



Jornades de Foment de la Investigació

**MEDIACIÓN
INTERCULTURAL
Y TRADUCCIÓN/
INTERPRETACIÓN
EN LOS SERVI-
CIOS PÚBLICOS:
EL CASO DE LA
ATENCIÓN SANITA-
RIA A POBLACIÓN
INMIGRANTE DE
ORIGEN MAGREBÍ**

Autor
José Gabriel CAMPOS LÓPEZ

0. RESUMEN

El presente trabajo se inserta, desde una perspectiva general, en el marco de los estudios de comunicación intercultural, y, en concreto, en la línea culturalista de los estudios de traducción e interpretación. En los últimos años en nuestro país ha ido cobrando importancia la vertiente más social del ámbito traductológico, materializada en lo que se conoce como traducción e interpretación en los servicios públicos o interpretación social, vinculada con la esfera de la mediación intercultural. A ello se ha llegado dada la creciente multiculturalidad y plurilingüismo de nuestro entorno por la llegada de inmigrantes de diversas procedencias, que traen sus propias lenguas y culturas.

En este orden de cosas, nos centraremos en el ámbito de la atención sanitaria a la población inmigrante, concretamente de origen magrebí. Observaremos qué necesidades comunicativas específicas se dan en este tipo de interacciones, y qué conclusiones, al menos parciales, pueden extraerse en relación al perfil formativo de los intérpretes y mediadores interculturales que actúen de enlace entre el personal sanitario y los pacientes inmigrantes. Para ello hemos llevado a cabo un trabajo de campo basado en una serie de entrevistas con inmigrantes de origen magrebí y hemos contrastado los resultados con la bibliografía existente sobre el tema.

1. INTRODUCCIÓN: UNA NUEVA REALIDAD SOCIO-CULTURAL EN ESPAÑA

En los últimos años, los inmigrantes que han llegado a nuestro país son sobre todo procedentes del Magreb (en su mayoría de Marruecos). Si bien es verdad que se espera que cumplan unas normas y deberes al residir en nuestro país, también es verdad que como ciudadanos de éste tienen los derechos fundamentales como usuarios de los servicios sociales, ya que cotizan y con su trabajo contribuyen al bienestar colectivo. Sin embargo, al no hablar el mismo idioma en numerosas ocasiones se ven perjudicados en el ejercicio de estos derechos.

En ocasiones se tiene la certeza de que los inmigrantes después de vivir unos años en el país de acogida hablarán el idioma con fluidez y que comprenderán los sistemas y servicios del país como lo hacen los nativos. Pero hay un punto que no se tiene en cuenta, y es que para ello se requiere tiempo y energía, y eso es algo que, a la mayoría de inmigrantes (en muchas ocasiones mal pagados, agotados, con un bajo nivel de alfabetización y con una familia que mantener, bien en el país de acogida, bien en su país de origen) no le suele sobrar.

Sin embargo, la mayor parte de estos problemas con el idioma esconden una particularidad aún mayor y de la que no todo el mundo es consciente: la cultura. En definitiva, lo que se está poniendo en contacto no son sólo lenguas sino culturas y para que se produzca la comunicación hace falta una persona que sea capaz de traducir las palabras y las claves culturales.

En el contexto que nos ocupa, como bien indica Carmen Valero (2003), para hacer frente a la diversidad hay dos modelos fundamentales: el modelo *mono* y el modelo *pluri*. El primero es el también llamado *modelo puré* (“melting pot”) o modelo de asimilación en el que es el individuo el que tendría que cambiar, mientras que en el modelo *pluri* o multicultural es la sociedad la que debería aceptar y abrirse a las diferencias.

En cualquier caso, para ayudar y hacer posible la comunicación entre la población inmigrante y los trabajadores de los servicios públicos a quienes éstos recurrirán en algún momento, siempre se va a necesitar una figura que hasta hace pocos años era prácticamente desconocida en nuestro país, y que

aunque en la actualidad todavía está definiéndose, poco a poco va cobrando importancia: el intérprete en servicios públicos o mediador intercultural.¹

2. INTERPRETACIÓN Y MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN LOS SSPP

La interpretación y mediación intercultural en los Servicios Públicos todavía no es un ámbito de trabajo profesional reconocido en numerosos países, entre ellos España.

