

# Mediación lingüística en el contexto sanitario: aspectos a considerar para un servicio óptimo

María Fernández de Casadevante Mayordomo \*

**Resumen:** Si bien el papel del mediador intercultural como herramienta de comunicación y entendimiento entre el personal sanitario y el usuario de origen migrante cobra gran protagonismo en este ámbito y su presencia es más que necesaria, nos encontramos con que, ante el desconocimiento de los diferentes factores que influyen y deberían considerarse en el proceso interpretativo, con frecuencia se recurre al uso de intérpretes *ad hoc*. Además de exponer las herramientas y recursos más utilizados para la comunicación con la población migrante que no conoce la lengua del país de origen de este artículo, se analizarán esos factores que intervienen en el proceso de interpretación para así comprender mejor la importancia de un servicio de calidad.

**Palabras clave:** cultura, dificultades comunicativas, inmigración, mediación, sanidad, traducción e interpretación.

**Linguistic mediation in healthcare contexts: aspects involved in ensuring optimal performance**

**Abstract:** Although intercultural mediators help to guarantee communication and understanding between healthcare staff and migrant users and their presence is more than necessary in this context, we find that *ad hoc* interpreters are frequently used due to a lack of awareness of the factors to be considered in the interpreting process. As well as outlining the most commonly used tools and resources for communicating with migrants who are not fluent in Spanish, the factors involved in the interpreting process are analysed in order to improve our understanding of the importance of a quality service.

**Key words:** communication difficulties, culture, health service, immigration, mediation, translation and interpreting.

*Panace@* 2021; XXII (53): 78-85

Recibido: 11.III.2020. Aceptado: 21.XII.2021.

## 1. Introducción

La realidad de la inmigración está a la vista en muchos ámbitos: la educación, la justicia y también la sanidad. Queremos referirnos a este último por ser un contexto en el que se destacan problemas significativos. De por sí, en la relación médico-paciente, a menos que este último entienda los términos médicos, surgen problemas de comprensión, y esta barrera es aún mayor si los interlocutores no comparten una lengua común. Según Campos (2005), cada vez ha sido y es mayor la necesidad de mediación o interpretación en áreas como ginecología, pediatría, urgencias y salud mental. Tengamos en cuenta que, en cualquier conversación o relación en la que las partes no tengan un idioma en común, habrá una barrera lingüística; a este respecto, numerosos estudios han demostrado que, por mucho que un médico sepa de su ciencia, de poco servirá si no puede comunicarse con el paciente. ¿Qué papel tiene el traductor-mediador intercultural? ¿A qué dificultades se enfrentan los inmigrantes?

## 2. Barreras del sistema sanitario

Si un paciente acude al centro de salud o al hospital y no conoce nuestra lengua, serán tres partes las que tengan que participar en una conversación: el profesional médico, el propio paciente y el intérprete. En palabras de Angelelli (2014), sucede que estas tres personas entienden y ven la sanidad, el dolor, la enfermedad y la asistencia médica de diferentes formas, desde distintos puntos de vista; a esto hay que sumarle el hecho de que, en algunos escenarios o países, las minorías lingüísticas se convierten en grupos vulnerables y ello hace que surjan diferencias de poder.

Entre los rasgos que suele presentar la mayoría de los inmigrantes que acuden a los centros de salud y hospitales, cabe destacar que: a menudo se muestran alienados y sufren tristeza crónica, ya que en contadas ocasiones traen a la familia consigo. Asimismo, un alto porcentaje carece de seguridad económica o legal, tienen dificultades con la lengua, la cultura y el entorno social y han de hacer frente al rechazo social y político-legal. No obstante, es cierto que no podemos atribuir estas características a todos los inmigrantes, pues dependen de su experiencia vital. Además de estos obstáculos, existen barreras en el propio proceso de asistencia sanitaria (Valero Garcés, 2014) que se ven afectadas bien por las circunstancias del propio sistema sanitario, bien por las intrínsecas del profesional sanitario o del propio paciente.

\* Universidad Rey Juan Carlos. Dirección para correspondencia: [maria.fernandezdecasadevante@urjc.es](mailto:maria.fernandezdecasadevante@urjc.es).

Analicemos, por tanto, las circunstancias de los diferentes actores que participan en el proceso de comunicación y de qué forma afectan estas al mismo. Destacamos en primer lugar la dificultad con la que la población migrante accede al servicio, los plazos de espera, en ocasiones interminables, la alta demanda y el poco tiempo disponible que el profesional puede dedicar por cita, así como la burocracia. Entre los problemas relacionados con el paciente, nos encontramos con problemas físicos, ansiedad, agresividad, personalidad anormal o existencia de determinada distancia sociocultural, además de las barreras lingüísticas. En cuanto al profesional médico, en ocasiones carece de habilidades comunicativas, muestra poca empatía o puede tener problemas en su vida personal que afecten a su forma de relacionarse, entre otros muchos obstáculos.

