

**LA MEDIACIÓN CULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: ALGUNAS
REFLEXIONES RELATIVAS A LAS PROBLEMÁTICAS CULTURALES Y AL
PAPEL DEL MEDIADOR**

**GIUSEPPE TROVATO
UNIVERSIDAD DE CATANIA, ITALIA**

RESUMEN

Objeto de estudio del presente trabajo es el análisis de la influencia que ejerce la cultura en el ámbito médico y sanitario. A este propósito, se hará hincapié en la figura del mediador cultural y en las tareas a las que se enfrenta en el desempeño de su labor. El mediador no puede prescindir de los aspectos culturales típicos de las personas a las que presta su servicio de mediación. Por lo tanto, este profesional juega un papel múltiple: pone en contacto a sus interlocutores, procura que se llegue a un acuerdo y, en ocasiones, se ocupa de resolver situaciones conflictivas. Este artículo desarrolla un somero análisis de la relación entre médico y paciente, mediada por un tercero cuyo objetivo es el de facilitar la comunicación y superar las barreras no sólo lingüísticas sino también culturales. En definitiva, con esta contribución nos proponemos abordar algunas problemáticas de tipo cultural que caracterizan el tratamiento médico así como esbozar el perfil del mediador cultural y su papel a la hora de franquear los obstáculos culturales.

PALABRAS CLAVE: mediación lingüística y cultural, ámbito socio-sanitario, cultura e identidad, interpretación social

ABSTRACT

In the increasingly interconnected world where we live today, culture has a profound influence in our daily interactions, especially when it comes to dealing with people coming from other countries. The present contribution aims to analyse the impact culture can have on healthcare. It is a fact that our societies as well as our hospitals are increasingly multicultural, which can create difficulties and give rise to misunderstandings if cultural issues are not tackled appropriately. Cultural mediators work as cultural communicators/facilitators in situations implying cross-cultural issues; they also play a key role in terms of solving cultural conflicts and allow for the physician-patient relationship to take place. Indeed, their efforts are focused on overcoming culture-bound barriers. This article, thus, is designed to address both cross-cultural themes connected with clinical care and the strategies cultural mediators implement in bridging these gaps, paying particular attention to their profile.

KEYWORDS: linguistic and cultural mediation, healthcare field, culture and identity, community interpreting

SUMARIO

- 1 Introducción
- 2 La mediación cultural en el ámbito sanitario
- 2.1 El mediador cultural: perfil y características
- 3 La cultura como fundamento de la identidad del hombre
- 4 La problemática cultural en el entorno sanitario
- 5 A modo de conclusión
- 6 Referencias bibliográficas

1 Introducción

El mundo cada vez más interconectado y globalizado en el que vivimos y operamos hoy en día nos plantea nuevos e importantes desafíos a la hora de enfrentarnos a otras lenguas y, sobre todo, a nuevas culturas. Uno de los fenómenos más acuciantes que no se puede infravalorar por su trascendencia, especialmente en las dos últimas décadas, estriba en la presencia cada vez mayor de extranjeros dentro de nuestros países (occidentales) y su recurso a los servicios sociales y sanitarios del país de acogida. La presencia del mediador en el ámbito socio-sanitario resulta, pues, imprescindible, ya que se perfila como un “puente” cuya actuación está orientada a favorecer la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente extranjero.

En este trabajo centraremos la atención en la complejidad que entraña la comunicación en el ámbito sanitario¹ y en las problemáticas interculturales que surgen a raíz del intercambio dialógico y que son el resultado de la influencia que la cultura ejerce en los individuos y en la percepción que éstos tienen de su propia salud, fuertemente marcada por concepciones, experiencias y tabúes vinculados a su cultura de origen. Asimismo, nos proponemos analizar el papel que desempeña el mediador cultural a la hora de superar las barreras lingüísticas así como los malentendidos debidos al uso de diferentes códigos y convenciones culturales. A continuación, se tratarán las principales problemáticas de carácter cultural que se desprenden a lo largo de la interacción médico-paciente.

2 La mediación cultural en el ámbito sanitario

En líneas generales, no es un error afirmar que las actividades de traducción e interpretación en el ámbito de los servicios públicos no gozan del mismo prestigio social del que goza lo que se conoce como “interpretación de conferencias”. Esta consideración se justifica tanto en términos de remuneración como en términos de falta de criterios específicos adoptados por las instituciones implicadas a la hora de contratar a profesionales de traducción e interpretación y de evaluar la calidad de estos servicios. Antes de proceder con el análisis de las características del mediador cultural en el entorno médico (§ 2.1), consideramos conveniente ofrecer la definición que Jiménez Ivars (2002: 11) propone para caracterizar la interpretación social y, seguidamente, la labor del intérprete:

¹ Las consideraciones propuestas a lo largo del presente artículo hacen referencia a experiencias y actuaciones fundamentalmente relacionadas con el contexto sanitario italiano.