Wadensjö (1998a: 33) considera que la T&ISSPP se refiere a un tipo de interpretación que tiene lugar en el ámbito de los servicios públicos para facilitar la comunicación entre el personal oficial y los usuarios inmigrantes.

Para Mikkelson (1996:126) es una actividad que permite que personas que no hablan la lengua/s oficial/es del país en el que se hallan puedan comunicarse con los proveedores de los servicios públicos, con el fin de facilitar el acceso igualitario a los servicios legales, sanitarios, oficiales y sociales.

En definitiva, podemos decir que es un campo joven y, como tal, tiene sus lagunas, ya que en primer lugar hay que destacar la gran falta de profesionalización que hay en este ámbito, ya que muchos profesionales de nuestro país no saben distinguir todavía entre saber idiomas y las competencias que se tienen que desarrollar para traducir o interpretar y, a raíz de esto, no saben o no reconocen la necesidad de contratar a profesionales cualificados. Al tiempo, hay que concienciar al personal de los servicios públicos de que existen figuras profesionales que pueden ayudar a solucionar o evitar el problema de comunicación entre ellos y la población inmigrante.

Paralelamente, existe la necesidad de formar al personal de los SSPP para trabajar con gentes de otras culturas con la ayuda de intérpretes-mediadores. Es curioso que la mayoría del personal de los SSPP desconozca las funciones del intérprete, llegando incluso a pedirle que realice tareas que no se corresponden con su trabajo. El personal de los servicios públicos ha de intentar, por otro lado, no generalizar y agrupar a los inmigrantes atendiendo a estereotipos. Debería considerar las características que hacen único a cada individuo, así como la variedad geográfica de procedencia, variación sociológica, económica, educativa y cultural.

En general hay un desconocimiento y falta de reconocimiento en torno a la figura del mediador-intérprete. En definitiva es como si considerasen que el intérprete de conferencia tiene más prestigio y un estatus más elevado que el intérprete social, como también se conoce al intérprete en servicios públicos.

Podemos comprender todo esto si al desconocimiento general le sumamos el hecho de que los intérpretes y traductores no tienen todavía la misma protección que tienen los médicos y abogados como figuras profesionales reconocidas. Existe la necesidad de crear colegios profesionales con sistemas coherentes de selección formación, evaluación y acreditación.

En definitiva, ¿qué es un mediador intercultural, un traductor e intérprete social? ¿En qué se diferencia de un traductor e intérprete? A raíz de estas preguntas, surgen otras como: ¿Es mediador intercultural un traductor e intérprete? ¿es traductor e intérprete un mediador?

¹ Siendo conscientes de la variedad terminológica que existe en el campo de los estudios de traducción en cuanto a la denominación de esta vertiente (eg. traducción/interpretación en los servicios públicos, interpretación social, etc.), así como de las relaciones todavía incipientes con la mediación intercultural, en este trabajo optamos por utilizar una denominación conjunta con propósitos meramente descriptivos, pues no es nuestro propósito adentrarnos en el debate terminológico.

En primer lugar, podemos afirmar que el hecho de haber adquirido una competencia traductora no implica saber mediar. Hemos de tener muy claro que la traducción/interpretación es sólo un ámbito de la mediación, que se perfila como una modalidad de intervención social (Sales, 2005). Carmen Valero (2001:822) asume que el mediador es mucho más que un traductor e intérprete, pues la traducción es únicamente un aspecto de la mediación, que por sus necesidades requiere formación en lenguas, en traducción/interpretación, comunicación intercultural, tradiciones y hábitos culturales de las diferentes culturas implicadas, campos de especialidad relacionados con los servicios públicos (medicina, derecho, educación, etc.).