Por otro lado, y partiendo de un estudio entre población rumana elaborado por Popescu (Valero Garcés, 2014), podemos afirmar que los propios intermediarios pueden ser también un problema, y es que sucede que, en ocasiones, tienen dificultades para comunicarse. Los resultados revelan cuáles son algunas de estas barreras: los hay que tienen problemas para entender a los hablantes, que carecen de la técnica o habilidad necesaria para llevar a cabo el trabajo o bien no comprenden el lenguaje técnico o determinados registros y no pueden por tanto interpretarlo. Además, algunos perciben cierta presión o impaciencia por parte del personal médico, tienen dificultades a la hora de decidir cuál es la mejor forma de dirigirse a la persona, no están familiarizados con la situación e incluso sufren angustia o ansiedad o se ven afectados por la angustia y ansiedad del paciente.

Todo lo anterior podemos decir que influirá en mayor o menor medida en la comunicación, y, a su vez, una mala comunicación entre un usuario inmigrante y el personal sanitario puede acarrear graves consecuencias que inevitablemente provocarán una atención inadecuada e incluso un diagnóstico equivocado o incompleto. Asimismo, podría conllevar una menor productividad del personal sanitario, hacer que se pierda la confidencialidad de la consulta médica, que el usuario sufra ansiedad y que se resista a visitar los servicios (Recuerda Solana *et al.*, 2012).

La experiencia de una pediatra (Valero Garcés, 2003) muestra las situaciones en las que se ven envueltos los profesionales de la sanidad, que a veces se ven en la obligación de explicar los tratamientos por mímica o haciendo dibujos, si bien es inevitable que se den intoxicaciones de pacientes al no haberse transmitido la información adecuadamente. Valero Garcés (2014) añade otras consecuencias, como son el abandono del tratamiento por parte del paciente, incertidumbre, desconfianza, ausencia de chequeos e incluso la no asistencia a las citas médicas.

### 3. El papel del mediador en el ámbito sanitario

Si comparamos el ámbito de la interpretación de conferencias con el sanitario, podemos ver que —mientras que en un ambiente de conferencia, como puede ser una reunión de la OTAN o de la ONU en la que participan representantes de los países miembros, tanto los hablantes como los oyentes pertenecen al mismo entorno psicológico y a la misma comunidad

de habla, pero no hablan la misma lengua—, en el ámbito sanitario, intérpretes y usuarios no comparten el mismo entorno puesto que no pertenecen a la misma comunidad de habla. El mediador en el ámbito sanitario desempeña la labor de un profesional con un cometido muy diferente al del primero: entre algunas de las labores que desempeña el intérprete o mediador sanitario, destacamos que explora respuestas, desarrolla o resume las declaraciones, facilita la comprensión, explica tecnicismos y tiende puentes entre las culturas, además de comportarse de manera afectuosa (Angelelli, 2014).

Aunque la labor de interpretación es clave, sus funciones van más allá; entre otros aspectos, se ocupa de explicarles a los inmigrantes cómo funciona la sociedad de acogida o el sistema social, muy diferente al que los usuarios inmigrantes están acostumbrados. Y, a pesar de que su labor principal sea la de prestar asistencia en el contexto sanitario, en ocasiones se le pide que solucione servicios tan variados como arraigo social, reagrupación familiar, absentismo escolar, gestiones con Hacienda, el INEM, documentación del colegio de los hijos e incluso multas de tráfico (Ridao, 2009).

En palabras de Angelelli (2014), pasan de ser conductores del lenguaje a formar parte esencial de la conversación transcultural o coconstructores de la interacción. Poco tiene que ver su labor con los inicios de la interpretación, la cual se veía como un intercambio entre dos hablantes sin una lengua en común, en el que un intérprete invisible o fantasma hacía posible la comunicación sin interactuar con las partes. Se le consideraba un módem del lenguaje, donde una declaración tenía un único significado, independiente de la situación y circunstancias, al cual las partes no podían contribuir.

Es oportuno emplear como referencia instituciones como la California Healthcare Interpreting Association (2002) —Asociación Californiana de Interpretación Sanitaria— para señalar que el intérprete desempeña diferentes papeles como parte de la interacción entre el paciente y el profesional de la medicina, además de ser el encargado de convertir los mensajes entre ambas partes. Entre ellos, el intérprete también se ocupa de clarificar los mensajes, para lo cual debe obtener más información del hablante y así poder explicar el mensaje o concepto de otro modo más sencillo con el fin de facilitar la comunicación. Como tercer papel, el de clarificador cultural, su tarea implica confirmar y proporcionar información cultural, especialmente relativa a creencias culturales relacionadas con la salud. Y, por último, algo que en los tribunales sería inconcebible: hacer de defensor del paciente, apoyando su bienestar y contribuyendo a su salud, y es que puede suceder que el intérprete sea testigo de ejemplos de discriminación o diferencias de acceso a la sanidad por parte de los pacientes que no dominan la lengua en cuestión, si tenemos en cuenta que podrían desconocer los requisitos de admisión, los trámites para darse de alta, pedir cita o entender los procedimientos; esto puede hacer que defender sus intereses sea más difícil, para lo cual la labor del intérprete se convierte en una pieza fundamental.