Éste ejerce una mediación lingüística y, ante todo, cultural entre los participantes. El intérprete conduce a las partes a un terreno común donde la comunicación sea posible. Ello supone una mayor implicación del mediador en la interacción y un mayor grado de dependencia de los participantes hacia esta mediación. El trabajo del intérprete no está regulado y no se encuentra en una situación de aislamiento profesional sin apenas compartir experiencias con otros colegas y sin que su trabajo pueda juzgarse desde fuera, como sucede en la interpretación de conferencia o de tribunales².

Asimismo, es frecuente que los servicios sociales sean poco conscientes de la importancia de la comunicación intercultural y de las dificultades concretas que conlleva si ésta no se aborda de forma práctica y eficaz. A menudo las instituciones se muestran reacias a invertir tiempo y dinero en la contratación y formación de mediadores cualificados y actúan desde la convicción de que el simple hecho de conocer (más o menos bien) una lengua extranjera es la panacea para todos los problemas de índole lingüística y cultural. Afortunadamente, existen excepciones a esta situación (lamentablemente difundida), que se materializan en las actuaciones de algunos hospitales en ciudades italianas, donde reside un elevado porcentaje de población inmigrante. Cabe destacar, a este respecto, el *Istituto Dermatologico San Gallicano* de Roma, en el que se ha puesto en marcha un servicio de medicina preventiva de migraciones, de turismo y de dermatología tropical, que durante muchos años se ha constituido como el único punto de referencia público para la población inmigrante, nómada y vagabunda (Benedetti, 2005: 14).

Asimismo, nos parece oportuno señalar que en el artículo 32 la Constitución italiana reza “la República italiana protege la salud como derecho fundamental de todo individuo y como interés colectivo, garantizando tratamientos gratuitos para los indigentes”³. Puesto que la salud constituye un “derecho fundamental de todo individuo”, se tiene que garantizar a todos los ciudadanos, autóctonos e inmigrantes, un acceso a los tratamientos médicos básicos y avanzados, con el fin de proteger y preservar su estado de salud. Para cubrir las necesidades de todos los extranjeros presentes en el territorio italiano, se han realizado importantes esfuerzos encaminados a facilitar un servicio de mediación lingüística y cultural dentro de las estructuras sanitarias⁴, lo que ha supuesto la creación de nuevos puestos de trabajo, ocupados por mediadores en plantilla, que ofrecen cotidianamente su ayuda en varias unidades del hospital. A este respecto Tomassini (2005: 119) destaca que uno de los ejemplos más emblemáticos en términos de organización del servicio de interpretación en el ámbito hospitalario italiano es el de Rímìni y otras ciudades como Génova, Milán y Palermo.

Al hilo de las consideraciones que acabamos de formular, la importancia de una comunicación fluida y eficaz a la hora de establecer una relación que brinde resultados beneficiosos se materializa en la interacción entre médico y paciente. Si bien es cierto que los facultativos hoy en día están muy capacitados y cuentan con una buena preparación científica, sin embargo, a veces, no consiguen establecer un diálogo claro y

² Esta definición nos permite comprender la relación que existe entre la interpretación social y la mediación lingüística y cultural, por lo que sigue produciéndose confusión a la hora de adoptar la etiqueta de intérprete o la de mediador. Nosotros mantenemos que en el caso que nos ocupa la denominación más oportuna es la de “mediador”.

³ Traducción del autor.

⁴ Como decíamos anteriormente, son todavía pocos los hospitales que han puesto en marcha un servicio de mediación cultural en el contexto italiano. Este fenómeno se ha producido especialmente en las ciudades con mayor flujo migratorio.

directo con sus pacientes debido, principalmente, al hecho de que, en muchos casos, no comparten la misma cultura.