En definitiva, cuando los obstáculos para llegar a acuerdos no se pueden resolver negociando sin el puente (interlingüístico, intercultural) de una tercera persona, entonces hablamos de la necesidad de mediación, pero para ello se requiere que ambas partes reconozcan que existe la necesidad de esa tercera persona.

3. LA FIGURA DEL INTÉRPRETE-MEDIADOR INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO ESPAÑOL

En España, los centros públicos de salud son lugares a los que suelen acudir con frecuencia los extranjeros en un elevado porcentaje. De hecho, existe una creciente necesidad de mediación/interpretación en ámbitos como ginecología, pediatría, urgencias, salud mental, etc.

Los servicios sanitarios de nuestro país actualmente no cuentan con traductores/intérpretes. Así, son voluntarios, familiares de los pacientes, amigos o gente de las asociaciones de inmigrantes quienes se encargan de atender las necesidades de mediación, traducción e interpretación. Es decir, se recurre a gente sin formación y, en ocasiones, se utiliza también al personal médico y administrativo de origen extranjero para llevar a cabo estas tareas. Como afirma María Gracia Torres (2004: 451): “El sistema sanitario español aparenta estar tan colapsado de intérpretes voluntarios no formados, que apenas queda espacio para el licenciado en traducción e interpretación”.

Como ya se ha remarcado es muy importante que el mediador sea una persona cualificada para ello, formada no sólo en traducción e interpretación, pues su tarea no es sólo la comunicación interlingüística, sino sobre todo intercultural.

El trabajo del mediador, traductor e intérprete debería quedar muy definido desde un principio, ya que puede desembocar en una mala coordinación del personal sanitario, una tendencia al aislamiento dentro de los ámbitos hospitalarios, y una falta de delimitación clara de sus funciones profesionales.

Un trabajo de campo llevado a cabo por Carmen Cebrián (2004) revela que los estudiantes de medicina saben poco sobre la profesión del traductor y del intérprete y desconocen lo que es un intérprete social. Es curioso ver cómo en una de las preguntas que se les hacía a los estudiantes de medicina sobre si el trabajo de la persona que traduzca-interprete debe reducirse al encuentro con el médico o debe prestar ayuda con el papeleo, etc., la mayor parte contestó que el intérprete debe ayudar al paciente antes y después de su encuentro con el médico, esto es, con el papeleo administrativo, las recetas, etc. Como afirma Carmen Cebrián “esto parecería indicar que son partidarios de la visión del intérprete como un «asistente»”. Concluye en que es posible que los médicos procedan de la manera en que lo hacen, ya que no existe un servicio de interpretación profesional a los que puedan recurrir y no porque no crean que sería de ayuda o necesario. Es por esto que se debería crear este servicio en los hospitales y a partir de ahí, empezar a trabajar la relación entre médico e intérprete, sin dejar a un lado la relación médico-inmigrante. Esta última podría mejorar mediante la realización de proyectos de concienciación cultural y lingüística dirigidos al personal sanitario.

En suma, la figura del traductor/intérprete en los servicios públicos, o mediador intercultural, está en construcción en estos momentos, y falta todavía mucho por hacer para que se clarifique la formación que sustenta a esta figura, y para que su situación como profesional de la comunicación sea reconocida. Sin embargo, para llegar a eso se necesita conocer seriamente lo que está pasando, para ver qué se precisa a la hora de formar y delimitar el perfil de esta nueva figura profesional. Evidentemente, se requiere que la sociedad sea consciente de la necesidad de estos servicios y el reconocimiento de la labor que estos intermediarios desarrollan, siempre con el apoyo decidido de la administración local y nacional, pero junto a esto toda propuesta consistente de formación pasa por el conocimiento. Es en este punto donde comienza nuestra aportación, basada en un trabajo de campo que pasamos a comentar.

Partiendo de la situación que acabamos de presentar, este trabajo se centra en la problemática comunicativa en la atención sanitaria a la población inmigrante de origen magrebí. Para ello, hemos llevado a cabo un trabajo de campo fundamentado en un corpus de entrevistas con inmigrantes de origen magrebí, usuarios de los servicios sanitarios públicos de este país, al tiempo que apoyamos el análisis en la bibliografía existente sobre el tema.