Aspectos como el género, la raza, la etnia, la edad o el estatus socioeconómico pueden hacer que el intérprete reclame mayor o menor propiedad del texto, lo que tiene un impacto en la in-

formación intercambiada, pues, en función de estos aspectos, el intérprete sabe qué información debe reclamar de cada parte sin que esta sea necesariamente trasladada a la otra, y todo con el fin de lograr el bienestar del paciente. Así, a modo de ejemplo, Angelelli presenta una conversación que tiene lugar en la consulta y en la que el médico le pregunta al paciente sobre el nivel de dolor que está sintiendo; este es incapaz de verbalizarlo (probablemente debido al propio dolor, pero quizás también influido por alguno de los factores sociales recién mencionados), algo que lleva al intérprete a mantener con él una conversación con el fin de determinar el nivel, sin traducir ninguna de las 14 intervenciones de su paciente, hasta que consigue determinarlo.

Giménez (2002) sostiene que, en el ámbito sanitario, los mediadores interculturales no solo llevan a cabo derivaciones, seguimientos y acompañamientos de modo que los usuarios tengan la posibilidad de acceder a los recursos sanitarios, sino que también asisten a los profesionales en el asesoramiento que estos les demandan, tanto mediante sesiones informativas en materia cultural como con la readaptación divulgativa de materiales, para lo cual traducen el material de forma que los inmigrantes puedan entenderlo y asistan así a charlas y cursos de formación.

En una entrevista de 2009, publicada en la *Revista Electrónica de Estudios Filológicos*, se daba a conocer la experiencia de Ali Tamer, por aquel entonces mediador sociosanitario que transmite su experiencia en esta área. Su labor en la comarca de Níjar lo sitúa posiblemente como uno de los primeros con actividad en Andalucía en su conjunto; antes de comenzar a trabajar en los centros de salud de esta zona, era frecuente que se recurriese a la Guardia Civil, que tenía que acudir para resolver conflictos violentos entre profesionales sanitarios y usuarios inmigrantes.

Entre otras funciones, lleva a cabo tareas administrativas hasta que dan comienzo las consultas, momento en el que pasan a trabajar con los profesionales sanitarios e incluso con los trabajadores sociales cuando estos solicitan sus servicios. Destaca la variedad que caracteriza a su trabajo, pues el hecho de tratar directamente con el público y con usuarios muy heterogéneos hace que cada día sea diferente. En ocasiones deben contactar con un paciente para informarle de los resultados de una prueba que indican la existencia de una posible enfermedad. En caso de no poder contactar telefónicamente, han de desplazarse a su domicilio; sin embargo, esta dirección no suele corresponderse con su domicilio actual, ante lo cual el mediador debe preguntar por su posible paradero en la lengua materna que tanto usuario como mediador comparten. Se han presentado casos de niños vacunados incorrectamente y de mujeres embarazadas de ocho meses de gestación que no han solicitado asistencia médica; en ese caso, se les intenta concienciar, en sus domicilios, de los servicios sanitarios existentes en el país de acogida. Al dirigirse en su misma lengua, en el interlocutor nace un sentimiento de confianza, lo cual ayuda a que contribuyan a la localización de estos sujetos.

Asimismo, estos mediadores colaboran en la confección de dípticos, trípticos, folletos y carteles en diferentes idiomas, y organizan charlas a grupos de usuarios, de modo que conozcan y

entiendan el funcionamiento de nuestro sistema sanitario. Como señala Tamer (Ridao Rodrigo, 2009), en esta época no es necesario estar censado para ser atendido; en el caso de no estarlo, basta con presentar algún documento oficial donde conste su nombre, apellido y fecha de nacimiento, datos disponibles únicamente en el registro sanitario del centro en cuestión.

Una de las dificultades comunicativas que encuentra es el hecho de que la lengua que los usuarios precisan no se limita a un idioma relativamente común, como puede ser el árabe, sino que, dentro de la misma, existen muchos dialectos (árabe clásico o árabe marroquí entre otros), lo que puede provocar que el mediador, con árabe como lengua materna, no entienda al usuario y no pueda prestarle un servicio adecuado.

El papel de los intérpretes o mediadores culturales en el ámbito sanitario resulta vital cuando surgen dificultades comunicativas entre un usuario perteneciente a otra cultura y el profesional de la salud. Cabe subrayar que, según Trovato (2012: 33), el mediador tiene el privilegio de ser el único que puede entender los puntos de vista y las percepciones de ambos interlocutores en un contexto en el que están implicadas e interactúan dos culturas. Por ese motivo le corresponde a él la labor de construir significados que van más allá de la mera traducción de palabras; al ser capaz de reconocer los referentes culturales, además de los lingüísticos, puede resolver con mayor facilidad situaciones conflictivas. Esto nos debería hacer meditar sobre si el hecho de que mediador y paciente hablen la misma lengua posibilita que se elimine cualquier posible barrera. En este sentido, tal y como se puede uno imaginar, la cultura sería, además de la lengua, otro de los factores que influirían en el resultado de la conversación.

Alcaraz *et al.* (2003: 302), que señalan que la figura del mediador intercultural en el entorno sanitario es nueva y está escasamente implantada en España, nos recuerdan que su incorporación «es una muestra de sensibilidad cultural por parte del sistema sanitario del país de acogida para prestar una atención de calidad» y defienden la estandarización de su formación, funciones y tareas, así como su profesionalización.