Se han llevado a cabo numerosos estudios en la materia, la mayoría de los cuales han demostrado que si la calidad de la interacción médico-paciente es buena, mejores y más eficaces serán las respuestas terapéuticas. Una de las investigaciones más paradigmáticas en este campo es, sin lugar a dudas, la de Sandra Hale (2007) que lleva como título *Community Interpreting*⁵. La autora ofrece una esclarecedora panorámica sobre varios tipos de interpretación, entre los cuales dedica especial atención a la interpretación que se efectúa en el ámbito sanitario y hace hincapié en cómo se desarrolla la comunicación a lo largo de la interacción médico-paciente, sus características definitorias, la controversia con respecto al papel del intérprete en este sector y su relación con los demás actores involucrados en la situación comunicativa. En definitiva, su estudio pone de relieve que una comunicación eficaz aumenta el grado de satisfacción del paciente, hace que disminuya su preocupación por la enfermedad y cumpla con las recomendaciones y los tratamientos médicos prescritos.

Uno de los primeros obstáculos al que tiene que hacer frente el personal sanitario en su conjunto reside en la “ricostruzione anamnestica che può pregiudicare la formulazione di una corretta diagnosi, con conseguente ricorso ad altri esami strumentali e/o ricoveri”⁶ (Dallari et al., 2005: 188). De hecho, si no existe una comunicación directa entre las dos partes, tiene que intervenir una tercera que ejerza como mediador, lo que puede acarrear un grado de complejidad adicional en el transcurso del proceso comunicativo. Dado su carácter triádico, las interacciones entre distintas culturas que se producen dentro de un contexto médico, a veces, resultan más lentas y menos exactas a nivel terminológico que las que se desarrollan a través de la misma lengua y cultura. Además, cabe incidir en que la presencia de una tercera parte puede suscitar reacciones inesperadas y perjudicar la construcción de una relación fructífera y colaborativa entre médico y paciente, ya que este último podría ver afectada su privacidad. Por lo anteriormente citado, es legítimo plantearse cómo la presencia de un mediador condiciona esta relación, si influye positivamente en ella y qué repercusiones conlleva. En el siguiente apartado formularemos algunas reflexiones en torno a estas cuestiones.

2.1 *El mediador cultural: perfil y características*

Como apuntamos en el apartado anterior, es un error asociar la interpretación de conferencias a la mediación intercultural, porque se trata de dos disciplinas y especialidades distintas. No obstante, estamos convencidos de que aquellos que estén especializados en interpretación de conferencias, podrán adquirir y desarrollar de forma más funcional y sencilla las destrezas necesarias para actuar como mediadores.

⁵ Esta obra ha sido traducida al español por Rosa Cobas Álvarez y Carmen Valero Garcés con el título *La Interpretación Comunitaria. La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Se recomienda su lectura y análisis a cuantos estén interesados en la materia, porque se brindan interesantes ejemplos prácticos sobre el perfil del mediador que actúa en un contexto sanitario y sobre cómo gestionar la interacción médico-paciente.

⁶ “...reconstrucción del historial clínico del paciente que puede perjudicar la formulación de un diagnóstico correcto, lo que supone que se tengan que efectuar otros exámenes instrumentales y/o hospitalizaciones” (traducción del autor).

En términos generales, la figura del mediador cultural en el ámbito sanitario interviene cuando surgen dificultades comunicativas entre un usuario perteneciente a otra cultura y el profesional de la salud. Cabe subrayar que el mediador ocupa una posición privilegiada, dado que es el único en condiciones de comprender los puntos de vista y las percepciones de ambos interlocutores en un contexto en el que están implicadas e interactúan dos culturas: le corresponde, por tanto, a él un papel activo a la hora de construir significados que van más allá de la mera traducción de palabras y locuciones sintácticas. El contexto en el que opera lo caracteriza como “message clarifier”⁷ y, en virtud de su intervención tanto lingüística como cultural, desempeña un papel protagonista y de copartícipe, en el proceso de resolución de incomprensiones y situaciones conflictivas, debidas a diferentes trasfondos sociales y culturales. Igualmente es capaz de reconocer y comprender los diferentes referentes culturales y explicarlos, si procede, adaptándolos a la cultura implicada en el momento en que traduce. Las barreras lingüísticas constituyen los primeros obstáculos susceptibles de comprometer la interacción médico-paciente así como la satisfacción de las necesidades vinculadas a la salud. Sin embargo, no podemos subestimar que “culture can have important clinical consequences in the patient-physician relationship” (Angelelli, 2004: 19). Incluso cuando el médico y su paciente comparten la misma lengua (y cultura), las diferencias culturales pueden manifestarse como fuente de dudas e incomprensiones, lo cual puede desembocar en un diagnóstico y tratamiento equivocados. Es importante recalcar que la lengua es el producto de una determinada cultura de la que no puede prescindir y a la cual está estrechamente ligada y, a este respecto, Angelelli (*ibid.*) afirma, muy acertadamente, que “cultural differences, even without language differences, may impede effective communication and lead to misunderstandings”.

