciones del PS sobre los trámites burocráticos a seguir, será capaz llevarlos a cabo sin ayuda?

El nacimiento de un niño lleva asociado la realización de múltiples trámites que si bien pueden resultar complejos para cualquier ciudadano, pueden ser completamente ajenos para aquellos que proceden de otras culturas. En primer lugar, los padres han de rellenar el certificado de nacimiento del bebé o informe médico de maternidad (precisamente el documento del que hablábamos en el caso anterior)²⁹¹, cumplimentar la ficha de Metabolopatías y recoger el material para la realización de la prueba del talón²⁹² al recién nacido. En segundo lugar, han de proceder a la inscripción del recién nacido en el Registro Civil. Este trámite ha de realizarse, además, dentro de unos plazos establecidos (a partir de las veinticuatro horas del nacimiento y antes de ocho días, aunque por motivos justificados puede retrasarse hasta treinta días)²⁹³ y requiere de la aportación de documentación específica (certificado de nacimiento, DNI de ambos padres original y

²⁹¹ El PS rellena los datos relativos al parto, pero el resto ha de ser cumplimentado por los padres. Además, hay que asegurarse de que el informe médico de maternidad (impreso amarillo) está firmado por el médico o la comadrona que ha asistido en el parto. En algunas ciudades, el boletín estadístico no lo dan en el hospital sino que lo facilita el Registro Civil.

²⁹² Esta prueba tiene como objetivo la detección precoz de ciertas enfermedades metabólicas, que en caso de padecerlas requieren un tratamiento inmediato para que no produzcan secuelas en el desarrollo del niño/a.

²⁹³ La Generalitat Valenciana también contempla la posibilidad de tramitar inscripciones de nacimiento fuera de plazo. No obstante, los trámites en este caso son más complejos. Véase <<http://www.registrocivil.gva.es/inscripciones-nacimiento-fuera-de-plazo>> [Fecha de consulta: 12 de mayo de 2015].

fotocopiado²⁹⁴ y libro de familia). En tercer lugar, se ha de solicitar la tramitación de la baja por maternidad²⁹⁵. En cuarto lugar, los padres deben entregar a sus correspondientes empleadores la documentación necesaria para tramitar los permisos de maternidad y paternidad²⁹⁶. En quinto lugar, los padres deben entregar el informe generado por las empresas junto con otros documentos²⁹⁷ a la Seguridad Social para solicitar las prestaciones de maternidad y paternidad. También se debe afiliarse al bebé a la Seguridad Social, tramitar la solicitud de la tarjeta sanitaria del recién nacido²⁹⁸ y la asignación del pediatra²⁹⁹. Este trámite ha de realizarse con prontitud ya que el pediatra deberá hacer la segunda prueba del talón entre el quinto y el décimo día de vida del niño. Otros trámites relacionados con el nacimiento son la solicitud de ayudas, la tramitación del DNI del bebé.³⁰⁰

En resumen, ante la cantidad de trámites que los padres van a tener que realizar y vistas las limitaciones lingüísticas y la falta de integración de los nuevos padres, la MILICS se plantea la posibilidad de involucrarse en el caso para facilitarles el proceso. Sin embargo, ¿está esta actuación dentro de su deber profesional o está cruzando los límites? Trataremos esta cuestión más adelante cuando nos centremos en la tarea de derivar y las subtareas asociadas de acompañamiento y seguimiento.

5.3.3.3. Derivar

Cuando los pacientes acaban de ser atendidos en las consultas pueden darse dos posibilidades: que la consulta dé lugar a la finalización del proceso o que sean

²⁹⁴ En ambos DNI debe constar la dirección actual, en caso contrario se debe aportar el certificado de empadronamiento.

²⁹⁵ Este trámite se realiza en el CAP. Normalmente permiten que la baja por maternidad pueda recogerla otra persona (el padre u otro familiar directo) para que no tenga que ir la madre. Se ha de aportar el informe de alta hospitalaria (recogido a la salida del ingreso hospitalario) y el DNI de la madre.

²⁹⁶ En el caso de la madre, libro de familia (con el niño ya inscrito), DNI de la madre y baja por maternidad; en el caso del padre, DNI del padre y libro de familia (con el niño ya inscrito).

²⁹⁷ En <http://www.tramitesnacimiento.com/page2.htm> se puede consultar los documentos que se requieren para la realización de estos trámites. [Fecha de consulta: 12 de mayo de 2015].

²⁹⁸ Para tramitar la tarjeta sanitaria provisional del recién nacido, se debe entregar en el la documentación proporcionada por el PS al departamento de Admisión general del hospital.

²⁹⁹ El recién nacido debe haber sido afiliado como beneficiario a la Seguridad Social y estar empadronado en el municipio para la asignación del pediatra. También han de aportarse otros documentos como el de solicitud de tarjeta sanitaria y el libro de familia.

³⁰⁰ Se trata de un trámite opcional. No obstante, es necesario que el bebé cuente con esta documentación en aquellos casos en que tenga que viajar fuera del país (también puede requerirse este documento para viajes nacionales).

necesarias nuevas consultas³⁰¹. En este último caso, los pacientes han dirigirse a recepción para solicitar una nueva cita (en el mismo centro sanitario o en otro). Sin embargo, sin la presencia de la MILICS, este sencillo trámite para cualquier paciente autóctono, puede plantear muchos problemas a los pacientes de origen extranjero que tengan un limitado conocimiento de la lengua.

CASO 20

[En la consulta de la matrona]

La paciente, una mujer china de 30 años embarazada de su segundo hijo y acompañada de su hija de 2 años nacida en España, se encuentra en la 37ª semana de gestación. Lleva 6 años viviendo en España y es inmigrante de primera generación. Habla español con dificultad, ha aprendido el idioma de manera autodidacta, principalmente mediante su experiencia laboral en un restaurante.

Su actitud es reservada y distante, no mira a la matrona directamente, no gesticula, no participa mucho en la conversación, se limita a contestar a las preguntas de la matrona con monosílabos, siempre con la misma respuesta “sí”. A pesar de que en todo momento contesta afirmativamente, da la impresión de que en ocasiones no entiende lo que se le está preguntando.

Antes de finalizar la consulta, la matrona le insta a llamar al hospital para pedir cita antes del parto.

Una vez acabada la consulta, la MILICS se queda intranquila. En vista del limitado nivel de español que tiene la paciente, la MILICS sospecha que esta va a tener bastantes problemas para pedir la cita. Además, el hecho de tratarse de una conversación por teléfono seguramente dificultará más esta tarea, al no poder servirse del lenguaje gestual o de medios gráficos como calendarios (para determinar el día de la cita) que pudieran ayudar en la comunicación. ¿Qué debería hacer? ¿Sería conveniente que se ofreciese a hacer esta llamada por la paciente? Los códigos de CHIA (p. 37, 44) e IMIA (A-16. C) incluyen entre las tareas de la intérprete el deber de facilitar a los pacientes la solicitud de nuevas citas. Muchos autores³⁰² coinciden en que la MILICS puede actuar en

³⁰¹ Este es el modo de proceder habitual en lo que se refiere a los Servicios de SSyR en el que se dan numerosas citas a lo largo de todo el proceso del embarazo en los que intervienen diferentes servicios. En páginas anteriores puede consultarse un resumen simplificado de los controles que habitualmente se realizan durante el embarazo.

³⁰² Entre ellos Sales (2014), Querol (2014), Gómez Lozano (2012), Guerrero (2012) y Molineri (2011).

beneficio del paciente para ayudarlo a realizar algún trámite. Sales (2014: 76) resalta que además, generalmente, la intervención de la MILICS ante este tipo de situaciones no solo beneficia al paciente (al facilitarle un trámite desconocido que se expone en una lengua que no domina) sino que repercute positivamente en la optimización de los recursos y funcionamiento de los SS.

Contrariamente a las recomendaciones expuestas hasta ahora, en este caso la MILICS no intervino. Las razones que le hicieron tomar esta decisión fueron varias. Por un lado, la paciente salió bastante rápido de la consulta, con lo que a la MILICS no le dio casi tiempo para reaccionar. Además, la paciente mostraba cierta incomodidad ante la presencia de la MILICS. No acababa de comprender quién era esa persona que en esta ocasión (pero no en anteriores) estaba presente en la consulta y quería ayudarlo a comunicarse con la matrona. En relación con esta reticencia a recurrir a la MILICS que puede haber desde los pacientes y el PS, sería recomendable que desde la mediación comunitaria se pudiesen en marcha programas destinados a promocionar los servicios de las MILICS. Seguramente un mayor conocimiento de estos por parte de los implicados contribuiría a afianzar la figura profesional de las MILICS y aumentar la solicitud de servicios de las mismas.

Sin embargo, aunque las razones que llevan a la MILICS a no actuar son comprensibles, creemos que hubiera sido conveniente que la MILICS sí hubiera intentado ofrecerse y, de este modo, haber dejado la opción de aceptar o declinar la ayuda a la paciente. Con ello se hubiera quedado más tranquila al saber que ha hecho todo lo que estaba en su mano para facilitar a la paciente el acceso al servicio sanitario al que se le deriva, por un lado, y para asegurar la optimización del funcionamiento de los SS, por otro. En línea con lo expuesto en el presente caso, consideramos oportuno hacer la siguiente recomendación:

- Parece oportuno que la MILICS se ofrezca a pedir cita en nombre de aquellos pacientes cuyo limitado nivel lingüístico haga sospechar que vayan a tener dificultades para hacerlo por sí mismos, especialmente en aquellos casos en que los pacientes sean derivados a un nuevo servicio.

Muchas veces ocurre que los pacientes que son derivados a nuevos servicios suelen no acudir a los mismos o llegar tarde. Esta actitud deriva del hecho de que, como apunta Querol (2014: 124), las dificultades comunicativas entre los interlocutores no obedecen

solo a la ausencia de una lengua común, sino también a que algunos procedimientos y contenidos aludidos en los trámites administrativos son ajenos a los pacientes. Esta afirmación de Querol es extensible a las ocasiones en que los pacientes son derivados a nuevos servicios. Veamos algunos casos al respecto³⁰³:

CASO 21

[En el Centro de Atención Primaria]

Acudo a la consulta de atención primaria para acompañar a la paciente para una cita para la realización de análisis. Cuando llego a la sala de extracciones, la paciente no se encuentra ahí, pregunto al personal de enfermería y me contestan que no ha aparecido ninguna paciente de origen chino, pero que sí había una citada.

CASO 22

[En el hospital]

Una mujer china embarazada de su 4º hijo acude al hospital para realizarse las pruebas de nivel de glucosa en sangre que determinen si la gestante presenta diabetes gestacional, como le ocurrió en sus anteriores embarazos. Llego a la entrada del hospital, donde habíamos quedado, pero ni la mujer ni su marido están presentes.

Hemos agrupado estos dos casos porque plantean la misma situación. La MILICS ha sido citada para intervenir con pacientes de origen chino, pero estas no se presentan. En principio, en ausencia de las pacientes, los servicios que iba a ofrecer la MILICS no se darán, con lo cual podría prescindirse de ella. No obstante, la MILICS está extrañada ya que conoce a las pacientes de anteriores consultas y sabe el interés que tenían por acudir a la consulta. Así que decide intervenir activamente:

³⁰³ Los casos que exponemos a continuación corresponden con el caso 4 y 5 y se han tratado también en el subapartado de imparcialidad pero desde otro prisma.

Caso 21 (continuación)

Decido llamarla por teléfono para averiguar si le ha surgido algún problema que le haya impedido acudir a la consulta. La paciente me contesta que se encuentra en el centro sanitario pero que en la consulta de su médico no hay nadie para atenderla. Tras llamarla por teléfono e indicarle el lugar dónde debe acudir, llega en pocos minutos.

Caso 22 (continuación)

Les llamo por teléfono y me dicen que sí están en el hospital, justo delante de la puerta de la consulta de endocrinología. Les comunico que se han equivocado, ya que las extracciones de sangre no se realizan allí, sino en la sala de extracciones, a la entrada del hospital.

En estos dos casos la MILICS decide llamar por teléfono a las pacientes para conocer la razón de su ausencia. Seguramente, haya quienes opinen que la MILICS está extralimitándose en sus funciones. Al fin y al cabo, su labor no es ser la secretaria de los pacientes de origen extranjero y recordarles su agenda³⁰⁴. Sin embargo, la MILICS no pasa por alto que, justamente por su condición de extranjeras y su poca integración en la sociedad de acogida, puede ocurrir que las pacientes no acudan a la consulta debido a malentendidos lingüísticos. De hecho, en ambos casos se demuestra que así era y que esta decisión activa de la MILICS de llamar por teléfono a las pacientes fue, precisamente, la que permitió solucionar el malentendido y permitió que las pacientes recibieran la atención sanitaria. En línea con lo expuesto, creemos que la actuación de la MILICS está justificada y proponemos la siguiente recomendación:

- Parece oportuno que la MILICS valore la conveniencia de llamar por teléfono para recordar las citas y el lugar de las mismas a aquellos pacientes que presenten un limitado nivel lingüístico y poca integración en la sociedad de acogida.

³⁰⁴ El código de IMIA (A-18. A) sí incluye como indicadores de profesionalidad el hecho de que la MILICS notifique a los pacientes las citas en los SS y/o la cancelación o el cambio de fecha de las mismas.

Como apuntamos anteriormente, es frecuente que por problemas de incomprensión los pacientes de origen extranjero no se presenten a consultas a las que habían sido citados. Esta cuestión también se da en lo que se refiere a la realización de otros trámites. Es decir, es probable que por incomprensión, desconocimiento y falta de integración un paciente extranjero no sea capaz de realizar los trámites burocráticos necesarios para acceder a algún servicio o realizar alguna gestión.

CASO 23

[En la consulta con la matrona]

Una mujer china acude a la consulta con la matrona para la visita puerperal. Nada más entrar la matrona le pregunta enfadada por qué ha acudido tan tarde (han pasado dos semanas largas desde el parto). Le echa en cara que aún no se ha realizado la segunda prueba del talón del bebé y que, dado que se ha demorado mucho, en caso de realizarse la prueba no tendría la misma fiabilidad. La mujer contesta que no sabe a qué se refiere y que si no ha acudido antes al médico es porque estaba descansando y recuperando fuerzas para poder atender bien al bebé.

No nos detendremos a analizar aquí el modo en que la MILICS gestiona la interacción comunicativa (esto se hará más adelante en otro apartado del capítulo) sino en poner de manifiesto el problema que se ha desencadenado. Este caso es la continuación del caso 19, donde la MILICS se cuestionó la pertinencia de ayudar a los padres en la realización de los trámites burocráticos asociados al nacimiento que comentamos anteriormente. Al parecer, aunque la MILICS informó de estos trámites, finalmente los padres no supieron llevarlos a cabo solos. Creemos, por lo tanto, que la actuación de la MILICS de decidir no implicarse más en el caso más allá de la transmisión de la información burocrática no fue acertada porque aunque contribuyó a facilitar el acceso de los padres a estos, esta contribución fue parcial y además se hizo en ausencia del PS. En otras palabras, creemos que si la MILICS hubiese optado por acompañar a los padres en la realización de estos trámites, las probabilidades de que la madre hubiese acudido a la consulta dentro de los plazos establecidos hubiera sido mayor y seguramente no se hubiera dado el problema.

Además hay otras razones que justificarían que la MILICS hubiese actuado de un modo más activo que están relacionadas con otra cuestión relativa a las diferencias entre culturas sanitarias, más concretamente, a las prácticas de recuperación de la salud tras el parto. En la cultura china, cuando una mujer da a luz se inicia un periodo de cuarentena orientado a la recuperación de la salud de la madre conocido como 坐月子 *zuo yuezi* (sentar el mes)³⁰⁵, según el cual durante el mes siguiente al nacimiento la madre deberá no hacer esfuerzos, permanecer en casa, no exponerse a corrientes de aire, no exponerse a agua fría ni lavarse³⁰⁶ y seguir una dieta especial para recuperar la armonía interna del cuerpo (Pillsbury, 1978; citado en Cheung, 1997: 2). La MILICS que, como conocedora de la cultura china, estaba o debía estar al tanto de esta cuestión, debería haber sospechado que la urgencia que requería la realización de los trámites iba a chocar con las pautas culturales sobre recuperación de la salud de la cultura de la paciente y, en consecuencia, se daba una alta probabilidad de que la paciente no realizase los trámites y gestiones dentro de los plazos establecidos para ello.

Toda esta situación hubiera sido evitable si el PS hubiera contado desde el primer momento con la colaboración de la MILICS para hacer llegar a los nuevos padres todas estas informaciones. De haberse dado un encuentro a tres la MILICS, mientras transmitía las informaciones proporcionadas por el PS, podría haber sacado a la luz esta cuestión cultural, lo que hubiera dado la posibilidad al PS de insistir en la importancia de realizar todas las gestiones con premura.

En relación con lo expuesto en este caso, creemos conveniente plantear la siguiente recomendación:

- Parece pertinente que la MILICS acompañe a los padres a tramitar cuestiones administrativas relacionadas con el nacimiento y la salud del recién nacido, especialmente aquellas que tengan transcendencia sanitaria como por ejemplo la realización de la prueba del talón.

³⁰⁵ Es interesante apuntar cómo el artículo de Cheung (1997) pone de manifiesto que esta práctica es también muy habitual entre las mujeres de origen chino asentadas en otras comunidades. En el caso de su estudio, en Escocia.

³⁰⁶ En este caso es importante resaltar que comúnmente se ha considerado que esta reticencia a la exposición al agua que presentan las mujeres chinas durante la cuarentena estaba asociada a una falta de higiene por parte de las mismas. No obstante, Cheung (1997: 2) revela que en realidad la mujer china sí se lava durante este periodo pero lo hace de un modo diferente (utilizando toallas húmedas y por partes).

A raíz de esta recomendación nos puede surgir la duda de si la MILICS debería ofrecerse a ayudar en cuestiones relacionadas con el nacimiento que puedan tener un carácter más administrativo como pueda ser, por ejemplo, la tramitación de la baja por maternidad. Veamos un caso al respecto:

CASO 24

[Intervención telefónica]

Recibo una llamada de una pareja china que acaba de tener un bebé. Disponen de mi número porque he estado acompañándoles a las consultas durante el embarazo. La pareja me pide que quede con ellos para que les ayude con los trámites de la baja por maternidad.

La primera cuestión que llama la atención en este caso es que la pareja contacte directamente con la MILICS y que lo hagan a través de su número personal y no de trabajo. Recordemos que Querol (2014: 145) insiste en que la MILICS debe ceñirse a proporcionar información para contactar con el servicio de MILICS, pero nunca información que sea propia del ámbito privado, puesto que estaría excediendo sus competencias profesionales e implicándose personalmente. Los códigos coinciden en que la MILICS debe evitar la implicación personal (IMIA, (apartado C-5), NCIHC (pauta 16), CHIA (p. 27, *Professionalism and Integrity*)³⁰⁷. Sin embargo, aunque estamos de acuerdo en este punto, ya comentamos en el apartado de metodología que la MILICS realiza su labor de manera voluntaria y sin estar ligada a ningún servicio de MILICS, básicamente porque son inexistentes. En consecuencia la MILICS no tuvo más remedio que proporcionar sus datos personales tanto al PS como a los pacientes. Dejando de lado esta cuestión pasamos a comentar otros aspectos del caso.

En esta ocasión los pacientes solicitan a la MILICS su colaboración para tratar una cuestión que, aunque está ligada al ámbito sanitario, se realiza en el ámbito

³⁰⁷ Aunque CHIA se pronuncia en estos términos, también deja una puerta abierta a una posible implicación personal de la MILICS ya que considera que en ocasiones puede resultar incluso recomendable (siempre que no ponga en riesgo el vínculo terapéutico).

administrativo-laboral³⁰⁸. En primer lugar a la MILICS le surge la duda de si atender esta solicitud entra dentro de su deber profesional.

La tramitación de la baja por maternidad y paternidad es un proceso burocrático ligado a un acontecimiento sanitario (el nacimiento de un bebé). Recordemos que Sales (2014: 76), Querol (2014), Gómez Lozano (2012) y Guerrero (2012) recomiendan que la MILICS valore la conveniencia de actuar en beneficio del paciente para ayudarlo a realizar algún trámite. Querol (2014: 148) apunta que la MILICS tiene la obligación de realizar un seguimiento de los casos inconclusos; no obstante, señala que dicho deber se limita a aquellas situaciones en las que las partes se encuentran en el centro hospitalario. Sin embargo, para la tramitación de la baja por maternidad es necesario dirigirse a las siguientes instituciones: el centro hospitalario (donde se obtiene el informe de maternidad), el Centro de Atención Primaria (se solicita la baja por maternidad), el Registro Civil (inscripción del recién nacido), el centro donde los padres desempeñan su actividad laboral (obtención del certificado de la empresa), la Seguridad Social (entrega de informes proporcionados por la empresa y otra documentación para la finalización del trámite). Si la MILICS siguiese la propuesta de Querol, ¿debería acompañar a la pareja en la realización de algunos trámites que se dan en el contexto sanitario, pero no para otros que se dan fuera de este, como por ejemplo para la inscripción del recién nacido en el Registro Civil? A nuestro parecer no parecería muy lógico que la MILICS actuase de este modo. Creemos que sería más conveniente que acompañase a la pareja en la realización de todos los trámites para agilizar al máximo el proceso. Al fin y al cabo, en casi todos los contextos se van a dar interacciones comunicativas entre profesionales de los Servicios Públicos (exceptuando el caso de la tramitación del certificado de la empresa) y unos usuarios que ven entorpecido su acceso a ellos por la existencia de barreras comunicativas y culturales. No obstante, sería importante que la MILICS aprovechara al mismo tiempo para hacer una labor de empoderamiento. De hecho como señala Lesch (citado en Valero 2003: 5) una de las labores de las MILICS es precisamente equipar a las comunidades con la información necesaria y otros medios que les permitan desarrollar estrategias por sí mismos. Es decir, si la MILICS acompañase a los padres durante todo el proceso, debería aprovechar también para fomentar la autonomía del usuario (Giménez, 2002; Querol, 2014) y hacer hincapié en que los padres intenten mejorar su nivel de integración en la cultura de llegada

³⁰⁸ La gestión del Sistema de Seguridad Social depende del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

empezando, obviamente, por la necesidad de adquirir un mayor conocimiento y dominio de la lengua. Podría incluso facilitarle informaciones externas sobre centros en los que les puedan ayudar a ello. Así pues, proponemos la siguiente recomendación:

- Parece recomendable que la MILICS ayude a pacientes que presentan un nivel lingüístico muy limitado y con poco nivel de integración en la sociedad de acogida a realizar los trámites asociados al nacimiento de un niño.

En realidad, las recomendaciones que hemos incluido no serían más que concreciones a lo que Querol (2014: 148) establece respecto a la necesidad de que la MILICS realice un seguimiento de aquellos casos que queden inconclusos. Querol (2014: 144) hace hincapié en los beneficios del seguimiento que permite a la MILICS conocer más detalles del contexto y de las partes involucradas en el caso y que posibilita una acción de la mediación más amplia y con un marcado carácter preventivo, creativo y transformador. En este sentido, el seguimiento no solo permite a la MILICS garantizar el acceso efectivo e igualitario de los pacientes de origen extranjero a los SS al eliminar las barreras que puedan dificultar o impedir la comunicación en cualquiera de los encuentros entre PS y pacientes, sino que además sirve como contexto para realizar un proceso de empoderamiento dirigido a las pacientes en el que, en primer lugar, la MILICS debería intentar hacer “calar” en las pacientes la necesidad de integrarse en la sociedad de acogida y, en segundo lugar, la importancia que tiene el aprendizaje de la lengua para poder cobrar autonomía. Durante este proceso la MILICS podría facilitarle datos e informaciones sobre cómo llevar a cabo estas acciones.

Otro beneficio del seguimiento es que permite a la MILICS detectar aspectos que puedan revelarse problemáticos y tomar la iniciativa de elaborar planes o materiales que puedan serle de ayuda para la resolución de situaciones similares.

Creemos que al ser el seguimiento del embarazo un proceso alargado en el tiempo, parece lógico pensar que una paciente que necesite de la intervención de la MILICS para comunicarse con el PS, lo hará durante todo el periodo que dure su gestación y el posparto. Por lo que:

- Parece recomendable que la MILICS haga *un seguimiento de todo el proceso del embarazo* de aquellas pacientes que vean limitado su acceso por la existencia de barreras lingüísticas y culturales.

Los casos que hemos tratado hasta el momento parecen abogar por una mayor implicación de la MILICS en la realización de tareas que van más allá de la facilitación de la conversación. No obstante, se han dado otros casos que expondremos a continuación donde se podría considerar que la implicación de la MILICS ha sobrepasado sus límites y que están directamente relacionados con el hecho de que la MILICS carezca de una situación laboral regulada en el seno de los SS.

CASO 25

[En la consulta de tocología]

La paciente acude a la cita con la tocóloga acompañada de su marido. Esperamos hora y media frente a la consulta a pesar de haber concertado cita con anterioridad. La paciente y su marido se quejan en repetidas ocasiones ante la larga espera.

Este caso ya se trató en el subapartado de imparcialidad (caso 3). Sin embargo, ahora se analiza desde el prisma de las competencias profesionales de la MILICS y sus límites, ya que podría cuestionarse el hecho de que la MILICS se espere una hora y media con los pacientes antes de entrar en la consulta. ¿Qué debería haber hecho la MILICS? ¿Es acertada su decisión de esperar con la paciente y su marido durante tanto rato? ¿Debería haber actuado de otro modo?

