

Año 2014

UNIVERSIDAD  
DE CANTABRIA.

SITUACIÓN Y RECURSOS DE LA MEDIACIÓN  
CULTURAL Y LINGÜÍSTICA EN EL SISTEMA  
NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.

---

SITUATION AND RESOURCES OF CULTURAL  
AND LINGUISTIC MEDIATION IN SPAIN'S  
PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM.

Alumna: María Jiménez Díaz | Directora: Ruth Alonso González

GRADO DE ENFERMERÍA

Año 2014

## **INDICE**

---

0. Resumen	
1. Introducción.....	pág.1
1.1. Material y método.....	pág.2
2. Estadísticas.....	pág.3
3. Situación.....	pág.6
3.1. Internacional.....	pág.6
3.2. En España.....	pág.7
3.3. En Cantabria.....	pág.10
4. Mediador Intercultural.....	pág.10
4.1. Características.....	pág.11
4.2. Ventajas y Desventajas.....	pág.12
4.3. Formación.....	pág.13
5. Trabajo de campo.....	pág.14
5.1. Resultados.....	pág.14
5.2. Discusión.....	pág.16
5.3. Otros estudios.....	pág.16
6. Recursos disponibles.....	pág.18
7. Propuestas de mejora.....	pág.19
8. Conclusión.....	pág.25
9. Bibliografía.....	pág.26
10. Anexo I.....	pág.26

## ***0.RESUMEN***

---

La inmigración es un fenómeno global en aumento que obliga a los países a adaptarse a culturas diferentes a la propia. En este contexto, algo crucial es el estatus legal de los inmigrantes con respecto a sus derechos. Entre ellos hallamos el de la salud, que, en España, engloba a todo residente. Por eso nos hemos preguntado si los inmigrantes realmente disfrutaban de él y lo hacen con plenitud, considerando la actual crisis económica.

Las posibles barreras son administrativas, lingüísticas y culturales. Estas pueden llevar a la violación de dos derechos vinculados: a la salud y a la información.

Nuestra monografía revisa y analiza estudios previos globales y realiza un modesto trabajo de campo local. Tras acreditar que la realidad de la comunicación entre paciente no hispanohablante y profesional es mayoritariamente deficiente, hemos propuesto algunas medidas provisionales: traducción telefónica, documentos bilingües, formación del personal sanitario y bolsa de trabajo con mediadores interculturales.

Concluimos planteando dudas con respecto al alcance de las mencionadas carencias. Así, nos preguntamos si estas las sufren por igual todos los inmigrantes no hispanohablantes, o si, por el contrario, el estatus económico de los mismos puede afectar la calidad de su atención.

Palabras clave: barreras de comunicación; comunicación en salud; médico-paciente.

## ***0.ABSTRACT***

---

Immigration is a global phenomenon on the rise that forces countries to adapt to cultures different from their own. In this context, something crucial is the legal status of immigrants as regards their rights. Among them there is the right to health care, which, in Spain, applies to every resident. For this reason, we have wondered whether immigrants really enjoy this right and do so fully, considering the current economic crisis.

Possible barriers are administrative, linguistic and cultural. These can lead to the violation of two related rights: to health care and to information.

Our monograph reviews and analyzes previous studies and carries out a modest local survey. After checking that the reality of the communication between non Spanish-speaking patients and staff members is mostly lacking, we have proposed some provisional measures: phone translation, bilingual documents, health care staff training and job banks for intercultural mediators.

We conclude by raising some questions with respect to the extent of the aforementioned gaps in service. Thus, we wonder if these are suffered equally by all non Spanish-speaking immigrants or if, on the contrary, their economic status could affect care quality.

Key words: communication barriers; communication in health; doctor-patient

## 1. INTRODUCCIÓN

---

La inmigración es un fenómeno a nivel mundial que está en constante crecimiento. Este suceso lleva consigo una característica muy importante: la multiculturalidad.

El concepto de multiculturalidad se refiere a la coexistencia de varias razas y culturas en un mismo país, las cuales tienen sus propias costumbres y modos de vida. Este se puede considerar como un término estático pues únicamente indica que existe una relación. Sin embargo, esta no implica que haya una cohesión entre las culturas, enriqueciéndose unas a otras, pues en ese caso estaríamos hablando del interculturalismo, como nos indica su prefijo “inter”, que indica una interrelación entre las culturas, y que hoy en día aun es una situación utópica (1) (2) (3).

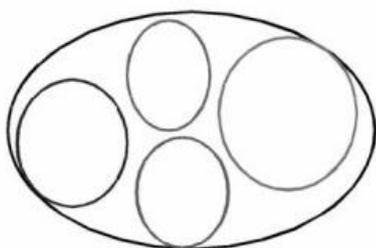


Figura 1: multiculturalidad (1)

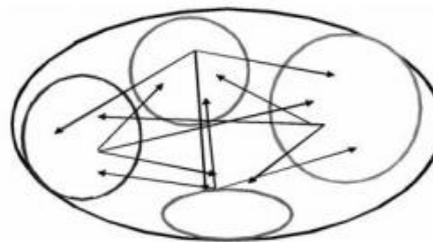


Figura 2: Interculturalidad (1)

En las imágenes podemos ver de forma gráfica lo dos términos. La multiculturalidad contiene a todos los grupos étnicos, que mantienen su cultura y creencias, pero comparten las normas de la sociedad del país donde residen en ese momento. En cambio, la interculturalidad sería la mezcla de esas culturas, las cuales se benefician mutuamente (1).

Debido a que a menudo no hay una integración adecuada ni por parte de las personas inmigrantes ni por la del país receptor, surgen situaciones problemáticas que afectan a tanto a unos como a otros, lo que dificulta la buena comunicación y, por lo tanto, no permite avanzar para que exista una integración. En esta monografía nos centraremos en las dificultades que se presentan al prestar servicios sanitarios en este entorno multicultural.

Aunque el marco legal respecto a sus derechos ha cambiado en estos últimos años, excluyendo a aquellos inmigrantes que no tengan tarjeta de residencia en vigor de los usuarios del sistema público de sanidad, sí que pueden acceder a servicios de urgencia. Además, toda persona menor de 18 años que resida en España, sea de la nacionalidad que sea, tiene los mismos derechos que cualquier español con respecto a la sanidad (4). Por lo tanto, el derecho a la salud es algo que en nuestro país engloba a toda la población de una forma u otra, incluidos los inmigrantes. Pero, ¿es la asistencia igual para la gente que habla castellano y para aquella que no comprende bien nuestro idioma o no lo habla con fluidez? Y, de no ser así, ¿es necesario que exista alguna ayuda para compensar esta carencia?

Este marco legal y la posible vulneración del mismo es lo que nos ha llevado a acotar el ámbito de este estudio: la salud es un derecho, no un privilegio. La

inmigración es algo que ha aumentado notablemente en las últimas décadas (5) y que afecta de modo significativo a nuestro país, teniendo en cuenta que una gran proporción de estos inmigrantes no solo no hablan sino que la mayoría de las veces no entienden nuestro idioma. Todo el mundo debería tener un acceso equitativo a la salud, y para que esto sea así, es necesario que el paciente entienda a plenitud todo aquello que se le explica y que el personal sanitario pueda comprender tanto lo que dice el paciente como el por qué. Por ello, hemos considerado que es imprescindible comprender cómo es la situación para estas personas en nuestro país y si es real o no la necesidad de que se intervenga en favor de ellos, así como los medios disponibles o potenciales para poder hacerlo.

Para llevar a cabo este trabajo, hemos tenido que tener en cuenta la situación económica actual de nuestro país, el cual se encuentra en un periodo de crisis. La mayoría de textos proponen soluciones que requieren una inversión monetaria, por lo que cabría preguntarse si realmente se necesita una asistencia adicional de traducción en los servicios sanitarios para la población no hispanohablante. En ese caso, previa consulta a los profesionales sanitarios sobre las mejores opciones habría que considerar si hay suficiente presupuesto en el gasto sanitario para justificar la inversión.

En esta monografía pretendemos responder a esa pregunta desde el punto de vista del profesional sanitario que trabaja en el servicio público porque creemos que, junto con los pacientes, son los que más acceso directo tienen a la realidad del día a día en un centro sanitario. Eso les proporciona una mayor objetividad y rigor a la hora de valorar si hay igualdad en el trato al paciente, así como las necesidades que puedan surgir. Aunque existen datos sobre la situación de los pacientes no hispanohablantes en otros ámbitos como el jurídico o el educativo, hemos escogido esta área porque es un campo bastante poco desarrollado en material de mediación o traducción en nuestro país.

## **1.1 MATERIAL Y MÉTODO**

Esta monografía revisa estudios ya desarrollados sobre la mediación intercultural, la traducción, la necesidad de los mismos y la situación actual tanto de la profesión como de su formación. Hemos considerado que es necesario que la información esté lo más actualizada posible ya que, en estos años, tanto una inmigración significativa como la crisis económica han hecho que el campo de la mediación cultural y de la inmigración cambie, por lo que los documentos encontrados van desde el 2003 hasta el 2013.