#### 4. La importancia de la cultura

Como apunta Angelelli, el significado no solo se forma mediante las palabras, sino también a través del lenguaje corporal y los gestos, la expresión facial, la entonación y otras características paralingüísticas que intervienen en un acontecimiento comunicativo.

A este respecto, Llevot y Garreta (2013: 177) plasman la importancia que el aspecto cultural tiene en la mediación, incluso casi más que el lingüístico:

La postura y el movimiento del cuerpo, los gestos, la expresión del rostro y de la mirada, las sensaciones táctiles y olfativas son otros tantos vehículos para la comunicación no verbal de emociones y de información que hay que descubrir. Los mediadores no solo conocen las reglas de lo implícito y de lo explícito que comprende su lengua,

y lo que no hay que decir según las situaciones, sino que además saben utilizar, en el idioma local o en el suyo propio, una imaginería muy gráfica, rica en metáforas, proverbios, alegorías y con múltiples referencias a la tradición y a la experiencia vivida, concreta, de los individuos.

Como señalan Borja y Baigorri (2015), las soluciones a los problemas de salud; es decir: los tratamientos, varían según la cultura. De este modo, cada profesional actuará en función de lo adquirido a lo largo de su formación; por ejemplo, si en España el personal médico se encuentra ante un caso de mutilación genital femenina, probablemente lo denunciará, aunque en el lugar de origen de la mujer y de la niña víctimas sea costumbre habitual. Si bien hay protocolos universales cuando se trata de normas que exceden el territorio en el que se produce el caso, otras cuestiones que dependen de mitos, supersticiones, creencias religiosas o costumbres ancestrales que varían entre países y culturas pueden influir en la visión que cada persona tenga de cuestiones tan esenciales como lo que está bien y lo que está mal, lo que se entiende por salud y por los factores que influyen en ella, la forma de interactuar según la edad, sexo o condición social, y llevar al profesional a encontrarse con discrepancias conceptuales de base.

Con el fin de evitar problemas de este tipo, se pueden poner los medios necesarios para que la comunicación fluya entre las partes; sirva, a modo de ejemplo, el caso del Ospedale Maggiore de Bolonia, que procura que el mediador y el usuario del servicio de mediación pertenezcan a la misma etnia, lo que les hará compartir cultura y, en el caso del propio mediador, le permite conocer todos los factores socioeconómicos propios del país del que proviene el usuario del servicio, además de estar muy familiarizado con la cultura local por llevar tiempo en el país en el que se encuentra (Trovatto, 2012).

El hecho de no tener en cuenta la cultura de la persona a la que se está interpretando puede llevar a situaciones como la de un intérprete que tuvo que intervenir en los servicios médicos de la Cruz Roja (Castillo García y Taibi, 2005): un matrimonio iraquí acudía al médico con sus dos hijos, una adolescente y un menor varón. El médico procedió a preguntar el historial médico de cada uno en presencia de todos sus miembros, hasta que, al llegar a la hija y hacerle unas preguntas relativas a su menstruación, el intérprete pudo ver que esta se ponía muy nerviosa, probablemente porque le incomodaba tener que tratar este tema no solo con él, sino también delante de otros dos varones, su padre y hermano. Ante esto, el médico pidió a los dos que salieran de la consulta, lo cual no hizo sino empeorar la situación, causando confusión en los allí presentes y llevándoles a pensar que la joven tenía alguna enfermedad o que no quería desvelar información sobre un posible embarazo o su virginidad.

Castillo y Taibi consideran que la propia Cruz Roja debería haber tomado medidas para que este tipo de situaciones no se den. En ese sentido, Qureshi (2009) considera que el mediador intercultural es el responsable de interpretar el significado lingüístico y cultural de lo que se dice y que, para ello, debe transmitir no solo el contenido del mensaje original en una segunda lengua, sino además el espíritu y el contexto cultural, de forma

que fluya la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario.

Relacionado también con la cultura, el intérprete en el ámbito sanitario se enfrenta a menudo a un vocabulario difícil de traducir (Cambridge, 2003): hablamos de las palabras malsonantes, eufemismos, los chistes y palabras que expresan cariño. Según la cultura de que se trate, estas palabras se utilizarán con un fin u otro; así, por ejemplo, los ingleses utilizan los chistes y la ironía para quitar importancia a lo que les da miedo o duele, o para evitar ofender.

Cambridge nos presenta algunos ejemplos al respecto; en un encuentro entre médico y paciente, sucede lo siguiente:

Médico: ¿Tiene mucho dolor, señor Jones?

Paciente: No debo quejarme, ya es hora de que me lleven al veterinario.

En realidad, lo primero que el paciente está queriendo decir aquí es que sí que le duele, pero que no quiere que le tomen por alguien cobarde, mientras que en segundo lugar está queriendo transmitir al médico que, si fuera un animal, el propio médico permitiría que lo mataran, decisión que él mismo apoyaría.

Como podemos ver, el inglés es un idioma rico en eufemismos para hablar de determinados temas; varios ejemplos (Morató, 2014) son la muerte, las enfermedades y los actos propios del cuerpo humano, lo que hace que el intérprete sanitario tenga una ardua tarea. Así, para hablar de la muerte, dicen que *Alguien ha fallecido/se ha marchado* —*Someone has passed on/has departed/has gone*—, en lugar de utilizar un frío *ha muerto* —*has died*—, pues la primera resulta ser una forma menos directa, más cuidadosa, para expresar una situación tan sensible.