En este caso, como la MILICS no pertenece al personal laboral del hospital, no tiene más remedio que hacerlo ya que no puede adivinar a qué hora van a ser llamados los pacientes y tampoco puede pasearse por el hospital buscando a algún paciente que pudiera necesitar sus servicios. Sin embargo, en el caso de estar contratada por el hospital, sí llamaría la atención que optase por esperar junto a los pacientes durante tanto tiempo. En primer lugar porque el tiempo de espera que comparten paciente, marido y MILICS podría comprometer la imparcialidad/profesionalidad de la MILICS

ya que es difícil pensar en que esa hora y media transcurra sin que se dé una conversación entre los pacientes y la MILICS. Ante situaciones en que se da intercambio comunicativo entre pacientes y MILICS cuando estos se encuentran a solas (como por ejemplo en el caso que acabamos de exponer) Casas, Collazos, y Qureshi (2009: 296-304) recomiendan que la MILICS trate de abordar una posición neutral. De actuar de modo contrario los autores alertan de que la MILICS podría dar lugar a la creación de falsas expectativas sobre su rol³⁰⁹. Sin embargo, teniendo en cuenta las características del encuentro, resultaría difícil que la conversación no girase en torno al asunto de la intervención posterior. En otras palabras, parece bastante probable que la paciente comience una conversación en la que intente explicar a la MILICS cuestiones sobre su situación personal y clínica. En segundo lugar porque quizá sería más conveniente optimizar recursos, es decir, parece más acertado que la MILICS pudiese prestar sus servicios a otros pacientes que lo necesitaran y acudir a la cita poco antes de que los pacientes fuesen a ser llamados para entrar en la consulta. Para poder actuar de este modo sería necesario que la MILICS contase con algún dispositivo para que el PS pudiese ponerse en contacto con ella y avisarle con la suficiente antelación.

CASO 26

[Farmacia, llamada telefónica]

Pedimos hora para los análisis y nos separamos. No obstante, a los pocos minutos recibo una llamada de la paciente, que está en la farmacia. Al parecer, la fecha de recogida de los medicamentos es errónea, no se le permite hacerlo hasta diciembre, dos meses después. Me pregunta si no me importa acudir a la farmacia para tratar de aclarar la situación.

Este caso también podría plantear un dilema a la MILICS respecto a los límites de sus competencias. La paciente pide a la MILICS que acuda a la farmacia para ayudarle a comunicarse con la farmacéutica y obtener los medicamentos. ¿Qué debería hacer la

³⁰⁹ Con esto no queremos defender que no se dé ninguna reunión previa entre paciente y MILICS, sino que se aproveche esta misma para aclarar ciertas cuestiones acerca de cómo se va a desarrollar la interacción comunicativa tratando de evitar, dentro de lo posible, entrar a tratar temas personales que pudieran comprometer la interacción posterior.

MILICS? ¿Sería conveniente que optase por ir a la farmacia a ayudar a la paciente? Lo cierto es que podríamos encontrar argumentos a favor y en contra de cualquiera de las actuaciones. Por un lado, el encuentro en la farmacia excede el ámbito de los servicios públicos. Sin embargo, sí está estrechamente relacionado con los SS. Por otro lado, la paciente necesita la medicación que le ha sido recetada y no puede obtenerla debido a un error del médico en la cumplimentación de la receta. Veamos qué hizo la MILICS:

Caso 26 (continuación)

Como la paciente necesita los medicamentos decido acudir. Tras hablar con la farmacéutica y explicarle la situación, esta accede a venderle los medicamentos, pero sin la rebaja correspondiente a la receta.

Finalmente la MILICS ha optado por acudir a la farmacia, ya que entiende que es primordial atender la necesidad de la paciente de adquirir los medicamentos. Creemos que la MILICS ha tomado una decisión acertada al optar por deshacer el malentendido con la farmacéutica y priorizar la salud de la paciente, podríamos considerarlo una excepción etnoculturalmente justificada. No obstante, creemos que si la MILICS hubiese mantenido una relación laboral con la institución sanitaria este acompañamiento no debería haberse producido ya que en el tiempo que se ausentase la MILICS del centro sanitario podría haber otros médicos y pacientes que necesitasen de su intervención. Sin embargo, la paciente sí podría haber llamado al servicio de MILICS del centro sanitario para que la MILICS pudiese explicar la situación a la farmacéutica mediante una intervención telefónica. Al estar ligada laboralmente a la institución sanitaria, la MILICS sería considerada parte del equipo médico, y sus intervenciones para tratar situaciones como las que acabamos de exponer poseerían un mayor peso, reconocimiento y autoridad.

El caso que incluiremos a continuación también está relacionado con las peticiones que las pacientes y sus acompañantes hacen en ocasiones a las MILICS. Sin embargo presenta un cariz diferente:

CASO 27

[A la salida de la consulta del médico]

Salimos de la consulta y el marido de la paciente me dice que en la fecha que le han dado para la consulta en el hospital él no estará presente por motivos laborales y que, por lo tanto, no podrá acompañar ni llevar a su mujer al médico. Me pide que pase a recoger a la paciente a su casa (en otro municipio) y que vayamos juntas al hospital desde ahí.

En el caso que acabamos de exponer el marido hace a la MILICS una petición que se encuentra muy alejada de sus funciones profesionales. Recordemos que los códigos y los investigadores suelen limitar las funciones de la MILICS a la facilitación de la comunicación y que aunque contemplan casos en que pueda darse una trasgresión a esta norma (algunos de ellos los hemos ido comentando a lo largo del presente capítulo) estos se ciñen a las actuaciones de la MILICS en el ámbito sanitario. Parece altamente improbable que cualquier código o investigador estuviese de acuerdo en que la MILICS se prestase a hacer de taxista y sin embargo:

Caso 27 (continuación)

Quedo con la paciente delante de su casa para el día de la cita y accedo a llevarla al hospital.

El caso que acabamos de incluir no se limita a una situación aislada. En realidad acabó siendo casi una costumbre. Como consecuencia de estas idas y venidas a las consultas la MILICS desarrolló una fuerte vinculación personal con la paciente y su familia que acabó dando lugar a una relación de amistad. Sin embargo, su actuación se convirtió en claramente no profesional. Con este modo de actuar la MILICS no propició el empoderamiento y la autonomía de la paciente sino que más bien creó un sentimiento de apego de la misma hacia ella. Igualmente el hecho de tener una relación con la paciente

comprometió en muchos casos su profesionalidad ya que, sin querer, se había convertido en la amiga y defensora de la paciente más que en la MILICS.

Aunque estamos totalmente de acuerdo en que la conducta de la MILICS no puede considerarse profesional creemos que vale la pena comentar que, como se apuntó en el apartado sobre las limitaciones del estudio, el PS ha mostrado en general una actitud pasiva en cuanto a su colaboración en este trabajo que ha condicionado la tendencia de la MILICS a involucrarse personalmente en los casos. Agradezco, por supuesto, que me hayan permitido entrar en las consultas para actuar en situaciones reales que han servido, además de para la elaboración de esta tesis, para facilitar una atención sanitaria a mujeres que presentaban dificultades en su comunicación con el PS y su acceso a los SS en una etapa tan importante en la vida para cualquier persona como es el nacimiento de un hijo. Del mismo modo, aunque indudablemente las mayores beneficiadas han sido las pacientes que han visto reducido su estrés al poder comunicarse con el PS de manera eficiente y tener mejor información sobre su salud y una mejor relación con el PS, considero que el PS también se ha visto beneficiado porque gracias a mi intervención como MILICS ha podido comunicarse de una manera más eficiente con sus pacientes. Cuando digo que el PS ha mostrado en general una actitud pasiva en su colaboración con el trabajo, que ha comprometido mi modo de actuar, condicionándolo hacia una tendencia a involucrarme personalmente en los casos, quiero decir que hubiera deseado que se hubiese dado una mayor implicación por su parte, es decir, hubiese sido conveniente que el PS hubiese tomado la iniciativa de llamar para solicitar un servicio de MILICS en más ocasiones. Sin embargo, exceptuando algunos casos, se ha tendido a facilitar mis datos a las pacientes, lo que ha condicionado que se desarrollase este vínculo personal con las pacientes y, en consecuencia, esta conducta no profesional. En resumen, lo que quiero poner de manifiesto es que el hecho de no contar con una relación con la institución no me ha ayudado a mantenerme dentro de los límites profesionales, sino todo lo contrario.

5.3.3.4. Resumen

En el presente apartado se han analizado casos reales con pacientes embarazadas de origen chino. En general, se ha constatado que existen numerosas situaciones que

pueden suponer un dilema a la MILICS con respecto a la delimitación de funciones y en las que, para cumplir con su objetivo de para facilitar el acceso a la población de origen chino a los Servicios de SSyR, parece más conveniente que la MILICS tome un papel más activo y realice otras cuestiones a parte de la interpretación lingüística en las consultas. Concretamente, tratamos casos en los que la MILICS atendiendo a motivos socioculturales informaba unilateralmente a otros interlocutores (el marido) acerca del seguimiento del embarazo, pedía citas para las pacientes y hacía llamadas para recordarles el lugar de las mismas, aconsejaba a la paciente sobre una cuestión relacionada con el saber popular que había olvidado aportar el PS, se veía en la obligación de interpretar a la vista un consentimiento informado (por la urgencia de la situación a pesar de no sentirse capacitada para ello), informaba y ayudaba a las partes a realizar trámites relacionados con el nacimiento de un niño dentro y fuera del ámbito sanitario (como por ejemplo la cumplimentación de formularios, pero también la tramitación de la baja por maternidad y paternidad, realización de la prueba del talón, inscripción del bebé en el registro civil), acudía a la farmacia para ayudar a la paciente a adquirir los medicamentos que le recetaba el médico y accedía a “hacer de taxista”.

Se ha abordado el análisis teniendo en cuenta las aportaciones de los códigos e investigadores y se ha constatado que en el caso de las pacientes de origen chino, la gran distancia cultural que existe entre la cultura española y la china y el poco nivel de integración que se observa en las pacientes de origen chino parecen recomendar una intervención preferiblemente activa por parte de la MILICS en lo referente a las tareas de informar, interpretar, traducir, derivar y acompañar.

Con esto no queremos decir que la MILICS deba adoptar por defecto el rol de *advocator* cuando trate con pacientes de origen chino, y ofrecerse a realizar cualquier tarea que le solicite el PS o las propias pacientes, sino que debe plantearse la conveniencia de ampliar sus tareas para tratar de eliminar las barreras que pueden limitar el derecho de estas pacientes a la SSyR. Para ello será indispensable que la MILICS valore cuestiones socioculturales diversas como el nivel educativo de las pacientes, la integración de las pacientes en la sociedad de acogida y su grado de conocimiento del funcionamiento de los SS.

Finalmente, para acabar la discusión sobre la delimitación de competencias de la MILICS y en concordancia con las cuestiones tratadas en los casos, queremos incidir en

la necesidad de que se dé un mayor reconocimiento institucional y profesional a la figura de la MILICS, ya que se ha comprobado que la desregulación profesional hace que los dilemas relacionados con la delimitación de competencias sean especialmente complejos y abundantes.

5.3.4. Análisis de casos en relación al control de la interacción

En el apartado sobre control de la interacción incluimos las aportaciones que se han hecho desde el ámbito investigador³¹⁰ acerca del control de la interacción que ejerce voluntaria o involuntariamente la MILICS en la interacción triádica³¹¹. También observamos cómo los códigos deontológicos no muestran consenso en cuanto a la función de la ISP sanitaria de gestionar o coordinar la comunicación. Además, citamos la propuesta de Ortí y Sánchez (2014) que incluía una serie de pautas relacionadas con la toma y distribución de turnos, el control de los contenidos y los aspectos no verbales de la comunicación, encaminadas a guiar a la MILICS en su labor de gestión de la interacción comunicativa. El presente apartado pretende contribuir a las propuestas de Ortí y Sánchez (2014) a partir del análisis de casos en consultas con mujeres embarazadas de origen chino.

Antes de continuar, queremos resaltar que debido a la imposibilidad de contar con grabaciones audiovisuales, nos ha resultado difícil registrar los casos para su análisis posterior de la manera más eficiente posible. En este sentido, las aportaciones que se incluyen a continuación pueden pecar de haber perdido elementos clave para el análisis del control de la interacción al ser imposible revisar aspectos como el lenguaje no verbal o el intercambio de turnos de palabra que no se registran con el mismo detalle en las fichas que en grabaciones de audio (para intercambio de turnos) o vídeo (para lenguaje no verbal e intercambio de turnos). Del mismo modo, la falta de material audiovisual ha impedido que se hayan podido analizar más casos relacionados con el control de la

³¹⁰ Véase Berk-Seligson (1990), Zimman (1994), Gentile *et al.* (1996), Roberts (1997), Roy (2000), Wadensjö (1998), Mason (2001), Bermúdez *et al.* (2002), Angelelli (2004), Bot (2005), Hsieh (2004, 2006), Raga (2006), Hale (2007), Prats y Pinillos (2009), Qureshi *et al.* (2009), Ortí y Sánchez (2014).

³¹¹ En líneas generales, los investigadores coinciden en que dicho control debe ser ejercido con ciertos límites y siendo conscientes de las consecuencias de las intervenciones de la MILICS.

interacción ya que como apuntábamos anteriormente es difícil registrar este tipo de datos en las fichas.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones mencionadas, creemos conveniente incluir los siguientes casos porque aportan información clave acerca del comportamiento comunicativo de las pacientes de origen chino que puede ser de interés para otras MILICS.

Anteriormente comentamos que la cultura comunicativa china dista mucho de la española. Debido a estas diferencias pueden surgir problemas en la interacción:

CASO 28:

[En la sala de extracciones]

La enfermera da a la paciente las instrucciones correspondientes para proceder a la extracción de sangre, la paciente obedece pero no contesta. Más allá de esto, la interacción entre ambas es inexistente, tanto en la comunicación verbal como en la no verbal.

En el caso que acabamos de exponer, la comunicación entre la paciente y la enfermera es inexistente. La MILICS considera que la enfermera podría malinterpretar la actitud pasiva de la paciente. Sin embargo, la actitud de la paciente es perfectamente normal dentro de los parámetros de su cultura comunicativa. Es más, su pasividad es en realidad una muestra de respeto hacia el PS. Ante esta situación la MILICS se pregunta si debe cobrar visibilidad e intervenir para ayudar a fomentar la comunicación entre las partes y en consecuencia contribuir a mejorar la relación PS-paciente. Veamos cómo actuó finalmente:

Caso 28 (continuación)

Las extracciones de sangre se realizan en silencio, cuando terminan la enfermera da instrucciones a la paciente para pedir cita con el médico para obtener los resultados. Tras esto las partes se despiden.

En este caso, la MILICS optó por no intervenir y explicar a la enfermera que la pasividad de la paciente respondía a las pautas de comportamiento y comunicación propias de su cultura. ¿Es adecuada su decisión? ¿contribuye a mejorar la relación PS-paciente?

Ortí y Sánchez (2014: 176) sostienen que el principio básico que debe regir la decisión de la MILICS de intervenir en el control de la interacción es que la gestión de la comunicación sirva para mejorar la atención médica a los pacientes. Atendiendo a esta afirmación para el presente caso más que optar por intervenir directamente en la interacción (las extracciones de sangre van a ser realizadas independientemente de que haya o no intercambio comunicativo), parecería más recomendable que la MILICS realizase tareas de mediación comunitaria con el PS en las que diese a conocer aspectos culturales (cultura comunicativa y otros) de los pacientes de origen chino en aras de evitar malentendidos y contribuir a mejorar la relación PS-paciente ya que está comprobado que esta tiene un efecto importante sobre la atención sanitaria incluyendo el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes (Kuo y Fagan, 1999; Rivadeneyra et. al 2000).

El siguiente caso plantea también un dilema en relación al control de la interacción, pero tiene un cariz diferente:

CASO 29:

[En la consulta con la matrona]

La actitud de la paciente es reservada y distante, no mira a la matrona directamente, no gesticula, no participa mucho en la conversación, se limita a contestar a las preguntas de la matrona con monosílabos, siempre con la misma respuesta “sí”. A pesar de que en todo momento contesta afirmativamente, da la impresión de que en ocasiones no entiende lo que se le está preguntando.

En este caso la paciente tiene una actitud muy pasiva durante la consulta, no mira a la matrona, ni gesticula y su participación en la interacción se limita a contestar

afirmativamente a las preguntas de la matrona. Aunque hay comunicación entre las partes, la MILICS considera que se dan aspectos no verbales que podrían hacer sospechar que la paciente en realidad no está comprendiendo el mensaje. Por otro lado, la MILICS sabe que este modo de proceder de la paciente estaría en realidad en línea con lo que se considera adecuado desde su cultura comunicativa.

La población china posee unos patrones comunicativos propios que difieren de los de las culturas mediterráneas y que confieren gran importancia a la modestia, la contención y la cooperación (Sánchez Pérez, 2009: 66). Las máximas de Confucio de mantener la cortesía, la cordialidad y la armonía están muy arraigadas en la cultura comunicativa china hasta tal punto que se encuentran por encima de la eficiencia comunicativa y marcan el desarrollo de la interacción (Young, 1994: 59). En cuanto al intercambio comunicativo, existe una relación importante entre el estatus social de los interlocutores y las implicaciones que este aspecto tiene para la interacción ya que el tipo y la cantidad de contenidos que se intercambian en la comunicación dependen del tipo de relación que se da entre los interlocutores (Sales, 2003: 125). En línea con esta idea, al médico se le otorga un lugar privilegiado en la gestión de la interacción por ser considerado un interlocutor de mayor jerarquía y se espera de él que dirija la conversación y que el paciente ostente el turno de palabra durante el menor tiempo posible para responder a las preguntas que el médico le hace. Por esta razón los pacientes chinos tienden a no hacer preguntas al PS incluso en caso de haberse quedado con alguna duda (Chen y Rankin, 2002: 4). Además en la cultura china, en línea con la importancia que se le otorga a mantener la armonía también en la interacción, no está bien visto decir que “no” abiertamente (Shih, 1986).

En consonancia con lo expuesto hasta el momento, que la paciente interviniese para preguntar algo a la matrona iría en contra de los patrones comunicativos de su cultura, por lo que parece poco probable que recurra a esta estrategia. Además, según su cultura comunicativa, si la paciente reconociese abiertamente que no ha entendido lo que le ha dicho la matrona podría ser considerado como una ofensa hacia el interlocutor de mayor jerarquía y le haría “perder cara” o prestigio social³¹².

³¹² El concepto de cara o prestigio social en la cultura china está constituido por la interrelación dos conceptos *lian* y *mian* (o *mianzi*) (Gu, 1990; Mao, 1994; Bond, 1991). *Lian* se refiere a la integridad moral, el honor y la posición social que uno tiene como persona civilizada. La pérdida de *lian* conlleva una pérdida de respeto de la sociedad hacia la persona. Muchos autores coinciden en que cuando una persona pierde *lian* se produce una especie de condena del grupo hacia el individuo por haber manifestado un comportamiento socialmente no aceptado (Hu, 1944; Cheng, 1986; Mao, 1994; Ervin-Tripp *et al.*, 1995; Kornacki, 1995; Swi, 1997). No obstante, existen también otros que en su descripción

Ante esta situación la MILICS se pregunta si debería intervenir de algún modo. ¿Sería conveniente que tomara el turno de palabra para preguntar a la paciente si realmente está comprendiendo las preguntas de la matrona? ¿Sería más oportuno informar a la matrona de los aspectos comunicativos propios de la cultura comunicativa china que podrían estar influyendo negativamente en el desarrollo de la interacción para que esta decida si quiere insistir en comprobar de algún modo que la paciente comprende la información? ¿Debería mantenerse al margen y dejar que la interacción entre la matrona y la paciente siguiese su curso?

En cuanto a la primera pregunta, el código de la IMIA establece que la MILICS debe asegurarse de que el receptor entiende el mensaje (A-8) y que para ello debe prestar atención a las señales verbales y no verbales que pudieran indicar que el receptor está confuso o que no entiende lo que se le dice. En línea con esta afirmación parecería recomendable que la MILICS interviniese activamente.

En cuanto a la segunda pregunta, sobre si resultaría oportuno informar a la matrona de los aspectos comunicativos propios de la cultura comunicativa de la paciente, el código de la CHIA (5b, p.30) apunta que la MILICS debe aclarar el significado de expresiones y gestos no verbales que tienen un significado específico o único dentro del contexto cultural del interlocutor. La IMIA se pronuncia en términos similares y también resalta la importancia de prestar atención a las señales no verbales que indiquen que hay un componente cultural implícito o que la comunicación puede verse bloqueada por algún factor cultural (IMIA, B-2). En este caso, la actitud evasiva de la paciente sí tiene un significado único dentro de la cultura comunicativa china y pretende, en realidad, mostrar una mayor jerarquía, autoridad y respeto por la figura de la matrona. Sin embargo, la matrona seguramente no esté al tanto de esta cuestión relacionada con la cortesía comunicativa y los patrones de interacción comunicativa chinos y puede malinterpretar la actitud de la paciente como una reticencia a comunicarse y/o ser tratada por la matrona. Atendiendo a estas cuestiones, sí parecería conveniente que la matrona conociese estos aspectos sobre la cultura comunicativa china para que no malinterpretase la actitud de la paciente. No obstante, nos surgen dudas respecto a si esta información debería darse durante la interacción o si la MILICS debería encontrar otro momento para informar a ambas partes acerca de las expectativas que tiene cada

del concepto de *lian* han optado por otorgar menos importancia al aspecto de la moralidad (Hinze, 2002; Ho, 1994: 278-279; Hsu, 1996). La pérdida de *mian* también puede causar vergüenza a la persona pero no afecta tanto su integridad o imagen social como la pérdida de *lian* (Ervin-Tripp *et al.*, 1995: 56; Cheng, 1986: 335; Earley, 1997; Kornacki, 1995; Swi, 1997: 6).

interlocutora acerca del modo en que debe desarrollarse la interacción comunicativa. A nuestro parecer, sería más conveniente que esta información se proporcionase dentro de programas y actuaciones de mediación comunitaria. Pero también se pueden plantear explicaciones extensas y más profundas para sesiones comunitarias. E intentar decirle al PS en dos palabras, si se ve conveniente, qué es lo que pasa, sin mucho didactismo, muy al grano. No obstante, en caso de que esta cuestión cultural se manifestase de forma muy marcada y bloquease significativamente la comunicación, sí podría valorarse la conveniencia de que la MILICS explicase al PS las cuestiones culturales que motivan el comportamiento de la paciente para tratar de contribuir a mejorar la relación médico-paciente.

Esto nos da pie a la última pregunta sobre si la MILICS debería mantenerse al margen y dejar que la interacción entre la matrona y la paciente siguiese su curso. Autores como Gentile y otros (1996: 55), Giménez (1997: 150), Castiglioni (1997: 64), Agustí (2003: 81-4) y Raga (2014) defienden que la MILICS no debe culturizar en exceso las intervenciones. Raga (2014: 98) señala que no parece recomendable en situaciones “a tres” plantear un tipo de actuación de tipo preventivo sino que resulta más conveniente que esas medidas se desarrollen en entrevistas previas “a dos”, o en intervenciones comunitarias. Este autor (2014: 92) recuerda que la intervención de la MILICS debería surgir de la constatación evidente de un problema comunicativo real. En el presente caso, ninguna de las interlocutoras tiene la sensación de que se dé un bloqueo comunicativo. Sin embargo este sí podría estar latente.

Veamos qué hizo finalmente la MILICS:

Caso 29 (continuación)

A pesar de las sospechas de que la paciente podría no estar entendiendo las preguntas de la matrona, decidí no intervenir y dejé que la interacción entre ellas siguiese su curso.

En este caso la MILICS decidió respetar la autonomía comunicativa de las partes y no intervenir. Sin embargo, creemos que hubiese sido conveniente que encontrase algún momento para alertar a la matrona de la tendencia de los pacientes de origen chino a no decir que “no” abiertamente y a no preguntar. De este modo, la matrona podría servirse

de estos conocimientos para intervenciones futuras con pacientes del mismo origen cultural y ante situaciones similares podría emprender estrategias comunicativas que le permitiesen asegurarse de que sus pacientes comprenden sus mensajes.

Del mismo modo, sería oportuno que la MILICS resaltase a la paciente la importancia de entender con claridad las informaciones o preguntas emitidas por el PS aun a sabiendas de que este comportamiento se aleja de sus patrones comunicativos.

CASO 30:

[En la consulta de atención primaria]

Durante la consulta, la mujer adopta un rol pasivo, no participa en la conversación, sus silencios son prolongados y espera a que comunique al médico lo que ella me ha relatado en la sala de espera.

En este caso la paciente también presenta una actitud pasiva durante la consulta. No obstante, a diferencia del caso anterior, en esta situación la paciente reniega de su papel de interlocutor primario y espera que la MILICS transmita unidireccionalmente al médico la información que ella le había manifestado durante el tiempo de espera. En otras palabras, la paciente deja en manos de la MILICS la gestión de contenidos de la interacción.

Ante situaciones como estas se observa un consenso entre los códigos deontológicos (CHIA, 2002; y IMIA, 2007) y la mayoría de los investigadores³¹³, quienes animan a la MILICS a que potencie la comunicación directa entre los interlocutores, recordándoles que han de dirigirse el uno al otro.

Caso 30 (continuación)

Le recuerdo que mi labor es actuar como MILICS e interpretar lo que ella quiera comunicar al médico y viceversa para ayudar a que se produzca la comunicación entre ella y el médico de manera eficiente, intentando que la conversación se desarrolle del modo más parecido posible a como se desarrollaría la entrevista médica en caso de que los dos interlocutores hablaran la misma lengua.

³¹³ Entre ellos Raga (2014), Ortí y Sánchez (2014), Sales (2014), Querol (2014), Bermúdez y otros (2002), Prats y Uribe (2009), y Qureshi y otros (2009).

En línea con las recomendaciones de códigos e investigadores, la MILICS tomó el control de la interacción para recordar a la paciente que su labor en la interacción consiste en interpretar las intervenciones para facilitar la comunicación entre las partes, es decir, intervino activamente para potenciar la comunicación directa entre la paciente y el médico.

Este tipo de situaciones en las que los pacientes esperan que la MILICS transmita unidireccionalmente al PS información sobre su situación puede ser fácilmente evitada si se realizan reuniones previas a la intervención a tres en las que se especifique claramente el modo en que se va a desarrollar la interacción comunicativa y el papel que desarrolla la MILICS durante la misma. De hecho, en líneas generales, los códigos³¹⁴ y los autores³¹⁵ apuntan la conveniencia de mantener breves reuniones previas con las partes. Sin embargo, como señala Raga (2014: 95) la premura de tiempo suele imposibilitar que se puedan llevar a cabo.

El siguiente caso está relacionado con el control técnico de la interacción comunicativa.

CASO 31:

Otro aspecto complicado de la intervención se produce cuando hay que explicar a la paciente la toma de la medicación recetada por el médico. Debe tomar tres tipos de medicación diferente. Además, la toma de las mismas varía en el tiempo, es decir, llegados a un periodo de tiempo debe aumentar, reducir e incluso en algún caso prescindir de la medicación. El médico transmite toda la información en una misma intervención.