Para obtener los datos y su posterior estudio, hemos utilizado las bases de datos DIALNET, CUIDEN PLUS Y PUBMED por ser unas de las bases más acreditadas en el ámbito sanitario. La búsqueda bibliográfica se realizó entre diciembre del 2013 y febrero del 2014. A continuación se muestran los descriptores utilizados:

- Los DECS utilizados fueron: Barreras de comunicación, comunicación en salud y médico-paciente.
- Los MESH utilizados fueron: Health services accesibility, Communication barriers y Health communication.

También conseguimos información por medio de otras fuentes como cursos oficiales en los que se trataba el tema a considerar que están reflejados en la bibliografía junto con otros recursos virtuales que completan la información de este trabajo.

## 2. ESTADÍSTICAS

---

España es un país que acoge mucha inmigración. Según los datos del INE, en junio del 2013 había 5.503.977 extranjeros con algún visado viviendo en nuestro país.

<b>Año</b>	<b>Nº Extranjeros con el Visado en vigor</b>	<b>Porcentaje total sobre la población</b>
<b>1981</b>	198.042	0.52%
<b>1998</b>	637.085	1.60%
<b>2000</b>	923.879	2.28%
<b>2005</b>	3.730.610	8.46%
<b>2010</b>	5.747.734	12.20%
<b>2013</b>	5.503.977	11.68%

Tabla 1: Inmigración con el visado en vigor en España. Fuente: INE.

Cuando se analizan los datos estadísticos de la inmigración en España, se observa que ha habido un aumento notable de la misma en la década de los 90 y, sobre todo, a partir del año 2000, siendo uno de los países con más inmigración en el mundo. Sin embargo, con motivo de la crisis económica, se puede observar que el número de personas extranjeras en nuestro país ha descendido ligeramente (6).

La siguiente tabla muestra la distribución de la inmigración por comunidad autónoma a fecha de junio del 2013 (6).

	Total		
	Total	% de CCAA sobre el Total	Variación trimestral absoluta
Total	5.503.977	100,00	36.022
Andalucía	708.469	12,88	4.875
Aragón	190.401	3,46	1.192
Asturias (Principado de)	47.166	0,86	-565
Baleares (Illes)	239.286	4,35	1.409
Canarias	281.370	5,12	1.291
Cantabria	41.247	0,75	-75
Castilla y León	193.210	3,51	337
Castilla-La Mancha	227.734	4,14	615
Cataluña	1.261.416	22,93	8.311
Comunitat Valenciana	707.666	12,87	4.354
Extremadura	50.782	0,92	394
Galicia	101.066	1,84	17
Madrid (Comunidad de)	938.781	17,07	10.349
Murcia (Región de)	231.231	4,20	987
Navarra (Comunidad Foral de)	70.953	1,29	436
País Vasco	139.122	2,53	1.728
Rioja (La)	51.883	0,94	-58
Ceuta (Ciudad Autónoma de)	5.730	0,10	41
Melilla (Ciudad Autónoma de)	12.501	0,23	391
No Consta	3.963	-	-7

Tabla 2. Distribución de los extranjeros con visado en vigor por comunidad autónoma. Fuente: Informe tercer trimestre. Junio 2013. Observatorio Permanente de la Inmigración.

Como se puede observar en la tabla 2, las comunidades autónomas con más inmigración son Cataluña (1.261.416), la Comunidad de Madrid (938.781), Andalucía (708.469) y la Comunidad Valenciana (707.666). Con respecto a las que tienen menos inmigración encontramos Ceuta (5.730), Melilla (12.501), Cantabria (41.274) y Principado de Asturias (47.166).

En la tabla 3 observamos los principales países de procedencia de los inmigrantes en nuestro país.



Tabla 3: Principales nacionalidades de los inmigrantes legales en nuestro país. Fuente: Informe junio 2013. Observatorio Permanente de la Inmigración.

Basándonos en estas tablas, podemos hacer una estimación de los idiomas que más se hablan entre los colectivos inmigrantes en nuestro país. Dado que la mayor cantidad de extranjeros no hispanohablantes son procedentes de Rumanía (925.140), país seguido de Marruecos (888.937) y en menor proporción del Reino Unido (255.135) (6) podemos concluir que las lenguas más comunes son el rumano, el árabe (o posiblemente el bereber o el francés, lenguas también habladas en Marruecos) y el inglés.

Datos más concretos de nuestra comunidad autónoma nos acercan más a la realidad que nosotros vivimos y a las lenguas que nos rodean. A continuación ofrecemos datos migratorios en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

<b>Continente de nacimiento</b>		<b>2012</b>
<b>Europa</b>	UE	13.480
	Otros países europeos	4.125
	<b>Total</b>	<b>17.605</b>
<b>África</b>		4.044
<b>América</b>		15.067
<b>Asia</b>		1.701
<b>Oceanía y apátridas</b>		45
<b>TOTAL</b>		<b>38.462</b>

Tabla 4. Población extranjera por nacionalidades. Cantabria. Fuente: ICANE padrón 2013.

<b>PAÍSES</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
<b>Rumanía</b>	6.928	18,01
<b>Colombia</b>	3.019	7,89
<b>Perú</b>	2.683	6,98
<b>Moldavia</b>	2.527	6,57
<b>Marruecos</b>	1.990	5,17
<b>Portugal</b>	1.750	4,55

Tabla 5. Población extranjera por nacionalidades. Cantabria. Fuente: ICANE padrón 2013.

Según el ICANE, un 8,76% de los residentes en nuestra provincia son nacidos en otros países. Podemos observar que de donde más inmigrantes recibimos es de Europa. Como se ve en la tabla 5, gran parte de esos inmigrantes europeos son inmigrantes económicos, es decir, aquellos que cambian de país de residencia para obtener un mejor nivel de vida (7). Vemos que los inmigrantes no hispanohablantes en nuestra comunidad autónoma son en su mayoría rumanos (18,01%) y moldavos (6,57%) (8).

### 3.SITUACIÓN

---

A continuación describiremos la situación actual respecto a los recursos disponibles para la traducción, interpretación y mediación tanto internacionalmente como en España y Cantabria.

#### 3.1 INTERNACIONAL

Dado que la inmigración no es un fenómeno exclusivo de nuestro país sino que está ocurriendo a nivel global, hemos considerado la importancia de presentar la situación de la traducción, la interpretación y la mediación intercultural en el sistema sanitario en otros países dentro y fuera de la Unión Europea.

Los datos que tenemos son de un proyecto llamado “Hospital Amigo del Inmigrante”, en el cual participaron 12 hospitales de diversos países, los cuales vamos a analizar (9).

❖ **Australia:** en 1997 se crea la NAATI (Australian National Accreditation Authority for Translators and Interpreters). Esta organización acredita a los diferentes intérpretes en cualquier tipo de contexto, incluyendo el lenguaje de signos.

❖ **Canadá:** dispone de acreditación para intérpretes de los servicios públicos. Además fue el país pionero en organizar un congreso internacional de interpretación en los sistemas sanitarios en 1995.

❖ **Estados Unidos:** existen diferentes asociaciones de intérpretes que cubren varios de sus hospitales. Un proyecto importante que se desarrolla en este país es “Speaking Together”, el cual se encarga de que diez de los hospitales del país que reciben más inmigración mejoren su disponibilidad a la hora de tener un intérprete.

❖ **Reino Unido:** desde 1983 hay un proyecto llamado “Community Interpreter Project” que forma intérpretes para los servicios públicos. También hay un sistema de acreditación nacional.

❖ **Países Nórdicos:** en Noruega en 1997 se creó un registro para los intérpretes y para asegurar que dispongan de los requisitos necesarios para poder ejercer. Por otro lado, en Suecia está legislado desde 1975 que aquella persona que no hable el idioma sueco podrá requerir un intérprete para los servicios públicos. En este país se encuentra la Universidad de Estocolmo, que forma intérpretes sanitarios desde los años 90 en más de 50 idiomas.

❖ **Francia:** en este país encontramos desde 1970 la organización “Inter Service Migrants Intépretariat”, la cual da servicio presencial o telefónico. El gasto que se deriva de estos servicios los cubren los hospitales y centros educativos.

❖ **Italia:** aunque no hay un servicio fijo sí que existen mediadores formados. Por ejemplo, la ONG Cospe forma a estos profesionales y tienen un servicio organizado de interpretación.

❖ **Alemania:** disponen de unos 200 intérpretes que conocen más de 50 idiomas. También hay hospitales que tienen su propio sistema de interpretación integrado en su organización.

❖ **Suiza:** gracias al duro trabajo de las ONGs, estas han conseguido la implicación de la Administración pública para que se pueda disponer de estos servicios. Desde 2008 procuran tener un certificado federal para poder interpretar en los servicios públicos.

❖ **Países Bajos:** el Gobierno es quien proporciona los intérpretes en los servicios públicos. Está financiado por el Ministerio de Justicia, que es también quien se encarga de ofertar y regular las acreditaciones.