En lo que atañe a la figura del mediador cultural en el contexto italiano, mantenemos que no existe un panorama unitario, pues la situación varía en función de las regiones, tanto en términos de formación como de contratación. Tan sólo por poner algunos ejemplos, en la ciudad de Bolonia⁸, el mediador cultural pertenece a la misma etnia que el usuario del servicio de mediación, lo que le permite compartir la misma cultura y conocer, por tanto, todos los factores socio-económicos que caracterizan la situación de su país de origen a la vez que está muy familiarizado con la cultura local, dado que lleva muchos años viviendo en nuestro país. También significativa es la experiencia llevada a cabo en el Instituto ISMET de Palermo, donde la labor de mediación lingüística y cultural es una realidad diaria⁹. Además de estas consideraciones, es interesante poner de manifiesto el hecho de que el mediador ha experimentado ya la misma situación que ahora vive su “cliente”, lo que lo hace empatizar con su interlocutor. Este denominador común, por así calificarlo, “lo avvicina ai suoi utenti ed è il presupposto per una comprensione profonda dei loro problemi, oltre a rappresentare un grande potenziale di risposta”¹⁰ (Luka, 2005: 203). Una de las tareas más delicadas e importantes que le competen al mediador es la de aclarar dudas y superar cualquier tipo de dificultad a lo largo de la interacción. Si estas problemáticas comunicativas no se afrontan y solucionan a través de estrategias apropiadas, pueden provocar que el paciente no siga

⁷ California Healthcare Interpreters Association. 2002. *Ethical principles, protocols and guidance on role & intervention*. http://www.chia.ws/documents/publications/California_standards_healthcare_interpreters.pdf

⁸ Se hace aquí referencia al “Ospedale Maggiore” de Bolonia.

⁹ El servicio de mediación se hace necesario con el fin de poner en contacto a los trabajadores locales con los administrativos y/o facultativos de habla inglesa.

¹⁰ “...lo acerca a sus usuarios y representa la base para comprender a fondo sus problemas, además de constituir un enorme potencial en términos de respuesta” (traducción del autor)

correctamente la terapia y, lo que es aún más grave, ponga en peligro su salud. En este sentido, hay que remarcar que la forma de describir los síntomas de una patología, el nivel de colaboración entre las partes implicadas, el trabajo en conjunto con los servicios sanitarios son, a todas luces, aspectos culturales que “can result in a variety of adverse clinical consequences, for example access, health status, use of health services, and health outcomes” (Angelelli, *ibid.*: 19).

Si bien el objetivo prioritario para todos los profesionales sanitarios es el bienestar de sus pacientes, no es raro constatar en algunos pacientes extranjeros un desconocimiento total del concepto de prevención, íntimamente relacionado con los aspectos económicos o socio-culturales de su propia cultura. Lo que acabamos de exponer se puede observar en situaciones en las que los pacientes acuden al hospital sólo cuando presentan síntomas muy graves o bien cuando se enteran de que pueden beneficiarse de la asistencia sanitaria gratuita que les proporciona una amplia gama de servicios, como por ejemplo, la asistencia durante el embarazo (visitas ginecológicas, exámenes ecográficos, etc.).

El papel del mediador se desarrolla también en este ámbito, porque tiene que ocuparse de la activación y organización de programas de promoción de la salud y campañas sobre educación para la salud y la prevención. Aparte de facilitar la comunicación, su labor se desarrolla también en el marco de la asistencia y acogida de ciudadanos extranjeros e inmigrantes a la hora de ingresar en el hospital y comprender cómo funciona el sistema sanitario en su conjunto. Desde este punto de vista, Carr *et al.* (1995) sostienen que no es un hecho extraordinario que los facultativos faciliten indicaciones o recomendaciones de última hora y, dado el ritmo frenético de su profesión, confían en el mediador y exigen de él que transmita eficazmente el mensaje al paciente, sin considerar el estrés al que este último puede verse sometido. Por consiguiente, podemos traer aquí a colación que, además de asegurarse de que el paciente cuente con toda la información necesaria para los sucesivos encuentros, el mediador tiene que desarrollar su labor de traducción en el marco de la gestión de los expedientes clínicos y todos los trámites burocráticos y administrativos que requiera el caso (Tomassini, 2005: 117).