En este caso la MILICS considera que la intervención del médico es muy larga y contiene información muy compleja que debe ser entendida en su totalidad para asegurar la recuperación de la paciente. La MILICS duda ante la posibilidad de intervenir e interrumpir al médico para hacerle ver esta cuestión. Ante casos como este

³¹⁴ El código de CHIA incluye como primer paso en su protocolo estandarizado de actuación para los intérpretes la realización de entrevistas previas a la interacción comunicativa (protocolo 1, c. 2). El código de IMIA (apartado A-1) coincide en este punto y enfatiza en la importancia de que el intérprete especifique cuál va a ser la dinámica de la interacción comunicativa mediada por un intérprete al inicio de la interacción en caso de no poder realizarse un entrevista previa con las partes destinada a este propósito.

³¹⁵ Por ejemplo, Gentile y otros (1996: 44), Andary y otros (2003: 72), Bot (2005: 91), Raga (2014) y Baixauli (2012).

Ortí y Sánchez (2014: 175-176) recomiendan que la MILICS utilice algún mecanismo de control de la interacción para llevar a cabo la interpretación como, por ejemplo, pedir a los interlocutores que realicen pausas para facilitar la traducción. Wadensjö (1998: 106) también contempla que la MILICS pueda intervenir activamente para solicitar más tiempo para interpretar. La CHIA (p. 35, ítem e) coincide en la posibilidad de que la MILICS presente la información en diferentes turnos de palabra. El código de IMIA (A-10. C) también recomienda a la MILICS que gestione el flujo comunicativo para preservar la totalidad del mensaje.

Caso 31 (continuación)

Miro al médico y le hago un gesto con la mano para que pare de hablar. Cuando lo hace le comento que como la información es larga y compleja, quizá sería más conveniente ir exponiéndola poco a poco. Le sugiero que haga intervenciones más cortas y que me dé tiempo para interpretar sus palabras. El proceso se alarga y requiere varias repeticiones y aclaraciones para asegurar que la paciente ha entendido los cambios en la toma de medicación; pues si no lo hace puede haber riesgos para su salud.

En esta ocasión la MILICS opta por utilizar su lenguaje corporal para llamar la atención del médico e indicarle que solicita el turno de palabra. Una vez que se erige como la siguiente interlocutora, procede a sugerir al médico que presente la información de forma fragmentada para facilitar la interpretación de la misma. Esta estrategia se corresponde con la cadena de turno múltiple³¹⁶ de Bot (2005).

Creemos que de haber actuado de modo contrario, es decir, si la MILICS hubiese decidido no interrumpir al médico y este hubiera transmitido toda la información en una sola intervención, seguramente se habría perdido parte del mensaje o este no se hubiese transmitido con la precisión que requería. En este caso, la no intervención de la MILICS habría actuado en detrimento del principio de precisión que la MILICS debe respetar. Atendiendo a lo expuesto anteriormente, consideramos que la intervención de la MILICS para solicitar la fragmentación de la información proporcionada fue adecuada.

³¹⁶ Esta denominación es una aportación propia que pretende representar gráficamente la propuesta de Bot (2005) correspondiente a la siguiente distribución de turnos de palabra: T-I-T-I-(...)-P o P-I-P-I-(...)-T.

Sin embargo, sería conveniente que la MILICS avisase a la paciente de la estrategia que se va a seguir para que no la confundiese con una cesión del turno de palabra hacia su persona.

CASO 32

[En la consulta de planificación familiar]

En ciertos momentos me resulta difícil llevar a cabo el transvase lingüístico. La ginecóloga decide dirigirse a la paciente utilizando un tono de voz muy alto y sirviéndose de la gesticulación y me dice “tu sabrás chino pero yo sé el lenguaje universal de los gestos”.

En este caso la ginecóloga decide alzar su tono de voz pensando que con ello va a mejorar la comprensión de la paciente, algo que, obviamente, no va a ocurrir. Ortí y Sánchez (2014: 181) resaltan que se trata de una estrategia habitual entre el PS que puede dar lugar a situaciones problemáticas ya que los pacientes pueden considerarlo como un comportamiento demasiado agresivo. Además en este caso la ginecóloga tiene la creencia equivocada de que el lenguaje corporal es universal y que puede servirse de él para transmitir cualquier información independientemente de su especificidad. ¿Qué debería hacer la MILICS? ¿Sería apropiado que tomase el control de la interacción?

Caso 32 (continuación)

Intervengo para comentarle a la matrona que por más alto que hable la paciente va a seguir sin entender sus palabras. Además le alerto de la no universalidad del lenguaje gestual. Le pido que tenga paciencia y que continuemos con la interpretación como lo estábamos haciendo hasta el momento.

Para solucionar esta situación incómoda y que no lleva ninguna parte la MILICS decide intervenir activamente para controlar el flujo comunicativo. En primer lugar hace ver a la matrona que el problema comunicativo no radica en que la paciente presente

problemas de audición sino en que no tiene la suficiente competencia lingüística para comprenderla. En segundo lugar trata de deshacer la creencia de la matrona respecto a la universalidad del lenguaje gestual. Finalmente sugiere volver a la interpretación de las intervenciones de las interlocutoras primaria para llevar a buen término la comunicación. Con estas tres acciones, la MILICS refuerza su autoridad profesional en tanto que facilitadora de la comunicación.

5.3.4.1. Resumen

En el presente apartado se han analizado casos reales con pacientes embarazadas de origen chino. En general, se ha constatado que se dan situaciones en las que la MILICS ve la necesidad de visibilizarse más allá de la interpretación lingüística de los interlocutores primarios e interviene para ejercer el control de la interacción.

Concretamente, tratamos casos en los que las pacientes mostraban una actitud pasiva en su comunicación con el PS y cierta reticencia a tomar el turno de palabra o a retenerlo. También se ha analizado un caso en el que la falta de costumbre del PS de trabajar con MILICS hace que estos ostenten el turno de palabras durante intervenciones excesivamente largas y complejas. Finalmente se ha introducido un caso en el que el PS infravalora la capacidad de la MILICS e intenta suplantarla.

Se ha abordado el análisis teniendo en cuenta las aportaciones de los códigos e investigadores y se ha constatado que la no correspondencia que existe entre la cultura comunicativa española y la china tiene una gran influencia en el desarrollo de la interacción. Por ello parece recomendable que la MILICS realice tareas de mediación comunitaria para dar a conocer estas diferencias al PS para que estos no malinterpreten el comportamiento de sus pacientes y, en consecuencia, la relación médico-paciente no se vea perjudicada. Igualmente, parece conveniente que la MILICS intente afianzar su autoridad profesional e intervenga activamente para gestionar el flujo comunicativo en aquellos casos en los que el PS trate de comunicarse directamente con sus pacientes a pesar de carecer de la competencia lingüística necesaria para ello o en aquellas situaciones en las que la falta de costumbre del PS a trabajar con MILICS lleve al PS a hacer intervenciones muy largas y complejas. Finalmente, sería conveniente resaltar la importancia de que la MILICS adopte una actitud preferentemente activa en el control

de la interacción cuando trate con pacientes de origen chino teniendo en cuenta que, en principio, los patrones comunicativos de las pacientes no se corresponden con el fomento y la adopción de una autonomía comunicativa que se espera en este contexto en la cultura y sociedad de acogida.

5.4. Conclusiones del estudio de casos

A modo de conclusión retomaremos algunos de los datos aportados a lo largo del capítulo y valoraremos los resultados del estudio de casos incidiendo en los aspectos más significativos.

Las interacciones comunicativas medidas entre los profesionales de los SS y las mujeres embarazadas de origen chino presentan un alto grado de complejidad. Esta dificultad deriva de la interrelación de múltiples factores especialmente la especificidad del ámbito de la SSyR, la gran diferencia existente entre su cultura sanitaria y comunicativa y la nuestra, el grado de jerarquización de las relaciones sociales y la falta de integración que generalmente se observa en las pacientes de este origen cultural que se ve reflejada en su desconocimiento del funcionamiento de los SS españoles.

La MILICS ha de mediar entre dos interlocutores que no solo no comparten los mismos códigos lingüísticos y culturales, sino que además son en muchos aspectos opuestos y totalmente desconocidos para la otra parte. La gran distancia cultural que existe entre la cultura china y la española hace que, en general, el grado de conocimiento que presentan unos interlocutores respecto a los otros sea escaso. En consecuencia, existen mayores probabilidades de que se den situaciones de desconfianza, malentendidos o, simplemente, incomunicación.

Ante esta situación, la MILICS se ve en numerosas ocasiones ante el dilema de intervenir activamente y hacer explícitas las cuestiones que dificultan, limitan o impiden que la comunicación se lleve a cabo de la manera más eficiente posible, o mantenerse al margen para respetar la autonomía comunicativa de las partes y actuar de acuerdo con las pautas de los códigos deontológicos (que también recogen excepciones).

Aunque, como se vio en el análisis de casos, cualquiera de las dos actuaciones tiene consecuencias para el desarrollo de la interacción comunicativa, creemos que, en línea con los datos expuestos, la decisión de mantenerse al margen y respetar la autonomía comunicativa de las partes ha de ser más cuestionada en el caso de las mujeres de origen chino excepto en aquellos casos en que la decisión de intervenir pueda desencadenar en la aparición de un conflicto que pueda motivar la decisión de las pacientes de no volver a acudir a estos servicios. Pues en la cultura china se otorga una gran importancia a la evitación de las situaciones conflictivas en todos los ámbitos y relaciones sociales, también con el PS. Esta creencia viene motivada por diversas razones. Por un lado, los casos muestran que los patrones de la cultura comunicativa china tienen un gran impacto en el modo en que se llevan a cabo las interacciones médico-paciente lo que, en la mayoría de los casos, implica la adopción por defecto de una actitud pasiva en la interacción por parte de las pacientes. Este comportamiento no favorece la autonomía comunicativa de las partes ni la relación médico-paciente, sino más bien todo lo contrario. Sin embargo, las pacientes desconocen las consecuencias que su actitud tiene para el desarrollo de las consultas y adoptan esta actitud no con la intención de mostrarse esquivas con el PS sino, simplemente, porque dentro de sus patrones culturales es la conducta que se considera correcta para las interacciones en el ámbito médico. Por otro lado, debido a la distancia cultural, es posible que surjan con frecuencia datos cargados de matices culturales que requieran de una aportación de información extra para ser comprendidos. Pensemos, por ejemplo, en la terminología “*yin, yang, qi*, frío, calor, fuego, viento” que utilizan las pacientes para describir su sintomatología. Pero también en otras cuestiones que pueden entorpecer la comunicación y generar malentendidos y desconfianza como, por ejemplo, las distintas consideraciones respecto a la salud como concepto, a las pautas de mantenimiento y recuperación de la salud, la no correspondencia entre datos referentes a la edad, o el desconocimiento del funcionamiento de los SS.

Esta brecha que se da entre PS y sus pacientes sumada a las otras barreras culturales y sociales existentes, parecen requerir de una mayor implicación por parte de la MILICS a la hora de desempeñar su labor y asegurar una comunicación eficiente y un acceso adecuado de las pacientes de origen chino a los SS lo que, a su vez, suele significar un mayor distanciamiento de esta respecto a las pautas de comportamiento generales sobre

imparcialidad, precisión, delimitación de competencias y control de la interacción establecidas en los códigos deontológicos de la profesión. En la mayoría de los casos analizados, las trasgresiones de las pautas de comportamiento no parecen actuar en detrimento de la resolución de los casos sino que, al contrario, muchas veces el distanciamiento de los códigos repercute positivamente en el desarrollo de las interacciones entre PS y pacientes, en una mejora de la relación entre ambos y en un aumento del empoderamiento de las pacientes. No obstante, la trasgresión de las pautas no ha de realizarse de una manera aleatoria o infundada, sino que debe ser el fruto de una valoración de las características específicas de la interacción y de los interlocutores y de los beneficios y riesgos que la actuación pueda tener para la salud de la paciente, el desarrollo de la interacción y la relación médico-paciente.

Finalmente, parece relevante insistir en que la consolidación y normalización profesional de las MILICS resolvería muchos de los dilemas a los que estas se enfrentan en el ejercicio de su profesión. Si el PS y los pacientes trabajaran más habitualmente con MILICS, y aprendiesen a conocer su tarea, probablemente se evitarían muchos de los dilemas a los que se enfrentan las MILICS en su práctica profesional. Del mismo modo, es muy importante señalar que es fundamental que las MILICS desarrollen una amplia labor de mediación comunitaria (o incluso de incorporación de estos aspectos culturales a la formación del PS), porque un número muy elevado de dilemas a los que se enfrentan las MILICS respecto a aportar o no determinadas informaciones, se resolverían con proyectos de mediación comunitaria (formación, información y sensibilización) para PS y pacientes. Esto no anularía la labor de MILICS en casos, siempre necesaria, pero sí la agilizaría y evitaría dilemas. Para abordar la cuestión de los dilemas a los que se enfrentan las MILICS sería conveniente apoyarse en tres “patas”: consolidación de la figura (para la que este trabajo sugiere algunas propuestas), potenciar la Mediación comunitaria (de la que también se ha hablado en el estudio de casos), y continuar haciendo estudios empíricos sobre la práctica profesional diaria, que permitan seguir acercando la teoría a la realidad de la profesión de las MILICS.

6. Conclusiones finales

En este capítulo se hace acopio de los resultados del trabajo, prestando especial atención a los aspectos más significativos, y se procede a analizar cómo se relacionan los mismos con las hipótesis y objetivos que se plantearon en la introducción de esta tesis. También se apuntan las limitaciones de la misma y se proponen futuras líneas de investigación.

6.1. Hipótesis y objetivos

En este subapartado se procede a comprobar si los resultados del trabajo validan o no las hipótesis iniciales y si los objetivos planteados en el capítulo de introducción han sido alcanzados.

La hipótesis inicial de esta tesis apuntaba que los esfuerzos realizados y las medidas adoptadas para eliminar las barreras lingüísticas y culturales en el sector de la salud son insuficientes. Como ya anunciamos en el capítulo de introducción, esta hipótesis nace de los resultados de un trabajo de investigación anterior que constituyó mi Trabajo de Final de Máster, y se centró en detectar los problemas que encuentra la población de origen chino en su acceso a los SS. En él se puso de manifiesto que los usuarios de origen chino ven entorpecido su acceso a los SS debido a diversos problemas derivados de las diferencias lingüísticas y culturales y que estos se manifiestan más frecuentemente en el ámbito de la SSyR.

Como se apuntó en el capítulo 2, tanto en el ámbito internacional como en el nacional y el regional existe numerosa legislación y documentos que defienden la necesidad de proporcionar servicios sanitarios adaptados a las necesidades específicas de los usuarios de diferente origen cultural. Aunque esta cuestión ha sido ampliamente reconocida por las autoridades de los diferentes países se observan grandes diferencias en cuanto a su implementación y éxito. Mientras que algunos países han logrado establecer servicios de MILICS bien desarrollados (como Suecia, Australia, Estados Unidos, Canadá y Bélgica) otros todavía tienen un amplio camino que recorrer. En España, a pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas, la implementación real de servicios de

MILICS está poco afianzada. Aunque el Estado y algunas Comunidades Autónomas han aprobado legislación para apoyar la implementación de servicios de MILICS que pudieran ayudar a reducir las barreras lingüísticas y culturales que encuentra la población de distinto origen cultural en su acceso a los SS, se observan diferentes grados de éxito en cuanto a su implementación y funcionamiento (siendo Cataluña la comunidad autónoma donde existen más iniciativas).

La presente crisis económica ha hecho mella en los ya escasos fondos destinados a los pocos servicios de MILICS existentes. En este sentido, las autoridades no deberían ignorar el hecho de que al reducir estos fondos están condenando a los servicios de MILICS a su extinción. El recorte de fondos destinados a financiar servicios de MILICS no solo implica que las autoridades no están cumpliendo con la legislación que ellos mismos han redactado y aprobado, sino que además se está negando a los pacientes de diferente origen cultural su derecho a participar en el proceso sanitario. Las consecuencias de no proveer SS adaptados a las necesidades lingüísticas y culturales de los usuarios afectan a todos los actores implicados en el proceso: instituciones, profesionales sanitarios y pacientes. Sin embargo, estas consecuencias no tienen la misma gravedad para todos los actores, ya que en el caso de los pacientes afectan directamente a su salud y pueden en casos extremos, incluso, causarles la muerte.

En cuanto a las instituciones, varios estudios han demostrado que no contar con servicios de MILICS tiene un impacto en el correcto funcionamiento de las mismas, tanto en lo que se refiere a su organización como a su financiación. Un ejemplo de ello es que la falta de servicios de MILICS tiene una relación directa con el aumento de citas que se necesitan para una misma consulta y con el aumento de pruebas que se requieren para realizar un diagnóstico.

En cuanto a los profesionales sanitarios, el hecho de no atender a las barreras lingüísticas y culturales de sus pacientes afecta a su competencia profesional, ya que tiene un impacto en el proceso de diagnóstico y curación y, también, en la relación médico-paciente. Para solucionar estos problemas que dificultan la labor del PS sería conveniente contar con servicios de MILICS capaces de salvar dichas barreras. De este modo se aseguraría que el PS pudiese desarrollar su trabajo de un modo más eficiente y se evitarían problemas derivados de desatender las especificidades lingüísticas y

culturales de los pacientes como, por ejemplo, la imputación en procesos judiciales en los que se reclame al PS responsabilidad civil o penal debido a la aparición de problemas sanitarios.

Respecto a los usuarios, el hecho de no atender las barreras lingüísticas y culturales que dificultan o impiden su acceso a los SS tiene un impacto negativo en la calidad de asistencia recibida, en su salud y en su integración en la sociedad mayoritaria.

En relación con lo expuesto en estas líneas, se puede concluir que la hipótesis inicial sobre la insuficiente provisión de una atención sanitaria adaptada a las necesidades lingüísticas y culturales de los usuarios se confirma. En este sentido, para mejorar la provisión de servicios de MILICS y asegurar una asistencia sanitaria igualitaria y de calidad, el Estado español podría adaptar algunas de las medidas que han demostrado tener éxito en otros países. Estas recomendaciones han sido explicadas en profundidad en las conclusiones del capítulo 2 y serán comentadas más adelante en la sección de contribuciones del trabajo.

La segunda hipótesis planteada al inicio de esta tesis hacía referencia a la posible no relevancia de distinguir entre las figuras profesionales de la Intérprete en los Servicios Públicos (ISP) y de la Mediadora Intercultural (MI) para el contexto específico de atención de casos en el ámbito sanitario.

A pesar de que la ISP y la MI nacen como disciplinas distintas, la bibliografía muestra que en los últimos tiempos se ha dado un creciente acercamiento entre ambas. En el capítulo 3 se ha puesto de manifiesto cómo en las últimas décadas los investigadores de la ISP han manifestado un progresivo y firme interés hacia aspectos clave que tradicionalmente pertenecían a la MI y viceversa, es decir, ambas disciplinas han ido nutriéndose la una de la otra. Además, en el contexto específico del ámbito sanitario, se ha comprobado que los informes laborales resaltan que las ISP y las MI no parecen percibir su papel profesional de manera diferente. Este dato no es sorprendente si tenemos en cuenta que son profesionales que trabajan en un mismo contexto, caracterizado por su alta especificidad y por estar fuertemente determinado por la cultura, y han de hacer frente al mismo tipo de problemas que vienen determinados por las diferencias lingüísticas, culturales y de empoderamiento o jerarquía de los

interlocutores. Estos datos sugieren que el debate sobre qué figura es más adecuada para desempeñar su labor en el ámbito de atención de casos parece estar más presente en el plano teórico que en el práctico lo que, a su vez, parece validar la segunda hipótesis sobre la posible no conveniencia de distinguir entre ambas figuras profesionales en el contexto de atención de casos en consultas de SSyR.

La tercera y principal hipótesis defiende que la MILICS ha de valorar la pertinencia de apartarse de los principios generales de actuación establecidos en los códigos deontológicos en más ocasiones y optar por un rol preferentemente activo en la interacción comunicativa cuando desempeñe su trabajo en el ámbito de la SSyR con mujeres de origen chino. Esta cuestión ha constituido el grueso del trabajo empírico descrito en el capítulo 5. El estudio de casos ha demostrado que la gran diferencia existente entre la cultura sanitaria y comunicativa china y la española requiere de un mayor número de intervenciones por parte de la MILICS y de un carácter más complejo para asegurar que la comunicación sea efectiva, se establezca una buena relación médico-paciente y se garantice un acceso igualitario a la SSyR. No obstante, es importante resaltar que la decisión de la MILICS de adoptar un rol activo ha de estar fundamentada, es decir, la decisión de trasgredir los principios establecidos en los códigos deontológicos ha de surgir de una valoración crítica de las necesidades de los interlocutores y de los riesgos y beneficios que esta decisión tiene en el desarrollo de la interacción comunicativa. En este sentido, los resultados del trabajo empírico parecen corroborar la tercera hipótesis de esta tesis. Esta aportación tiene implicaciones importantes para la adopción de un rol o estrategias adecuadas por parte de la MILICS cuando desempeñe su trabajo en el ámbito de la SSyR con mujeres de origen chino.

A continuación contrastaremos los objetivos planteados en la Introducción con el trabajo realizado para constatar si estos han sido o no alcanzados y en qué grado.

El objetivo principal de esta tesis se relaciona con la tercera y principal hipótesis del estudio. Se centra en analizar mis actuaciones como MILICS en el contexto de la SSyR con usuarias de origen chino, el grado en el que en tanto que MILICS he seguido o me he apartado de los principios de imparcialidad, precisión, delimitación de funciones y control de la interacción comunicativa, y el impacto que estas acciones han tenido en la interacción. Para alcanzar este objetivo, en el capítulo 5 se ha llevado a cabo un trabajo

de campo de carácter etnográfico en el que se han contrastado las aportaciones de los investigadores y los códigos, incluidas en el capítulo 4, con la realidad de la práctica profesional. En este sentido, dar visibilidad a este objeto de estudio ha sido complejo. La falta de reconocimiento de la disciplina dificulta, en muchas ocasiones, el acceso a datos reales; más, si cabe, si se pretenden realizar grabaciones audiovisuales. La casi imposibilidad de disponer de grabaciones de las interacciones para su posterior análisis plantea un problema, ya que se trata de un objeto de estudio en el que se intercambia multitud de información, que se da de manera simultánea, y se generan datos cuyos matices pueden perderse. Esto ocurre más habitualmente en aquellos casos en los que quien registra la información no es el investigador final de la misma. Además, no disponer de grabaciones dificulta el estudio de algunos datos de gran relevancia, como puedan ser las informaciones relativas al control de la interacción comunicativa. Todos estos datos, que se pierden, podrían volver a ser consultados en caso de contar con el material audiovisual pertinente. La metodología utilizada en el presente trabajo basada en la “observación-participante” minimiza dicho problema, ya que la memoria permite rescatar algunos de los datos que pudiesen no haber sido registrados y sobre todo permite un acceso directo, integral, y en primera persona, al desarrollo de las interacciones, y también a la subjetividad del profesional, a los dilemas que le pasan por la cabeza a la MILICS.

El segundo objetivo general se relaciona con la primera hipótesis. Consiste en subrayar la necesidad de proveer asistencia sanitaria culturalmente competente a usuarios de diferente origen cultural y sugerir medidas que se han revelado efectivas en otros países y podrían ser adaptadas al contexto español para garantizar un acceso igualitario a los SS. Para conseguir este objetivo se ha llevado a cabo una revisión del estado de la cuestión en el ámbito internacional, nacional y (en algunos casos) autonómico en la que se han descrito diferentes modelos e iniciativas llevadas a cabo en el ámbito sanitario para satisfacer las necesidades específicas de los usuarios de diferente origen cultural. A partir de esta, se han realizado unas sugerencias que pretenden contribuir a mejorar la implementación de servicios de MILICS que serán tratadas más en detalle en la sección de contribuciones del trabajo.

El primer objetivo secundario de esta tesis se refiere a contribuir al campo de la investigación en MILICS. En este sentido, se ha aportado un contexto nuevo de estudio

(SSyR) y un público que no había sido abordado antes de forma exclusiva (usuarias de origen chino). Igualmente, se ha utilizado una metodología diferente basada en la “observación-participante”.

6.2. Contribuciones y limitaciones del estudio

En esta sección se presentará un resumen de las principales contribuciones de esta tesis y una valoración crítica de sus limitaciones.

6.2.1. Contribuciones

La contribución principal de esta investigación consiste en subrayar la influencia de la cultura china en la comunicación intercultural en el contexto de la SSyR y las implicaciones que esta tiene para la MILICS en el desarrollo de su trabajo. Los resultados del estudio sugieren que, en general, las barreras lingüísticas y culturales que dificultan el acceso de las usuarias de origen chino a la SSyR se solucionan de un modo más eficiente si la MILICS adopta un rol más activo. En el capítulo 5 se sugirieron algunas estrategias que podrían contribuir a establecer una comunicación efectiva y una buena relación médico-paciente y a garantizar un acceso igualitario a los servicios de SSyR. Estas sugerencias se retomarán en el subapartado de propuestas de mejora.

La contribución secundaria del trabajo consiste en describir el estado de la MILICS en el contexto autonómico, nacional e internacional e incluir una serie de sugerencias que podrían contribuir a optimizar la implementación de servicios de MILICS. Estas sugerencias han sido expuestas en la conclusión del capítulo 2 y se presentarán brevemente en el subapartado de propuestas de mejora.

6.2.2. Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio ya han sido mencionadas en el apartado de metodología, en el capítulo 5. No obstante, retomamos aquí de forma resumida algunos de los puntos más importantes.

Varios son los problemas que se han planteado a la hora de realizar el presente trabajo. En primer lugar, me ha sido difícil poder contar con una mayor casuística para la elaboración del trabajo de campo debido al poco apoyo y reconocimiento institucional que se da en la práctica a la figura de la ISP, MI o MILICS. A lo largo de los seis años que ha durado la elaboración de esta tesis he recibido pocas solicitudes de intervención por parte de los SS. A pesar de contar con formación en mediación intercultural, interpretación y mandarín, me ha resultado sorprendente constatar cómo, en muchas ocasiones, desde los SS no se ha sentido la necesidad de contar con una herramienta que pudiese haber contribuido a facilitar su trabajo en la atención sanitaria a mujeres de origen chino. En este sentido, en muchas ocasiones el PS se ha limitado a proporcionar a los pacientes mis datos de contacto para que ellos, unilateralmente, buscasen soluciones a las barreras lingüísticas y culturales que dificultan su acceso a los servicios de SSyR. Este modo de proceder ha tenido como consecuencia una mayor implicación personal de la MILICS en los casos y una mayor incidencia de dilemas en cuanto a la delimitación de competencias profesionales. En este sentido, por mi experiencia, parece que si la MILICS adquiere una relación unilateral con alguna de las partes, en mi caso las pacientes, y además lo hace en calidad de intérprete ocasional (sin ningún tipo de institución, entidad o contrato que regule su situación laboral), resulta difícil negarse a satisfacer competencias que puedan exceder el ámbito donde actúa.