Imaginemos que tiene que interpretar al médico problemas relacionados con las necesidades fisiológicas. Para ello, los ingleses hacen referencia a la fontanería, utilizando palabras como *la tubería, la grifería y los desagües*. Incluso se mencionarían números para orinar —*do number 1*— o dirán que van a la vuelta de la esquina —*go round the corner*—; para hablar de la defecación harán el número 2» o harán «un gran trabajo». ¿Y para referirse a partes del cuerpo? Pues bien, hablan del estómago cuando en realidad se refieren al abdomen en general, o de la barriga cuando quieren hablar del estómago; por no mencionar el modo en que se refieren a los genitales: para los masculinos, se recurre a «la equipación» —*equipment*— o a «las joyas de la familia» —*family jewels*—, mientras que para los femeninos hablan de sus «partes bajas» —*down below*— o bien mencionan «la parte baja de la escalera» —*downstairs*— para referirse a la vagina y la vulva.

## 5. Sistemas para la atención lingüística de los pacientes

Aunque hoy en día la figura del intérprete no se considera totalmente necesaria en este ámbito, en palabras de Borja (2015), su presencia en hospitales y centros de salud, entre otros, es cada vez mayor. Existen diversos sistemas para atender a aquellos pacientes que no hablan el idioma en cuestión; nos



Collage Rx (fragmento). Técnica mixta sobre metacrilato, 30 cm x 21 cm

encontramos, por un lado, con la interpretación presencial, llevada a cabo mayoritariamente por mediadores que no tienen una formación específica en interpretación, profesionales bilingües, voluntarios tanto esporádicos como que colaboran de manera habitual con ONG, familiares y amigos de los pacientes e incluso niños que tienen que hacer las veces de intérpretes, lo cual es probable que provoque errores y confusión al omitir o simplificar información porque consideran que da mala imagen de su cultura, porque no la han entendido o porque no lo recuerdan todo, si bien también puede suceder que añadan datos que el hablante no ha dado o incluso adopten el rol del médico o el del paciente, haciéndose cargo de la interacción (Del Pozo, 2013).

Por otro lado, se recurre asimismo a la interpretación telefónica, especialmente ventajosa por tratarse de un servicio más económico, del que se puede disponer inmediatamente y que, por sus características, permite encontrar profesionales y ofrecer el servicio a lenguas más exóticas, menos comunes. Este sistema de interpretación presenta otro aspecto beneficioso, como es el anonimato del paciente, lo que aporta confidencialidad e

imparcialidad; no obstante, también podría despertar desconfianza en el paciente al no saber quién está recibiendo toda su información. Como inconveniente principal de este sistema destacamos el hecho de que, al no estar presente físicamente el intérprete, se pierde información no verbal que puede dificultar la comunicación, además de poder darse problemas técnicos relacionados con la mala acústica, las malas conexiones, la falta de cobertura o de alargadores para que el teléfono se pueda acercar al paciente. Otro de los inconvenientes de este servicio es que el hecho de tratarse de un servicio inmediato hace que el intérprete no se pueda preparar la interpretación, lo que puede aumentar su tensión, un factor que ya de por sí es parte de la labor de interpretación. Por este motivo, en muchos casos, el personal sanitario prefiere prescindir de este sistema porque lo considera impersonal y poco práctico, ante lo cual nos preguntamos si no es mejor que sea de una calidad que ellos consideran inferior a carecer absolutamente de ella.

El tercer tipo de interpretación en el ámbito sanitario al que se refiere Del Pozo es el de la interpretación por videoconferencia, que combina aspectos de las otras dos modalidades a

las que nos acabamos de referir, si bien a fecha de 2013 no parece que se preste este servicio en España, mientras que desde 2018, se ofrece únicamente a pacientes con discapacidad auditiva. En una obra de 2018 que analiza los posibles cambios de la Traducción e Interpretación —TeI— en los Servicios Públicos en España, Foulquié-Rubio, Vargas-Urpi y Fernández (2018) apuntan que, en el sector de la sanidad, la TeI no ha variado demasiado en la última década, además de ser más un privilegio que un derecho, motivo por el cual no se garantiza en la legislación vigente.

### 5.1. Recursos más utilizados

Un estudio realizado en 2012 por Krewatch (Valero Garcés, 2014), con una muestra de 45 personas para estudiar qué recursos se utilizan en una consulta médica para facilitar la comunicación entre el personal sanitario y el paciente que no habla español, desvela que solamente un 4 % vence la barrera lingüística con la ayuda de la interpretación telefónica, un 9 % hace uso de intérpretes profesionales, un 18 % recurre a folletos informativos, el 40 % considera que logra comunicarse gracias a los gestos y un 76 % se comunica con la ayuda de amigos o familiares que hablan español.