El corpus utilizado forma parte de los materiales que están recabando los miembros del Grupo CRIT (www.crit.uji.es) como parte del proyecto: “La mediación intercultural en la atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa intercultural y propuestas de formación” (HUM2004-03774-C02-01-FILO)².

4. ATENCIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN INMIGRANTE DE ORIGEN MAGREBÍ

Pasamos a analizar los resultados obtenidos tras las entrevistas realizadas con el personal sanitario para ver cuáles son los principales problemas comunicativos en la realidad que se está viviendo. Dentro de este personal, incluimos a médicos, enfermeras, terapeutas, auxiliares, administrativos, trabajadores sociales, pediatras y celadores.

En primer lugar, podemos partir de que muchas veces el problema reside en que se piensa que la capacidad lingüística del inmigrante es mayor de la que en realidad poseen los inmigrantes, o, todo lo contrario, ni siquiera es tenida en cuenta (Sales, 2005).

En general, tanto el personal sanitario como el usuario inmigrante destacan que el principal problema, además del idioma, es la falta de entendimiento, la comunicación. Afirman comunicarse la mayoría de ocasiones con lenguaje no verbal, sobre todo cuando no hay una tercera persona que haga las labores de mediador. La comunicación no verbal puede ser un arma de doble filo, ya que si bien es cierto que en ocasiones puede ser de utilidad, también puede llevar a malentendidos y malas interpretaciones.

Estas limitaciones en la comunicaciones provocan situaciones complicadas como es el caso de los inmigrantes que están ingresados en la UCI, que despiertan de la sedación en unas condiciones un poco extremas y cuesta explicarles dónde están y por qué están entubados, costando mucho hacer que se tranquilicen.

Se han encontrado muchos casos en los que los usuarios que no quieren comer cerdo, aunque los hospitales ya van teniendo esto en cuenta y se les da otra comida, pero aún así, hay marroquíes que

² Hemos tenido acceso a dicho corpus a través de nuestra colaboración con el Grupo CRIT.

no se fían, aunque se les garantice que la comida no lleva cerdo. Incluso pueden pensar que la olla es la misma en la que se cocinó el cerdo. Por ello es normal que los familiares le traigan comida de casa. En el caso de las mujeres que acaban de parir, es una tradición marroquí que el marido vaya al hospital con una olla de sopa de gallina.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es la época del Ramadán, donde es vital que la mediación se adecue a su sistema de comida, ya que, de lo contrario, no la toman. El personal sanitario se puede encontrar también con el caso en el que algún usuario no quiera ponerse alguna inyección en Ramadán.

Una situación muy común es que tanto las mujeres musulmanas como sus maridos prefieran que las atienda una mujer, especialmente si hay exploración física. En ocasiones se han dado casos de mujeres que se han ido de la consulta porque tenían que ser exploradas vaginal o analmente. Además, van acompañadas de su marido o de algún hombre de la familia. Es muy frecuente ver a la mujer musulmana encogida, con la mirada baja o mirando al marido. Por otro lado, esto también es debido a que las mujeres permanecen la mayor parte del tiempo en casa y desconocen el español, o bien llevan menos tiempo que los maridos y dominan menos el idioma. Con respecto a los niños, existe ya un porcentaje elevado de jóvenes que han nacido en España y hablan correctamente el español, y en el caso de que hayan llegado con sus padres suelen aprender más rápidamente el idioma. Por ello, en ocasiones acompañan a otros miembros de la familia cuando deben hacer gestiones o bien cuando el padre está trabajando. Por lo tanto, la segunda generación ya domina la lengua del país y está más integrada en la cultura. Estos mediadores naturales podrían, con una formación adecuada, convertirse en profesionales.

Es también bastante sorprendente para el personal sanitario el pudor exagerado que tienen los niños y niñas magrebíes en la exploración de órganos sexuales. Hay que destacar que incluso con adultos al médico le suele costar mucho que los magrebíes le hablen sobre sus hábitos sexuales, ya que es un tema tabú.³ Un médico de Marruecos no preguntaría nunca a su paciente por el tipo de relaciones sexuales que mantiene, ya que lo podría tomar como una ofensa.