Otro de los problemas planteados deriva de la dificultad que supone tratar de analizar los casos en su relación con un único principio de actuación, puesto que en la realidad estos suelen darse complementariamente. En este sentido, aunque la categorización o clasificación en tipos de principios/dilemas es una herramienta de análisis necesaria, la realidad muestra que estos principios se presentan entrelazados de manera integral. Por ejemplo el hecho de que una MILICS decida intervenir en la interacción comunicativa puede verse como un problema de conflicto de funciones (con su visibilización puede adoptar tareas que van más allá de la facilitación de la comunicación y no son de su competencia), de imparcialidad (puede visibilizarse para abogar por una de las partes y equilibrar las relaciones de poder para representar de la mejor manera posible los intereses de ambas partes), de precisión (en su visibilización puede aportar información en voz propia que contribuya a lograr la fidelidad pragmática de los mensajes), y de control de la interacción (su visibilización actúa en detrimento del establecimiento de una comunicación directa entre las partes).

6. 3. Recomendaciones futuras y propuestas de mejora.

El presente apartado pretende concretar las contribuciones enunciadas anteriormente.

En los párrafos siguientes se retoman las recomendaciones que hemos propuesto a largo del capítulo 5 y que son fruto del trabajo de investigación realizado con la doble esperanza de que puedan servir a otras MILICS para facilitarles su toma de decisiones en situaciones dilemáticas, y de contribuir al campo de la investigación. Las presentamos clasificadas según el principio con el que se relacionan:

Sugerencias relacionadas con el principio de imparcialidad:

- Parece recomendable que la MILICS valore la conveniencia de informar a la parte que ha sido objeto de una queja o expresión de desconfianza si esta ha pasado desapercibida para evitar la aparición de un conflicto. Esta recomendación es especialmente importante en el caso de los pacientes de origen chino, ya que la armonía es un valor muy apreciado en la cultura china al que se debe aspirar para conservar el prestigio social o *mianzi*. La aparición del conflicto y, por consiguiente, la pérdida de prestigio social puede hacer que los pacientes de origen chino prescindan de acudir a los SS en futuras consultas. Teniendo en cuenta que el proceso del embarazo requiere de un abundante número de consultas y con diversos profesionales, parece más recomendable prestar especial interés a la evitación del conflicto.
- Si la percepción de discriminación se debe a algún estereotipo negativo creado en torno a los pacientes extranjeros que no se corresponde con la realidad del caso en cuestión, es importante que la MILICS intervenga para advertir de los peligros de los estereotipos, analizar la situación concreta y tratar de restablecer la confianza entre las partes. Sin embargo, para el caso específico de las pacientes de origen chino y en consonancia con lo que se ha expuesto anteriormente, parece más conveniente que se busque el momento más adecuado para llevar a cabo este proceso tratando de no dar lugar a la aparición de un conflicto abierto.

- Si la percepción de discriminación se debe a algún estereotipo negativo creado *en torno a cualquiera de las partes* que no se corresponde con la realidad del caso en cuestión, es importante que la MILICS intervenga para advertir de los peligros de los estereotipos, analizar la situación concreta y tratar de restablecer la confianza entre las partes. Como se apuntaba en la recomendación anterior, en el caso de los pacientes de origen chino parece más recomendable que la MILICS trate de llevar a cabo este proceso en el momento más adecuado para ello con el objeto de no dar lugar a la aparición de un conflicto abierto.
- En aquellos casos en los que la transmisión de una confidencia realizada a la MILICS por parte de la paciente tenga relevancia sanitaria, la MILICS debe instar a las partes a hacer explícita dicha información a la otra parte. Si la comunicación continúa bloqueada, la MILICS debe considerar los factores de riesgo de salud para la paciente, por un lado, y posibles implicaciones legales para el PS por otro, antes de decidir si transmite la información proporcionada o no. En el caso de que se dé alguno de los factores, se recomienda que la MILICS haga explícita la información a la otra parte. En principio no parece que se dé ninguna concreción especial de esta recomendación para el caso específico de los pacientes chinos.

Recomendaciones relacionadas con el principio de precisión:

- Parece recomendable que la MILICS advierta al PS de aquellas pautas de conservación y/o recuperación de la salud propias de la cultura sanitaria que pueden entrar en contradicción con las recomendaciones propuestas por el PS, afectar el desarrollo del embarazo y/o retrasar la recuperación de una paciente. En el caso de los pacientes chinos, se ha observado que se dan abundantes diferencias respecto a las pautas de conservación y/o recuperación de la salud propias de su cultura sanitaria y las propias de la cultura sanitaria occidental. En consonancia con este hecho parece lógico que la MILICS transgreda el principio de precisión en más ocasiones. En cuanto a las pautas sanitarias, algunos de los aspectos más relevantes en el contexto de SSyR que debería atender la MILICS son aspectos relacionados con la dieta (la dieta china suele incluir abundante consumo de hidratos de carbono lo que, a su vez, parece incidir en un mayor

número de casos de diabetes gestacional en las pacientes pertenecientes a este colectivo), con la exposición a la luz solar y el ejercicio (suelen ser reticentes a realizarlo durante el embarazo, lo que choca con las recomendaciones del PS).

- Parece recomendable que la MILICS advierta al PS de aquellos aspectos culturales que puedan dar lugar a malentendidos y empeorar la relación médico-paciente. En el caso de las pacientes de origen chino, se debería prestar atención a algunos aspectos culturales como por ejemplo el concepto de *xusui* 虚岁 y *shisui* 实岁³¹⁷ y, de manera más importante, a aspectos sobre las pautas comunicativas propias de la cultura china.
- Parece recomendable que la MILICS contemple la posibilidad de completar las explicaciones ofrecidas.
 - Por el PS. Por ejemplo en aquellos casos en que la MILICS sospeche que no están siendo entendidas por la paciente y necesiten ser adaptadas (siempre que no entren en el terreno de las funciones del PS).
 - Por las pacientes. En caso de que estén cargadas de un significado cultural que requiera ser aclarado para asegurar que el PS comprende la totalidad del mensaje.

Como se expuso en los casos analizados, esta estrategia será bastante recurrente en el caso de las pacientes de origen chino ya que las diferencias en cuanto a la cultura sanitaria y comunicativa son abundantes.

Recomendaciones relacionadas con el principio de delimitación de competencias profesionales:

- Parece oportuno que desde el servicio de MILICS se informe de los problemas que puedan darse con los consentimientos informados para poder anticiparse a la

³¹⁷ Estos conceptos han sido explicados en el análisis del caso 9. El primer concepto hace referencia a la fecha de nacimiento según el calendario chino, mientras que la segunda lo hace respecto al calendario occidental.

aparición de los mismos, bien traduciéndolos en el propio servicio o derivándolos para que lo hagan otros profesionales especialmente contratados para el encargo. En el caso específico de los pacientes de origen chino, el hecho de que su sistema de escritura sea distinto y esté basado en ideogramas y no en letras aumenta la dificultad que encuentran los pacientes a la hora de leer un texto que no solo está escrito en un idioma distinto sino que además utiliza un sistema de escritura diferente.

- Parece recomendable que la MILICS haga un *seguimiento de todo el proceso del embarazo* de aquellas pacientes que vean limitado su acceso por la existencia de barreras lingüísticas y culturales. Este proceso de seguimiento debe construirse desde el trabajo en equipo con el PS, el personal administrativo y los trabajadores sociales. En principio no parece que se dé ninguna concreción especial de esta recomendación para el caso específico de los pacientes chinos. Parece lógico pensar que cualquier paciente que necesite ayuda para superar las barreras lingüísticas y culturales que limitan su acceso a los servicios de SSyR continuará necesiéndola durante todo el proceso del embarazo independientemente de su origen cultural.
- Parece conveniente que la MILICS valore la posibilidad de comunicar a los familiares de las pacientes información previamente proporcionada por el PS. Algunos de los aspectos que la MILICS debería tener en cuenta antes de tomar esta decisión son la especificidad de la información proporcionada, su carácter (información positiva o negativa) y el periodo de tiempo transcurrido desde que la información fue recibida por la MILICS. Con respecto a los pacientes de origen chino, parece más relevante que la MILICS informe a los parientes de las pacientes, especialmente a los hombres, ya que el género desempeña un papel importante en el proceso de toma de decisiones y en las relaciones sociales. En este sentido, implicar a los dos progenitores en el proceso del embarazo puede facilitar que en el futuro ambos adquieran las mismas responsabilidades durante la crianza. Recordemos que en la cultura china el rol tradicional que se atribuye al padre en las relaciones familiares se caracterizan por la poca implicación en el proceso de crianza de los hijos y por la reticencia a expresar el afecto y las emociones. Aunque se ha avanzado en este terreno, la tímida pero creciente

implicación del padre sigue dándose, en general, a una edad tardía. Propiciar una mayor implicación del padre proporcionándole la mayor cantidad de información posible sobre el embarazo sería deseable y beneficioso puesto que contribuiría a mejorar el crecimiento y desarrollo del bebé.

- Parece oportuno que la MILICS valore la conveniencia de informar a los pacientes extranjeros sobre las prácticas habituales propias del “saber popular” que hubiera olvidado proporcionar el PS y que fueran importantes para asegurar la salud de los mismos. Un ejemplo del análisis de casos sería la recomendación de ingerir algo tras la realización de análisis de sangre. En el caso específico de los pacientes de origen chino, la MILICS deberá estar más alerta ya que debido a la existencia de la gran distancia cultural que se da entre la cultura china y la española se prevé que se den más casos en los que el “saber popular” no sea compartido.
- Parece oportuno que la MILICS se ofrezca a pedir cita en nombre de aquellos pacientes cuyo limitado nivel lingüístico haga sospechar que vayan a tener dificultades para hacerlo por sí mismos, especialmente en aquellos casos en que los pacientes sean derivados a un nuevo servicio. En principio no parece que se dé ninguna concreción especial de esta recomendación para el caso específico de los pacientes chinos.
- Parece oportuno que la MILICS valore la conveniencia de llamar por teléfono para recordar las citas y el lugar de las mismas a aquellos pacientes que presenten un limitado nivel lingüístico y poca integración en la sociedad de acogida. En principio no parece que se dé ninguna concreción especial de esta recomendación para el caso específico de los pacientes chinos.
- Parece recomendable que la MILICS ayude a pacientes que presentan un nivel lingüístico muy limitado y con poco nivel de integración en la sociedad de acogida a realizar los trámites asociados al nacimiento de un niño. En principio no parece que se dé ninguna concreción especial de esta recomendación para el caso específico de los pacientes chinos.

- Parece pertinente que la MILICS acompañe a los padres a tramitar cuestiones administrativas relacionadas con el nacimiento y la salud del recién nacido, especialmente aquellas que tengan trascendencia sanitaria, como por ejemplo la realización de la prueba del talón. En el caso específico de los pacientes chinos la MILICS deberá tener presente algunas cuestiones específicas ya que la prontitud con que se deben realizar dichos trámites chocan con la pauta de recuperación de la salud para el periodo de puerperio, conocido como *zuo yuezi*.

Recomendaciones relacionadas con el control de la interacción:

- Parece recomendable que la MILICS realice tareas de mediación comunitaria para dar a conocer al PS las diferencias relacionadas con la cultura comunicativa de los pacientes de origen extranjero para que no se malinterprete su comportamiento y la relación médico-paciente no se vea perjudicada. En el caso específico de los pacientes de origen chino, la MILICS deberá estar más alerta ya que, en principio, los patrones comunicativos de las pacientes entran en contradicción con los propios de la cultura comunicativa española o mediterránea, es decir, no se corresponden con el fomento y la adopción de una autonomía comunicativa que se espera en este contexto en la cultura y sociedad de acogida.
- Parece conveniente que la MILICS intente afianzar su autoridad profesional e intervenga activamente para gestionar el flujo comunicativo durante la interacción cuando:
 - Los interlocutores primarios traten de comunicarse directamente a pesar de carecer de la competencia lingüística necesaria para ello. En principio no parece que se dé ninguna concreción especial de esta recomendación para el caso específico de los pacientes chinos.
 - Se den intervenciones muy largas y complejas. En principio no parece que se dé ninguna concreción especial de esta recomendación para el caso específico de los pacientes chinos.

- La comunicación se vea bloqueada. Estos bloqueos pueden darse por diversas razones y requieren de las interrupciones de las MILICS que, a su vez, persiguen diferentes objetivos.
 - Debido a diferencias en la cultura comunicativa. Recordemos que en el caso de la cultura comunicativa china, se espera que el paciente intervenga lo mínimo en la interacción y que sea el PS el que ostente el control de la misma y al que se le atribuyan más turnos de palabra y más largos. En línea con esta creencia, se espera que se den abundantes casos de bloqueo en la comunicación tal y como se ha observado en los casos. La poca participación de las usuarias en la interacción, que era perfectamente normal dentro de sus patrones culturales, no se correspondía con las expectativas del PS y, en algunos casos, era malinterpretada. Como se trata de una pauta cultural muy arraigada en la sociedad china es probable que, con frecuencia, la MILICS deba intervenir para animar a los pacientes de este origen a participar en la interacción comunicativa.
 - Debido a diferencias en la cultura sanitaria. Igualmente, es muy probable que la comunicación se vea bloqueada debido a la existencia de diferencias entre las culturas sanitarias de los interlocutores y que la MILICS deba intervenir para aclarar conceptos de cualquiera de las culturas sanitarias de los mismos o informar sobre otras contextualizaciones culturales. En el caso de tener que aclarar aspectos de la medicina occidental, la MILICS debe recurrir al PS para que sea este el que dé las explicaciones pertinentes. En el caso de tener que aclarar un aspecto sobre la cultura sanitaria del paciente de origen extranjero, la MILICS debe asegurarse de que transmite la información del paciente de la manera más pragmáticamente fiel posible, realizando procesos de indagación en caso de que sea necesario. En cuanto a los pacientes de origen chino, el fuerte arraigamiento de la medicina

tradicional en su cultura sanitaria requerirá de la MILICS que esté atenta ante la multitud de términos, prácticas y creencias cargadas de información cultural que difieren y son, en algunos casos, inexistentes en la cultura sanitaria occidental. Si la MILICS, además, no comparte el mismo origen cultural con las pacientes, como fue en mi caso, se recomienda que, ante cualquier duda sobre la equivalencia pragmática de un término, práctica o costumbre, emprenda un proceso de indagación.

Para finalizar con esta contribución, parece relevante volver a insistir en que la consolidación y normalización profesional de las MILICS resolvería muchos de los dilemas a los que estas se enfrentan en su labor. Si el PS y los pacientes trabajaran más habitualmente con MILICS, y supieran a qué atenerse respecto a su labor probablemente se evitarían muchos de los dilemas a los que se enfrentan las MILICS en su práctica profesional. Del mismo modo, es preciso señalar la importancia de que se desarrollen labores de mediación comunitaria para PS y pacientes, puesto que una educación previa de los interlocutores en materia intercultural contribuiría a disminuir gran parte de los dilemas a los que se enfrentan las MILICS respecto a aportar o no determinadas informaciones.

Con respecto a la contribución secundaria del trabajo, retomamos las sugerencias expuestas en la conclusión del capítulo 2, que pretenden contribuir a optimizar la implementación de servicios de MILICS.

Cualquier perspectiva de mejora pasa, en primera instancia, por un aumento de los fondos destinados a los servicios de MILICS. En este sentido, las autoridades e instituciones deberían destinar más fondos para una correcta implementación de servicios de MILICS que permita garantizar la atención sanitaria igualitaria que defiende la legislación, puesto que se ha demostrado que hacerlo beneficia a todos los actores implicados en el proceso: instituciones sanitarias, profesionales de los SS y pacientes.

Algunas iniciativas que han tenido éxito en otros países, y deberían ser estudiadas para valorar su aplicabilidad en el contexto español o su adaptabilidad al mismo, son las siguientes:

- Crear servicios presenciales y remotos de MILICS para atender la demanda de las instituciones, los profesionales de los SS y los pacientes. Para ello se podrían seguir alguno o varios de las medidas llevadas a cabo en otros países como:
 - Crear bancos de MILICS.
 - Crear un Registro Nacional de MILICS.
 - Crear empresas públicas de MILICS similares a las VITS o TIS australiana, que podrían permitir al gobierno amortizar parte de la inversión hecha en MILICS al ofrecer estos servicios a instituciones públicas y privadas.
- Crear instrumentos e instituciones para la evaluación de la calidad de los servicios de MILICS como se hace en Canadá, Australia, Estados Unidos y Suecia. En España la evaluación de la calidad de los servicios de MILICS se viene haciendo desde el ámbito investigador. Sin embargo sus resultados y recomendaciones no parecen ser tenidos muy en cuenta por la Administración.
- Diferenciar entre el nivel de profesionalidad de las MILICS adoptando algún sistema similar al *three-tiered healthcare interpreter system* de Columbia Británica, o a los sistemas australiano y sueco basados en diferentes tipos de acreditación. Esta medida permitiría dar salida profesional a diferentes colectivos y diferenciarlos salarialmente dependiendo de su formación y experiencia.
- Crear y adoptar aplicaciones informáticas para optimizar la gestión de las demandas de servicios de MILICS. Podría tomarse como ejemplo la aplicación canadiense Jérôme+.

- Crear y adoptar documentos deontológicos de MILICS específicos para el ámbito sanitario, teniendo en cuenta las especificidades de cada cultura. La creación de estos documentos debe surgir del análisis de la práctica real de la profesión.

6. 4. Futuras líneas de investigación.

Todo trabajo de investigación contribuye a despejar algunas incógnitas sobre el tema estudiado. Sin embargo, de forma simultánea, da lugar a la aparición de nuevas preguntas, ideas y vías de trabajo. A continuación presentaremos algunas líneas de investigación que pueden ser objeto de interés para la MILICS en el ámbito de la SSyR con pacientes de origen chino.

Durante la realización del trabajo de investigación se han detectado subámbitos problemáticos y que deberían ser tratados en mayor profundidad.

El primero de ellos es el de endocrinología, muy ligado a la SSyR por la necesidad de controlar la dieta y los niveles de azúcar en las mujeres embarazadas. En este subámbito se ha comprobado que la dieta típica que siguen las mujeres embarazadas chinas parece chocar con las prescripciones del PS, pudiendo derivar en problemas de salud para el feto y la madre. Igualmente, se ha demostrado que las expectativas y creencias que tienen el PS y las futuras madres relacionadas con el peso que debe tener el bebé al nacer entran en contradicción por motivos culturales. Estas circunstancias podrían ser uno de los motivos de la alta prevalencia de diabetes gestacional que se da entre las mujeres de origen chino.

El segundo subámbito que requeriría un mayor estudio es el de pediatría, por ser otro de los ámbitos en los que la legislación contempla la obligatoriedad de proveer asistencia sanitaria independientemente de la situación administrativa del usuario. Además, durante la realización del trabajo de campo se han constatado dos datos relevantes que pueden dar lugar a la aparición de problemas en la atención sanitaria a usuarios de origen chino. Por un lado, las diferencias respecto a las pautas de recuperación de la madre en el puerperio chocan con la prontitud con la que han de comenzarse todos los

trámites relacionados con el recién nacido, lo que, en ocasiones, da lugar a la aparición de desconfianzas por parte del PS y se generan malentendidos. Por otro lado, se ha comprobado que es una práctica habitual entre las familias chinas que los bebés a partir de cierta edad sean criados por sus abuelos en China. La razón que motiva esta práctica es que los padres puedan retomar su práctica laboral para seguir manteniendo a la familia tanto en el país de acogida como, en muchas ocasiones, también en el país de origen. Sin embargo, debido a la ausencia del bebé, se interrumpe el seguimiento desde pediatría. Este aspecto suele ser desconocido o incomprendido por el PS, que en ciertas ocasiones ha manifestado su desconfianza hacia los padres (en nuevas consultas con el mismo o diferente hijo), sugiriendo incluso la posibilidad de que estos estuviesen envueltos en un delito de tráfico de niños y comentando a la MILICS la posibilidad de que en el futuro recurriese a Servicios Sociales ante casos sospechosos.

Otros dos subámbitos, que se presuponen problemáticos, y a los que en el presente trabajo no se ha tenido acceso, son las clases de preparación al parto y los talleres sobre maternidad y lactancia. La importancia de la información transmitida en estos contextos y su alta carga cultural parecen avalar la pertinencia de su estudio. Por el momento, por los datos obtenidos en el trabajo, no parece que se esté proporcionando ningún tipo de atención sanitaria adaptada a las necesidades culturales específicas de las mujeres de origen chino en ninguno de estos subámbitos en la provincia de Castellón.

Finalmente, para una mayor profundización en la cuestión, sería interesante realizar estudios similares con mayor casuística, que permitan ratificar o refutar las recomendaciones y sugerencias presentadas.

Como punto y final, o, quizás, punto y seguido, esta tesis no solo me ha permitido aportar mi granito de arena a la investigación, sino que además me ha ayudado a crecer como persona y a conocer una cultura tan poco comprendida como apasionante, haciéndome sentir un poco más “ciudadana del mundo”. He vivido momentos tan emotivos como ver nacer a un bebé, e incluso he tenido el honor de “bautizar” a otro con su nombre español. Por todos los momentos vividos e historias compartidas, gracias.

7. Bibliografía

ABRAHAM, DIANA; FIOLA, MARCO; HOEN, BETH; JANCUR, AXELLE, NIELSEN, KRISTOFER (2006). *SAPHC Toronto Regional Report: An Overview of the History, Development and Current State of Interpreter Services in Ontario*. Health Care Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Health Care Toronto Regional Report, 2006. <<http://static1.squarespace.com/static/52d566cbe4b0002632d34367/t/558860f1e4b04f6516e8faf5/1435001073852/SAPHC+Toronto+Regional+Report+-+Final+Apr+2006.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

ABRIL MARTÍ, MARÍA ISABEL (2006). *La interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada. <<http://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

ADAMS, CHRISTINE; CORSELLIS, ANN y HARMER, ANITA (eds.) (1995). *Basic Handbook for Trainers of Public Service Interpreters*. Londres: Institute of Linguists Educational Trust.

AGGER-GUPTA, NIELS (2001). *From 'making do' to established service, the development of health care interpreter services in Canada and the United States of America: A grounded theory study of health organization change and the growth of a new profession*. Tesis doctoral. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms International.

AGUADO ODINA, TERESA. *et al.* (2002). *Mediación intercultural en el ámbito socioeducativo. Análisis de necesidades de formación y recursos*. Madrid: Consejería de Educación.

AGUILAR IDÁÑEZ, MARÍA JOSÉ (2004). “Trabajo social intercultural: una aproximación al perfil del trabajador social como educador y mediador en contextos multiculturales y multiétnicos” en *Portularia*, vol. 4, p. 153-160. <<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/252/b15133047.pdf?sequence=1>> [Fecha de consulta: 20 de enero de 2015].

AGUSTÍ PANAREDA, JORDI (2003) *The Complex Plasticity of Mediation. Intercultural Mediators in Catalonia*. Tesis doctoral inédita. Stanford University. <<https://www.law.stanford.edu/sites/default/files/biblio/108/127981/doc/slspublic/Agusti-PanaredaJordi2003.pdf>>

ALARCÓN, ANA MARÍA; VIDAL, ALDO y NEIRA ROZAS, JAIME (2003). “Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales” en *Revista Médica de Chile*, vol. 131, núm. 9. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014> [Fecha de consulta: 20 de enero de 2015].

ÁLAVA URRABURU, CARLOS. *et al.* (2005). *Manual de Orientación Sociosanitaria para los Inmigrantes de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

ALEXANDER, CLAIRE; EDWARDS, ROSALIND; TEMPLE, BOGUSIA *et al.* (2004). *Access to Services with Interpreters: User Views*. Londres: Joseph Rowntree Foundation/London South Bank University. <<http://www.jrf.org.uk/system/files/1859352294.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

ALEXIEVA, BISTRA (1997). “A typology of interpreter-mediated events” en *The Translator* Vol.3, núm. 2. p. 153-174.

ANDARY, LENA; STOLK, YVONNE y KLIMIDIS, STEVEN (2003). *Assessing mental health across cultures*. Bowen Hills: Australian Academic Press.

ANDERSON, HARLENE (1997). *Conversation, Language, and Possibilities. A Postmodern Approach to Therapy*. Nueva York: Basic Books.

ANEAS, ASSUMPTA; ARMADANS, INMACULADA y FERNÁNDEZ, RUBÉN (2009). “Interculturalidad en Salud en España. Acciones, lagunas y contradicciones relativas a la atención de la población extranjera”, en Pompeu Casanovas *et al. Simposi sobre Tribunals de Mediació. Barcelona. Nous camins per a la justícia. Comunicacions*, Barcelona: Ed. Huygens, p. 175-187. <http://www.huygens.es/ebooks/Simposi_tribunals_mediacio.pdf> [Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2014].

ANGELELLI, CLAUDIA (2000). “Interpretation as a communicative event: A look through Hymes' lenses”. *Meta Journal des traducteurs/ Meta: Translators' Journal*, XLV Vol. 45, núm. 4, p. 580-92. <<http://erudit.org/revue/meta/2000/v45/n4/001891ar.pdf>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

ANGELELLI, CLAUDIA (2003). “The interpersonal role of the interpreter in cross-cultural communication. A survey of conference, court, and medical interpreters in the US, Canada, and Mexico” en L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin & H. Clarke (Eds.) *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

ANGELELLI, CLAUDIA (2004a). *Revisiting the Interpreter's Role: A Study of Conference, Court, and Medical Interpreters in Canada, Mexico, and the United States*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

ANGELELLI, CLAUDIA (2004b). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

ANGELELLI, CLAUDIA (2006): “Validating Professional Standards and Codes: Challenges and Opportunities” en *Interpreting*, vol. 8, núm. 2, p. 175-193.