Además, las tareas del mediador cultural no se ciñen únicamente al ámbito de la comunicación entre médico y paciente, sino que, además, tiene que desempeñar actividades “de post-traducción”, es decir, pasar algún tiempo con los pacientes, conocer a fondo su caso y ejercer de guía para que puedan adquirir familiaridad con el complejo hospitalario donde se encuentran, aprender a moverse autónomamente en él y saber a quién dirigirse cuando lo necesiten. El paciente, tanto por su condición de enfermo en un entorno que le resulta ajeno como por su estatus de inmigrante y todos los inconvenientes que ello conlleva, tiende a considerar al mediador como un interlocutor con quien dialogar e intercambiar opiniones, ya que éste habla su mismo idioma y puede plantearle cualquier tipo de duda o cuestión que, las más de las veces, no están directamente relacionadas con su estado de salud.

Por todo lo anterior y dada la variedad de las destrezas y funciones que los mediadores culturales tienen que adquirir y desarrollar a lo largo de su profesión, se debe incidir en algunos de los requisitos básicos y más importantes que tienen que reunir para cumplir con su misión:

1. Motivación;
2. Capacidad para trabajar bajo presión, trabajar en equipo y con diferentes culturas;
3. Tener don de gentes;
4. Empatizar con el paciente;
5. Identificar e interpretar correctamente de la Comunicación No Verbal¹¹.

En el próximo apartado focalizaremos la atención en la relación que se establece entre el concepto de cultura y el de identidad, con el objeto de proporcionar un marco teórico más exhaustivo del tema que nos ocupa, a saber la mediación cultural.

3 La cultura como fundamento de la identidad del hombre

Si partimos del presupuesto de que la interpretación ha sido descrita como una forma de interacción (Wadensjö, 1998), cabe considerarla como tal, es decir, como cualquier tipo de interacción humana. Para ello, resulta esencial hacer hincapié en un principio básico que rige todos los tipos posibles de interacciones humanas, a saber, “when two or more interlocutors interact, they bring to the interaction the self” (Angelelli, *ibid*: 29). Cada interlocutor aporta su propia identidad, marcada por factores innatos y otros de orden social y cultural estrechamente interrelacionados, donde resulta difícil establecer una línea de demarcación definida. La identidad del ser humano constituye, por tanto, el resultado de esta compleja interacción que se produce entre los factores innatos (biológicos) y todo lo que el individuo adquiere con el tiempo, dentro de un contexto social determinado y a través de un proceso de socialización con otros individuos. La etnia y el género se configuran como componentes de la identidad de una persona totalmente innatos, puesto que uno no puede realizar una elección al respecto. Por lo que se refiere a la etnia, se trata del conjunto de los caracteres raciales, culturales y lingüísticos que definen a una determinada comunidad de seres humanos: dentro de una determinada etnia, no se comparten solamente características físicas (color de la piel, tipo de pelo, forma de la cara, nariz, ojos, etc.), sino también modelos y comportamientos culturales diferenciadores. Cuando pensamos en la cultura como concepto abstracto, generalmente tendemos a asociarla a una categoría preconstituida que va más allá del mundo sensible y “è attraverso il flusso dell’azione sociale che le forme culturali trovano articolazione”¹² (Geertz, 1998: 26). El autor que acabamos de citar afirma que “senza uomini certamente non c’è cultura; ma allo stesso modo, e cosa più importante, senza cultura non ci sarebbero uomini”¹³ (*ibid*.: 64) al igual que sin cultura “il comportamento dell’uomo sarebbe praticamente ingovernabile, un puro caos di azioni senza scopo e di emozioni in tumulto, e la sua esperienza sarebbe praticamente

¹¹ En las interacciones médico-paciente así como en muchas situaciones comunicativas donde se desarrolla una actividad de mediación cultural, el mediador no puede descuidar todo lo que conlleva este tipo de comunicación (gestos, lenguaje corporal, postura, transmisión y recepción de mensajes sin palabras, signos, etc.), ya que juega un papel de gran importancia a la hora de valorar e interpretar determinadas intenciones, voluntades o peticiones por parte de los interlocutores.

¹² “...es a través del flujo de la acción social como se plasman las formas culturales” (traducción del autor).

¹³ “...es indudable que sin hombres no hay cultura pero, al mismo tiempo, sin cultura no existirían los hombres” (traducción del autor).

informe”¹⁴ (*ib.*: 60). Así pues, para existir y “funcionar” como seres humanos, integramos la información que recibimos de nuestra cultura con nuestra forma de ser “innata”. De hecho, “noi siamo animali incompleti o non finiti che si completano e si perfezionano attraverso la cultura”¹⁵ (*ib.*: 64).