❖ **Bélgica:** en este país podemos encontrar al intérprete como una profesión establecida. Está dirigida por el Ministerio Federal de Sanidad, que maneja la interpretación en los hospitales.

Aunque encontramos varios recursos lingüísticos, vemos que aún se aprecia una carencia, pues faltarían no sólo el lenguaje no verbal, sino todos los aspectos culturales de cuyo análisis se encargan los mediadores interculturales, figuras que están todavía poco presentes en la mayoría de los sistemas sanitarios del mundo.

### **3.2 SITUACIÓN EN ESPAÑA**

Dado el carácter esencial de los servicios sanitarios, no es de extrañar que los inmigrantes residentes en España hagan uso del mismo, sobre todo en centros de salud y servicios de urgencias (10).

Al atender a estos colectivos, se observa en muchos de los casos que no tienen un manejo adecuado del idioma, bien porque sus circunstancias no les han permitido aprender el mismo o bien porque no han tenido la necesidad hasta ese momento (5). Por poner un ejemplo, al realizar mis prácticas clínicas en un centro de atención primaria, pude observar cómo, en varios casos, las madres que llevaban a sus hijos al pediatra les utilizaban como intérpretes para entender aquello de lo que el personal sanitario les informaba. Si el infante no tenía suficiente edad para hablar o entender, la comunicación con la madre era muy dificultosa o prácticamente imposible. Cuando revisamos otros estudios, se percibe esto mismo.

Desde el punto de vista legal, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales, según su artículo 12, dicta que toda persona tiene derecho a disfrutar del grado máximo de salud tanto mental como física. El Comité de Derechos Económicos y Culturales, el cual supervisa que se cumpla el pacto anteriormente nombrado, expone que todos los estados tienen que “respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas,

incluidos, los presos o personas detenidas, representantes de las minorías, solicitantes de asilo o inmigrantes ilegales, a los servicios de promoción de la salud, preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado” (11).

Por otra parte, aparte del derecho a la salud en el marco internacional, hemos de considerar la legislación española. Primero, está el derecho a la información, que tenemos todos los españoles, según la Ley 41/2002, del 14 de noviembre (12). En ella se regulan los derechos y deberes de los pacientes y de los centros y servicios sanitarios públicos y privados respecto a la autonomía del paciente y la información y la documentación clínica. Esta ley, específicamente, refleja que:

- “Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica” (12).

- “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles” (12).

- “Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención” (12).

Cumplir estos derechos y estos deberes por ambas partes requiere previamente comprender lo que el otro le quiere comunicar.

En segundo lugar, hallamos la Ley Orgánica 4/2000, que habla de los derechos y las libertades de los extranjeros en nuestro país, también conocida como Ley de Extranjería. Esta ley promulga que los extranjeros disfrutarán de los mismos derechos que los españoles (13). Sin embargo, a raíz de la crisis económica se hizo una modificación de esta ley mediante el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, con el epígrafe “de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”. Este documento acota la accesibilidad a los servicios sanitarios públicos a las personas que tengan la condición de asegurados, es decir, a aquellos que sean trabajadores dados de alta en la seguridad social, perciban una pensión por parte de la seguridad social, sean perceptores de otra prestación periódica de la SS o estén inscritos en el INEM. Aquellos extranjeros que no cumplan estas condiciones y no tengan la tarjeta de residencia, o aquellos que no estén en situación regularizada legalmente en nuestro país, solo podrán usar los servicios sanitarios si acuden por una urgencia por enfermedad o accidente, desde su ingreso hasta el alta médica. A las mujeres embarazadas se las seguirá desde el embarazo hasta el parto. A aquellos que sean menores de 18 años, se les atenderá en igualdad de condiciones con cualquier otro ciudadano español (4).

Nos encontramos por lo tanto con la siguiente realidad: el derecho internacional a la atención sanitaria, el derecho español a la información y las limitaciones que la nueva legislación ha puesto al acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios. A continuación nos centraremos en cómo influye la calidad de esa información en el derecho a la salud.

Debido a que todos los inmigrantes pueden acceder a los sistemas sanitarios alguna vez en su estancia en nuestro país, en algún momento tendrán que intercambiar información con un personal sanitario. ¿Es necesario que el paciente entienda toda la información? Como demuestran diversos estudios a los que nos referimos a

continuación, la adherencia al tratamiento pautado aumenta cuando la relación profesional sanitario-paciente es sólida.

Para conseguir ésta tienen que darse una serie de circunstancias: primero, ha de existir una relación de confianza en la que el paciente se sienta con libertad para expresar sus preocupaciones, las cuales, en ocasiones, distan de las del profesional en ese momento; segundo, comunicarse con un paciente no sólo implica una coherencia discursiva, sino expresiva y gestual, ya que no es infrecuente que un gesto dé a entender algo diferente a lo expresado verbalmente, en especial con pacientes de procedencia extranjera; tercero, hay que ser conscientes de que el inmigrante, en la mayoría de los casos, sufre problemas psicológicos debido a la situación en la que está viviendo: no sólo ha cambiado de lugar de residencia, sino que está en un entorno y lenguaje desconocido y seguramente con unas condiciones muy precarias. Todo esto conlleva “un estrés crónico y múltiple que padece el inmigrante al afincarse en su nuevo país” (14). Esta afección psicológica no se podrá abordar si el profesional sanitario no entiende aquello que quiere comunicarle el paciente (5). Por otro lado, está que el personal sanitario pueda informar adecuadamente al usuario teniendo la certeza de que este lo ha entendido y está de acuerdo (15). Es decir, la buena comunicación contribuye a una mejor calidad asistencial y por defecto, a lograr el objetivo sanitario: la salud del paciente. Varios autores han demostrado que esta buena relación profesional sanitario-paciente favorece la participación en las decisiones (Starfield, et al., 1981), el mayor cumplimiento de las expectativas de los pacientes (Robbins, et al., 1993), mayor adherencia a los tratamientos (Prados, 1992) y mayor satisfacción profesional (Roter, et al., 1997) (16 p.56).

Teniendo en cuenta los datos estadísticos que tenemos y que los dos grandes grupos de población inmigrante no son hispanohablantes, nos surge la pregunta, ¿hay en España suficientes recursos lingüísticos para estas personas cuando quieren acceder al sistema sanitario? Después de revisar varias fuentes de información, como el estudio de Carmen Valero en el 2003-2004 (17) o el realizado por J.G. Campos dirigido a la población Magrebí (10), todas convergen en el mismo punto: existe un gran déficit de información y hay muchas dificultades en encontrar personas cualificadas que medien entre el inmigrante y el profesional sanitario.

En España se pueden encontrar traductores, mediante ONGs o el mismo servicio de atención al paciente de los hospitales, los cuales tienen un listado telefónico. Sin embargo, dichos mediadores o traductores son personas voluntarias que colaboran con una ONG, a menudo gente que comparte el mismo idioma que el paciente e incluso su nacionalidad y cuyos servicios se pueden solicitar con antelación. Aunque esto es algo socorrido para las consultas programadas, presenta un problema a la hora de acceder a los servicios de urgencia, que es donde más se necesitaría, debido a lo delicado de la situación y a la cantidad de información importante que se necesita dar a y recibir del paciente. En esta circunstancia solo se puede o bien recurrir a los familiares o amigos que acompañen al paciente, si es que ellos pueden traducir la información, o bien al personal sanitario que intenta valerse de los conocimientos del idioma del paciente. La comunicación no verbal es el recurso de última instancia. Todos estos métodos *ad hoc* pueden hacer que el paciente reciba una información incompleta y de mala calidad (9).

En ciertos lugares de España sí que existe un servicio de traducción e interpretación. Es destacable la zona del sur, siendo Málaga el punto de referencia, pero aún hay trabajo por hacer. En Andalucía se ha creado el “Programa de Asistencia Sanitaria” (18)

que se dirige mediante la Conserjería de Salud y diversas ONGs. Ellos coordinan la presencia de un intérprete junto al paciente en la consulta. También han creado las “Aulas Temporales de Adaptación Lingüística”, las cuales fomentan que el inmigrante aprenda nuestro idioma de manera más ágil. Sin embargo, aunque es un punto de referencia, se observan los mismos déficits que en el resto de comunidades autónomas (19).

### **3.3 SITUACIÓN EN CANTABRIA**

En el caso de Cantabria, que es la comunidad autónoma que nos interesa en este momento, pues es en la que estamos realizando el estudio, se puede observar que está en las mismas circunstancias que el resto de España. En una visita al servicio de atención al paciente en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, realizada el 16 de abril de 2014, una de las trabajadoras nos informó de que para poder tener acceso a un mediador intercultural, se debe solicitar con antelación para consultas programadas y en horarios más o menos laborables. Esto implica que en las situaciones de urgencias nocturnas, por ejemplo, no hay accesibilidad. La forma de requerir estos servicios puede ser mediante una ONG o el servicio de atención al paciente del hospital, que tiene un listado telefónico de gente voluntaria de diferentes lenguas y/o dialectos. Estos voluntarios no son gente formada, sino personas que conocen el idioma (en casi todas las ocasiones del mismo país que el inmigrante o países cercanos) y que se ofrecen para realizar el servicio.