ANGELELLI, CLAUDIA (2008). “The Role of the Interpreter in the Healthcare Setting: A Plea for a Dialogue between Research and Practice” en Carmen Valero y Anne Martin (eds.) *Building Bridges: the Controversial Role of the Community Interpreter*. Amsterdam: John Benjamins (139-152).

ANTONIN MARTÍN, MONTSERRAT (2009). *La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. <<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8442/TEISIS.pdf?sequence=1>> [Fecha de consulta: 7 de enero de 2015].

APARICIO MENA, ALFONSO JULIO (2004) “Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas” en *Gazeta de Antropología*, núm. 20, art. 05. <http://www.ugr.es/~pwlac/G20_05AlfonsoJulio_Aparicio_Mena.html> [Fecha de consulta: 7 de enero de 2015].

ARANGO RESTREPO, PABLO (1998). “La formación en bioética: una alternativa de la relación médico-paciente” en *Persona Y Bioética*, vol. 3, p. 89-94. <<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/616/702>> [Fecha de consulta: 7 de enero de 2015].

ARNAERT, ANTONIA. y SCHAACK, GERALDINE (2006). “Cultural awareness of Inuit patients' experiences with emergency nursing care” en *Accident and Emergency Nursing*, vol. 14, núm. 2, p. 97-103.

AROCHA, IZABEL S. y JOYCE, LINDA (2013). “Patient Safety, Professionalization, and Reimbursement as Primary Drivers for National Medical Interpreter Certification in the United States” en *Translation & Interpreting*. vol.5, núm.1, p. 127-142. <<http://trans-int.org/index.php/transint/article/view/233/113>> [Fecha de consulta: 23 de noviembre de 2014].

ASSISES DE L'INTERCULTURALITE (2010). *Rapport final des Assises de l'Interculturalité: Dialogue Interculturel*. Bruxelles: SPP Intégration sociale. <http://www.cbai.be/resource/docsenstock/services_aux_asbl/Assise_de_linterculturalite.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

Australia. *Charter of Public Service in a Culturally Diverse Society*. <www.inmi.gov.au/multicultural/accessequity/index.htm> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

BAIGORRI JALON, JESUS, *et al.* (2006). “Notas sobre la interpretación en los servicios públicos de salud en Castilla y León”, en *Revista Española de Lingüística Aplicada*. Vol. monográfico: *Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*. Coordinada por Raga Gimeno, Francisco y Valero Garcés, Carmen, Vol. monográfico, p. 175-186. <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2198702.pdf>> [Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2014].

BAIXAULI OLMOS, LLUÍS (2012). *La interpretació als serveis públics des d'una perspectiva ètica: La deontologia professional i l'aplicació al context penitenciari*. Tesis doctoral. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I. <<http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/74752>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

BAIXAULI OLMOS, LLUÍS (2014). “Redescubriendo los códigos de conducta para la ISP médica: cultura, dilemas y papel profesional” en *Panacea*, vol. 15, núm. 40, p. 198-217. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n40_tribuna_Baixaui-Olmos.pdf> [Fecha de consulta: 10 de enero de 2015].

BAIXAULI OLMOS, LLUÍS (2014). “Los códigos hablan...pero nosotros decidimos. Aportaciones a la práctica de la MILICS desde la deontología profesional.” en Grupo CRIT (eds.), *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares. p. 13-55.

BANCROFT, MARJORY (2004). *Standards of Practice for Interpreters. An Environmental Scan*. California: NCIHC.

BANCROFT, MARJORY (2005). *The Interpreter's World Tour: An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters*. Prepared for the National Council on Interpreting in Health Care. Woodland Hills: The California Endowment. <<http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20Environmental%20Scan.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

BANCROFT, MARJORY y RUBIO-FITZPATRICK, LOURDES (2011). *The Community Interpreter*. Columbia: Cross-cultural.

BANQUE INTERREGIONALE D'INTERPÈTES. Banque Interregionale d'Interpètes: pour comprendre, pour être compris <<https://agence.santemontreal.qc.ca/partenaires/bii/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

BARALDI, CLAUDIO (2009). “Forms of Mediation: the Case of Interpreter-Mediated Interactions in Medical Systems.” en *Language and Intercultural Communication*, vol.9, núm. 2, p. 120-137.

BARALDI, CLAUDIO; BARBIERI, VIOLA y GIARELLI, GUIDO (eds.) (2008). *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milán: FrancoAngeli.

BARBERO GARCÍA, JOSÉ MANUEL (2003). “El método en el trabajo social” en Fernández García, Tomás y Alemán Bracho, Carmen (coords.): *Introducción al trabajo social*. Madrid: Alianza. p. 394-438.

BARROSO PÉREZ, MARÍA ENA (2003). “Problemas de comunicación en la atención a inmigrantes en los servicios sanitarios. El caso del Hospital Ramón y Cajal de Madrid” en Carmen Valero Garcés (eds.) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, Actualidad y Futuro*. Granada: Comares. p. 209-211.

BARSKY, ROBERT (1996). “The interpreter as intercultural agent in convention refugee hearings” en *The Translator*, vol. 2, núm. 1, p. 45-63. <<http://www.researchschool.org/intranets/Barsky%201996.pdf>> [Fecha de consulta: 17 de enero de 2015].

BEGLEY, POLLY A. y OCKEY, DEBBIE A. (2009). "When Cultures Collide: Alternative Medicine, Biomedicine, and the Patients in the Middle" en Samovar *et al. Intercultural Communication: A Reader*, vol. 26, p. 169-185. Editorial: Wadsworth Publishing.

BELL, SHERRILL J. (1997). "The challenges of setting and monitoring the standards of community interpreting. An Australian perspective" en Carr, Silvana E., Roberts, Roda P., Dufour, Aideen y Steyn, Dini (eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 93-108.

BENITO, E. (2003). "Traducción e interpretación en los servicios públicos en Bélgica (entrevista a Erik Hertog y Yolanda Vanden Bosch)" en Valero Garcés, Carmen (ed.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, p. 229-235.

BERK-SELIGSON, SUSAN (1990/2002). *The Bilingual Courtroom. Court Interpreters in the Judicial Process*. Chicago: The University of Chicago Press.

BERMÚDEZ ANDERSON, KIRA (2009). "La identidad personal y profesional del mediador o mediadora intercultural" en Casas, Miquel, Collazos, Francisco y Qureshi, Adil (eds.), *La mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Barcelona: Fundación "la Caixa", p. 275-292. <https://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacio_intercultural_es.pdf> [Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2014].

BERMÚDEZ ANDERSON, KIRA *et al.* (2002). *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid, AEP Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge: Editorial Popular.

BIGAS ELÍA, IRENE y DOMÍNGUEZ DE LA ESCOSURA, JORGE (2009). *El papel de la mediación intercultural en el ámbito sanitario*. Trabajo Académico. Facultad de Traducción e Interpretación, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona. <https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/5330/Bigas_Elia_Irene_TA.pdf?sequence=1> [Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2014].

BISCHOFF, ALEXANDER (2003). *Caring for Migrants and Minority Patients in European Hospitals. A Review of Effective Interventions*. Estudio elaborado por L. Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine. Viena. <http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

BISCHOFF, ALEXANDER; LOUTAN, LOUIS y GARCÍA-BEYAERT, SOFÍA (2009). *En otras palabras: Guía para la consulta médica intercultural. Comunicación a través de un intérprete en los servicios de salud*. Universal Doctor Project. Hôpitaux Universitaires de Genève. <http://www.universaldocor.com/EnOtrasPalabras/En_otras_palabras.pdf> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

BLAS, ERIK y SIVASANKARA KURUP, ANAND (2010). *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Geneva: World Health Organisation. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

BLÁZQUEZ MANZANO, ALBERTO; FEU MOLINA, SEBASTIÁN; RUÍZ MUÑOZ, EULALIO y GUTIÉRREZ CABALLERO, JUANA MARÍA (2012). "Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria." en *Revista Española de Comunicación en Salud*, vol. 3, núm. 1, p. 62-76. <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3981491>> [Fecha de consulta: 17 de enero de 2015].

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL (2005: 4). "Aproximación a la antropología de la reproducción." en *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, núm. 42. <<http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.pdf>> [Fecha de consulta: 6 de septiembre de 2015].

BOE. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE*, 29 de abril de 1986, núm. 102, p. 15207-15224. <<http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

BOE. Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre. BOE, 21 de noviembre de 2003, núm. 279, p. 41193-41204. <<http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/21/pdfs/A41193-41204.pdf>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

BOE. Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. BOE, 11 de abril de 2006, núm. 86, p. 13934-13954. <<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-6472>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

BOE. Real Decreto 16/2012, de 20 de abril por el que se modifica la Ley 16/2003 sobre cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE, 24 de abril de 2012, núm. 98, p. 31278-31312. <<http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh14/sanidad/Documents/R%20DTO%20LEY%2016.2012.pdf>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

BOND, MICHAEL HARRIS (1991). *Beyond the Chinese Face: Insights from Psychology*. Hong Kong; Oxford; Nueva York: Oxford University Press.

BOND, M. C. (1993). "Emotions and their expression in Chinese culture." en *Journal of Nonverbal Behavior*, vol. 17, núm. 4, p. 245-262.

BOQUÉ TORREMORELL, MARIA CARME (2003) *Cultura de mediación y cambio social*. Barcelona: Gedisa.

BOT, HANNEKE (2005). *Dialogue Interpreting in Mental Health*. Amsterdam: Rodopi.

BOWEN, SARAH (2001). *Language Barriers in Access to Health Care*. Ottawa: Health Systems Division, Health Policy and Communications Branch, Health Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-eng.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

BOWEN, SARAH (2004). *Language Barriers within the Winnipeg Health Authority. Evidence and implications*. Toronto: Winnipeg Regional Health Authority. <http://torontohealthequity.ca/wp-content/uploads/2013/02/Language_Barriers_within_the_Winnipeg_Regional_Health_Authority_Evidence_and_Implications.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

BOWEN, SARAH y KAUFERT, JOSEPH M. (2000a). "Measuring the 'costs': using case studies in the evaluation of health interpreter services." en *Massachusetts Medical Interpreters Association News*. núm.3, p. 2-5.

BRISLIN, RICHARD W. (1987). *Cross-cultural Encounters: Face to Face Interaction*. Pergamon: Oxford.

CALVO ENCINAS, ELISA (2004). "La Administración Pública ante la interpretación social: Toma de contacto en la provincia de Toledo" en *Puentes* Vol.4, Número monográfico sobre traducción e interpretación social. p. 7-16.

CAMBRIDGE, JAN (1999). "Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter" en *The Translator*, vol. 5, núm. 2. p. 201-19.

CAMBRIDGE, JAN (2002). "Interlocutor roles and the pressures on interpreters" en C. Valero y G. Mancho (eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas Necesidades para Nuevas Realidades*. Alcalá de Henares, Madrid: Universidad de Alcalá-Servicio de Publicaciones. p. 119-124. [CD-ROM].

CAMBRIDGE, JAN (2003). "Unas ideas sobre la interpretación en los Centros de Salud", en C. Valero (eds.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares.

- CAPANAGA, PILAR (2006). "Presentación." en Gloria Bazzocchi, y Pilar Capanaga (eds.), *Mediación lingüística de lenguas afines: español/italiano*. Bolonia: Gedit, p. 11-19.
- CARR, SILVANA E. (1997). "A three-tiered health care interpreter system" en , Carr, Silvana E., Roberts, Roda P., Dufour, Aideen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 271-276.
- CANADIAN TRANSLATION INDUSTRY SECTORAL COMMITTEE (1999, 30 de septiembre). *Survey of the Canadian Translation Industry*. <<http://www.uottawa.ca/associations/csict/strate.pdf>> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].
- CANADIAN TRANSLATORS, TERMINOLOGISTS AND INTERPRETERS COUNCIL. *Certification*. <<http://www.cttic.org/certification.asp>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].
- CATSALUT (2009). *Memòria*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. CatSalut.
- CASANOVAS, POMPEU; MAGRE, JAUME y LAUROBA, MARÍA ELENA (2011). *Libro Blanco de la Mediación en Cataluña*. Barcelona: Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya. <http://justicia.gencat.cat/web/.content/documents/publicacions/lilibres_fora_colleccio/libro_blanco_mediacion.pdf> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].
- CASAS, MIQUEL; COLLAZOS, FRANCISCO y QURESHI, ADIL (coords.) (2009). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Barcelona: Fundación "la Caixa". <https://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf> [Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2014].
- CASTIGLIONI, MARTA (1997). *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*. Milán: Franco Angeli.
- CHAG (COMMUNITY HEALTH ACTION GROUP) (2004). *Lost in Translation: A Discussion Paper on Interpreting Issues in Health Care Settings in Queensland*. <http://www.scoa.org.au/resources/267973_72752_Lost_in_Translation%20MDA.pdf> [Fecha de consulta: 5 de octubre de 2014].
- CHAN, YU FENG *et al.*, (2008). "Interpreter services in emergency medicine." en *Journal of Emergency Medicine*, vol. 38, núm. 2, p. 133-139. <http://ac.els-cdn.com/S0736467908000498/1-s2.0-S0736467908000498-main.pdf?_tid=79b63064-56da-11e5-93a9-00000aacb360&acdnat=1441793385_9f2f05b0fd0a894d32fbd2e6785d07b0> [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015].
- CHEN-LOUIE, THERESA (1983). "Nursing care of Chinese American patients". en: Orque, Modesta Soberano, Bloch, Bobbi y Ahumada Monrroy Lidia S. (eds.) *Ethic Nursing Care: A Multicultural Approach*. Mosby, St Louis, p. 183-218.
- CHEN, GUO MING (2001). "Towards Transcultural Understanding: A Harmony Theory of Chinese Communication." en Milhouse, Virginia H. , Asante, Molefi Kete y Nwosu, Peter O. (eds.), *Transculture: Interdisciplinary Perspectives on Cross-Cultural Relations*. Thousand Oaks, CA: Sage, p. 55-70.
- CHEN, GUO MING (2002). "The impact of harmony on Chinese conflict management." en Chen, Guo.Ming. y. Ma, Ringo (eds.), *Chinese Conflict Management and Resolution*. Westport, CONN: Ablex, p. 3-18.
- CHEN, RONG (2001). "Self-politeness: a proposal." en *Journal of Pragmatics*, vol. 33, p. 87-106. <http://ac.els-cdn.com/S0378216699001241/1-s2.0-S0378216699001241-main.pdf?_tid=0041ca74-5642-11e5-854b-00000aacb35d&acdnat=1441727897_7d5f7830462e82c60da627e79117993c> [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015].
- CHEN, JYU LI y RANKIN, SALLY H. (2002). "Using the resiliency model to deliver culturally sensitive care to Chinese families." en *Journal of pediatric nursing*, vol. 17, núm. 3, p. 157-166.

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596302000015>> [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015].

CHEN, YU CHIH (2001). "Chinese values, elath and nursing." en *Journal of Advanced Nursing*, vol. 36, núm. 2, p. 270-273.

<<http://bs8lz6ys5q.scholar.serialssolutions.com/?sid=google&auinit=Y&aualast=Chen&atitle=Chinese+values,+health+and+nursing&id=doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01968.x&title=Journal+of+advanced+nursing&volume=36&issue=2&date=2001&spage=270&issn=0309-2402>> [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015].

CHENG, CHUNG YING (1986). "The Concept of face and its confucian roots." en *Journal of Chinese Philosophy*, vol. 13, núm. 3, p. 329-348.

CHERBONNIER, ALAIN (2002). "Interprétariat et médiation interculturels en milieu sociomédical et hospitalier" en *Bruxelles Santé*. núm. 27, p. 8-18.

<<http://www.questionsante.org/03publications/charger/bxlsante27.pdf>> [Fecha de consulta: 5 de octubre de 2014].

CHESHER, TERRY (1997). "Rhetoric and reality. Two decades of community interpreting and translating in Australia" en Carr, Silvana E., Roberts, Roda P., Dufour, Aideen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 277-289.

CHESHER, TERRY, SLATYER, HELEN, DOUBINE, VADIM, JARIC, LIA y LAZZARI, ROSSY. (2003). "Communitybased interpreting: the interpreters' perspective" en L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin y H. Clarke (eds), *The Critical Link 3* (pp. 273–291). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

CHEUNG, NGAI FEN (1997). "Chinese zuo yuezi (sitting inforthe first month ofthepostnatalperiod) in Scotland." en *Midwifery*, vol.13, núm. 2, p. 55–65. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613897900577>> [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015].

CHIA (CALIFORNIA HEALTHCARE INTERPRETERS ASSOCIATION) (2002). *California Standards for Healthcare Interpreters*.

<http://c.ymcdn.com/sites/www.chiaonline.org/resource/resmgr/docs/standards_chia.pdf> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

CHRYSTELLO, CHRIS y CHRYSTELLO, HELENA (2005). "Australia's innovation and standard-setting is at risk" en Valero Garcés, Carmen (eds.) *Traducción como Mediación entre Lenguas y Culturas. Actas del II Congreso Internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos*. Alcalá de Henares, Madrid: Universidad de Alcalá-Servicio de Publicaciones. p. 35-41. [CD-ROM].

COHEN, ADAM L. *et al.* (2005). "Are Language Barriers Associated With Serious Medical Events in Hospitalized Pediatric Patients?" en *Pediatrics*, vol. 116, núm. 3, p. 575-579.

COHEN-EMERIQUE, MARGALIT (1997). "L'approche interculturelle, une prévention à l'exclusion" en *Les Cahiers de L'ACTIF, Dossier interculturelle en Travail Social*. Vol. 250-251, p. 19-29.

COHEN-EMERIQUE, MARGALIT (2003). "La negociación intercultural y la integración de los inmigrantes" en *Políticas sociales en Europa*. Ejemplar dedicado a Mediación Social. Núm. 13-14, p. 27-36.

COHEN-EMERIQUE, MARGALIT (2006). "Les médiateurs sociaux et culturels" conferencia presentada en *Médiation sociale et culturelle : un métier, une déontologie*. Bobigny .

<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CEYQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.professionbanlieue.org%2Ff701_Les_mediateurs_sociaux_et_culturels_passerelles_d_identites_article_de_Margalit_Cohen_Emerique.pdf&ei=ZyKVdSfJMLSU5qKgKAJ&usq=AFQjCNFs_knyVayu61qGTVzPGEBgEhM-EQ&sig2=jp9N3nr8e6fI3rDtcEC7Sw&bvm=bv.96339352.d.d24>[Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2014].

COHEN-EMERIQUE, MARGALIT (2013). “La menace identitaire chez les professionnels en situations interculturelles” en *Travail social et Migrants*, E. Prieur y E. Jovelin E. (dir.) Paris : L’Harmattan, Compétences interculturelles, p. 263-276. <<http://www.cohen-emerique.fr/medias/files/cohen-emerique-2013-article-menace-identitaire.pdf>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

COKELY, DENNIS (1992): *Interpretation: A Sociolinguistic Model*. Burtonsville, MD: Linstok Press.

COLIN, JOAN., y MORRIS, RUTH (1996). *Interpreters and the Legal Process*. Waterside Press.

CORSELLIS, ANN (1997). “Training needs of public personnel working with interpreters” en Carr, Silvana E.; Roberts, Roda P.; Dufour, Aideen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 77-89.

CORSELLIS, ANN (2000). “Turning good intentions into good practice. Enabling the public services to fulfil their responsibilities” en Roberts, Roda; Carr, Silvana E.; Abraham, Diana y Dufour Aideen (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 89-99.

CORSELLIS, ANN (2002). “Creating a professional context for public service interpreters” en Valero Garcés, Carmen y Guzmán Mancho, Barés (eds.) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas Necesidades para Nuevas Realidades*. Alcalá de Henares, Madrid: Universidad de Alcalá-Servicio de Publicaciones. p. 29-36. [CD-ROM].

CORSELLIS, ANN (2003). “Interpreting and translation in the UK public services: The pursuit of excellence versus, and via, expediency” en Aderman, G. y Rogers, M. (eds.) *Translation Today: Trends and Perspectives*. Clevedon: Multilingual Matters. p. 180-191.

CORSELLIS, ANN (2008). *Public Service Interpreting. The First Steps*. Londres: Palgrave Macmillan. <<http://www.palgraveconnect.com/pc/doi/finder/view/10.1057/9780230581951>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

CORTES DHARMA, E. (2009). “La interpretació lingüística” en *Mediació intercultural en el àmbit de la salut. Programa de formació*. Barcelona: Fundació “la Caixa”, p. 245-259.

COTS, FRANCESC *et al.* (2006). “Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis sanitaris. Anàlisi de la freqüentació i de la complexitat de les urgències de la població immigrant” en *Estudis d’Economia de la Salut*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. <http://canalsalut.gencat.cat/web/content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/immigracio_i_salut/documents/immimipact07.pdf> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

CRITICAL LINK. <<http://www.criticallink.org/>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

CROSS CULTURAL HEALTH CARE PROGRAM. <<http://xculture.org/>> [Fecha de consulta: 2 de noviembre de 2014].

CSDH. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organisation. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

DE JONGH, ELENA M. (1992). *An Introduction to Court Interpreting. Theory and Practice*. Lanham, MD: University Press of America.

DE MUYNCK, AIMÉE (2004). “Mediació intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes?” en *Quadern CAPS*, vol. 32, p. 40-46.

DE LUISE, DANILO y MORELLI, MARA (2007) “Puentes de palabras” en *Actas X Simposio Internacional Comunicación Social*. Centro de Lingüística Aplicada, Santiago de Cuba, p. 137-141.

EDWARDS, ROSALIND; TEMPLE, BOGUSIA y ALEXANDER, CLAIRE (2005). "Users' experiences of interpreters: The critical role of trust" en *Interpreting*. Vol. 7, núm. 1, p. 77-95. <<http://www.ingentaconnect.com/content/jbp/intp/2005/00000007/00000001/art00004>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

EISENHARDT, KATHLEEN M. (1989). "Building Theories from Case Study Research." en *Academy of Management Review*, vol.14, núm. 4, p. 532-550.

EISENHARDT, KATHLEEN M. (1991). "Better stories and better constructs: the case for rigor and comparative logic." en *Academy of Management Review*, vol. 16, núm. 3, p. 620-627.

ELDERKIN-THOMPSON, VIRGINIA; COHEN SILVER, ROXANE y WAITZKIN, HOWARD (2001). "When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in US primary care setting." en *Social Science & Medicine*, vol. 52, p. 1343-1358. <<https://webfiles.uci.edu/rsilver/ElderkinThompson,%20Silver%20&%20Waitzkin%20SS&M.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

EMERSON CROOKER, CONSTANCE (1996). *The Art of Legal Interpretation: A Guide for Court Interpreters*. Portland, OR: Portland State University, Continuing Education Press.

EQUAL EP TransKom (s.f.). *Comparative Study on Language and Culture Mediation in different European countries*. <<http://www.saludycultura.uji.es/archivos/Transkom.pdf>> [Fecha de consulta: 16 de diciembre de 2014].

ERASMUS, MABEL (2000). "Community interpreting' in South Africa. Current trends and future prospects" en Roberts, Roda, Carr, Silvana E., Abraham, Diana y Dufour Aideen (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 191-206.

ERVIN-TRIPP, SUSAN; NAKAMURA, KEI, GUO, JIAN SHENG (1995). "Shifting face from Asia to Europe." en Shibatani, Masayoshi y Thompson, Sandra (Eds.), *Essays in Semantics and Pragmatics. (Essays in Honour of Charles J. Fillmore)*. Amsterdam: John Benjamins, p. 43-71. <<http://ihd.berkeley.edu/Ervin-Tripp%20Ethno/Shifting%20Face%20from%20Asia%20to%20Europe.pdf>> [Fecha de consulta: 16 de diciembre de 2014].

EUROPEAN NETWORK FOR PUBLIC SERVICE INTERPRETING AND TRANSLATION (ENPSIT). <<http://www.enpsit.eu/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

EUROPEAN NETWORK FOR PUBLIC SERVICE INTERPRETING AND TRANSLATION (ENPSIT). *Estatutos*. <http://www.kruispuntmi.be/sites/default/files/bestanden/documenten/constitution_enpsit_eng.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

EUROPEAN NETWORK FOR PUBLIC SERVICE INTERPRETING AND TRANSLATION (ENPSIT). *Political Recommendations*. <http://www.kruispuntmi.be/sites/default/files/bestanden/documenten/recommendations_social_interpreting_and_translation_engl.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

FABRE GONZÁLEZ, ERNESTO (Coord.). (2010). *MIAS. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria*. Comité de Solidaridad de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Saatchi & Saatchi Healthcare <http://personal.us.es/isidromj/php/wp-content/uploads/2011/01/manual_mias.pdf> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRADUCTORES (FIT). <<http://www.fit-ift.org>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

FENTON, SABINE (1997): "The Role of the Interpreter in the Adversarial Courtroom" en Carr, Silvana E., Roberts, Roda P., Dufour, Aideen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins, p. 29-35.

FERNÁNDEZ-RUFETE, JOSÉ y RIGAUDY, CHARLÈNE (2009). *El papel de la mediación intercultural en la atención primaria de salud. Estudio de un caso*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la

Comunidad Autónoma de Murcia. <www.murciasalud.es/recursos/ficheros/165335-papel_mediacion.pdf> [Fecha de consulta: 10 de enero de 2015].

FLORES, GLENN (2005). "The Impact of medical Interpreter Services on the Quality of health Care: A Systematic Review." en *Medical Care Research and Review*, vol. 62, núm. 3, p. 255-299. <<http://mighealth.net/eu/images/3/3b/Flores2.pdf>> [Fecha de consulta: 10 de enero de 2015].

FLORES, GLENN; ABREU, MILAGROS; SCHWARTZ, ILAN y HILL, MARIA. (2000). "The importance of language and culture in pediatric care: case studies from the Latino community." en *The Journal of Pediatrics*, vol. 137, núm. 6, p. 842-848. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347600847423>> [Fecha de consulta: 10 de enero de 2015].

FLORES, GLENN; LAWS, M. BARTO; MAYO, SANDRA J., ZUCKERMAN, BARRY; ABREU, MILAGROS MEDINA, LEONARDO *et al.* (2003). "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters" en *Pediatrics*, vol.111, p. 6-14. <http://www.unige.ch/presse/archives/unes/2007/pdf/Pediatrics_Interpreter_Errors_%20Article.pdf> [Fecha de consulta: 6 de febrero de 2015].