A la luz de estas breves consideraciones, podemos afirmar que la naturaleza humana es un fenómeno más bien complejo y es el fruto de la interacción de los dos elementos que hemos mencionado anteriormente: la cultura representa la condición *sine qua non* para la existencia de cada individuo y está en la base de su ser. Ahora bien, ¿cómo podríamos definir el término “cultura”? Si consultamos un diccionario cualquiera, encontramos las definiciones propuestas a continuación: “*Conjunto de conocimientos y modos de vida y costumbres que se dan en un pueblo o en una época; Conjunto de valores y comportamientos que comparten los integrantes de una agrupación*”¹⁶. Efectivamente, la cultura se puede concebir como el conjunto de significados mediante los cuales establecemos un orden en nuestra vida y nos marcamos algún propósito; estos significados se concretan en formas simbólicas “per mezzo di cui gli uomini comunicano, perpetuano e sviluppano la loro conoscenza e i loro atteggiamenti verso la vita”¹⁷ (Geertz, 1998: 113). La cultura es algo que se aprende y transmite de una generación a otra, mediante las actuaciones humanas que se configuran como interacciones cara a cara y, naturalmente, mediante el lenguaje, tanto verbal como corporal. Como señala Duranti (1997: 26) “[...] language is part of culture. More specifically, languages categorize the natural and cultural world in useful ways”, y por eso el lenguaje constituye tanto un producto como una herramienta que la cultura pone a disposición de los seres humanos para que entablen relaciones entre sí y con el resto del mundo. Poniendo el ejemplo del lenguaje como creación cultural, cabe destacar el uso de expresiones metafóricas según las culturas implicadas, lo que pone de manifiesto que “the choice of metaphors for some domains is not totally random, but reflects some basic cultural understandings individuals have of that domain” (Foley, 1997: 183). Existe un vínculo profundo entre la cultura y la identidad de una persona (Liebkind, 1992: 149), ya que la cultura está tan arraigada en los seres humanos que forma parte integrante del “yo” y se concreta en sus actuaciones. En este sentido, “culture makes itself visible in all aspects of existence, down to the smallest routines of bodily hygiene” (Foley, 1997: 15). Así y todo, según puntualiza Geertz (*op. cit.*), la cultura nos refleja sea como especie sea como individuos diferentes los unos de los otros, lo que quiere decir que aunque es un factor determinante en la configuración de actitudes, creencias, emociones y comportamientos de los individuos, éstos últimos poseen características únicas que los empujan a aceptar, seleccionar y, a veces, rechazar determinadas influencias culturales. No se tiene que considerar, por tanto, a los individuos como destinatarios pasivos de las influencias culturales, sino como protagonistas únicos de los cambios y de la evolución que experimenta la cultura (Kim, 1994). Consideramos oportuno finalizar este apartado con el análisis desarrollado por el antropólogo Pizsa (2005: 147) quien señala que “gli esseri umani sono dotati della capacità di agire,

¹⁴ “...el comportamiento de los hombres sería prácticamente ingobernable, una auténtica confusión de acciones sin un objetivo y de emociones en ebullición, y sus experiencias resultarían absolutamente vanas” (traducción del autor).

¹⁵ “... somos animales incompletos y no finitos que se complementan y se perfeccionan a través de la cultura” (traducción del autor).

¹⁶ Definiciones extraídas del Diccionario CLAVE (edición digital).

¹⁷ “...a través de las cuales los hombres se comunican entre ellos, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes con respecto a su vida” (traducción del autor).

dell'agentività; pertanto essi non hanno una cultura, ma la costruiscono, la producono, l'agiscono e la trasformano"¹⁸.

4 La problemática cultural en el entorno sanitario

Si concebimos la religión o el lenguaje en general como dos sistemas culturales, lo mismo puede decirse del ámbito de la medicina. A este respecto, resultan actuales y esclarecedoras las palabras de Kleinman (1980: 24), según el cual:

We can view medicine as a cultural system. [...] In every culture, illness, the responses to it, individuals experiencing it and treating it, and the social institutions relating to it are all systematically interconnected. The totality of these interrelationships in the health care system.

Ahora bien, los sistemas sanitarios no son ni absolutos ni universales, sino que están vinculados a la cultura de origen o pertenencia. La biomedicina occidental y los rituales terapéuticos de otras culturas tradicionales no constituyen sino sistemas particulares y se configuran como "socially organized responses to disease that constitute a special cultural system: the health care system" (*ibid.*: 24). De ahí que los sistemas sanitarios representen instituciones influidas por las creencias de las personas que en ellas operan y por sus modelos de comportamiento, marcados también por normas culturales específicas. El médico y el paciente desempeñan un papel muy relevante en el marco del sistema sanitario y por esta razón "are embedded in specific configurations of cultural meanings and social relationships" (*ibid.*: 24-25). Sin embargo, cuando los actores principales "come from different cultural, language, and class groups there is great potential for value conflict" (Kaufert y Putsch, 1997: 72).