## ***4. MEDIADOR INTERCULTURAL***

---

Una figura en la que cada vez se piensa más cuando oímos hablar de traducción o interpretación es el mediador intercultural. A continuación analizaremos qué es exactamente y sus ventajas e inconvenientes.

No es infrecuente que no esté clara la diferencia entre un mediador intercultural y un traductor o intérprete. Tanto la traducción como la interpretación aluden a la parte lingüística. Cuando hablamos de traducción, nos referimos sobre todo a la parte escrita, es decir, a la traducción de textos y documentos de un idioma a otro. Con respecto a la interpretación, esta se ocupa del ámbito oral, requiriendo un conocimiento lingüístico de dos o más idiomas para interpretar de una forma fluida y comprensible. Hay que tener en cuenta que, se tenga o no conocimiento de ello, aquí entraría en juego el lenguaje no verbal, como las expresiones, la comunicación visual, etc. (9) (20).

Sin embargo, un mediador intercultural es algo más. Según Carlos Giménez, el mediador no sólo es algo lingüístico sino que también incluye “la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional” (21). Es decir, el mediador tiene en cuenta también los aspectos culturales y aquellos que no son puramente verbales, siendo

cierto, por supuesto, que el mediador debe conocer adecuadamente tanto el idioma del transmisor de la información como el de su interlocutor (9).

En varios textos se define al mediador como un “puente”(3) (15) entre el personal sanitario y el paciente. Gracias a él puede haber una comunicación fluida, pero ello conlleva riesgos. Se entiende que en esta relación triangular el único que maneja de forma absoluta la situación es el mediador, ya que es el que comprende totalmente lo que se está hablando en ambas direcciones y puede añadir u omitir información sin que ninguna de las partes tenga consciencia de ello. Para evitar esto es importante que el mediador esté formado, como ya hemos comentado, en aspectos éticos.

#### **4.1 CARACTERÍSTICAS**

Diversos autores como A. Qureshi Burckhardt (15) y J. Fernández Rufete-Gómez (22) ofrecen una descripción de las características de un mediador intercultural. A continuación ofrecemos un resumen.

**1. Competencia cultural:** son conocimientos que debe tener el mediador, no solo en el campo lingüístico, sino también en relación con los aspectos culturales del paciente. Esto implica saber reconocer ciertas situaciones que pueden surgir y cómo actuar en ellas. Tiene que recordar que el personal sanitario en su mayoría no tiene esta competencia y si, por ejemplo, un médico pregunta a su paciente de origen magrebí sobre sus relaciones sexuales, este muy posiblemente va a evitar la conversación e incluso se irá pues para él es una falta de respeto. Si el mediador no tiene conocimientos sobre esta cultura, tampoco sabrá abordar el problema, y el paciente se irá sin solucionarlo y con una pésima relación profesional sanitario-paciente (15).

**2. Identidad profesional:** todos tenemos nuestras propias opiniones y creencias debido a nuestra educación, cultura o creencias religiosas. Esto puede llevar a tener prejuicios que intervengan a la hora de hablar con alguien. Este aspecto debe ser analizado por el mediador para conseguir separar sus opiniones personales de su labor profesional, ya que si no dificultará la comunicación fluida en las situaciones que para él sean difíciles o incómodas. Además, si no comparte la opinión del paciente o del profesional, puede incluir sesgos en la información, incluso sin darse cuenta (15).

**3. Relación asistencial:** al ser una relación triangular, puede aparecer la dificultad de que tanto el médico como el paciente se vinculen con el mediador más que entre ellos debido a que la comprensión cultural o lingüística es mayor con él. El mediador debe recordar que lo importante es establecer una buena relación profesional sanitario-paciente y que él únicamente está ahí de “puente”. Si nota esta incidencia, debe tener la capacidad de redirigir la situación (15).

**4. Interpretación lingüística:** indudablemente es una de las partes fundamentales de un mediador intercultural pues, si desconoce la lengua que habla el paciente, no va a poder ser de ayuda. Por lo tanto, debe tener unos conocimientos lingüísticos adecuados para poder realizar la comprensión y traducción de la conversación. En el ámbito sanitario sería adecuado que conociese el lenguaje específico de este ámbito para poder traducírselo al paciente (15).

**5. Información completa:** el mediador tiene que transmitir toda la información que recibe de ambos lados de la conversación. Es cierto que en ocasiones

se le pueden presentar circunstancias incómodas o temas delicados en los que el mediador sienta que invade la intimidad del paciente. Sin embargo, es importante que, por motivos propios, no omita ningún dato, pues puede ser algo vital y que a la larga afecte a la salud del paciente. Tampoco le corresponde decidir qué partes de lo que se dice son o no importantes, es decir, no puede omitir información porque crea que es irrelevante, sino que debe traducir íntegramente lo que se dice (15).

**6. Consideración de la salud mental del paciente:** nadie debe olvidar que la situación del inmigrante conlleva muchas preocupaciones y estrés. Aunque los mediadores no sean psicólogos o psiquiatras, sí sería adecuado que tuvieran ciertas habilidades psicosociales, pues podrán entender ciertas reacciones en determinados momentos (15).

**7. Ética:** es importante que el mediador conozca los códigos deontológicos ya establecidos en las profesiones sanitarias, pues en el momento que traduce junto con un profesional sanitario, también le incluyen a él. Por lo tanto, es imprescindible que comprenda que la confidencialidad es algo vital, y que, como hemos visto en puntos anteriores, debe ser preciso en todo lo que traduzca y ser imparcial a la hora de tratar con ambas partes, sin tener en cuenta sus creencias (15).

**8. Manejo de técnicas de resolución de conflictos:** los conflictos se producen a menudo debido al choque de culturas. El mediador debe poder prevenir este tipo de problemas, pero en el caso de ser algo inevitable, tiene que tener recursos para solucionarlo favoreciendo el diálogo y la escucha activa (15).

**9. Trabajo en equipo:** como el mediador se introduce en el campo de otra profesión, debe conocer cómo se trabaja en ese ámbito y aprender a trabajar en equipo. Sería aconsejable que el mediador pudiese hablar previamente con el personal sanitario para conocer los métodos de trabajo y tener conocimiento de la situación, para poder así adecuarse a ella. Sería recomendable asimismo que previamente estableciera cuáles son sus competencias y cuáles no para no inmiscuirse en aquellas que no le correspondan. Esto eliminaría el peligro de confusión si se le pidiera que se extralimitara (3).

## **4.2 VENTAJAS Y DESVENTAJAS**

A la hora de plantear que exista una oferta laboral para los mediadores interculturales en el ámbito sanitario, es fundamental analizar sus ventajas y desventajas. Sólo así podremos tener una visión global y formarnos un criterio razonado y riguroso. Analizado el importante estudio de B. Navaza (9) consideramos que los siguientes son los principales elementos dignos de consideración.

### **VENTAJAS**

**1) Profesionalidad:** el trabajar con mediadores formados y que sean profesionales facilita el trabajo del personal sanitario pues sabrá que el mediador tendrá las características necesarias para poder desarrollar el trabajo de forma eficiente. Esto es una ventaja en comparación con la situación actual, en la que es el profesional sanitario quien recurre a sus pocos conocimientos, deficientes, o son familiares y amigos los que traducen, introduciendo sesgos en la información.

**2) Confianza:** un personal cualificado da confianza y tranquilidad tanto al paciente como al profesional en que la traducción va a ser completa, sin omitirse

ningún tipo de información y en que además se incluirán los aspectos no verbales, con lo cual se logra una comunicación adecuada.

**3) Ausencia de barreras tecnológicas:** toda tecnología puede fallar y dar problemas técnicos. Tener un mediador presencial elimina estos problemas que puedan surgir en cualquier momento.

**4) Costes a largo plazo:** que un profesional en la mediación ejerza adecuadamente su trabajo puede evitar miles de euros en demandas por malas praxis derivadas de errores de comunicación.

#### DESVENTAJAS

**1) Lenguas disponibles:** es inviable pensar que un servicio sanitario pueda tener mediadores para todas las lenguas existentes en el país, por lo que solo habría profesionales para traducir las más comunes en ese momento.

**2) Profesión poco reconocida:** como no es una profesión bien delimitada y desarrollada, esto puede crear un recelo a la hora de contratar servicios, ya que puede parecer que son innecesarios o poco eficientes.

**3) Disponibilidad horaria:** en centros hospitalarios la necesidad de un mediador sería permanente, es decir, tendría que haber personal las 24 horas del día. De no ser así, las urgencias no quedarían cubiertas y por lo tanto el servicio sería incompleto.

**4) Costes a corto plazo:** los costes de contratar a personal para la mediación aumentarían el gasto del sistema sanitario, pues como hemos comentado, sería necesario añadirles a la plantilla fija.