Como vemos, el recurso más utilizado para hacer posible la comunicación entre las partes es el del amigo o familiar como mediador, seguido de los gestos, recurso por el que optan no solo los extranjeros, sino también los profesionales sanitarios e incluso los propios mediadores socio-sanitarios, pues resultan de gran utilidad para comunicar, por ejemplo, dónde sienten el dolor o cómo deben entregar los usuarios los envases de recogida de muestras, y es que los gestos, en muchos casos, permiten comunicar lo básico.

Además, otra de las acciones más habituales a las que la población suele recurrir para comunicarse con personas que no hablan su misma lengua es, según Tamer (Ridao Rodrigo, 2009), la de elevar la voz durante la interacción, algo de lo que los mediadores prescinden por no resultar en absoluto eficaz; en su lugar, dicho autor recomienda el uso de gestos, por su gran utilidad en este contexto.

A excepción de la interpretación telefónica, que, si bien puede resultar una herramienta poco cercana e impersonal, ayuda a vencer las barreras de la distancia y la disponibilidad, para algunos autores, los mecanismos mencionados y que se utilizan actualmente en el ámbito sanitario español para salvar la barrera lingüística no son más que soluciones improvisadas, soluciones que Valero y Monzón (2018) califican de rudimentarias e incluso frustrantes y que, en sus palabras, no garantizan una comunicación efectiva entre las partes. Esto según un estudio realizado por la Universidad de California-Berkeley (Foulquié Rubio *et al.*, 2018) puede redundar en la realización de más pruebas, en un diagnóstico inexacto e incluso en un aumento de los días de hospitalización.

#### 5.1.1. El uso de intérpretes *ad hoc*

Siempre que es posible se tiende a que, si conocen y medianamente hablan la lengua o se defienden de alguna forma, haga de intermediario el personal del centro médico, lo que incluye

enfermeros, administrativos o médicos bilingües, pero también familiares, incluidos los menores.

Tamer (Ridao Rodrigo, 2009) menciona precisamente el caso de inmigrantes que, a pesar de llevar cuatro y cinco años en nuestro país, no hablan nada de español y utilizan a sus hijos, en algún caso menores, como intermediarios. Angelelli (2014) se refiere a estas personas como intérpretes *ad hoc*, y recuerda que carecen de un título en TeI, cualificación o acreditación específica en TeI médico-sanitaria, y que puede suceder que no tengan experiencia en el desempeño de la tarea en cuestión. Puesto que no cuentan con cualificación específica, no se adhieren a un código ético y no conocen las técnicas de interpretación necesarias para transmitir todos los elementos semánticos, como pueden ser el contenido, la intencionalidad, los gestos, las pausas, los silencios o el tono del mensaje.

Motivos como la no adhesión a un código ético explican por qué en el entorno sanitario tampoco se deberían usar como intérpretes personas sin la formación profesional adecuada. Autores como Angelelli (2014) afirman que su labor puede provocar serias consecuencias que comprometerían un acceso igualitario a los servicios de asistencia sanitaria.

A este respecto, Borja (2015:122) presenta el testimonio de una psicóloga forense relativo a la interpretación por parte de un traductor *ad hoc*:

La intérprete interpretaba las palabras de la víctima, le aconsejaba o incluso le reñía. Se trataba de una amiga de la víctima, por lo que había dos problemas fundamentales: las barreras lingüísticas, derivadas del conocimiento insuficiente de la lengua de la persona que hacía de intérprete; y la información adicional suministrada por la persona que hacía de intérprete respecto de lo que decía la propia víctima, ya que al conocer lo que le había sucedido rellenaba silencios y añadía datos, interfiriendo en la evaluación psicológica.

Borja (2015) se refiere a Quixley para señalar que, ante la falta de recursos lingüísticos y técnicos, contar con un intérprete no profesional puede hacer que omita información vital o añada información, de forma que el mensaje que reciba la víctima se modifique y le lleve a tomar decisiones perjudiciales para su vida o para su salud. Sucede incluso que, en ocasiones, el papel de intérprete *ad hoc* lo haya llevado a cabo el agresor, en cuyo caso el derecho a la información y al consentimiento informado quedan, en palabras de la autora, conculcados.

Como apunta Cambridge (2003), esto resulta peligroso tanto para el profesional médico como para el paciente, y nos ayuda a entender por qué únicamente aquellos con determinada formación para esta labor deberían llevar a cabo la interpretación. El propio médico podría intentar trasladar la información; pero ¿cómo va a comunicarles estos conceptos complicados o un diagnóstico angustioso en otro idioma sin dominar perfectamente la lengua extranjera? Según el autor, esto incumpliría con el deber de proteger al paciente. Ante esto, el profesional sanitario podría alegar que con el uso de gestos todo es comprensible; sin embargo, estos no son internacionales y

pueden llevar a confusión según la cultura de la que provenga el inmigrante.

Y, si bien podríamos pensar que económicamente resulta rentable para hospitales y centros de salud no contratar intérpretes y recurrir a cualquiera que sepa medianamente el idioma para llevar a cabo esta labor, deberíamos tener en cuenta que el coste por contratar un intérprete probablemente compense más que tener que enfrentarse a una demanda por error médico debido a una falta de comunicación. Incluso se ha dado el caso extremo de mujeres que se han visto sometidas a abortos no deseados después de que sus agresores actuaran como intérpretes para ellas.