Los problemas de índole cultural que se derivan de la interacción médico-paciente se pueden relacionar fundamentalmente con tabúes culturales, según los cuales, determinadas cuestiones como la práctica del aborto, la contracepción o los trastornos mentales se perfilan como temas delicados ante los cuales es preferible "hacer la vista gorda". Las personas que proceden de culturas diferentes podrían mostrarse reacias a la hora de afrontar problemas relacionados con su salud o su vida personal. A su modo de ver, ciertos asuntos y/o problemas se tienen que abordar en el marco de la familia o con los amigos más íntimos y nunca con "desconocidos", sobre todo, si estos últimos proceden de grupos/comunidades culturales que conciben el mundo de forma diametralmente opuesta a la suya. A modo de ilustración, ciertos pacientes podrían tener vergüenza o incluso podrían ver herida su sensibilidad a la hora de tocar temas sexuales. En cambio, para otras culturas el tema de la sexualidad desde un punto de vista médico no provoca ninguna situación desagradable o incómoda.

También cabe subrayar las distintas formas y modalidades para describir los síntomas de una enfermedad, que varían según la cultura de origen. En este sentido, Pizza (2005: 86) especifica que:

[...] il "racconto" dell'esperienza del malessere non si radica unicamente nel vissuto individuale della malattia. Esso si configura come un resoconto storico-culturale di una

¹⁸ "...los seres humanos cuentan con la capacidad de actuar, eso es, la capacidad de actuación; por tanto, no tienen una cultura, sino que la construyen, la producen, la realizan y la transforman" (traducción del autor).

serie di emozioni, credenze, scelte operative che, a posteriori o durante il malessere, vengono elaborate dal soggetto, sofferente o guarito, per rappresentare l'evento della malattia e la sua incidenza nella propria vicenda biografica¹⁹.

Además, las creencias de los individuos, especialmente las que tienen que ver con el ámbito religioso “can have a profound impact on clinical care. They can impede preventive efforts, delay or complicate medical care, and result in the use of neutral or harmful remedies” (Flores, 2000: 19). No hay que olvidar que la religión juega un papel destacable en la vida de muchos y adquiere más transcendencia durante los períodos en que se padece alguna enfermedad. En relación con lo anteriormente expuesto, podemos afirmar, con fundamento, que en el momento de efectuar un reconocimiento médico de una mujer que tenga que exponer su cuerpo ante un facultativo, conviene actuar con cautela y prever posibles problemas que puedan surgir. Algo parecido ocurre a la hora de utilizar o prescribir determinados fármacos, ya que no todos adoptan la misma postura con respecto a su uso. Efectivamente, en algunas culturas los medicamentos “estándar” no son considerados como remedios adecuados para tratar enfermedades y paliar el sufrimiento. Es más, en ocasiones, se perciben como métodos demasiado invasivos y peligrosos que pueden provocar efectos secundarios y dañinos para otras partes del organismo. En otros casos, esta reticencia a la hora de tomar un determinado medicamento se explica por factores de índole religiosa. Dicho en otras palabras, se actúa desde la convicción de que el dolor es la expresión de la voluntad de Dios y es precisamente Dios quien otorga la fuerza para aguantar este dolor. De modo que determinados individuos no ven la necesidad de asumir ningún tipo de sustancia. A tenor de estas breves reflexiones, cabe centrar la atención en el concepto de “prevención”, al que no todas las culturas se enfrentan de la misma manera. En muchas culturas se ha desarrollado el concepto de fatalismo, según el cual se cree que los individuos no pueden controlar las fuerzas de la naturaleza y, por lo tanto, no tienen la capacidad de oponerse a lo que les ocurre. Por esta razón “preventive health care measures are likely to be ignored. They would do no good anyway” (Galanti, 1997: 9) y, por consiguiente, prevalece el concepto de “what will be will be” (*ibídem*). En esta línea, un mediador que no conozca a fondo qué actitudes los beneficiarios de su servicio de mediación adoptan frente a la enfermedad, está abocado a cometer graves errores y comprometer la relación positiva que se desea establecer con el médico.