### **4.3 FORMACIÓN**

El grado de Traducción e Interpretación sin duda se encuentra plenamente desarrollado en el sistema universitario español. No es ese el caso tanto de la profesión de mediador como de la formación para acceder a ella. En la actualidad, encontramos solo las siguientes opciones para filólogos en la Universidad de Alcalá de Henares.

- Máster Universitario en Comunicación Intercultral, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos. Este se presenta en 10 lenguas diferentes (23).

- Doctorado – R.D.778/98: Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en el Mundo Global (24).

Además, se han impartido otros cursos en dicha universidad, los cuales no requerían estudios universitarios, sino únicamente conocer el español y otra de las lenguas disponibles. Esto se creó para personas que tradujesen, por ejemplo, con ONGs y deseasen tener una formación más amplia y adecuada (25).

- Curso sobre comunicación Interlingüística.

- Curso sobre Traducción e Interpretación en Hospitales y Centros de Salud.

## 5. TRABAJO DE CAMPO

---

Durante el desarrollo de esta monografía quisimos hacer un pequeño trabajo de campo. La metodología usada para realizarlo fueron encuestas sencillas realizadas a personal sanitario (médicos y enfermeras) que trabajaba en diferentes áreas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. Constan de 6 preguntas con respuestas de tipo cerrado, a excepción de la última respuesta que tenía un apartado opcional para desarrollar con el nombre de “comentarios” por si había algún otro dato de interés que considerasen que debían destacar.

Todas ellas se hicieron de forma presencial y los datos que contienen son anónimos, lo único que si se pidió escribir es el área donde trabajaban.

El número total de encuestas fueron 29. Por motivos de accesibilidad, las áreas donde se realizaron las encuestas fueron las siguientes:

- Atención primaria: 6 encuestas.
- UCI cardiológica: 11 encuestas.
- Consultas urgencias: 2 encuestas.
- Reproducción Asistida: 5 encuestas.
- Puerperio: 5 encuestas.

En el Anexo I ofrecemos una muestra de la encuesta que pasamos a los participantes. Como puede verse, los participantes son todos profesionales sanitarios. Los límites de extensión de ese trabajo explican esta selección, pero eso no quiere decir, desde luego, que no sea fundamental tener en cuenta la experiencia del paciente inmigrante. Queda reflejar ésta para un estudio más amplio.

### **5.1 RESULTADOS**

Después de realizar una recopilación de los datos, hemos llegado a los siguientes resultados:

**Pregunta 1: ¿Cree que la población inmigrante que no es hispanohablante recibe adecuadamente toda la información que se le da y entiende las pautas que se le marcan?**

- El 75,86% opina que no.
- El 24,14% opina que sí.

**Pregunta 2: ¿Cree que es suficiente para que la persona reciba toda la información con que acudan con algún familiar o amigo?**

- El 37,93% cree que no.
- El 62,07% cree que sí.

**Pregunta 3: ¿Cree que se necesitarían servicios de traducción e interpretación en el área que está trabajando?**

- Atención Primaria: el 57,14% opina que sí y el 42.86% que no.
- UCI Cardiológica: el 100 % opina que sí.
- Urgencias: el 50 % opina que sí y el 50% opina que no.
- Reproducción Asistida: el 60% opina que sí y el 40% opina que no.
- Puerperio: el 80% opina que sí y el 20% opina que no.

**Pregunta 4: ¿Usted cree que tendría que ser un servicio fijo que pudiese el SCS y al que se pudiese acceder cuando se requiriese o algo ocasional?**

- Fijo: el 55,72%.
- Ocasional: el 44,28%.

En una de las encuestas se reflejó que no consideraba que debía ser fijo pero si estar siempre disponible.

**Pregunta 5: ¿Para qué idiomas cree usted que debería haber traductores e intérpretes?**

- Chino: 75,86%.
- Inglés: 68,97%.
- Rumano: 62,07%.
- Ruso: 51,72%.
- Francés: 31,03%.

Respecto a los comentarios que se añadieron vimos que tuvimos un déficit al no poner el alemán y el árabe como opciones a escoger, que son lenguas propuestas por algunos encuestados. Un 26,32% reflejó que debería haber un intérprete para todos los idiomas pues, de acuerdo con las respuestas de los encuestados, la población inmigrante va en aumento.

Al analizar las respuestas, se puede observar que la mayoría de los profesionales entrevistados consideran que la información que recibe el paciente es incompleta pero que esto se puede solventar con que un pariente o amigo que hable y entienda castellano haga de intérprete. Esto podría indicar que no es necesario un mediador, pero sí que hubiese alguien siempre disponible para los casos de urgencia.

Por otro lado, vemos que los servicios especiales (Urgencias, UCI) sí que consideran necesario que haya servicios de traducción en el área en el que trabaja, mientras que en atención primaria está bastante igualado. Cuando se les pregunta si ese personal debe ser fijo u ocasional vemos que la opinión está muy repartida.

Por último, respecto a los idiomas para los que debería haber un intérprete el que más se solicita es el inglés (68,97%) y el que menos el francés (31,03%). Volvemos a recalcar que faltarían idiomas que añadir a la encuesta.

Entendemos que este trabajo de campo es muy reducido ya que, debido a las circunstancias en las que hemos desarrollado el trabajo, no hemos podido abarcar más. Sería un campo a desarrollar en otro momento disponiendo de mayor tiempo y recursos, pudiendo así detectar con más rigor las diferentes necesidades de la zona de

Cantabria. Solo de este modo se podría considerar sólidamente la necesidad de desarrollar un programa de mediación intercultural en la región, así como su factibilidad.

## **5.2 DISCUSIÓN**

Después de observar los datos obtenidos, podemos concluir que hay un déficit importante a la hora de que el inmigrante no hispanohablante reciba la información de forma completa y adecuada y, por lo tanto, es realmente difícil conseguir una buena relación personal sanitario-paciente y llegar a conseguir que tenga una salud lo más óptima posible, que es el objetivo que se persigue. Debido a esto podríamos considerar que se está vulnerando el derecho a salud que tiene todo ciudadano español, como se refleja en la constitución española.

Sin embargo estos datos también nos llevan a preguntarnos, ¿de verdad es necesario que haya un traductor o un mediador que tenga que suplir esta carencia? Según los datos observados vemos que la mayoría de los profesionales cree que es posible salvar este obstáculo si el paciente acude con un acompañante que conozca adecuadamente nuestro idioma y que pueda hacer de “puente” entre el profesional sanitario y el paciente. No obstante, después de haber profundizado en la información que hemos analizado para esta monografía, hemos llegado a la conclusión que estos traductores *ad hoc* no son la solución, debido a que estos acompañantes añaden sesgos a la información dada y recibida por el paciente. Esta situación es algo inevitable ya que, hay situaciones o datos incómodos que alguien que no tiene una formación profesional no es capaz de transmitir o por otro lado, hay información que el acompañante puede creer que no es importante y por tanto omitirla (9).

Por lo tanto, sí que sería necesario algún servicio profesional, pero como vemos en los datos, no queda muy claro si de forma fija o simplemente ocasional. Lo que sí que consideramos que sería importante es poder contar en todo momento con alguien, es decir, no es necesario que esté constantemente en el hospital o centro de salud pero sí que sea accesible cuando se necesiten sus servicios, sea la hora que sea.

Cuando analizamos los idiomas necesarios, en varias encuestas la gente reflejó que la mejor opción sería disponer de un profesional que tuviera el conocimiento de varias lenguas, ya que así sería más fácil y económico acceder a él. Nosotros pensamos de la misma forma, dado que, de los idiomas que propusimos, al menos tres de ellos (inglés, chino y rumano) requieren que haya alguien que traduzca la información.

## **5.3 OTROS ESTUDIOS**

Nos ha parecido interesante añadir algunos de los diferentes estudios que existen respecto a este tema para poder contrastar nuestras conclusiones. Uno de los más significativos es el de Carmen Valero Garcés del Departamento de Filología Moderna de la Universidad de Alcalá de Henares. Se centra en el Hospital Universitario de Guadalajara, y fue realizado en los años 2003-2004 (17).

Los datos presentados son los siguientes:

- El 90% de los profesionales afirmaron que recibían en ocasiones pacientes no hispanohablantes.
- El 80% refieren comunicarse con estos pacientes con un español simplificado, mediante señas o solicitando ayuda a terceras personas.
- Sólo el 20% dijo que se podía comunicar en otra lengua.
- De estas terceras personas de las que se valían, un 80% eran acompañantes externos al hospital que iban con los pacientes.
- Sólo un 2,8% de los profesionales pudieron valerse por ellos mismos por conocer el idioma del paciente.
- Respecto a la información que se transmite y recibe, el 70% consideraba que las conversaciones no se comprendían en su totalidad y se perdía información.