FOLGER, JOSEPH P. y BARUCH, ROBERT A. (2006 [1994]). *La Promesa de la Mediación: Cómo Afrontar El Conflicto Mediante La Revalorización y El Reconocimiento*. Buenos Aires: Ediciones Granica S.A.

FOWLER, YVONNE (1997). "The courtroom interpreter: paragon and intruder?" en Carr, Silvana E., Roberts, Roda P., Dufour, Aideen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 191-200.

FUENTES GONZÁLEZ, ANTONIO D. (2006). "Comunicación, lengua e interculturalidad." en Guerrero Villalba, José A. (eds.). *Estudios sobre la mediación intercultural*. Almería: Universidad de Almería, p. 107-134.

FUNDACIÓN PROGRESO Y SALUD. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <<http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

Fundació SURT (Associació de Dones per a la Inserció Laboral). <<http://www.surt.org/portada.html>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

FUNG, YU LAN (1960). *A Short History of Chinese Philosophy*. Nueva York: The Free Press.

GAILLY, ANTOINE; VERREPT, HANS y CHIKHI, HAMIDA (2001). "El acceso de los inmigrantes a la sanidad en Bélgica. Observaciones y buenas prácticas." en *Salute per tutti. Tutti in salute*. <www.salutpertutti.org/inglese/immi_say/spa/2.4.2%20sp.%2011%20caso%20spagnolo.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GALANTI, GERI ANN (2004). "Caring for patients from different cultures" en *Anthropology of Consciousness*, vol. 15, núm. 2, p. 66-67.

GARBER, NATHAN (2000). "Community interpretation: A personal view" en Roberts, Roda, Carr, Silvana E., Abraham, Diana y Dufour Aideen (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 9-20.

GARCÍA CASTAÑO, FRANCISCO JAVIER; GRANADOS MARTÍNEZ, ANTOLÍN y MARTÍNEZ CHICÓN, RAQUEL (2006). "Comprender y construir la mediación intercultural" en *Portularia*. vol. 6, núm. 1, p. 13-27. <<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/515/b1518949.pdf?sequence=1>> [Fecha de consulta: 6 de febrero de 2015].

GARCÍA GÓMEZ, PILAR (2006). *Estat de salut i condicionants de la utilització dels serveis sanitaris dels immigrants a Catalunya: Estudi inicial en base a l'ESCA* (Enquesta de salut de Catalunya). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.

<http://canalsalut.gencat.cat/web/content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/immigracio_i_salut/documents/immestat07.pdf> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

GARCÍA-BEYAERT, SOFÍA y SERRANO PONS, JORDI (2009). "Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud" en Morera Montes, Joaquín; Alonso Babarro, Alberto y Huerga Aramburu, Helena (eds.) *Manual de atención al inmigrante*. Madrid y Barcelona: Ergon. p. 53-66. <<http://www.l-in-k.org/Garcia-Beyaert-2009-Recursos-para-superar-barreras-ling-cult-en-salud.pdf>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

GAVIRIA STEWART, ELENA; CUADRADO GUIRADO, ISABEL y LÓPEZ SAEZ, MERCEDES (Coord.) (2009). *Introducción a la Psicología Social*. Madrid: Sanz y Torres.

GENERALITAT DE CATALUNYA. *Guía d'acollida multilingüe*. Departament de Benestar Social i Família. <<http://www10.gencat.cat/WebAcollida/AppJava/ca/Main/Home.jsp>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GENERALITAT DE CATALUNYA. *Canal Salut*. <http://canalsalut.gencat.cat/ca#div_02>. [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GENTILE, ADOLFO (1997). "Community interpreting or not? Practices, standards and accreditation" en Carr, Silvana E.; Roberts, Roda P.; Dufour, Aileen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community* Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 109-118.

GENTILE, ADOLFO; OZOLINS, ULDIS y VASILAKAKOS, MARY (1996). *Liaison Interpreting. A Handbook*. Victoria: Melbourne University Press.

GILE, DANIEL (1990). "Scientific research vs. personal theories in the investigation of interpretation." en Gran, Laura y Christopher, Taylor (eds.), *Aspects of Applied and Experimental Research on Conference Interpretation*. Udine: Campanotto Editore. p. 28-41. <http://scholar.google.es/scholar_url?url=http://cirinandgile.com/1990%2520scientificresearchvsperstheory.doc&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm22Ri4Z4MJuOFhXQf2t03Pl_dYQjw&nossl=1&oi=scholar&ved=0CCAQgAMoADAAahUKEwjM6sHzy5fIAhWms3IKHaIGDtE> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GILE, DANIEL (1992): "Basic theoretical components in interpreter and translator training". en Dollerup, Cay y Loddegaard, Anne (eds.), *Teaching Translation and Interpreting: Insights, Aims, Visions*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 185-194

GILE, DANIEL (1995): *Basic Concepts and Models for Interpreter and Translator Training*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

GIMÉNEZ ROMERO, CARLOS (1997). "La naturaleza de la mediación intercultural." en *Migraciones*, núm. 2, p. 125-159.

GIMÉNEZ ROMERO, CARLOS (1997 y 2000) *Guía de Interculturalidad*. Dos volúmenes. Primera parte: "Fundamentos conceptuales". Segunda Parte: "El enfoque intercultural en las políticas públicas de desarrollo humano sostenible". PNUD- Guatemala. Guatemala.

GIMÉNEZ ROMERO, CARLOS (coord.) (2002). *El corazón de Madrid. El servicio de mediación intercultural SEMSI*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid/Universidad Autónoma de Madrid.

GIMÉNEZ ROMERO, CARLOS y MALGESISNI, GRACIELA (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid: Los libros de la Catarata.

GINORI, LUCIANO y SCIMONE, EZIO (1995). *Introduction to Interpreting*. Sydney: Lantern.

GIOVANNINI, MARIA (1992). "On Both Sides of the Fence". Report prepared for the Ontario Ministry of Citizenship en *Proceedings of the Evaluation of the Professional Development Seminar for Trainers of Cultural Interpreters held in Toronto*, August 26-28, 1992.

GOLDMAN, RAN D.; AMIN, PARSIA y MACPHERSON, ALISON (2006). "Language and length of stay in the pediatric emergency department" en *Pediatric Emergency Care*. vol. 22, núm. 9, p. 640-643.

GÓMEZ LOZANO, M. (2012). *Estudio comparativo para definir la comunicación lingüística (tipo y calidad) y cultural con la población extranjera en el centro de salud de Mejorada del Campo*. Tesis de máster inédita. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid (España).

GONZÁLEZ GARCÍA, ERIKA (2006) "Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos de la Zona Norte" en *Revista Española de Lingüística Aplicada*. Vol. monográfico: *Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*. Coordinada por Raga Gimeno, Francisco y Valero Garcés, Carmen, Vol. monográfico, pp. 151-174. <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2198699.pdf>> [Fecha de consulta 28 de septiembre de 2014].

GRAU MESTRE, CRISTINA (1998). *La Interpretación de Enlace: Panorama Mundial y Aproximación al Contexto Español*. Proyecto de Investigación para Suficiencia Investigadora. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.

GRBIĆ, NADJA y PÖLLABAUER, SONJA (2006): "Community Interpreting: signed or spoken? Types, modes and methods" en E. Hertog y B. van der Veer (eds.), *Special Issue: Taking Stock: Research and Methodology in Community Interpreting*. *Linguistica Antverpiensia*, núm. 5. Amberes: Hogeschool Antwerpen. p. 247-261.

GREENHALGH, TRISHA; ROBB, NADIA y SCAMBLER, GRAHAM (2006). "Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: Habermasian perspective" en *Social Science & Medicine*, vol. 63, núm. 5, p. 1170-1187. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953606001766>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GRUPO CRIT (2009). *Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación intercultural*. Barcelona: Octaedro.

GRUPO CRIT (2014). *La Práctica de la Mediación Interlingüística e Intercultural en el Ámbito Sanitario*. Granada: Comares.

GRUPO FITISPOS. Universidad de Alcalá de Henares. <http://www2.uah.es/traduccion/grupo_fitispos.html> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GRUPO FITISPOS. *FITISPos International Journal*. Universidad de Alcalá de Henares. <http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.2/index.php/fitispos> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GRUPO GRETI. Universidad de Granada. <<http://www.ugr.es/~greti/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GRUPO GRETI. *Revista Puentes*. Universidad de Granada. <<http://wdb.ugr.es/~greti/revista-puentes/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GRUPO MIRAS. Universitat Autònoma de Barcelona. <<http://grupsderecerca.uab.cat/miras/es>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

GRUPO TRIÁNGULO (2006). *Guía para la mediación intercultural. Marco – Proceso e Instrumento de Evaluación*. Cuadernos de Mediación Intercultural, núm. 1.

GU, YUEGUO (1990). "Politeness phenomena in modern Chinese." en *Journal of Pragmatics*, núm. 14, p. 237-257.

GUERRERO ROMERA, CATALINA (2012). "El Mediador intercultural en el ámbito sociosanitario." en *RES Revista de Educación Social*, núm. 14, Enero de 2012. <http://www.eduso.net/res/pdf/14/mediadorinter_res_%2014.pdf> [Fecha de consulta: 16 de diciembre de 2014].

GUMPERZ, JOHN J. (1981). "Conversational inference and classroom learning" en Green, Judith L. y Wallat, Cynthia (eds.), *Ethnography and Language in Educational Settings*. Norwood: ABLEX Publishing Corporation. p. 3-23.

GUMPERZ, JOHN J. (1982). *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.

HAFFNER, LINDA (1992). "Translation is not enough: Interpreting in a medical setting." en *Western Journal of Medicine*, vol. 157, núm. 3, p. 255-259. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011272/>> [Fecha de consulta: 3 de septiembre de 2015].

HALE, SANDRA (1996). "Pragmatic considerations in court interpreting" en *Australian Review of Applied Linguistics*, vol. 19, núm. 1, p. 61-72.

HALE, SANDRA (1997b). "Interpreting politeness in court. A study of Spanish-English interpreted proceedings" en S. Campbell y S. Hale (eds), *Proceedings of the 2nd Annual Macarthur Interpreting and Translation Conference 'Research, Training and Practice'*. Milperra: UWS Macarthur/LARC. p. 37-45.

HALE, SANDRA (2007). *Community Interpreting*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

HALE, SANDRA (2010). *La interpretación comunitaria: La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Traducción de Valero Garcés, Carmen y Cobas Álvarez, Rosa. Granada: Comares.

HALE, SANDRA y GIBBONS, JOHN (1999). "Varying realities: patterned changes in the interpreter's representation of courtroom and external realities" en *Applied Linguistics*, vol, 20, núm. 1, p. 203-220.

HALE, SANDRA y NAPIER, JEMINA (2013). *Research Methods in Interpreting. A Practical Resource*. Bloomsbury.

HARRIS, BRIAN (1997). "Foreword: A landmark in the evolution of interpreting" en Carr, Silvana E.; Roberts, Roda P.; Dufour, Aileen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 1-3.

HARRIS, BRIAN (1998). "The Supreme Court of Canada strikes another blow for interpretation" en *Critical Link Newsletter*. vol. 4, p. 5-6.

HARRIS, BRIAN (2000). "Foreword" en Roberts, Roda, Carr, Silvana E., Abraham, Diana y Dufour Aileen (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 1-5.

HATIM, BASIL y MASON, IAN (1990). *Discourse and the Translator*. Longman.

HEALTHCARE INTERPRETATION NETWORK (HIN). <<http://healthcareinterpretationnetwork.ca/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

HEALTHCARE INTERPRETATION NETWORK (HIN) (2007). *National Standard Guide for Community Interpreting Services*. <[http://www.saludycultura.uji.es/archivos/HIN_National_Standard_Guide_for_CI_\(Canada\).pdf](http://www.saludycultura.uji.es/archivos/HIN_National_Standard_Guide_for_CI_(Canada).pdf)> [Fecha de consulta: 2 de noviembre de 2014].

HERRERO, JOSÉ (2002): "¿Qué es cultura?" <<http://www.galanet.eu/dossier/fichiers/Cultura%20-%20Definico%26%23769%3Bn%20y%20caracteri%26%23769%3Bsticas.pdf>> [Fecha de consulta: 18 de enero de 2015].

HERTOG, ERIK y REUNBROUCK, DIRK (1999). "Building bridges between conference interpreters and liaison interpreters" en Erasmus, Mabel (eds.) *Liaison Interpreting in the Community*. Pretoria: Van Schaik. p. 263-277.

HINZE, CARL GRAHAM (2002). *Rethinking 'face': Pursuing an emic-etic understanding of Chinese mian and lian and English face*. Tesis doctoral inédita. University of Queensland.

HO, DAVID Y. F. (1987). "Fatherhood in Chinese culture" en Lamb, Michael E. (eds.) *The Father's Role: Cross Cultural Perspectives*. Lugar: Lawrence Erlbaum Associates. p. 227-246.

HO, DAVID Y. F. (1994). "Face dynamics: from conceptualization to measurement." en Ting-Toomey, Stella (eds.), *The Challenge of Facework*. Albany, Nueva York: State University of New York Press, p. 269-285.

HO WONG, TAI MOOI (2009). "La salut en els pacients xinesos." en Casas, Miquel; Collazos, Francisco y Qureshi, Adil (eds.), *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Barcelona: Fundación "la Caixa", p. 374-389. <<http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion intercultural a.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

HOLDEN, PATRICK, y SERRANO, ALBERTO C. (1989). "Language barriers in pediatric care." en *Clinical Pediatrics*. vol. 28, p. 193-194. <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1989-37632-001>> [Fecha de consulta: 7 de enero de 2015].

HORTAL ALONSO, AUGUSTO (2002). *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. (2005, 5 de agosto). "El Hospital Carlos Haya rompe barreras idiomáticas con un proyecto innovador en información socio-sanitaria". <<http://www.hospitalregionaldemalaga.es/NoticiasyEventos/SaladePrensa/Hist%C3%B3ricodeSaladePrensa.aspx?PageContentID=87>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142402517474&language=es&pagename=HospitalRamonCaja%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

HSIEH, ELAINE (2003). "The communicative perspective of medical interpreting" en *Studies in English Language and Literature* núm. 11, p.11-24. <<http://faculty-staff.ou.edu/H/Elaine.K.Hsieh-1/download/Hsieh2003-1.pdf>> [Fecha de consulta: 7 de enero de 2015].

HSIEH, ELAINE (2004): *Bilingual Health Communication and Medical Interpreters: Managing Role Performances and Communicative Goals*. Tesis doctoral. University of Illinois Urbana-Champaign.

HSIEH, ELAINE (2006). "Conflicts in How Interpreters Manage their Roles in Provider-Patient Interactions" en *Social Science & Medicine*, vol. 62, núm. 3, p. 721-730. <https://www.academia.edu/338303/Conflicts_In_How_Interpreters_Manage_Their_Roles_In_Provider-Patient_Interactions> [Fecha de consulta: 16 de enero de 2015].

HSIEH, ELAINE (2007). "Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters." en *Social Science & Medicine*, vol. 64, p. 924-937. <https://www.academia.edu/338302/Interpreters_As_Co-Diagnosticians_Overlapping_Roles_and_Services_Between_Providers_and_Interpreters> [Fecha de consulta: 19 de enero de 2015].

HSU, CHUANSHI STEPHEN. (1996). *'Face': An Ethnographic Study of Chinese Social Behaviour*. Tesis doctoral inédita. Yale University.

HU, HSIEN CHIN. (1944). "The Chinese Concept of 'Face'." en *American Anthropologist*, vol. 46, p. 45-64. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/aa.1944.46.1.02a00040/pdf>> [Fecha de consulta: 19 de enero de 2015].

HURTADO ALBIR, AMPARO (1990). *La notion de fidélité en traduction*. París: Didier.

HURTADO ALBIR, AMPARO (2001). *Traducción y traductología*. Madrid: Cátedra.

HYMAN, ILENE (2009). *Literature Review: Costs of Not Providing Interpretation in Health Care*. Canadá: Access Alliance. <http://accessalliance.ca/wp-content/uploads/2015/03/Lit_Review_Cost_of_Not_Providing_Interpretation.pdf> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

IBRAHIM, ZUBAIDAH (2004). "Clashes of perception in the Malaysian court." en Ibrahim, Zubaidah; Rozana, Ainun; Kamaruddin, Fauziah; Baskaran, Lohanayahi y Dargunan Rajesway (eds.), *Language, Linguistics and the Real World. Vol. 2: Language Practices in the Workplace*, Kuala Lumpur: University of Malaya. p. 247-80.

IMIA (INTERNATIONAL MEDICAL INTERPRETERS ASSOCIATION). <<http://www.imiaweb.org/default.asp>> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

IMIA (INTERNATIONAL MEDICAL INTERPRETERS ASSOCIATION) (2007). *Medical Interpreting Standards of Practice*. <<http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf>> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

INSTITUTE OF TRANSLATING AND INTERPRETING (2013). *Code of Professional Conduct*. <http://www.iti.org.uk/attachments/article/154/Code%20of%20professional%20conduct%2008%2009%202013_Final.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

JACKSON-CARROLL, LESLIE; GRAHAM, ELINOR J. y JACKSON, J. CAREY (1998). *Beyond Medical Interpretation: The Role of Interpreter Cultural Mediators (ICMs) in Building Bridges between Ethnic Communities and Health Institutions*. Seattle, WA: Harborview Medical Center. <<http://ethnomed.org/about/related-programs/community-house-calls-program/icm-manual98.pdf/view>> [Fecha de consulta: 15 de enero de 2015].

JACOBS, ELIZABETH; CHEN, ALICE H. M.; KARLINER, LEAH S.; AGGER-GIPTA, NIELS y MUTHA, SUNITA (2006). "The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda" en *The Milbank Quarterly*. vol. 84, núm. 1, p. 111-133. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690153/>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

JACOBSEN, BENTE (2002). *Pragmatic Meaning in Court Interpreting: An Empirical Study or Additions in Consecutively Interpreted Question-Answer Dialogues*. Tesis doctoral. Netherlands: Aarhus School of Business. <http://pure.au.dk/portal/files/55521187/PhD_Thesis_Additions_in_court_interpreting.pdf> [Fecha de consulta: 15 de enero de 2015].

JANKOWIAK, WILLIAM (1992) "Father-Child Relations in Urban China" en Hewlett, Barry S. (eds.), *Father-Child Relations: Cultural and Biosocial Contexts*. Nueva York: Aldine de Gruyter. p. 345-363.

JIANG, LIHUA (2007). "From "Community Interpreting" to "Discourse Interpreting": establishing some useful parameters" en *Universal Thought Principles in Translation and Interpreting. TC Journal I*. <http://www.euroconferences.info/proceedings/2007_Proceedings/2007_Jiang_Lihua.pdf> [Fecha de consulta: 15 de enero de 2015].

JIANG, LIHUA (2008). *From Community Interpreting to Discourse Interpreting: A Triadic Discourse Interpreting Model (TRIM)*. Tesis doctoral. Saarbrücken: Universität des Saarlandes. <<http://scidok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2011/3482/pdf/Lihuas%20Diss%20Korrekturversion%2016.11.10-1.pdf>> [Fecha de consulta: 15 de enero de 2015].

JIMÉNEZ GONZÁLEZ, JOAQUÍN *et al.* (2009). "¿Mediador o Intérprete Socio Sanitario?: Proyecto o realidad en el servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez del Area III del Servicio Murciano de Salud." en *Paraninfo digital*. núm. 7. <<http://www.index-f.com/para/n7/110o.php>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

JINICH, HORACIO (2013). "Algunas notas sobre el discurso médico" en *Medicina Interna de México*, vol. 29, núm. 2, p. 121-127 <<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim132a.pdf>> [Fecha de consulta: 10 de enero de 2015].

JOHN-BAPTISTE, AVA *et al.* (2004). "The effect of English language proficiency on length of stay and in hospital mortality" en *Journal of General Internal Medicine: Official Journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine*. vol. 19, núm. 3, p. 221-228. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492154/>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

JOHNSON, DONNA M. (1992). *Approaches to Research in Second Language Research*. Nueva York: Longman.

JUNQUERA, CARLOS (1991). *El chamanismo en el Amazonas*. Barcelona: Mitre.

KANTARA (2001). *Codice di Comportamento del Mediatore Linguistico Culturale*. <[http://www.saludycultura.uji.es/archivos/CODIGO_COMPORAMIENTO_MEDIACION_\(KANTARA\).pdf](http://www.saludycultura.uji.es/archivos/CODIGO_COMPORAMIENTO_MEDIACION_(KANTARA).pdf)> [Fecha de consulta: 14 de enero de 2015].

KATAN, DAVID (1999). *Translating Cultures. An Introduction for Translators, Interpreters and Mediators*. Manchester; Northampton: St. Jerome.

KAUFERT, JOSEPH M. y KOOLAGE, WILLIAM W. (1984). "Role conflict among culture brokers: The experience of native Canadian medical interpreters" en *Social Sciences and Medicine*, vol. 8, núm.3, p. 283-286. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953684900923>> [Fecha de consulta: 14 de enero de 2015].

KAUFERT, JOSEPH M. y PUTSCH, ROBERT W. (1997). "Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language and power" en *The Journal of Clinical Ethics*, vol. 8, núm. 1, p. 71-87.

KLEINMAN, ARTHUR (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.

KLEINMAN, ARTHUR; EISENBERG, LEON y GOOD, BYRON (1978). "Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research" en *Annals of Internal Medicine*, vol. 88, núm. 2, p. 251-258.

KNAPP-POTTHOFF, ANNELIE y KNAPP, KARLFRIED (1987) "The man (or woman) in the middle: discursual aspects of non-professional interpreting" en Knapp, Karlfried; Enninger, Werner y Knapp-Potthoff (eds.), *The Mediating Person: Bridges between Cultures*. Cambridge: Schenkamn. p. 181-212.

KORNACKI, PAWEL (1995). *Heart and Face: Semantics of Chinese Emotion Concepts*. Tesis doctoral. Australian National University.

KUO DAVID y FAGAN, MARK J. (1999). "Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic." en *Journal of General Internal Medicine*, vol.14, núm. 9, p. 547-550. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1497.1999.07258.x/pdf>> [Fecha de consulta: 14 de enero de 2015].

KUPER, ADAM (2001): *Cultura. La versión de los antropólogos*. Traducción de Albert Roca. Barcelona: Paidós.

LAHIB, ABDESSAMAD (2007). "La mediación intercultural" en Fundación Secretariado Gitano (ed.) *Retos en los contextos multiculturales: Competencias interculturales y resolución de conflictos*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano. p. 56-79.

LASTER, KATHY y TAYLOR, VERÓNICA (1994). *Interpreters and the Legal System*. Sydney: The Federation Press.

LÁZARO GUTIÉRREZ, RAQUEL (2009). "Dilemas éticos del traductor / intérprete en los servicios públicos." en *Translation, Interpreting, Social Activism*.

<http://www.translationactivism.com/articles/Raquel_Lazaro.pdf> [Fecha de consulta: 7 de septiembre de 2015].

LÁZARO GUTIÉRREZ, RAQUEL (2010). *La interpretación en los servicios sanitarios en España. Estudio de la asimetría en las consultas médicas con pacientes de habla extranjera y la repercusión de la presencia de un intérprete ocasional*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares. <<http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/8067/lazarogutierrez.tesisdoctoral.pdf?sequence=1>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

LÁZARO GUTIÉRREZ, RAQUEL y VITALARU, BIANCA (2011) "FITISPos-UAH: Formación y Práctica en Traducción e Interpretación sanitaria", en Valero Garcés, Carmen *et al.* (eds.) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en el siglo XXI. Avanzando hacia la unidad en medio de la globalización*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá. p. números pág

LÁZARO GUTIÉRREZ, RAQUEL (2012). *La interpretación en el ámbito sanitario*. Editorial Académica Española. LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH& Co. KG, Saarbrücken, Germany.

LEE, SHU HSIN; KUO, BIH JAW; LEE, MENG CHIH y LEE, MENG SHIHOU (1995). "Psychosocial responses of infertile couples attending an assisted reproduction program." en *Journal of the Formosan Medical Association*, núm. 94, p. 26-33.

LEE, SHU HSIN; y KUO, BIH JAW (2000). "Chinese traditional childbearing attitudes and infertile couples in Taiwan." en *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 32, núm. 1, p. 54-54. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2000.00054.x/pdf>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

LEMHAGEN, GUNNAR y NISKA, HELGE (1999). "National report on the training of translators and interpreters in Sweden" en ELC (European Language Council). *National Reports on the Training of Translators and Interpreters-Thematic Network Project in the Area of Languages Sub-project 7: Translation and Interpreting*. p. 88-93. <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.celelc.org%2Fprojects%2FPast_Projects%2FTNP_Languages%2FTNP1_resources%2FSP7NatReps.pdf&ei=qTuIVcigHcysUbLCg8gH&usq=AFOjCNHNDNmgw4v0E-LxQ766KQ02ctpW6w&sig2=AilzK6HScOPHbCgDrNvaPg&bvm=bv.96339352,d.d24> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

LENNON, PAUL (2000). "The lexical element in spoken second language fluency" en *Perspectives on Fluency*, Riggenbach, Heidi (ed.). Ann Arbor Michigan: The University of Michigan Press. p. 25-42.

LEUNG, KWOK (1997). "Negotiation and Reward Allocations Across Cultures." en Earley, P. Christopher y Erez, Miriam (eds.), *New Perspectives on International Industrial-Organizational Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass. p. 640-675.

LEUNG, KWOK; TREMAIN K.OCH, PAMELA y LU, LIN (2002). "A Dualistic Model of Harmony and its Implications for Conflict Management in Asia." en *Asia Pacific Journal of Management*, vol. 19, núm. 2-3, p. 201-220).

LLACUNA MORERA, J. (2000). "La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?" en *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 7, núm. 9, p. 576-587.

LLEVOT CALVET, NURIA (2002). *Els mediadors interculturals a les institucions educatives de Catalunya*. Tesis doctoral. Lleida: Departament de Pedagogia i Psicologia. Facultat de Ciències de l'Educació. Universitat de Lleida. <http://www.researchgate.net/profile/Nuria_Llevot_Calvet/publication/46314707_Els_Mediadors_interculturals_a_les_institucions_educatives_de_Catalunya/links/5415bd2e0cf2bb7347db4159.pdf> [Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2014].