También se destaca mucho que la mayoría de las mujeres embarazadas llegan sin control médico. Esto es debido a que en Marruecos hay mucha menos atención en este sentido, menos seguimiento durante el embarazo. Se ocupa de todo la comadrona, y apenas se hacen análisis o controles.

Un aspecto que también convendría que tuviese en cuenta el médico es la duración de las consultas. Los inmigrantes no entienden que cinco minutos arriba o abajo en la duración de las consultas son muy importantes. También se suelen quejar de que los médicos les dan muy poca información en relación con el diagnóstico.

Por lo general el personal de los servicios sanitarios define a los marroquíes como gente más demandante, que se busca más la vida, visiblemente con una autoestima más baja y a quienes les cuesta más pedir las cosas. Tienen la sensación de que siempre esperan que se les recete algo; son muy enfáticos, sobre todo cuando se crea algún conflicto verbalizan una tormenta de ideas.⁴

En el aspecto administrativo-legal de su situación, el personal sanitario a veces cree que ocultan

³ O lo harían de forma eufemística, como también sucedería al tratar otros temas tabú. Por ejemplo, les resulta muy incómodo hablar de enfermedades o de la muerte, es por lo que en ocasiones hay pacientes que no reciben visitas o van solos, ya que no quieren que la familia se entere. Un ejemplo claro de esto es que en vez de decir que alguien está enfermo, prefieren describirla como “un poco cansada”, o evitan palabras como “cáncer”, diciendo en su lugar “lo tiene”, “tiene la enfermedad” (Nydell, 2002: 123).

⁴ Por ejemplo, como hemos constatado en otras entrevistas a las que hemos tenido acceso, en el lado opuesto encontramos a los nigerianos, con los que hay casi un silencio absoluto que motiva la necesidad de que el médico dirija mucho la conversación para ir obteniendo los datos que necesita.

información o dan referencias falsas, por miedo a que se llame a la policía. En ocasiones ante la pregunta de, por ejemplo, se ha hecho la herida se piensa que tienden a engañar porque quieren que les atiendan y que si dicen determinada cosa no se les va a ofrecer atención. Destacan que son de entrada un poco más desconfiados, esto puede ser debido a que en la cultura árabe se distingue con más claridad la forma de comunicarse con amigos o con extraños. También les sorprenden ciertas acciones como por ejemplo que la gente de Marruecos coge la mano y la besa, dan muchas veces las gracias, y esto en ocasiones puede crear situaciones incómodas para el personal sanitario.

Desde la perspectiva de los usuarios magrebíes hay varios aspectos que destacar, además de la barrera meramente lingüística. Uno de los más evidentes es la terminología utilizada y la información escrita, como las recetas, citas, etc., que en la mayoría de los casos los hospitales sólo tienen en castellano/valenciano. En estos casos sería necesaria al menos una traducción a la vista de la receta con el nombre de la medicación o cuánto tomar. En ocasiones, se les da una hoja de normas pero no saben leerlas. Un aspecto que se debe tener en cuenta es el alto nivel de analfabetismo en la población marroquí. Sin embargo, la gente de Argelia o de Irak parece que tiene un nivel cultural bastante alto. Hay que destacar que existe una legislación en la UE sobre qué textos tiene derecho a recibir traducidos el demandado. Pero la realidad es que si el paciente no acude acompañado de un intérprete-mediador, la lectura en voz alta de los documentos con los que se va a encontrar en los trámites sanitarios sólo se le va presentar en lenguas que no domina. Es muy recurrente, como manifiestan diversos informantes en las entrevistas que hemos consultado, que esta tarea de traducción la lleven a cabo familiares o amigos que acompañan al paciente, pero que desde luego no son traductores.