Otro estudio destacable es el realizado en el servicio de urgencias del hospital Rafael Méndez en Murcia, realizado en el año 2009 por el grupo de trabajo de Joaquín Jiménez. En él participaron 38 profesionales de urgencias que evaluaron la actuación de 35 alumnos que estaban realizando las prácticas clínicas de un curso de Mediación Intercultural Clínica, los cuales realizaban traducción e interpretación e informaban a los pacientes (26). Los resultados fueron los siguientes:

- Un 92 % de los médicos y un 100% de los enfermeros participantes admitieron que alguna vez habían tenido problemas de comunicación con un paciente inmigrante.
- Respecto al conocimiento de lo que es un mediador, sólo un 55,5% de los médicos conoce lo que es, frente a un 86,61% de los enfermeros. Un 71,1% de los auxiliares de enfermería también admitieron que sabían la definición del mismo.
- Después de realizar las prácticas clínicas, un 38,8% de los médicos y un 38,46% de los enfermeros creen que lo han hecho adecuadamente.
- A la hora de considerar si serían necesarios o no, se evaluaron en tres circunstancias.
  - La primera sería un mediador clínico, que un 38,8% de los médicos, un 46,15% y un 57,42% de los auxiliares de enfermería consideraron que era necesario.
  - La segunda sería a la hora de que este profesional estuviera dentro del servicio. Un 61,1% de los médicos, un 92,30% de los enfermeros y un 85,71% de los auxiliares de enfermería estuvieron de acuerdo.
  - La tercera y última es a la hora de los servicios de traducción, donde un 70% global estuvo conforme.

Una conclusión destacable es la que se sacó en el II Congreso Internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos realizado el 29 de abril del 2005: a pesar de que los profesionales sanitarios informan constantemente de las dificultades que tienen al tener que trabajar con pacientes no hispanohablantes, en general la mayoría de las instituciones ponen poco interés en suplir esta carencia (25).

Después de ver estos estudios y hacer una comparativa con el que hemos efectuado nosotros, observamos que en cualquier zona de España se reciben inmigrantes no hispanohablantes, y que en la mayoría de los casos los profesionales sanitarios creen que la información que llega a los pacientes no hispanohablantes es inadecuada.

También vemos que, en el caso del estudio realizado en Murcia, consideran que fue provechoso y útil disponer de alguien que les ayudase a entenderse con el paciente y a transmitirle la información. Nosotros no podemos hacer esa conclusión ya que no se ha

hecho de forma empírica, sin embargo, sí hemos visto que el personal considera necesario la existencia de una ayuda profesional para poder tener una adecuada relación y comunicación con el paciente.

## **6. RECURSOS DISPONIBLES**

---

A la vista de los déficits de comunicación que existen en nuestro país respecto a los inmigrantes no hispanohablantes en el ámbito sanitario, ¿hay algún recurso al que se pueda recurrir?

Por un lado, ya hemos visto que los mediadores titulados se encuentran en muy pocos centros sanitarios de España. No obstante, muchos de estos sí que cuentan con voluntarios que o bien de forma presencial o telefónica intentan mejorar la comprensión del paciente.

Afortunadamente, hay otros recursos al alcance del personal sanitario que pueden ayudarles a tener una comunicación más efectiva.

- **UniversalDoctor Speaker®**: es un sistema multimedia que procura hacer entendible la información de forma bilateral mediante frases sencillas en el idioma del oyente y el del profesional. El programa no sólo indica la pregunta de forma escrita, sino que también es posible escuchar un archivo de audio. En el año 2007 se distribuyó esta aplicación a unos 19.000 médicos y en el año 2009 se distribuyeron otros 11.000 ejemplares. Además, también existe la posibilidad de tener el programa en el Smartphone (de momento solo disponible para iPhone®). La problemática que puede presentar en este momento es que para obtenerlos se deben comprar. Desconocemos el precio del programa para ordenador, pero el de iPhone® son 5,99€ (27).

- **www.saludmigrantes.es**: esta es una página muy completa y al alcance de cualquiera. Presenta un catálogo digital que contiene recursos que ayudan a la comunicación como diccionarios, pictogramas, etc. También hay documentos para la promoción y prevención en diferentes idiomas. Por último, podemos encontrar información para el propio personal sobre la comunicación intercultural. Es un recurso gratuito financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España. Dispone de información en 50 idiomas y dialectos (28).

<b>IDIOMA</b>							
Castellano (68)	Inglés (52)	Árabe (34)	Francés (32)	Chino (27)	Ruso (21)	Rumano (19)	Portugués (17)
Búlgaro (10)	Italiano (9)	Alemán (9)	Polaco (8)	Somalí (6)	Vietnamita (5)	Urdu (5)	Griego (5)
Tagalo (4)	Ucraniano (3)	Turco (3)	Swahili (2)	Hindi (2)	Holandés (2)	Húngaro (2)	Wolof (1)
Hausa (1)							
<b>TEMA</b>							
Ginecología (29)	Pediatría (23)	Promoción de la salud (27)		Comunicación interpersonal (19)	Mediación (16)		
Farmacia y Vacunas (14)		Neumología (13)	ETS y SIDA (12)		Cardiología (11)		
<b>FORMATO DE RECURSO</b>							
PDF (59)	Online (20)	Vídeo (13)	Imagen (1)	Online y PDF (1)		Varios formatos (1)	

Tabla 6: Recurso del catálogo (nº de recursos). Fuente: [www.saludmigrantes.es](http://www.saludmigrantes.es)

- **Guías de ayuda a los inmigrantes en A.P.:** aquí encontramos otros recursos digitales, de los cuales el profesional sanitario puede valerse para comunicarse con el paciente en ciertos aspectos como la vacunación. En estos documentos se puede escribir los datos del paciente o él mismo nos puede indicar las respuestas que necesitamos mediante preguntas cerradas. Estos documentos están en castellano para que se pueda entender lo que dice el papel que vamos a entregar al paciente en su idioma y que nos sirve de guía para saber qué va contestando. Este recurso es gratuito y, aunque escaso, aporta información básica que es de vital importancia que conozca el profesional (29).

- **Guía básica multilingüe de atención al paciente:** fue diseñado por la Univesidad de Alcalá de Henares en colaboración con el Hospital Universitario de Guadalajara. Este documento está disponible en internet de modo gratuito y se puede descargar en formato PDF. Es una guía completa que plantea las entrevistas básicas que puede haber en una consulta. Se presenta en 6 idiomas (30).

Sin duda existen más recursos, pero nos hemos limitado a estos tres, pues la mayoría son accesibles para todo aquel que los requiera. Son sencillos de entender y fáciles de utilizar tanto para el profesional sanitario como para el paciente. Este sería otro punto de investigación a desarrollar en un futuro para así poder crear un catálogo con un amplio abanico de recursos a disposición del profesional sanitario.

## **7. PROPUESTAS DE MEJORA**

En vista de los datos que hemos recopilado de los diferentes textos y estudios leídos y del pequeño trabajo de campo, hemos planteado diferentes propuestas de mejora .A continuación las iremos describiendo una a una.

• **Servicio telefónico de intérpretes:** aunque no sería el primer recurso a tener en cuenta debido a que lo que realizan es una traducción lingüística sin poder tener en cuenta el lenguaje no verbal, es un servicio socorrido para situaciones de urgencias o en las que no hay disponibilidad de mediadores presenciales. En la actualidad hay alguna empresa privada que trabaja este campo como Dualia o Interpreter Solutions (9), las cuales tienen una cantidad considerable de idiomas a los que se puede recurrir. Una ventaja de este servicio son sus precios competitivos.

• **Documentos importantes e informativos en el idioma del paciente:** hay impresos necesarios en los tratamientos sanitarios que el paciente debe comprender íntegramente como por ejemplo, los consentimientos informados. Estos deberían poderse entregar en el idioma del paciente. También sería importante tener una guía, como vimos en el apartado de recursos, en la que se pueda tener acceso a las entrevistas básicas que se van a realizar en la consulta o en urgencias en el idioma del oyente y en el propio, para que, si no se puede hacer de forma oral, al menos el paciente pueda ir rellenándolo en el impreso entendiendo lo que se le pregunta. También se puede considerar en este apartado desarrollar modos de información para la prevención y promoción de la salud, como campañas de vacunación o para la reducción del SIDA. Estos métodos deben estar en el idioma del inmigrante para que éste pueda informarse en cualquier momento.

• **Formación del personal sanitario:** esta opción sería actualmente bastante viable y socorrida ya que en este momento muchos sanitarios intentan defenderse en la lengua del paciente o mediante lenguaje no verbal. La formación del personal podría ser o bien integrada en los estudios realizados durante su formación (universitarios o formaciones profesionales) o, si ya están titulados, mediante cursos acreditados que les formen tanto en la comprensión lingüística como en los aspectos culturales y aquellos que no sean lingüísticos. Esto sería un ahorro económico para los servicios públicos ya que no habría que contratar a más personal, pero habría que tener en cuenta que se requeriría un periodo amplio de tiempo para poder observar resultados. Un estudio realizado en la Comunidad Foral de Navarra en el 2010 por M. Luisa Vázquez Navarrete, Rebeca Terraza Núñez, Ingrid Vargas Lorenzo y Tona Lizana Alcazo, muestra que, del estudio realizado a 86 enfermeras, un 34.9% afirman que hablan más de un idioma, siendo los predominantes en esta zona el inglés, el francés y el euskera (31).