LLEVOT CALVET, NURIA (2005). "El/la mediador/a intercultural: perfiles y profesionalización." Ponencia presentada en: *I Jornadas de mediación intercultural en Canarias*.

<http://comuniversidad.com/jornadas_mediacion/contenidos/El_mediator_intercultural_perfiles_y_profesionalizacion_Nuria_Llevot.pdf> [Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2014].

LLEVOT CALVET, NURIA (2008). *El/la mediador/a intercultural: perfiles y profesionalización*. Universitat de Lleida.

LÓPEZ SÁNCHEZ, VICTORIA CRISTINA (2012). “Autoconocimiento y mediación” comunicación presentada en *VIII Conferencia Internacional Foro Mundial de Mediación*. Valencia, 18-21 de octubre de 2012. <http://unaf.org/wp-content/uploads/2013/01/10_12_ponencias_foro_mundial_mediacion_Valencia_3.pdf> [Fecha de consulta: 15 de enero de 2015].

LORANT, VINCENT; DERLUYN, ILSE ; DAUVRAIN, MARIE, COUNE, ISABELLE y VERREPT, HANS (2011). *Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques*. Université catholique de Louvain (UCL). <<http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@mentalcare/documents/ie2divers/19077013.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

LUO ZHUFENG 羅竹風 (ed. 1991). *Hanyu da cidian 漢語大詞典*, vol. 8, p. 814. Beijing: Hanyu da cidian chubanshe.

LUQUE, FRANCISCA GARCÍA (2009) “La interpretación telefónica en el ámbito sanitario: realidad social y reto pedagógico” en *redit: Revista electrónica de didáctica de la traducción y la interpretación*. núm. 3, p. 18-30. <http://www.redit.uma.es/Archiv/n3_2009/mono_GarciaLuque_redit3.pdf> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

MALIK LIEVANO, BEATRIZ y HERRAZ RAMOS, MERCEDES (2005). *Mediación intercultural en contextos socioeducativos*. Málaga: Aljibe.

MAO, LU MING ROBERT (1994). “Beyond politeness theory: ‘face’ revisited and renewed.” en *Journal of Pragmatics*, vol. 21, núm. 5, p. 451-486. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0378216694900256>> [Fecha de consulta: 15 de enero de 2015].

MARTIN, ANNE (2000). “La interpretación social en España” en Kelly, Dorothy (ed.) *La Traducción y la Interpretación en España Hoy: Perspectivas Profesionales*. Granada: Comares. p. 207-223.

MARTIN, ANNE (2006). “La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía” en *Revista Española de Lingüística Aplicada*. Vol. monográfico: *Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*. Coordinada por Raga Gimeno, Francisco y Valero Garcés, Carmen, vol. monográfico, p. 129-150. <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2198698.pdf>> [Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2014].

MARTIN, ANNE y ABRIL, M. ISABEL (2002). “Los límites difusos del papel del intérprete social” en Valero Garcés, Carmen y Guzmán Mancho, Barés (eds.) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas Necesidades para Nuevas Realidades*. Alcalá de Henares, Madrid: Universidad de Alcalá-Servicio de Publicaciones. p. 55-60.

MARTÍN, MAYTE C. y PHELAN MARY (2010): “Interpreters and Cultural Mediators – different but complementary roles” en *Translocations: Migration and Social Change* vol. 6. <<http://www.translocations.ie/docs/v06i01/Martin%20and%20Phelan.pdf>> [Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2014].

MARTÍNEZ USARRALDE, MARÍA JESÚS y GARCÍA LÓPEZ, RAFAELA (2009) *Análisis y práctica de la mediación intercultural desde criterios éticos*. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch.

MASON, IAN (2000). “Models and methods in dialogue interpreting research” en Olohan, Maeve (eds.) *Intercultural Faultlines*. Manchester: St. Jerome. p. 215-231.

- MASON, IAN (2001). "Introduction" en Mason, Ian (ed.) *Triadic Exchanges: Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St. Jerome. p. i-vi
- MCNEILL, PATRICK y CHAPMAN, STEVE (2004). *Research Methods*. Londres/ Nueva York: Routledge.
- MEDIAVILLA, M. (2003). "A la salud de Babel" en *Ideal*, p. 52-53.
- Memoria AMICS 2012. Dirección General de Integración y Cooperación. Conselleria de Justicia y Bienestar Social. Generalitat Valenciana. <<http://www.bsocial.gva.es/documents/610754/17348956/Memoria%20AMICS%202012/932d0a4b-7d60-4c65-895c-87e87243c519>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].
- Memoria 2006/2009 del Consorci Sanitari del Maresme: Informe d'actuacions en Responsabilitat Social Corporativa. <<http://www.csdm.es/servlet/FileDispatcher?id=1417176637830>> [Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2014].
- MERCADO MARTÍNEZ, FRANCISCO J.; VILLASEÑOR FARÍAS, MARTA y LIZARDI GÓMEZ, ALEJANDRA. (1999). "Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación." en *Revista Universidad de Guadalajara*, núm. 17, p. 19-30. <<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html>> [Fecha de consulta: 10 de enero de 2015].
- MESA, ANNE MARIE (2000). "The cultural interpreter: An appreciated professional. Results of a study on interpreting services: client, health care worker and interpreter points of view" en Roberts, Roda, Carr, Silvana E.; Abraham, Diana y Dufour Aideen (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 67-79.
- MESSENT, PHILIP (2003). "From postmen to makers of meaning: a model for collaborative work between clinicians and interpreters." en Raval, Hitesh y Tribe, Rachel (eds.) *Working with Interpreters in Mental Health*. Nueva York: Routledge, p. 135-150.
- METRAUX, JEAN CLAUDE y ALVIR, SPOMENKA (1995). "L'interprète: traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute?" en *Interdialogos*, núm. 2, p. 22-26
- MIGUÉLEZ, CYNTHIA (2003). "Traducción e interpretación en los servicios públicos en la Unión Europea" en Valero Garcés, Carmen (eds.) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares. p. 35-50.
- MIKKELSON, HOLLY (1995). *The Art of Working with Interpreters. A Manual for Health Care Professionals*. International Interpretation Research Center, Monterey Institute of International Studies. Monterey, California. <http://works.bepress.com/holly_mikkelson/26> [Fecha de consulta: 10 de enero de 2015].
- MIKKELSON, HOLLY (1996a). "The Professionalization of Community Interpreting" en *Global Visions: Proceedings of the 37th Annual Conference of the American Translators Association*. Jérôme-O'Keefe, Muriel M. (eds.), Alexandria, VA: American Translators Association. p. 77-89. <http://works.bepress.com/holly_mikkelson/23/> [Fecha de consulta: 10 de enero de 2015].
- MIKKELSON, HOLLY (1996b). "Community interpreting: An emerging profession" en *Interpreting*, vol. 1, núm. 1, p. 125-129.
- MIKKELSON, HOLLY (1999). "Interpreting Is Interpreting -- Or Is It?". <http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=holly_mikkelson> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].
- MIKKELSON, HOLLY (2000): "Interpreter Ethics: A Review of the Traditional and Electronic Literature" en *Interpreting*, vol. 5, núm. 1, p. 49-56.
- MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN (2010). *Libro Blanco de la traducción y la interpretación institucional*. <http://ec.europa.eu/spain/pdf/libro_blanco_traducccion_es.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2014). *Afiliaciones en alta a último día del mes de extranjeros según países y regímenes*. <http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/AfiliacionAltaTrabajadores/AfiliacionesAltaLaboral/AfiliacionUltimoDiaDelMes/Lt.Da.AfiliadosExtranjerosPorNacionalidadYRegimenes/192761> [Fecha de consulta: 25 de octubre de 2014].

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid. <<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>> [Fecha de consulta: 6 de febrero de 2014].

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid. <www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm> [Fecha de consulta: 6 de febrero de 2014].

MOLINARI, GIORGINA (2011). "Applying the 'cultural turn' to the current norms of community interpreting in the health sector. Questions and implications." en Valero Carcés, Carmen (eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en un mundo INTERcoNECTado Public Service Interpreting and Translation in the Wild Wired World*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares. p. 308-318.

MOODY, BILL (2007). "Literal vs. liberal: What is a faithful interpretation?" en *The Sign Language Translator and Interpreter*, vol. 1, núm. 2, p. 179-220.

MORERA DE PAZ, ISABEL (2000). *Trabajo de Campo: La Interpretación Social en los Hospitales de Granada Capital*. Trabajo presentado en el curso *Interpretación Social*. Facultad de Traducción e Interpretación. Departamento de Traducción e Interpretación. Universidad de Granada.

MORRIS, RUTH (1993): *Images of the Interpreter: A Study of Language-Switching in the Legal Process*. Tesis doctoral. Department of Law, Lancaster University.

MORRIS, RUTH (1995): "The Moral Dilemmas of Court Interpreting" en *The Translator*, vol. 1, núm. 1, p. 25-46.

MOSAIC. Multilingual Orientation Services Assisting Immigrant Communities. <<http://www.mosaicbc.com>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

MULANGA MULANGA, IVONNE (2003). "Organización y funcionamiento del Servicio de Traductores e Intérpretes (SETI) del Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en el Estado Español (COMRADE)" en Valero Garcés, Carmen (eds.) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares. p. 201-205.

MUÑOZ MARTÍNEZ, RUBÉN (2010). *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental, estudios de caso en Bélgica y España*. Tesis doctoral inédita. Universidad Autónoma de Madrid. <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAAAhUKEwjAv-T6fvHAhVFOhQKHRsGAAE&url=https%3A%2F%2F repositorio.uam.es%2Fbitstream%2Fhandle%2F10486%2F4602%2F30684_mu%25C3%25B1oz_martinez_ruben.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AFQjCNFdYI9cq83bjEJcB91L9m3g1-xP1w&sig2=3P5j17HuXatzzWsBSSNJAw> [Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2015].

NAATI (National Accreditation Authority for Translators and Interpreters). Outlines of NAATI credentials. <<http://www.naati.com.au/PDF/Misc/Outliness%20of%20NAATI%20Credentials.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

NAATI (National Accreditation Authority for Translators and Interpreters) (2014). *Accreditation by Testing Information Booklet*. Canberra: National Accreditation Authority for Translators and Interpreters

Ltd. <http://www.naati.com.au/PDF/Booklets/Accreditation_by_Testing_booklet.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

NATIONAL UNION OF PROFESSIONAL INTERPRETERS AND TRANSLATORS <<http://www.unitetheunion.org/how-we-help/list-of-sectors/community-youth-workers-and-not-for-profit/nupitnationalunionofprofessionalinterpretersandtranslators>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

NAVAZA, BÁRBARA; ESTÉVEZ, LAURA y SERRANO, JORDI (2009). “Saque la lengua, por favor” en *Panacea*, vol. 10, núm. 30, p. 141-156. <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

NCIHC (NATIONAL COUNCIL ON INTERPRETING IN HEALTH CARE) (2004). *A National Code of Ethics for Interpreters in Health Care*. <<http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf>> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

NCIHC (NATIONAL COUNCIL ON INTERPRETING IN HEALTH CARE) (2005). *National Standards of Practice for Interpreters in Health Care*. <<http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Standards%20of%20Practice.pdf>> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

NCIHC (NATIONAL COUNCIL ON INTERPRETING IN HEALTH CARE) (2011). *National Standards for Healthcare Interpreter Training Programs*. <http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/National_Standards_5-09-11.pdf> [Fecha de consulta: 6 de noviembre de 2014].

NEVADO LLOPIS, ALMUDENA (2013). *La comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. Propuestas de mejora desde la interpretación en los servicios públicos y la mediación lingüística y cultural. Estudio de caso de un hospital aragonés*. Tesis doctoral. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.

NIDA, EUGENE A. (1964). *Toward a Science of Translating, with Special Reference to Principles and Procedures Involved in Bible Translating*. Leiden: E. J. Brill.

NIDA, EUGENE A. y DE WAARD, JAN (1986). *From One Language to Another: Functional Equivalence in Bible Translating*. Nashville: Thomas Nelson.

NISKA, HELGE (2004). *Community Interpreting in Sweden. A Short Presentation*. Stockholm: Institute for Interpretation and Translation Studies, Stockholm University.

NORD, CHRISTIANE (2001). “Loyalty revisited: Bible translation as a case point” en Pym, Anthony (eds.) *The Translator: The Return to Ethics*, vol. 7, núm. 2, p. 185- 202.

NORSTRÖM, EVA; GUSTAFSSON, KRISTINA y FIORETOS, INGRID (2011). *The Interpreter – A Cultural Intermediary behind Closed Doors. The Importance of Interpreting for the Rule of Law and for Integration, with Special Focus on Separated Minors*. Department of Arts and Cultural Studies. Lund University Medborgarskolan Syd. <www.tolkprojektet.se/Report_English.pdf> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

NOVEL, GLORIA (2009). “Sistemes de mediació en organitzacions complexes: el cas de la salut”, en Casanovas, Pompeu *et al.* (Eds.) *Materials del Llibre Blanc de Mediació a Catalunya*. Vol I. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Centre d’estudis Jurídics i Formació Especialitzada, p. 273-283.

ODA, MELANIE y JOYETTE, DONNA (2003). “Interpreting for the perpetrator in the partner assault response program. The selection and training process” en Brunette, Louise; Bastin, George; Hemlin, Isabelle y Clarke, Heather (eds.) *The Critical Link 3: Interpreting in the Community: the Complexity of the Profession*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 147-161.

OBRA SOCIAL FUNDACIÓN “LA CAIXA” (2009). *Programa de formación*. Libro interactivo. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
<https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

OBSERVATORIO DE MEDIACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA (ODM). <<http://www.ub.edu/odm/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

ODUSALUD (OBSERVATORIO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA) <<http://odusalud.blogspot.com.es/>> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

OLIVER CASTELLÓ, MARGARITA (2012). *Aportaciones sobre Mediación Intercultural en nuestra Comunitat*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Justícia i Benestar Social. <<http://www.bsocial.gva.es/documents/610754/712421/Power.pdf/47a26512-8c38-43b1-b4f7-a5f8aecf8784>> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

ONU. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

ORTÍ, ROBERTO; SÁNCHEZ, ENRIC; y SALES, DORA (2006). “Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: Diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural” en Gallardo, Beatriz; Hernández, Carlos y Moreno Verónica (eds.): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*, vol. 3. Lingüística Interaccional en ámbitos de salud. Valencia: Universitat de València, p. 114-139. <[http://www.uv.es/perla/3\[08\].OrtiSalesySanchez.pdf](http://www.uv.es/perla/3[08].OrtiSalesySanchez.pdf)> [Fecha de consulta: 2 de octubre de 2014].

ORTÍ TERUEL, ROBERTO y SÁNCHEZ LÓPEZ, ENRIC (2014). “El (des)control de la interacción” en Grupo CRIT (eds.), *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares. p. 175-220.

OSTARHILD, EDDA (1998). “International collaboration in setting public service interpreting equivalencies”. Comunicación presentada en *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings* (2001). Vol. 2. <https://static1.squarespace.com/static/52d566cbe4b0002632d34367/t/5347f573e4b0bccee306da68/1397224819441/CL2_Ostarhild.pdf> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

OZOLINS, ULDIS (2000). “Communication needs and interpreting in multilingual settings: The international spectrum of response” en Roberts, Roda; Carr, Silvana E.; Abraham, Diana y Dufour Aideen (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p.49-65.

OZOLINS, ULDIS (2002) *Education and Training for Translators and Interpreters*. Australian Institute of Interpreters and Translators (AUSIT).

OZOLINS, ULDIS (2004a). *Survey of Interpreting Practitioners*. VITS LanguageLink. <<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.vits.com.au%2FLiteratureRetrieve.aspx%3FID%3D128057&ei=bsd0VJSFKYfhaIargZgP&usq=AFQjCNHwciuSrJ7PyhmRqgtaNpPmGe-aZg&sig2=QAVGbvNxosq-mTdaUw3lXQ>> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

OZOLINS, ULDIS (2014). “Descriptions of Interpreting and their Ethical Consequences” en *FITISPos-International Journal*, vol.1, núm.1, p. 23-41. <http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.5/index.php/fitispos/article/view/9> [Fecha de consulta: 19 de enero de 2015].

PATEL, NIMISHA (2003). “Speaking with the silent: addressing issues of disempowerment when working with refugee people.” en Raval, Hitesh y Tribe, Rachel (eds.) *Working with interpreters in mental health*. Nueva York: Routledge, p. 219-237

PAVLISH, CAROL L.; NOOR, SAHRA y BRANDT, JOAN (2010). "Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries" en *Social Science & Medicine*, vol. 71, núm. 2, p. 353-361. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2893335/>> [Fecha de consulta: 19 de enero de 2015].

PENA DÍAZ, CARMEN; ECHAURI GALVÁN, BRUNO y OLIVARES LEYVA, MÓNICA (2014). "Las funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario: habilidades y conocimientos." en *Tonos digital: Revista electrónica de estudios filológicos*, núm. 26, p. 3-13. <<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/39129/1/Las%20funciones%20del%20mediador.pdf>> [Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2014].

PERDIGUERO, ENRIQUE y COMELLES, JOSEP M. (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.

PERKINS, JANE (2003). *Ensuring Linguistic Access in Health Care Setting: An Overview of the Current Legal Rights and Responsibilities*. National Health Law Program. Washington: The Henry J. Kaiser Family Foundation. <<https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/ensuring-linguistic-access-in-health-care-settings-an-overview-of-current-legal-rights-and-responsibilities-pdf.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

PERRY, CHAD (1998). "Processes of a case study methodology for postgraduate research in marketing." en *European Journal of Marketing*, vol. 32, núm. 9-10, p. 785-802. <<http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/03090569810232237>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

PETERSON, RICO. (2000). "Metacognition and recall protocols in the interpreting classroom" en Roy, Cynthia (eds.), *Innovative Practices for Teaching Sign Language Interpreters*. Washington, DC: Gallaudet University Press. p. 132-152.

PHILLIPS, NELSON y HARDY, CYNTHIA (2002). *Discourse Analysis. Investigating Processes of Social Construction*. Thousand Oaks, California: Sage.

PILLSBURY, BARBARA L. K. (1978). "Doing the month!: confinement and convalescence of Chinese women after childbirth." en *Social Science & Medicine*, vol.12, p. 11-22. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160798778900030>> [Fecha de consulta: 19 de enero de 2015].

Pla de ciutadania i immigració 2005-2008. *Memòria de les actuacions realitzades*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2010. <http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/05immigracio/03politiquesplansactuacio/antedents/memoria_pla.pdf> . [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

PÖCHHACKER, FRANZ (1997). "Is anybody out there? Community Interpreting in Austria" en Carr, Silvana E.; Roberts, Roda P.; Dufour, Aideen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 215-225.

PÖCHHACKER, FRANZ (1999). "Getting organized!: The evolution of community interpreting" en *Interpreting*. vol. 4, núm.1, p. 125-140. <<https://es.scribd.com/doc/97416324/Pochhacker-Getting-Organized-in-Community-Interpreting#scribd>> [Fecha de consulta: 2 de octubre de 2014].

PÖCHHACKER, FRANZ (2003). "Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en Austria." en Valero Garcés, Carmen (ed.) (2003). *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Alcalá de Henares y Granada: Comares. cap. 3.1.2.

PÖCHHACKER, FRANZ (2004). *Introducing Interpreting Studies*. Londres/Nueva York: Routledge.

PÖCHHACKER, FRANZ (2008): "Interpreting as mediation", en Valero Garcés, Carmen y Martin, Anne (eds.): *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins, p. 9-26.

PÖCHHACKER, FRANZ y KADRIC, MIRA (1999) “The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter. A case study” en *The Translator*, vol. 5, núm. 2, p. 161- 178.

PÖLLABAUER, SONJA (2000). “Nema problema, alles paletti...?” *Community Interpreting* aus der Sicht von NGOs”. en *TEXTconTEXT*, vol. 14, núm. 2, p. 181-210.

PONCE MÁRQUEZ, NURIA (2011). “Interpretación social y mediación intercultural: Juntos pero no revueltos. El caso de Sevilla Acoge” en C. Valero Carcés (eds.), *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en un mundo INTERcoNEctado Public Service Interpreting and Translation in the Wild Wired World*. [Recurso electrónico] Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. p. 232-240.

PRATS SAN ROMÁN, GENISA y URIBE PINILLOS, ELIZABETH (2009). “La mediación intercultural.” en Casas, Miquel, Collazos, Francisco y Qureshi, Adil (eds.), *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Barcelona: Fundación “la Caixa”, p. 260-275. <https://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf> [Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2014].

PRUNČ, ERICH (2012). “Rights, realities and responsibilities in community interpreting” en M. Viezzi (ed.). *The Interpreters’ Newsletter. Public Service Interpreting*. EUT EDIZIONI UNIVERSITÀ DI TRIESTE, núm. 17, p. 1-12. <<http://etabeta.univ.trieste.it/dspace/bitstream/10077/8527/1/IN17.pdf#page=8>> [Fecha de consulta: 16 de enero de 2015].

PUEBLA FORTIER, JULIA (1997). “Interpreting for health in the United States: Government partnership with communities, interpreters and providers” en Carr, Silvana E.; Roberts, Roda P.; Dufour, Aideen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 165-177.

PUEBLA FORTIER, JULIA (1999). *Multicultural Health Best Practices Overview. The California Endowment Multicultural Health Investment Area*. Resources for Cross Cultural Health Care and The California Endowment.

QUAN, KELVIN (2010). *The High Costs of Language Barriers in Medical Malpractice*. National Health Law Program. <http://www.pacificinterpreters.com/docs/resources/high-costs-of-language-barriers-in-malpractice_nhlp.pdf> [Fecha de consulta: 16 de enero de 2015].

QUEROL BATALLER, MARÍA (2014). “De profesión, MILICS: delimitación de competencias” en Grupo CRIT (eds.), *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares. p. 117-152.

QURESHI, ADIL (2009a). “La competencia cultural.” en Fundación «la Caixa» (ed.). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*, p. 218-230. Barcelona: Autor. <https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf> [Fecha de consulta: 19 de enero de 2015].

QURESHI, ADIL (2009b). “Comunicación intercultural y relación terapéutica.” en Fundación «la Caixa» (ed.). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*, p. 184-218. Barcelona: Autor. <https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf> [Fecha de consulta: 19 de enero de 2015].

QURESHI, ADIL; REVOLLO, HILDA WARÁ; COLLAZOS, FRANCISCO; VISIERS, CRISTINA y EL HARRAK, JANNAT (2009). “La mediación intercultural sociosanitaria: Implicaciones y retos” en *Norte de Salud Mental*, núm. 35, p. 56-66. <http://antigua.ome-aen.org/norte/35/NORTE_35_080_56-66.pdf> [Fecha de consulta: 17 de enero de 2015].

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2003). “Para un análisis empírico de las interacciones comunicativas interculturales.” en Grupo CRIT. *Claves para la comunicación intercultural*, Castellón de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, p. 37-81.

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2005a). [Comunicación y cultura: propuestas para el análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara](#). Madrid /Frankfurt : Iberoamericana/Vervuert.

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2005b). “Médicos, marabouts y mediadores: problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes de origen senegalés” en Valero Garcés, Carmen (eds.) *Traducción como mediación entre lenguas y culturas/ Translation as mediation or how to bridge linguistic and cultural gaps*. Alcalá de Henares, Madrid: Universidad de Alcalá de Henares, p. 123-133.

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2006). “Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario.” en *Revista Española de Lingüística Aplicada*. Vol. monográfico: *Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*. Coordinada por Raga Gimeno, Francisco y Valero Garcés, Carmen, Vol. monográfico, p. 217-230.

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2008). *Mediaciones interculturales*. Valencia: Universitat de València, Centro de Estudios sobre Comunicación Interlingüística e Intercultural. Lynx. <http://segundaslenguaseinmigracion.com/ense_anzal2/MediacionintercultralRAGA.pdf> [Fecha de consulta: 16 de enero de 2015].

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2011). Atención sanitaria a la población de origen chino. <<http://www.saludycultura.uji.es/china.php>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2012). “Sobre los límites de la comunicación y la mediación intercultural” en *Foro Hispánico: revista hispánica de Flandes y Holanda*, núm. 44, p. 3-24.

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2013). “Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí” en *Revista de Comunicación y Salud*, vol. 3, núm. 1, p. 5-17. <<http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/9/49>> [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2014].

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2014). “La interacción comunicativa como realidad integral” en Grupo CRIT (eds.), *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares. p. 1-12.

RAGA GIMENO, FRANCISCO (2014). “Contextualización cultural en mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario” en Grupo CRIT (eds.), *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares. p. 91-132.

RAGA GIMENO, FRANCISCO y SALES SALVADOR, DORA (2010). “El componente cultural en la formación para la interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario.” en Carreras, María y Pérez, María Enriqueta (eds.), *La mediación lingüística y cultural y su didáctica..* Bolonia: Bolonia University Press. p. 165-192.

RAMÍREZ DE CASTRO, NURIA (2003, 21 de junio). “Choque de culturas en las consultas”. ABC. <http://www.abc.es/hemeroteca/historico-21-06-2003/Sociedad/choque-de-culturas-en-las-consultas_189331.html> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

Red COMUNICA. <<http://red-comunica.blogspot.com.es/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

REQUENA CADENA, RAÚL (2010). *La relevancia del origen cultural del mediador/intérprete en los servicios públicos españoles: el caso de la comunidad china*. Trabajo de fin de máster. Universidad de Alcalá de Henares. <<http://www.saludycultura.uji.es/archivos/ATT00005.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de enero de 2015].

RICHARTE VIDAL, INÉS y DÍE OLMOS, LUÍS (2008). “La mediación intercultural y la puerta hacia otro mundo posible” en *Documentación social*, vol. 148, p. 133-155. <<http://adrresources.com/docs/adr/2-4-288/La+mediaci%C3%B3n+intercultural+y+la+puerta+hacia+otro+mundo+posible.pdf>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

RICHARTE VIDAL, INÉS (coord.) (2008). *Una aproximación transnacional a la mediación intercultural: Realidades en España, Francia e Italia*. Valencia: Fundación Ceimigra. <http://www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/2_Una_aproximacin_transnacional_a_la_mediacin_intercultural.pdf> [Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2014].