Por lo general no entienden el funcionamiento del sistema sanitario o se enfrentan a problemas burocráticos. Muchos no entienden por qué tienen que pasar por el doctor general para ir al particular. Un dato a destacar es que las madres son más respetuosas y tienen más consideración por el sistema. Los más problemáticos son los varones cuando tienen que acompañar al niño o van solos, ya que para ellos es un contexto nuevo porque es la figura de la madre la que se encarga de mantener la casa, la alimentación de ir a los colegios y hablar con los maestros, y de ir al médico. En ocasiones también se quejan de que cuando el personal sanitario tiene que coger el nombre, si no lo entiende bien, lo escribe como le viene en gana y luego tienen muchos problemas.

Por otro lado, se quejan de que los médicos no les dejan hablar, les cuentan lo que les pasa pero casi no les preguntan, les interrumpen mucho. Alegan que el médico de Marruecos les deja explicarse, hablar más a ellos. Sin embargo, confían más en los médicos españoles que en los que han visto en Marruecos. No obstante, tienen tendencia a ser totalmente sumisos a lo que dice el médico. Creen que es mejor la sanidad de España y comentan que en Marruecos faltan medios, falta personal, faltan medicamentos (tienen que llevar todo, desde las inyecciones a los guantes, las sábanas, etc.) y la atención es peor, salvo en la sanidad privada. Por lo general, su concepción de la enfermedad es muy diferente a la nuestra. Tienen una concepción de las enfermedades en la que en ocasiones lo físico y lo espiritual, o lo individual y lo social, no están tan delimitados como en la concepción occidental. Muchos han consultado curanderos. Existe una frontera difusa entre lo mágico, lo religioso y lo médico. En Marruecos la gente va a la medicina tradicional por cuestiones económicas porque la sanidad pública es muy mala y la privada muy cara. Por otro lado, a causa de los problemas de comunicación y culturales, se ha notado que en algunos casos se está constatando una vuelta de la población inmigrante a su medicina tradicional, a los sanadores y curanderos que provienen de sus países de origen.

En suma, estos datos revelan que las formas de actuar, los valores y las costumbres comunicativas de otras culturas pueden resultar chocantes para el personal de los servicios sanitarios. En este sentido la presencia de un mediador intercultural (que seguramente tendría que hacer también interpretación

lingüística) ayudaría a solventar los desencuentros e incommunicaciones que derivan del desconocimiento del otro.

5. CONCLUSIONES: APUNTES PARA LA FORMACIÓN DEL INTÉRPRETE EN SERVICIOS PÚBLICOS-MEDIADOR INTERCULTURAL

En definitiva, a raíz de estos resultados, podemos extraer algunas conclusiones, evidentemente abiertas, y unas orientaciones que en nuestra opinión podrían ser de gran ayuda para la interacción comunicativa médico-paciente-mediador.

En primer lugar, apuntando algunas recomendaciones para el personal sanitario convendría comenzar diciendo que el médico nunca debería generalizar, sino ver al paciente inmigrante como una persona individual, ya que las condiciones de cada persona son muy diferentes: factores de antes de la migración, durante el proceso y después de la migración. Deben tener en cuenta y ser conscientes de que la mayoría de los problemas que van surgiendo son los culturales y como consecuencia de esto asumir que el uso del lenguaje no verbal en ocasiones puede conllevar problemas de comunicación, ya que éste también cambia entre culturas, por ejemplo, mirar fijamente a una musulmana puede interpretarse como una invitación sexual. Por parte del usuario, el lenguaje no verbal limita mucho la comunicación, ya que puede ayudar a decir dónde le duele pero no el tipo de dolor. En todo caso, cabe no olvidar que los patrones comunicativos de las diferentes culturas despliegan particularidades en cuanto a los usos verbales o el lenguaje no verbal, las características paralingüísticas o la distribución de los turnos de palabra (Raga, 2005).

Por otro lado, el médico tendría que tener cuidado al hacer preguntas, sobre todo las relacionadas con una temática como el sexo, ya que para ciertas culturas hay algunos aspectos tabú sobre el asunto, que pueden ser tomados como una ofensa. Por lo que queda demostrado una vez más que la figura del mediador intercultural es imprescindible para descifrar los problemas comunicativos y crear puentes entre diferencias culturales.