En el caso de que la interpretación la haga un familiar, el hecho de que se conozcan tan bien puede hacer que quien interpreta pase por alto inconscientemente algunos datos muy valiosos para el médico. Además, a la vez que resulta ventajoso y positivo que ambas partes pertenezcan a la misma cultura, ya que esta constituye un factor de vital importancia para que la comunicación sea adecuada, este mismo hecho puede hacer que, bien por interés o precisamente por motivos culturales, la información decida omitirse. El resultado sería aún peor si se recurriera a la ayuda de un niño para que fuera este quien lleve a cabo la tarea de interpretación: ¿va a poder entender todos los conceptos a los que se refieren los adultos?

Pongamos como ejemplo un caso en el que es una menor de solamente 8 años la que hace las veces de mediadora entre el profesional sanitario y su madre, una mujer que no habla español. La madre ha acudido a la consulta porque su hijo de 2 años presenta un cuadro de diarrea y vómitos. Tras una larga conversación a ritmo lento, el pediatra le indica que su hijo debe seguir, durante los próximos días, una dieta blanda de arroz cocido con zanahorias y pollo a la plancha, información que la niña traduce literalmente; la mujer, sorprendida, no comenta nada y, tras salir de la consulta, la pequeña pregunta a la trabajadora social por qué hay que planchar el pollo y comérselo (Valero Garcés, 2014).

Lo que ha sucedido aquí es que *pollo a la plancha* se ha traducido de manera literal, haciendo mención al aparato con el que se plancha la ropa y no al de cocina, sin tener en cuenta que en español la palabra *plancha* cuenta con dos acepciones.

Este problema podría parecer de poca gravedad, pero tal y como apunta Borja (2015), esta labor de interpretación por parte de un menor puede acarrearle trastornos emocionales en el caso de determinados relatos o incluso de sesiones de psicoterapia. Además, no debemos olvidar que los niños, inconscientemente, pueden alterar la información, simplemente no conocer ciertos conceptos o bien carecer de vocabulario suficiente. En el caso de víctimas de violencia de género, el estrecho lazo que los une a la víctima les hace en ocasiones responder sin escuchar la respuesta de su madre.

Con mucha frecuencia se producen malentendidos entre médico y paciente, algo que, si bien en todas las áreas tiene su importancia, es más grave si hablamos de problemas relacionados con la salud. La mayoría de los malentendidos comunicativos se producen «en las enfermedades relacionadas con el aparato digestivo, pues los médicos, al no entender exactamente

lo que le pasa al paciente, pueden recetar medicamentos contraproducentes» (Ridao Rodrigo, 2009). Tamer asimismo se refiere al caso de personas que, debido a su enfermedad, deben tomar una medicación, y a este respecto destaca que son muy habituales los malentendidos con el número de dosis que se deben ingerir, la existencia de alergias, así como la vía por la que tomarlas, y esto les lleva a volver a la consulta médica, bien por la ausencia de mejoría o porque su estado ha empeorado.

En aquellas ocasiones en las que el mediador sin formación hace las veces de intérprete, suele suceder que omite información porque no entiende bien el significado de algunos conceptos que el médico le transmite. Eso lleva a que el paciente reciba, en cierto modo, información equivocada o al menos parcial. Otras veces, la información que se debe transmitir en cualquiera de los sentidos se omite no porque haya una falta de comprensión, sino porque el intérprete considera que ciertos datos son irrelevantes o pueden ofender a las partes. Imaginemos que el mediador tiene que realizar al paciente, por orden del médico, preguntas con contenido sexual o tiene que transmitirle opciones duras que el médico ha decidido tomar, como puede ser una amputación o dejar a alguien morir. Qureshi (Burckhardt, 2009) nos recuerda que el mediador deberá actuar con profesionalidad e integridad y respetando la confidencialidad, no pudiendo por ello desvelar ningún tipo de información sin permiso del paciente. Asimismo trabajará de forma neutral e imparcial, lo que, entre otras cosas, significa que no deberá utilizar lenguaje corporal ni emitir opiniones propias; resulta de vital importancia que tanto el paciente como su comunidad sean respetados.

## 6. Conclusión

Queda puesto de manifiesto que los inmigrantes se enfrentan a numerosas barreras a su llegada al país de destino, más aún si se trata de personas sin recursos o si desconocen nuestra lengua. Para asistirles en el proceso de adaptación, consideramos necesaria la provisión de servicios lingüísticos en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, si bien nos hemos centrado en el servicio de mediación lingüística en el ámbito sanitario, cuyo papel no se limita a la de clarificador de mensajes, sino que además actúan como clarificadores culturales y apoyan el bienestar de dichos inmigrantes.

No obstante, debemos tener en cuenta que este servicio deberían proporcionarlo profesionales cualificados, puesto que recurrir a intérpretes *ad hoc* llevaría a malentendidos o una mala comunicación, lo cual puede acarrear graves consecuencias, especialmente para el paciente.

## Referencias bibliográficas

Alcaraz Quevedo, Manuela *et al.* (2014): «Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud», *Revista Española de Salud Pública*, 2 (88): 301-310. <<http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000200012>> [consulta: 8.I.2019].