Aunque desde que se ha instaurado el grado de enfermería y medicina en muchas comunidades autónomas se requiere aprobar determinado nivel de inglés, se sigue observando que la mayoría de los profesionales siguen sin salir lo suficientemente preparados para poder mantener una comunicación fluida con el paciente. Además existe el inconveniente de que sólo se exige un idioma, así que cualquier otro idioma quedaría desprovisto de personal que lo pueda traducir.

• **Información sobre las características culturales del paciente:** el acceso a aspectos culturales desconocidos de los diferentes grupos de inmigrantes que llegan a nuestro país puede hacer que el personal sanitario comprenda ciertas actitudes del paciente, y, por otro lado, que se relacione de manera más sencilla con él sin cometer errores que pueden dañar la relación profesional sanitario-paciente. Esto puede hacerse mediante material escrito, cursos o charlas presenciales realizadas por gente experimentada (17).

• **Creación de una bolsa de trabajo:** esta se puede considerar la mejor opción con respecto a la calidad del servicio prestado, ya que el profesional estaría contratado de forma permanente en el centro sanitario y por lo tanto se podría recurrir a él en todo momento, pero para ello habría que tener en cuenta diferentes aspectos. Por una parte, la importancia de la formación de los mediadores de forma oficial y unificada en todo el territorio nacional, cumpliendo con los aspectos éticos, lingüísticos y culturales que ya se han explicado en el apartado de “Mediador Intercultural” de este trabajo. Por lo tanto, esta acreditación oficial tendría que ser un requisito indispensable para poder entrar en dicha bolsa. Por otra parte, esta bolsa puede estar regulada por alguna organización pública, como se hace actualmente con el personal sanitario en instituciones públicas. A estas bolsas se accedería con la formación e introduciendo unos baremos de méritos (5). La otra opción es que esté dirigida por una empresa privada mediante subcontratas, pero teniendo criterios que hagan que, al escoger al profesional, la calidad se mantenga y cumpla los requerimientos necesarios. Una desventaja es la dificultad para tener mediadores de diferentes idiomas, pues el coste aumentaría considerablemente. Es cierto que en la actualidad esta propuesta de mejora es utópica debido a la situación económica, pero es una opción a tener en cuenta para ir desarrollándola en el futuro.

En el estudio que realizó Carmen Valero en Guadalajara en 2004 también recopiló datos sobre qué opciones son las que el personal sanitario consideraba las más necesarias. Las siguientes fueron las que se escogieron por mayoría: disponer de los documentos y material necesario en la lengua del inmigrante, tener intérpretes presenciales en los centros y tener información de las características culturales de los pacientes (17).

Otro estudio que hemos analizado es el realizado en el 2007 en Cataluña por María Luisa Vázquez Navarrete y otros autores. Las áreas que se estudiaron fueron las de atención primaria y atención especializada que tuvieran contacto con inmigrantes (las lenguas no hispanohablantes predominantes que encontraron fueron marroquí, chino y rumano). Los recursos más solicitados fueron disponer de material traducido en la lengua del inmigrante que fuera accesible siempre que se necesitase y que además también pudiese adaptarse al nivel de estudios del paciente. Otro recurso importante sería la disponibilidad de traductores, si no es posible de forma presencial, al menos por teléfono. Cuando se hablaba de los mediadores había por un lado desconocimiento y por otro, quienes conocían esta profesión, tenían diferentes opiniones. Dos situaciones en las que consideran que el mediador tendría que intervenir serían en los primeros momentos de contacto con el sistema sanitario y también a la hora de orientar a los profesionales sobre aspectos culturales de los pacientes (31).

Sería conveniente poder realizar ese mismo estudio en los diferentes centros sanitarios de Cantabria para así poder elegir las mejores opciones o las más necesarias en nuestra comunidad. Haber omitido este aspecto en nuestro trabajo de campo resulta una carencia que debe subsanarse en el futuro.

Un factor a tener en cuenta al escoger los recursos más adecuados es la época en la que vivimos. Desde el año 2008 existe una crisis económica global que afecta con dureza al territorio español y esto ha llevado a una serie de ajustes en los presupuestos nacionales, entre ellos el de sanidad. En el año 2014 el gasto global destinado a la sanidad, educación y servicios sociales ha sido de un 59,7% frente al 62,8% del pasado año, lo que supone un recorte del 3,1%. Los recortes tanto de servicios como de personal son algo patente desde entonces, habiendo disminuido el gasto de sanitario de las comunidades autónomas en 5.427 millones de euros a costa de la remuneración

de los empleados (33). Gran parte de estos recortes no están hechos de una forma eficiente de cara a mantener un estado de salud adecuado para la población, sino que se han hecho de forma indiscriminada. No se debe olvidar que al hacer recortes lineales no se está valorando el coste-efectividad de esas acciones. Por poner un ejemplo, el tiempo de estancia en el hospital de un paciente aumenta debido a que no existen camas disponibles ya que se han cerrado un buen número de ellas, y por lo tanto deberá esperar más en urgencias a poder ser trasladado a la planta adecuada para que le realicen un diagnóstico más específico y le puedan realizar más pruebas. Por lo tanto, sí que se ahorran el dinero de tener más personal para atender a los pacientes que ocuparían esas camas, pero lo gastan en que el paciente que entra por urgencias va a tener una estancia mayor y por lo tanto un gasto mayor (32).

Aun así, es un aspecto que se debe tener en cuenta pues es una realidad con la que de momento, hay que vivir. Después de ver las diferentes opciones cabría preguntarse, ¿cuáles serían las más viables?

Indudablemente el tener un mediador intercultural presencial disponible veinticuatro horas al día, sobre todo en servicios de urgencias, o en atención primaria durante las consultas sería lo más positivo. Sin embargo, no es lo más realista ya que económicamente es lo más costoso, y como hemos comentado, ahora mismo es poco probable que pueda realizarse. Pero como se comentó en el estudio realizado en Cataluña, tener un servicio telefónico, aunque también requiere una parte del presupuesto de sanidad, es algo más factible pues podría ser utilizado en todas las áreas de sanidad sin tener que tener un mediador o, al menos, un traductor para cada lugar.

Consideramos que disponer de documentos en diferentes idiomas y educar a los profesionales sanitarios para saber utilizarlos adecuadamente es una forma económica y que puede ayudar a mejorar la atención y a evitar muchos errores. Es cierto que habría que desarrollar más escritos de los que existen actualmente referidos específicamente a diferentes especialidades médicas. Respecto al material disponible para las campañas de promoción y prevención, habría que acostumbrar a los profesionales sanitarios a utilizarlos y a difundirlos, ya que muchas veces los pacientes no hispanohablantes no acceden a estos contenidos debido a que no los comprenden o no se les entregan.

Por otro lado, es importante la formación del personal en dos aspectos. Por una parte, el tener conocimiento de la cultura y costumbres de colectivos de mayor presencia en nuestra zonas sería algo importante a tener en cuenta. De hecho, debería estar incluido en los estudios universitarios como parte de alguna asignatura, por ejemplo, de psicosociales. Por otra, el desarrollar algún idioma que no sea el español, ayudaría al menos a poder manejarse en algunas situaciones. Tener conocimiento al menos de inglés, que se considera un idioma internacional y con el cual mucha gente es capaz de comunicarse, aunque no sea de una forma 100% eficaz, ayudaría a una comunicación más fluida y a la comprensión de lo que quiere transmitir el paciente, al menos en situaciones de urgencias que son las que más rapidez necesitan a la hora de entender al paciente e informarle.

Es evidente que las propuestas aquí realizadas son generales y creemos que sería deseable poder ser más concretos a la hora de considerar los recursos más adecuados a nuestra comunidad autónoma, pero la omisión antes destacada de preguntas más específicas en la encuesta realizada nos impide concretar más.

## 8. CONCLUSIÓN

---

Entendemos que la conclusión más adecuada sería aquella que estuviera basada en los resultados de nuestro trabajo de campo. No obstante, la carencia que tuvo nuestra encuesta a los profesionales debido a la omisión sobre una pregunta explícita sobre los recursos considerados más necesarios para cubrir este déficit lo hace imposible. Aunque no podemos dar una opinión totalmente ajustada a las necesidades de nuestra comunidad autónoma, sí que podemos observar cómo está el tema de la mediación a nivel nacional desde el marco legal de la inmigración y su realidad en el contexto sanitario. Como vimos en la introducción, las leyes españolas defienden el derecho a la información de todos los pacientes que acudan a los servicios sanitarios españoles, así como el derecho a la atención sanitaria, independientemente del estatus legal que tenga el paciente. Hay que comprobar si existe un déficit en estos campos, teniendo en cuenta el contexto actual en el que vivimos en el que predomina la crisis económica, la cual ha traído consigo grandes recortes. Estos afectan en mayor manera a aquellos que tienen menos medios, como los inmigrantes.