Al tiempo, es muy importante que cuando se vaya a solicitar un mediador, el médico o la persona que lo solicite identifique bien la lengua con la que necesita trabajar, ya que gran parte del problema se halla en las dificultades para entender dialectos o acentos específicos. En el caso del árabe, por ejemplo, hay muchos dialectos y no es suficiente solicitar a una persona que hable árabe en términos generales, convendría concretar si es dialecto marroquí, etc.

Respecto al tiempo que el médico dedica a cada consulta, éste tiene que asumir que el tiempo que va a necesitar con un inmigrante va a ser mayor, debido a los problemas de comunicación, pues en caso de que esté presente un mediador-intérprete, éste requerirá tiempo para presentarse al inmigrante y durante la mediación hacer las aclaraciones y pausas necesarias. Es muy importante que el médico aprenda a trabajar con el mediador y reconozca su profesionalidad y las tareas que desempeña. En el trato con intérpretes es muy importante, por ejemplo, utilizar un lenguaje directo y no hablar a través del intérprete, sino directamente con el usuario. Por lo tanto, para que todo esto sea posible el tiempo extra es conveniente y hay que ser consciente de ello. Sin embargo, si el inmigrante va solo o acompañado de un amigo o familiar en la calidad de mediador, sin haber recibido éste la formación necesaria, hay que tener en cuenta que conviene que el médico no use una terminología médica muy específica, ya que es un lenguaje especializado que no todo el mundo entiende. Por lo tanto sería bueno que optase por un lenguaje más sencillo. Por otro lado, en el caso especial de mujeres que van

acompañadas del marido al médico, en la mayoría de las ocasiones es conveniente que el médico se dirija al hombre, ya que éste juega un papel muy importante, y nunca directamente a la mujer, ya que los árabes se forman rápidamente una impresión negativa si se dirige uno con mucha familiaridad hacia personas del sexo opuesto.

A continuación veremos de forma resumida cuáles serían las tareas del mediador intercultural y las competencias y técnicas que éste debería desarrollar, aunque hemos de hacer constar que éstas son nuestras impresiones tras leer la bibliografía que se está generando sobre el tema y a falta de una formación reglada y oficialmente reconocida para este perfil de intérprete-mediador.

En primer lugar, la formación de base conveniente para un mediador intercultural podría ser la de un licenciado en traducción e interpretación pero especializado en el campo de la mediación intercultural, es decir, con formación no sólo en traducción/interpretación, sino en comunicación intercultural, antropología y mediación. También ha de poseer conocimientos sobre los servicios públicos en los que trabaja (en el caso que hemos observado, instituciones médicas). El problema es que si ya hay dificultades en reconocer en algunos campos al licenciado en traducción e interpretación como figura profesional, en la interpretación en servicios públicos/mediación, que actualmente está sobre todo en manos del voluntariado y que carece de una formación oficial, como hemos avanzado, es más complicado todavía que se reconozca la profesión. Hace falta el apoyo de la Administración y la concienciación de la sociedad sobre la necesidad de estos servicios y sobre el trabajo que llevan a cabo los mediadores-intérpretes, que constituyen un perfil profesional nuevo que requiere de formación específica.

Un intérprete-mediador debe tener un completo conocimiento de las lenguas que se van a utilizar y *también* de la cultura, para descodificar de forma correcta los mensajes y saber cómo y cuánta información se necesita dar más allá de las palabras del emisor. También es importante tener en cuenta que la interpretación en los servicios sanitarios está condicionada por el tiempo, como ya hemos mencionado, y éste es muy limitado por lo que el mediador debe tener cuidado con las respuestas largas y rebuscadas de los pacientes, que para el médico o personal sanitario pueden parecer en ocasiones aparentemente irrelevantes. Para desarrollar esta labor con éxito, el enlace tiene que saber escuchar los silencios y las palabras, los gestos y los ritos de comunicación, así como adquirir ciertas competencias que ayuden a percibir los distintos registros y niveles del habla. Por otro lado, tiene que tomar distancia respecto a uno mismo para poder identificar los propios marcos de referencia, esto es: tratar de no identificarse con una de las dos partes en el momento de su intervención mediadora, así como no llevarse a casa la ansiedad que pueda producirse a raíz de casos difíciles. Evidentemente, se aprende con la experiencia y la formación previa.