- Angelelli, Claudia V. (2014): «Interpreting in the Healthcare Setting: Access in Cross-Linguistic Communication», en Wen-ying Silvia Chou y Heidi E. Hamilton (eds.): *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. Londres: Routledge, pp. 573-584.
- Borja Albí, Anabel (2015): «Recomendaciones para trabajar con intérpretes en el ámbito sanitario», en Anabel Borja Albí y Maribel del Pozo Triviño (eds.): *La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género. Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes*. Valencia: Tirant Humanidades, pp. 107-126.
- California Healthcare Interpreters Association (2002): *California Standards for Healthcare Interpreters*. California: CHIA Standards & Certification Committee. <40012\_Cover (chiaonline.org)>
- Cambridge, Jan (2003): «Unas ideas sobre la interpretación en los centros de salud», en Carmen Valero Garcés (ed.): *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, pp. 51-69.
- Campos López, José Gabriel (2005): «Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí», en *IX Jornadas de fomento a la Investigación, Universitat Jaume I*. <[http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/79128/forum\\_2004\\_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/79128/forum_2004_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> [consulta: 18.II.2019].
- Castillo García, Gema Soledad y Mustapha Taibi (2005): «El papel del intérprete en el ámbito sanitario: reflexiones desde la experiencia», en Carmen Valero Garcés (ed.): *Traducción como mediación entre lenguas y culturas = Translation as mediation or how to bridge linguistic and cultural gaps*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, pp. 108-113. <<http://www3.uah.es/master-tisp-uah/wp-content/uploads/2015/11/TRAD-COMO-MEDIACION-LGS-Y-CULTURAS-2005.pdf>> [consulta: 23.I.2019].
- Del Pozo Triviño, Maribel (2013): «El camino hacia la profesionalización de los intérpretes en los servicios públicos y asistenciales españoles en el siglo XXI», *Cuadernos de Aldeu*, n.º 25: pp. 116-117.
- Del Pozo Triviño, Maribel y Jesús Baigorri Jalón (2015): «El trabajo con intérpretes: aspectos comunes», en Anabel Borja Albí y Maribel del Pozo Triviño (eds.): *La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género. Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes*. Valencia: Tirant Humanidades, pp. 17-62.
- Foulquié-Rubio, Ana Isabel; Mireia Vargas-Urpí y Magdalena Fernández Pérez (eds.): «Introducción. 2006-2016: una década de cambios», en *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, 2018, p. 3.
- Giménez, Carlos (2002): «El Servicio de Mediación SEMSI. 1997-2002. Una experiencia de mediación comunitaria en el ámbito de las migraciones y la convivencia intercultural», Madrid: Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, en Montserrat Antonín Martín (2013): *La mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, p. 149. <[http://publicacions.uab.es/pdf\\_llibres/MAN0059.pdf](http://publicacions.uab.es/pdf_llibres/MAN0059.pdf)> [consulta: 20.II.2019].
- Llevot Calvet, Núria y Jordi Garreta Bochaca (2013): «La mediación intercultural en las asociaciones de inmigrantes de origen africano», *Revista Internacional de Sociología (RIS), Monográfico sobre asociacionismo e inmigración*, n.º extra 1 (vol. 71): 167-188. <<https://doi.org/10.3989/ris.2012.09.07>> [consulta: 17.III.2019].
- Morató Agrafojo, Yolanda (2014): *Comunicación en lenguas extranjeras (inglés)*, n.º 3. Vigo: Ideas propias.
- Qureshi Burckhardt, Adil (2009): «Derechos y deberes de los pacientes. Aspectos bioéticos de la mediación intercultural sanitaria», en Miquel Casas et al.: *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Fundación la Caixa: Barcelona. <[https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion\\_intercultural\\_es.pdf](https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf)> [consulta: 22.I.2019].
- Recuerda Solana, Carmen et al. (2012): «Evaluación de medios de comunicación alternativos con mujeres inmigrantes de habla no hispana en partos», *Biblioteca Lascasas*, n.º 8 (vol. 1): p. 2. <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lco634.pdf>> [consulta: 20.IV.2019].
- Ridao Rodrigo, Susana (2009): «Entrevista a Alí Tamer, mediador sociosanitario», *Tonos digital, Revista electrónica de estudios filológicos*, n.º 17. <<http://www.um.es/tonosdigital/znum17/secciones/entrevistas-o-RidaoMediador.htm>> [consulta: 13.I.2019].
- Trovatto, Giuseppe (2012): «La mediación cultural en el ámbito sanitario: algunas reflexiones relativas a las problemáticas culturales y al papel del mediador», *Redit*, n.º 8: 29-41. <<http://www.revistas.uma.es/index.php/redit/article/view/1953>> [consulta: 21.IV.2019].
- Valero Garcés, Carmen (2003): «Comunicación interlingüística en hospitales y centros de salud en la zona centro. Realidad y futuro», en Carmen Valero Garcés (ed.): *Traducción e Interpretación en los Servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares, p. 182.
- Valero Garcés, Carmen (2014): *Health, communication and multicultural communities*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Valero Garcés, Carmen y Sofía Monzón (2018): «El presente de la TISP en la zona centro», en Ana Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas Urpí y Magdalena Fernández Pérez (eds.): *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Granada: Comares, pp. 119-136.