Debemos determinar si que el paciente no tenga una información adecuada y completa implica que hay una vulneración de sus derechos. Hemos ido comprobando que ese déficit realmente existe, por lo tanto, si la comunicación que se establece entre el personal sanitario y el paciente es deficiente por falta de conocimiento lingüístico y cultural, sí que se estarían pasando por alto los derechos del paciente, algo que hoy no se considera tan grave debido a que con la crisis se tiende a ser más tolerante con las restricciones.

Como hemos comentado antes, no hay que olvidar el contexto de crisis en el que vivimos, ya que es una realidad, pero tampoco lo debemos hacer con el fenómeno migratorio que está ocurriendo desde hace décadas, y que nos afecta a todos de alguna forma. Por ello, es necesario analizar de forma rigurosa la situación y las medidas que se pueden tomar ajustándose, por una parte, a los presupuestos de sanidad y, por otra, garantizando la protección de los derechos de los inmigrantes y por tanto su dignidad.

Varias comunidades autónomas (sobre todo las que más población inmigrante tienen como Madrid, Cataluña o Andalucía) intentan solucionar la situación en la que nos encontramos, la cual es comentada tanto por profesionales sanitarios como por pacientes a través de las encuestas ya mencionadas, pero sigue habiendo una gran carencia en este ámbito. Una pregunta que debemos hacernos es a qué intereses responde que los recursos sean tan limitados y, en vista de que el aspecto económico es uno de los grandes culpables de que la situación esté así, cabe preguntarse si esta ausencia de recursos afecta a todo inmigrante no hispanohablante o solo a aquellos cuyos recursos económicos son más limitados. Plantearnos y responder a estas dudas nos ayudaría a determinar si existe una discriminación por el nivel económico, vulnerándose así otro derecho más, el de igualdad, o se trata de algo global.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

---

(1) Roldán Tapia A. Propuestas educativas plurilingües y multiculturales para desarrollar la competencia intercultural. 2005;86:155-168.

(2) Hidalgo Hernández V. Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Término. Disponible en: <http://pedagogia.fcep.urv.es/revistaut/revistes/juny05/article04.pdf>. Consultado el 4 de Mayo, 2014.

(3) Ruíz Saez A, Navarro Caballero G. Master de Mediación Sanitaria Intercultural. 2012:1-36.

(4) Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE-A-2012-5403 2012 24 de abril del 2012;98:31278-31312.

(5) González García E. Traducción e interpretación en los servicios públicos de la zona norte: estado de la cuestión. RESLA 2006;Extra 1(dedicado a: Retos del siglo XXI en comunicación intercultural : nuevo mapa lingüístico y cultural de España):151-174.

(6) Extranjeros residentes en España. Principales resultados. 2013; Disponible en: <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/certificado/index.html>. Consultado el 23 de marzo, 2014.

(7) Los términos clave de la mediación. Migrante económico. 2006; Disponible en: <http://www.refworks.com/refworks2/default.aspx?r=references|MainLayout::init>. Consultado el 12 de abril, 2014.

(8) Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2013 Datos Provisionales. 2013; Disponible en: [http://www.icane.es/search?p\\_p\\_auth=08sBigtW&p\\_p\\_id=20&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=exclusive&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_pos=1&p\\_p\\_col\\_count=4&\\_20\\_struts\\_action=%2fdocument\\_library%2fgetFile&\\_20\\_folderId=891234&\\_20\\_name=DLFE-15310.pdf](http://www.icane.es/search?p_p_auth=08sBigtW&p_p_id=20&p_p_lifecycle=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=4&_20_struts_action=%2fdocument_library%2fgetFile&_20_folderId=891234&_20_name=DLFE-15310.pdf). Consultado el 12 de abril, 2014.

(9) Navaza B, Estévez L, Serrano J. << Saque la lengua, por favor>>. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. Panace@ 2009 Segundo semestre;10(30):141-156.

(10) Campos López JG,. Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos. El caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí. Forum de recerca 2004;10:1-10.

(11) Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración. 2014; Disponible en: [http://extranjeros.empleo.gob.es/es/IntegracionRetorno/Plan\\_estrategico2011/pdf/PE-CI-2011-2014.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/IntegracionRetorno/Plan_estrategico2011/pdf/PE-CI-2011-2014.pdf). Consultado el 4 de Mayo, 2014.

(12) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE-A-2002-22188 2002 15 de noviembre 2002;274:40126-40132.

(13) Ley Orgánica 3/2000, de 11 de enero, de modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en materia de lucha contra la corrupción de agentes públicos extranjeros en las transiciones comerciales internacionales. 2000 12 de enero del 2000;10:1139-1140.

(14) El 'síndrome de Ulises' afecta a la mayoría de los inmigrantes. 2003; Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2003/10/24/neuropsiquiatria/1067011256.html>. Consultado el 4 Mayo, 2014.

(15) Qureshi Burckhardt A, Revollo H, et al. La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. 2009;35:56-66.

(16) Blázquez Manzano A, Feu S, et al. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. AECs 2012 01/02/2012;3(1):51-65.

(17) Por una comunicación de calidad en entornos médicos con población inmigrante. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica; 2006.

(18) Fundación progreso y salud. Junta de Andalucía. 2013; Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/>. Consultado el 17 de Abril, 2014.

(19) Martín A. La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía. 2006:129-150.

(20) Alonso Mayo E, Auquer Framis K, et al. Mediación intercultural en el ámbito de la salud. 2009; Disponible en: [http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion\\_intercultural\\_es.pdf](http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf). Consultado el 17 Abril, 2014.

(21) Giménez C. La naturaleza de la mediación intercultural. 1997;2:125-159.

(22) Fernández Rufete-Gómez J, Rigaudy C, et al. El papel de la mediación intercultural en la atención primaria de salud. Estudio de un caso. Murcia: Quaderna; 2009.

(23) Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos. 2013; Disponible en: <http://www2.uah.es/traduccion/formacion/TripticoMaster13-14%20ES%20rev.pdf>. Consultado el 23 de marzo, 2014.

(24) Valero Garcés C. Curso: Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en el mundo Global. Nuevas respuestas para nuevas realidades. 2009; Disponible en: <http://www2.uah.es/traduccion/formacion/doctorado.html>. Consultado el 23 de marzo, 2014.

(25) Valero Garcés C, Cata L. Acción y voluntariado de las ONG y los servicios de traducción e interpretación. RESLA 2006;Extra 1:49-60.

(26) Jiménez González J, Navarro Perán M, et al. ¿Mediador o Intérprete Socio Sanitario?: Proyecto o realidad en el Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez del Área III del Servicio Murciano de Salud. Paraninfo digital 2009;7.

(27) Universal doctor. 2011; Disponible en: [http://www.universaldocor.com/sect/es\\_ES/9001/Portada.html](http://www.universaldocor.com/sect/es_ES/9001/Portada.html). Consultado el 17 de abril, 2014.

(28) Sandín Vázquez M, Río Sánchez I, et al. Diseño de un catálogo de recursos online para la mejora de la comunicación sanitario-paciente inmigrante. AECs 2012 03/06/2012;3(1):38-48.

(29) Artero Sivera A. Guías de ayuda a los inmigrantes en A.P. 2014; Disponible en: <http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/inmigranteGUIAS.asp>. Consultado el 17 de abril, 2014.

(30) Guía básica multilingüe de atención al paciente. 2006; Disponible en: <http://hugu.sescam.iccm.es/noticias/2/guia-basica-multilingue-atencion-paciente>. Consultado el 24 de marzo, 2014.

(31) Vázquez Navarrete M, Terraza Núñez R, et al. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. Gac Sanit 2009;23(5):369-402.

(32) Bernal Delgado E, Campillo Artero C, et al. La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. AES :1-7.

(33) J.R. El Gobierno envía a Bruselas un recorte en Sanidad de otros 150 millones de euros en 2014. 2014; Disponible en: <http://vozpopuli.com/economia-y-finanzas/42678-el-gobierno-envia-a-bruselas-un-recorte-en-sanidad-de-otros-150-millones-de-euros-en-2014>. Consultado el 15 de Mayo, 2014.

## 10. ANEXO I



### ENCUESTA PARA LOS PROFESIONALES

Esta pequeña encuesta está dirigida a los profesionales sanitarios del SCS con motivo de conocer la necesidad de traductores e intérpretes para la población inmigrante en la zona de Cantabria.

1. En qué área trabaja \_\_\_\_\_

2. ¿Cree que la población inmigrante que no es hispanohablante recibe adecuadamente toda la información que se le da y entiende las pautas que se le marcan?

Sí

No

3. ¿Cree que es suficiente para que la persona reciba toda la información con que acudan con algún familiar o amigo?

Sí

No

4. ¿Cree que se necesitarían servicios de traducción e interpretación en el área que está trabajando?

Sí

No

5. ¿Usted cree que tendría que ser un servicio fijo que pudiese el SCS y al que se pudiese acceder cuando se requiriese o algo ocasional?

Fijo

Ocasional

6. ¿Para qué idiomas cree usted que debería haber traductores e intérpretes?

Inglés

Chino

Ruso

Rumano

Francés

Otros \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_