RIDDICK, SHERRY (1998). "Improving Access for Limited English-Speaking Consumers: A Review of Strategies in Health Care Settings" en *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. Vol. 9, p. 40-61. <<http://muse.jhu.edu/journals/hpu/summary/v009/9.5.riddick.html>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

RIVADENEYERA ROCÍO.; ELDERKIN-THOMPSON, VIRGINIA; COHEN SILVER, ROXANE y WAITZKIN, HOWARD (2000). "Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter." en *American Journal of Medicine*, 108, p. 470-474. <<https://webfiles.uci.edu/rsilver/Rivadeneyra%20et%20al.%20al.%20American%20Journal%20of%20Medicine.pdf>> [Fecha de consulta: 3 de septiembre de 2015].

ROAT, CINDY (2000). "Health Care Interpreting - An emerging discipline" en *The ATA Chronicle*. vol. 29, núm. 3, p.18-21, 31.

ROAT, CINDY *et al.* (1999). *Bridging the Gap: A Basic Training for Medical Interpreters*. Cross Cultural Health Care Program.

ROBERTS, RODA (1997). "Community interpreting today and tomorrow" en Carr, Silvana E.; Roberts, Roda P.; Dufour, Aideen y Steyn, Dini (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 7-26.

ROBERTS, RODA (1998). "What's in a name? Interpreting is interpreting". Conferencia pronunciada en *39th Annual Conference of the American Translators Association* (Hilton Head, SC, noviembre, 1998).

ROBERTS, RODA (2000). "Interpreter assessment tools for different settings" en Roberts, Roda; Carr, Silvana E.; Abraham, Diana y Dufour Aideen (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 103-120.

ROBERTS, RODA (2002). "Community interpreting: A profession in search of its identity" en Hung, Eva (eds.) *Teaching Translation and Interpreting 4 - Building Bridges*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 157-175.

RODRÍGUEZ SALVADOR, JUAN JOSÉ (2004). "Comunicación no verbal. Formación Médica Continuada" en *Atención Primaria*, vol. 11, núm. 8, p. 433-442.

ROY, CYNTHIA (1993/2002). "The problem with definitions, descriptions, and the role metaphors of interpreters" en Pöchhacker, Franz y Schlesinger, Miriam (eds.) *The Interpreting Studies Reader*. Londres/Nueva York: Routledge. p. 345-353. [Publicado originalmente en 1993, en *Journal of Interpretation*, vol. 6, núm. 1, p. 127-153].

ROY, CYNTHIA (2000). *Interpreting as Discourse*. Nueva York: Oxford University Press.

ROY, CYNTHIA; WINSTON, ELIZABETH; MONIKOWSKI, CHRISTINE; POLLITT, KYRA, PETERSON, RICO; DAVIS, JEFFREY *et al.* (1998). "The Critical Link: Innovative Theory and Practice for Educating Interpreters". Presentado en the Critical Link 2 conference, *Standards and Ethics in Community Interpreting: Recent developments* <https://static1.squarespace.com/static/52d566cbe4b0002632d34367/t/5347f580e4b0bccee306da70/1397224832611/CL2_Roy_etal.pdf> [Fecha de consulta: 10 de enero de 2015].

RUDVIN, METTE (2002). "How neutral is neutral? Issues in interaction and participation in Community Interpreting" en Garzone, Giuliana; Mead, Peter y Viezzi, Maurizio (eds.), *Perspectives on Interpreting*, vol. 33, p. 217-233. Bologna: CLUEB.

RUDVIN, METTE (2007): "Professionalism and Ethics in Community Interpreting: The Impact of Individualist versus Collective Group Identity" en *Interpreting*, vol. 9, núm. 1. p. 47-69

SACKS, HARVEY; SCHEGLOFF, EMANUEL A. y JEFFERSON, GAIL (1974). "A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking in Conversation." en *Language*, vol. 50, núm. 4, p. 696-735. Republicado en Schenkein (1978). <http://www.liso.ucsb.edu/liso_archives/Jefferson/systematics_Schenkein.pdf> [Fecha de consulta: 6 de septiembre de 2015].

SALES SALVADOR, DORA (2003). "Interacción comunicativa intercultural con inmigrantes procedentes de la cultura china." en Grupo CRIT (eds.) *Claves para la comunicación intercultural*. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I, p. 123-148.

SALES SALVADOR, DORA (2005). "Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España" en *Translation Journal*, vol. 9, núm. 1. <<http://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2011/08/100515.pdf>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

SALES SALVADOR, DORA (2006). "Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y la región de Murcia" en *Revista Española de Lingüística Aplicada*. Vol. monográfico: *Retos del Siglo XXI para la Lingüística Aplicada: Nuevo Mapa Lingüístico y Cultural de la Península Ibérica*. Coordinada por Raga Gimeno, Francisco y Valero Garcés, Carmen, Vol. monográfico, p. 85-110. <<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2198693.pdf>> [Fecha de consulta: 28 de octubre de 2014].

SALES SALVADOR, DORA (2008). "Mediación intercultural e interpretación de los servicios públicos: ¿Europa intercultural?" en *Pliegos de Yuste: Revista de cultura y pensamiento europeos*, núm. 7-8, p. 77-82. <<http://www.pliegosdeyuste.eu/n78pliegos/n78pag77.htm>> [Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2014].

SALES SALVADOR, DORA (2014). "La delgada línea roja de la imparcialidad" en Grupo CRIT (eds.), *La Práctica de la Mediación Interlingüística e Intercultural en el Ámbito Sanitario*. Granada: Comares. p. 53-82.

Salud entre culturas. Asociación para el estudio de enfermedades infecciosas. <<http://www.saludentreculturas.es/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

Salud y Cultura. Portal informativo para la Mediación Intercultural y la Interpretación en el ámbito sanitario. <<http://www.saludycultura.uji.es/index.php>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

SÁNCHEZ PÉREZ, MARTA ISABEL (2009). *La mediación intercultural en el ámbito sanitario. El caso de los pacientes de origen chino*. Trabajo Final de Investigación del Master Interuniversitario en Traducción Médicosanitaria. Universitat Jaume I. <http://www.saludycultura.uji.es/archivos/La_mediacion_intercultural_en_el_ambito_sanitario_El_caso_de_los_pacientes_de_origen_chino.pdf> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2014].

SANDRELLI, ANNALISA (2001). "Teaching Liaison Interpreting. Combining Tradition and Innovation" en I. Mason (ed.), *Triadic Exchanges: Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St Jerome. p. 173-196.

SANTANA FALCÓN, RAQUEL (2013). "El mediador intercultural en los servicios públicos: una nueva profesión" en *Estudios de Traducción*, vol. 3, p. 33-43. <<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAAahUKEwj1cTB8bnHAhWGuxQKHaLVCi0&url=https%3A%2F%2Frevistas.ucm.es%2Findex.php%2FESTR%2Farticle%2Fdownload%2F41988%2F39973&ei=qPLWVd3hN1b3UqKrq-gC&usq=AFQjCNGd33obcRNWrfMQCw9gHBGjUHWQNA&sig2=wat8LkvTBTPgxIUgPF6lw&bvm=bv.99804247,bs.1,d.d24>> [Fecha de consulta: 15 de enero de 2015].

SASSO, ANGELA (2004). *The Affiliation of Multicultural Service Agencies and Societies (AMSSA). Achieving Equal Access in Health Care*. Vancouver, BC.

SASSO, ANGELA (2006). *Health Care Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Health Care Vancouver Regional Report: An Overview of the History, Development and Current State of Interpreter Services in British Columbia*.

<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CDEQFjAC&url=https%3A%2F%2Fwww.criticallink.org%2Fs%2FSAPHC_Vancouver_Regional_Report_-_Final.pdf&ei=NfqHVZTJJcbzUKjEmcAE&usg=AFQjCNGBGN1F1W1Isrd7YG7VxMz_laBx3g&sig2=tpubwbDZhSpnJIHOIGpfw&bvm=bv.96339352,d.d24> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

SASSO, ANGELA; HOEN, BETH y NIELSEN, KRISTOFER (2006). *Health Care Interpreter Services: Strengthening Access to Primary Health Care National Report: An Overview of the Accomplishments, Outcomes and Learnings of the SAPHC Project*. <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.criticallink.org%2Fs%2FSAPHCNationalReport.pdf&ei=p-HVe70KovzUM6ku-gO&usg=AFQjCNFHYfIgdFfPRk61CeFOIHOayx1R9g&sig2=8W4IRJ_07WaRuxDPIne1Vg&bvm=bv.96339352,d.d24> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

SAURA SÚCAR, MERCÈ (2001). “La prestación de asistencia sanitaria de la seguridad social a los extranjeros” en *Scripta Nova*, núm. 94 p. 99. <<http://www.ub.edu/geocrit/sn-94-99.htm>> [Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2014].

SAUTU, RUTH (2003). *Todo es teoría*. Lumiere Ediciones.

SAUVÊTRE, MICHAEL (2000a). “De l'interprétariat au dialogue à trois. Pratiques européennes de l'interprétariat en milieu social” en Roberts, Roda, Carr, Silvana E., Abraham, Diana y Dufour Aideen (eds.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 35-45.

SCHYVE, PAUL M. (2007). “Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective” en *Journal of General Internal Medicine*. vol. 22, supl. 2, p. 360-361. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078554/pdf/11606_2007_Article_365.pdf> [Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2014].

SCHNEIDERMAN, S. (1995). “Insurance, immigration and malpractice.” en *Oral Health*, vol. 85, núm. 4, p. 39-40, 43.

SELESKOVITCH, DANICA (1978). *Interpreting for International Conferences*. Washington, D.C.: Pen and Booth.

SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) (2002). “La Atención al Inmigrante: Del Aluvión a la Solución Razonable.” en *Gaceta semFYC: gaceta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, núm. 60, p. 3. <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3491142>> [Fecha de consulta: 24 de septiembre de 2014].

SERRA SUTTON, VICKY *et al.* (2004). *Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. <http://canalsalut.gencat.cat/web/content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/immigracio_i_salut/documents/in0402ca.pdf> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

SETI (SERVICIO DE TRADUCTORES E INTÉRPRETES). <http://www.comrade.es/comrade/Que_hacemos/Entradas/2012/7/8_S.E.T.I_Servicio_de_traductores_e_intepretes.html> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

SeTIS. *Traduction et Interpétariat en milieu Social (TIS) en Belgique francophone*. <<http://www.setis.be/>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

SHLESINGER, MIRIAM (2009). “Crossing the divide: What researchers and practitioners can learn from one another.” en *The International Journal of Translation & Interpreting Research*, vol. 1, núm. 1, p. 1-16.

- SHIH, LI Y YU HWEI E. (1986). *Conversational Politeness and Foreign Language Teaching*. Taiwan: The Crane Publishing Co.
- SHIH, FU JIN (1996). "Concepts relates to Chinese patients' perceptions of health, illness and person: issues of conceptual clarity." en *Accident and Emergency Nursing*, vol. 4, núm. 4, p. 208 – 215. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965230296900867>> [Fecha de consulta: 3 de septiembre de 2015].
- SINCLAIR, MURRAY (2001). *The Report of the Manitoba Pediatric Cardiac Surgery Inquest: An Inquiry into Twelve Deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994*. <<http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/>> [Fecha de consulta: 3 de septiembre de 2015].
- SIX, JEAN FRANÇOIS (1990). *Le temps des Médiateurs*. París: Éditions du Seuil.
- SMITH, N. CRAIG (1990). "The case study: a useful research method for information management." en *Journal of Information Technology*, vol. 5, p. 123-133.
- SNELL-HORNBY, MARY (1988). *Translation Studies. An Integrated Approach*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.
- SOLOMON, RICHARD H. (1971). *Mao's Revolution and the Chinese Political Culture*. Berkeley: University of California Press.
- SOU (Statens Offentliga Utredningar) (2004). *Tolkförmedling - Kvalitet, Registrering, Tillsyn [Interpreter Service - Quality, Registration, Supervision]*.
- SOU (2005) *Tolkutbildning – nya former för nya krav. [Interpreter Training – New Demands, New Forms]*. Stockholm: Fritzes.
- STAKE, ROBERT (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- STARFIELD, SUE (2010). "Etnographies. " en Paltridge, Brian y Phakiti, Aed (eds.), *Continuum Companion to Research Methods in Applied Linguistics*. Londres: Continuum. p. 50-65.
- STEVENS, SARAH BOWEN (1993b). *Community Based Programs for a Multicultural Society: A Guidebook for Service Providers*. Winnipeg: Planned Parenthood Manitoba.
- SUÁREZ VILLEGAS, JUAN CARLOS (2001). *Principios de ética profesional*. Madrid: Tecnos.
- SWI, HONG LEE (1997). *Facework in Chinese Cross-Cultural Adaptation*. Tesis doctoral inédita. Arlington, University of Texas.
- TAFT, RONALD (1981). "The Role and Personality of the Mediator" en Bochner, Stephen (ed.) *The Mediating Person: Bridges between Cultures*. Cambridge: Schenkman, p. 53-88.
- TANG, SANNIE Y. S. (1999). "Interpreter services in healthcare. Policy recommendations for healthcare agencies." en *Journal of Nursing Administration*, vol. 29, núm. 6, p. 23-29.
- TANG, JIN LING; LIU, BAO YAN y MA, KAN WEN (2008). "Traditional Chinese Medicine." en *The Lancet*, vol. 372, núm. 9654. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673608613549>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].
- TAPIA, GACHI (2005). "Intervención en conflictos públicos: el dilema del rol imparcial", en Aréchaga, Patricia; Brandoni, Florencia y Risolía, Matilde (eds.) *La trama de papel: sobre el proceso de mediación, los conflictos y la mediación penal*. Buenos Aires: Galerna, p. 143-154.
- TEBBLE, HELEN (2004). "Research into Tenor in Medical Interpreting" en *Collected Papers from Interpreting Research*. Editorial Committee of the Japan Association for Interpretation Studies. Tokyo: Japan Association for Interpretation Studies, p. 37-49.

THE BIG WORD. <<http://www.thebigword.com/publicsector>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

TING-TOOMEY, STELLA (1988). "Intercultural Conflict Styles: A Face-Negotiation Theory." en Kim, Young Yun y Gudykunst, William (eds.), *Theories in Intercultural Communication*. Newbury Park, California: Sage. p. 213-235.

TJOSVOLD, DEAN; LAW, KENNETH S. y SUN, HAIFA (2006). "Effectiveness of Chinese Teams: The Role of Conflict Types and Conflict Management Approaches." en *Management and Organization Review*, vol. 2, núm. 2, p. 231-252.

TRANSLATING AND INTERPRETING SERVICE (TIS). <<http://www.tisnational.gov.au/>> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

TRANSVOICE. <<http://www.transvoice.se/>> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

TRAVALINE, JOHN M.; RUCHINSKAS, ROBERT y D'ALONZO, GILBERT. (2005). "Patient-physician communication: Why and how." en *Journal of the American Osteopathic Association*, vol. 105, núm. 1, p.13-18. <<http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093086>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

TRIBE, RACHEL y RAVAL, HITESH (2003). *Working with Interpreters in Mental Health*. Londres/Nueva York: Routledge .

TSENG, JOSEPH (1992): *Interpreting as an Emerging Profession in Taiwan. A Sociological Model*. Tesis de máster inédita. Taiwán: Fu Jen Catholic University.

TURNER, GRAHAM H. (2007) "Professionalisation of interpreting with the community" en Wadensjö, Cecilia; Englund Dimitrova, Brigitta y Nilsson, Anna Lena (eds.), *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 181-192.

TYLOR, EDWARD B. (1995) [1871]. "La ciencia de la cultura" en J. S. Kahn (eds.): *El concepto de cultura: textos fundamentales*. Barcelona: Anagrama, p. 29-46.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. Guidance to Federal Financial Assistance Recipients Regarding Title VI Prohibition Against National Origin Discrimination Affecting Limited English Proficient Persons. <<http://archive.hhs.gov/oct/lep/revise/lep.html>> [Fecha de consulta: 2 de noviembre de 2014].

UNIVERSAL DOCTOR. <http://www.universaldocor.com/sect/es_ES/9002/Productos.html> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

UREÑA, S. (2003). "Traducción e interpretación en los servicios públicos en el Reino Unido (entrevista a Anne Corsellis y Jan Cambridge, con la contribución de Phillis Acosta)" en Valero Garcés, Carmen (ed.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares. p. 271-279.

VALERO GARCÉS, CARMEN (1998). "¿Traducción e interpretación en servicios públicos? ¿De qué me hablas? ¿Una nueva especialización?" en Valero Garcés, Carmen e I. de la Cruz (eds.) *Encuentros en Torno a la Traducción III: Nuevas Tendencias y Aplicaciones de la Traducción*. Alcalá de Henares, Madrid: Universidad de Alcalá-Servicio de Publicaciones. p. 267-274.

VALERO GARCÉS, CARMEN (2003a). "Comunicación interlingüística. Hospitales y centros de salud en la zona centro. Realidad y futuro" en Valero Garcés, Carmen (ed.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares. p. 181-93.

VALERO GARCÉS, CARMEN (2003b). "Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos" en Valero Garcés, Carmen (ed.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares. p. 3-33.

VALERO GARCÉS, CARMEN (2004). "Barreras lingüísticas en la comunicación intercultural. Datos y acciones" en *Suplementos Ofrim.* núm. 11, p. 19-35. <http://www.researchgate.net/profile/Carmen_Valero-Garcés/publication/28089621_Barreras_lingüísticas_en_la_comunicación_intercultural_Datos_y_acciones/links/546f54c50cf2d67fc0310d4e.pdf> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

VALERO GARCÉS, CARMEN (ed.) (2005). *Traducción como mediación entre lenguas y culturas / Translation as mediation or how to bridge linguistic and cultural gaps*. [CD ROM]. Alcalá de Henares: Universitat d'Alcalá de Henares, Servicio de Publicaciones.

VALERO GARCÉS, CARMEN (coord.) (2006). *Guía multilingüe sobre mujeres embarazadas (español – árabe – búlgaro – francés – inglés – polaco – rumano - ruso)*. Universidad de Alcalá: Ferloprint.

VALERO GARCÉS, CARMEN (2008). *Investigación y Práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos: Desafíos y Alianzas*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá de Henares.

VALERO GARCÉS, CARMEN (2014). "Interview with Pascal Rillof" en *FITISPos-International Journal*, vol. 1, núm. 1, p. 103-111. Universidad de Alcalá. <http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.5/index.php/fitispos/article/view/26/34> [Fecha de consulta: 2 de octubre de 2014].

VALERO GARCÉS, CARMEN y MARTIN, ANNE (2008). *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas*. Ámsterdam: John Benjamins.

VALERO GARCÉS, CARMEN y WAHL KLEISER, LISSIE (2014). "Desencuentros culturales en el ámbito de la salud: las voces de los profesionales sanitarios y los pacientes extranjeros" en *Panacea@*, vol. 15, núm. 40, p. 315-328. <http://www.medtrad.org/panacea/PanaceaPDFs/Panacea40_Diciembre2014.pdf> [Fecha de consulta: 20 de enero de 2015].

VAN NGHI, NGUYEN (1981). *Patogenia y patología energéticas en medicina china*. Lugar ed: Cabral.

VARGAS URPI, MIREIA (2009b). *La interpretació social: estat de la qüestió. El cas del col·lectiu xinès: especificitats i reptes*. Trabajo de investigación de máster: Departament de Traducció i d'Interpretació, Universitat Autònoma de Barcelona.

VARGAS URPI, MIREIA (2012). *La interpretació als serveis públics i la mediació intercultural amb el col·lectiu xinès a Catalunya*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. <<http://www.tdx.cat/handle/10803/96486>> [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2014].

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. LUISA; TERRAZA NÚÑEZ, REBECA y VARGAS LORENZO, INGRID (2007). *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*. Barcelona: Pla director d'immigració, Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. <http://canalsalut.gencat.cat/web/content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/im_migracio_i_salut/documents/immatenc07.pdf> [Fecha de consulta: 2 de octubre de 2014].

VENUTI, LAWRENCE (1995). *The Translator's Invisibility. A History of Translation*. Londres/Nueva York: Routledge.

VERREPT, HANS (2002). "Intercultural mediation in Belgian health care" en *Overleg Centrum Voor Integratie Van Vluchtelingen Mental Health Community and Culture in the EU Member States*. Graz, Austria: Verein für Opfer von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen. p. 11-19.

VERREPT, HANS (2008). "Intercultural mediation. An answer to health care disparities?" en Valero Garcés, Carmen y Martin, Anne (eds.), *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins Publishing. p. 187-202.

VERREPT, HANS (2012). "Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care" en *Facts beyond Figures. Communi-Care for Migrants and Ethnic Minorities 4th Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe*. Università Bocconi, Milan.

<[http://www.unibocconi.it/wps/wcm/connect/cb9a7985-3ea1-479a-acfb-02ff4525562d/Plenary+3+-+Verrept+\(2\).pdf?MOD=AJPERES](http://www.unibocconi.it/wps/wcm/connect/cb9a7985-3ea1-479a-acfb-02ff4525562d/Plenary+3+-+Verrept+(2).pdf?MOD=AJPERES)> [Fecha de consulta: 20 de enero de 2015].

VERREPT, HANS y LOUCKX, F. (1997). “Mediadoras en salud en el sistema sanitario belga” en Solas Gaspar, Olga y Ugalde, Antonio (eds.) *Inmigración, Salud y Políticas Sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. p. 209-230. <<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjAAahUKEwiz7IWwzJzIAhUKVROKH7QCMk&url=http%3A%2F%2Fwww.easp.es%2F%3Fwpdmact%3Dprocess%26did%3DNzguaG90bGluaw%3D%3D&usg=AFQjCNFTJBEPUBE50Bjm3goq1AnOJmIFA&sig2=ev64Wq0lgP4ONiuGhjJNUA>> [Fecha de consulta: 2 de octubre de 2014].

VERREPT, HANS; PERISSINO, ALDO y HERSCOVICI, ANNE (2000). *Médiation interculturelle dans les hôpitaux, Cellule de Coordination Médiation interculturelle*. Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

VITS LanguageLink. <<http://www.vits.com.au/about-vits>> [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2014].

WADENSJÖ, CECILIA (1992). *Interpreting as Interaction: On Dialogue Interpreting in Immigration Hearings and Medical Encounters*. Tesis doctoral. Linköping: Department of Communication Studies. University of Linköping.

WADENSJÖ, CECILIA (1993/2002): “The Double Role of A Dialogue Interpreter” en Pöchhacker, Franz y Shlesinger, Miriam (eds): *The Interpreting Studies Reader*. Londres: Routledge. p. 55-69.

WADENSJÖ, CECILIA (1995): “Dialogue interpreting and the distribution of responsibility” en: *Hermes. Journal of Linguistics*, núm.14, p. 111-129. <http://download1.hermes.asb.dk/archive/download/H14_07.pdf> [Fecha de consulta: 20 de enero de 2015].

WADENSJÖ, CECILIA (1998). *Interpreting as Interaction*. Londres y Nueva York: Longman.

WALLMACH, KIM (2002). “‘Seizing the surge of language by its soft, bare skull’: simultaneous interpreting, the Truth Commission and country of my skull” en *Current Writing. Special issue on Translation and Power*, vol. 14, núm. 2, p. 64–82.

WILSON, RICHARD W. (1974). *The Moral State: A Study of the Political Socialization of Chinese and American Children*. Nueva York: The Free Press.

WITTE, HEIDRUN (2008). *Traducción y percepción intercultural*. Granada: Comares.

WOLF, MARGERY (1968). *The House of Lim: A Study of a Chinese Farm Family*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

WOODS, NANCY FUGATE; OLSHONSKY, ELLEN y DRAYE, MARY ANN (1991). “Infertility: women's experiences.” en *Health Care Women International*, vol. 12, núm. 2, p. 179–190.

WRIGHT, J., BISSONNETTE, F., DUCHESNE, C. *et al.* (1991). “Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently.” en *Fertility and Sterility*, vol. 55, núm. 1, p. 100–108.

WU, ANN CHEN ; LEVENTHAL, JOHN M. ; ORTIZ, JAQUELINE *et al.* (2006). “The interpreter as cultural educator of residents” en *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 160, núm. 11, p.1145-1150. <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205771>> [Fecha de consulta: 22 de enero de 2015].

XIANBIN, HE (2007): “Translation norms and the translator’s agency”, en *SKASE Journal of Translation and Interpretation*, vol. 2, núm. 1, p. 24-29. <http://www.skase.sk/Volumes/JTI02/pdf_doc/3.pdf> [Fecha de consulta: 20 de enero de 2015].

XU, JUDY y YANG, YUE (2009). "Traditional Chinese medicine in the Chinese health care system" en *Health Policy*, vol. 90, núm. 2-3, p.133-139. <http://ac.els-cdn.com/S0168851008002078/1-s2.0-S0168851008002078-main.pdf?_tid=0fa2bce6-5640-11e5-9272-00000aab0f27&acdnat=1441727065_6aba8dd94b9c94818a386deddf107bb4> [Fecha de consulta: 22 de enero de 2015].

YIN, ROBERT K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods. Applied Social Research Methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

YOUNG, LINDA W. (1994). *Crosstalk and Culture in Sino-American Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

ZAPATA BARRERO, RICARD (2004). *Inmigración, innovación política y cultura de acomodación en España: un análisis comparativo entre Andalucía, Cataluña, la Comunidad de Madrid y el Gobierno Central*. Barcelona: Cidob. <<https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CC4QFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.cidob.org%2Fes%2Fcontent%2Fdownload%2F786%2F15686%2Ffile%2F02-INMIGRACION%25C3%2593N%2C%2BINNOVACION%25C3%2593N%2BPOL%25C3%258DTICA%2BY%2BCULTURA%2BDE%2BACOMODACION%25C3%2593N.pdf&ei=QgCDVfawCoLaU5fdpdgD&usq=AFQjCNEMC27FPTCLBxdtQcVLby3wG6lAmg&sig2=uicqGRTjad8ZykQlf9Sutg>> [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2014].

ZIMÁNYI, KRISZTINA (2009a). "On impartiality and neutrality: a diagrammatic tool as a visual aid" en *Interpreting & Translation*, vol. 1, núm. 2, p. 55-70. <<http://trans-int.org/index.php/transint/article/view/40/54>> [Fecha de consulta: 20 de enero de 2015].

ZIMMAN, LEONOR (1994). "Intervention as a pedagogical problem in Community Interpreting" en Dollerup, Cay; Lindegaard, Anne y Lindegaard, Annette (eds.), *Teaching Translation and Interpreting*, vol. 2. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. p. 217-224.