En su faceta de mediador interlingüístico, en definitiva debe tener en cuenta que su trabajo abarca dos actividades interdependientes: la intermediación lingüística en sí, por una parte, y la coordinación de la conversación, por otra (Wadensjö, 1998b). Por lo tanto, será el encargado de hacer posible la comunicación entre el paciente y el médico que no comparten el mismo nivel lingüístico, así como de distribuir los turnos de palabra. En muchas ocasiones debe pasar a cumplir una labor más pedagógica con las partes, para hacer que éstos asimilen ciertos aspectos culturales del otro que complican la comunicación.

Como ya se ha destacado, el mediador va más allá de las barreras lingüísticas, pues su formación incluye de forma muy importante la competencia intercultural y el conocimiento antropológico de las culturas implicadas, pues eso le posibilita el reconocer las pistas informativas que le ayudarán en su tarea mediadora.

En definitiva, éste es un campo en construcción, para el cual se necesita sensibilidad cultural por parte de la sociedad y las instituciones públicas, así como una organización seria en lo relativo a la formación y profesionalización de estas figuras de enlace comunicativo, lo que también implica una concienciación por parte de la universidad como institución educativa. Es por eso que desde nuestra posición, dando los primeros pasos investigadores, nos interesamos por una vía de futuro que nos hace tomar conciencia de la potencialidad del servicio social que puede llevar a cabo un traductor/intérprete, así como de la responsabilidad que ello conlleva. Para ello, en este primer paso, hemos observado la realidad de lo que está pasando en las consultas médicas hoy en día ante la presencia de pacientes inmigrantes.

BIBLIOGRAFÍA

- CEBRIÁN SEVILLA, Carmen (2004) “Estudiantes de medicina e interpretación social: Trabajo de campo”. Anne Martin e Isabel Abril Martí (eds.) *Revista Puentes. Hacia nuevas investigaciones en la mediación intercultural*. Monográfico dedicado a la traducción e interpretación social, nº 4. Granada: Atrio, pp. 17-28.
- MIKKELSON, Holly (1996) “Community interpreting: An emerging profession”. *Interpreting 1:1*, 125-129.
- NYDELL, Margaret K. Omar (2002) *Understanding Arabs. A guide for Westerners*. Maine: Intercultural Press, 3ª ed.
- RAGA GIMENO, Francisco (2005) *Comunicación y cultura. Propuestas para el análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara*. Madrid/Frankfurt: Iberoamericana/Vervuert.
- SALES SALVADOR, Dora (2005) “Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España”, en *Translation Journal*, vol. 9, no. 1, January 2005. Publicación electrónica accesible en: <http://accurapid.com/journal/31mediacion.htm>
- TORRES DÍAZ, María Gracia (2004) “Interpretación comunitaria médica e investigación”, en Emilio Ortega Arjonilla (dir.) *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*. Granada: Atrio (2 vols.), Vol. I, pp. 447-453.
- VALERO GARCÉS, Carmen (2003) “Soñé con una melodía y escuché voces dispersas. Barreras en la comunicación interlingüística en los centros de salud”, en Carmen Valero Garcés y Guzmán Mancho Barés (eds.) *Discursos [dis]con/cordantes: Modos y formas de comunicación y convivencia*. Alcalá: Universidad de Alcalá, pp. 89-107.
- WADENSJÖ, Cecilia (1998a) “Community interpreting”, en BAKER, Mona (ed.) *Encyclopaedia of Translation Studies*. Manchester: Multilingual Matters, pp. 33-37.
- WADENSJÖ, Cecilia (1998b) *Interpreting as Interaction*. Londres/Nueva York: Routledge.