Por último, pero no por ello menos importante, cabe hacer hincapié en las diferencias culturales que se manifiestan en la forma en que se percibe la relación asimétrica, anteriormente citada, entre el médico y el paciente. En muchas sociedades asiáticas, patriarcales, donde el orden jerárquico juega un papel paradigmático, los médicos son considerados como profesionales sabios y cuya actuación no se puede poner en entredicho. Ello conlleva una actitud de respeto absoluto hacia ellos y el cumplimiento de su voluntad sin más. En efecto, en el seno de dichas sociedades incluso “ordinary conversation which is, or is at least considered to be, reciprocal and therefore largely egalitarian, is often strictly governed by power dynamics” (Rudvin, 2004: 276). A pesar de que, a juicio de Pizza (*op. cit.*: 143), esta relación asimétrica entre médico y paciente,

¹⁹ “... contar la experiencia de la enfermedad no tiene que ver sólo con la enfermedad experimentada por el individuo. También se configura como un resumen histórico-cultural de una serie de emociones, creencias, elecciones que, a posteriori o a lo largo de la enfermedad, son elaboradas por el sujeto, ya sea enfermo o recuperado, para representar la enfermedad y su influencia en su historia médica. (traducción del autor).

tiene que ver con los distintos niveles culturales que ambos poseen²⁰, en los sistemas sanitarios occidentales no se observa esta sumisión a la “autoridad médica” y se establece una relación más igualitaria y de menor distancia entre las dos partes.

5 A modo de conclusión

A lo largo de estas páginas nos hemos propuesto ofrecer un somero análisis sobre las problemáticas más destacables en el ámbito sanitario, poniendo especial énfasis en sus características y rasgos distintivos. También nos ha parecido oportuno dedicar especial atención a la interacción médico-paciente en la que el profesional, conocido como mediador, viene a desempeñar un papel clave: su intervención en la interacción aboga por la aplicación de estrategias *ad hoc*, encaminadas no solamente a esclarecer aspectos lingüísticos oscuros, sino también a resolver conflictos y/o aclarar malentendidos, causados por aspectos culturales diferentes, por lo que para solventarlos hay que encontrar un terreno común.

Es indudable que el bagaje cultural de cada individuo incide profundamente en su forma de ser y en su visión del mundo: no es casual que las distintas maneras de concebir la salud, es decir la enfermedad y sus terapias correspondientes, son específicamente *culture-bound*. Así pues, la interacción entre dos partes que se diferencian en términos de cultura, en un ámbito tan delicado como el sanitario, cuenta con dificultades relacionadas tanto con la elaboración correcta de la historia clínica del paciente como con la puesta en común de su recorrido terapéutico. Si estas dificultades no se afrontan eficaz y profesionalmente, la comunicación puede resultar deficitaria y provocar que los pacientes extranjeros desaprovechen los servicios sanitarios puestos a su disposición.

Es importante recordar que los fenómenos migratorios modifican de manera irreversible el contexto social y demográfico en el que los profesionales sanitarios operan hoy en día. Esta situación irá evolucionando con el tiempo, ya que las migraciones seguirán aumentando, lo que forjará sociedades más interculturales y supondrá una complejidad mayor a la hora de gestionar dichos flujos. Ante este escenario, la presencia del mediador cultural en el entorno sanitario irá adquiriendo cada vez más relevancia, a fin de que los futuros pacientes extranjeros logren comprender adecuadamente las dinámicas socio-culturales del país de acogida e interactúen con todas las personas involucradas en el sistema sanitario.

En conclusión y de forma muy general, las consideraciones expuestas en este artículo podrían resultar útiles a la hora de ofrecer una fundamentación teórica en el marco de las clases de mediación lingüística y cultural, con independencia del par de lenguas implicado. Confiamos en que los docentes puedan extraer elementos válidos para concienciar a sus estudiantes acerca de la importancia de los aspectos culturales a la hora de ejercer como mediador en contextos como el social y, más concretamente, el sanitario. El objetivo sería dotar a los estudiantes y futuros mediadores de la formación teórica y estratégica necesarias para desarrollar su labor. Por último, nuestras expectativas residen en que se establezcan redes de contacto y colaboración entre profesionales sanitarios, profesionales de la mediación cultural e instituciones académicas y educativas, por ser, estas últimas, las entidades que se encargan de la

²⁰ Huelga decir que se atribuye al médico un saber científico específico y especializado, en virtud del cual el paciente no se atreve a poner en tela de juicio su actuación o sus recomendaciones.

formación y capacitación de los futuros mediadores culturales. Será tan sólo a partir de esta sinergia dinámica como se superarán las barreras culturales y sociales.

6 Referencias bibliográficas

Angelelli, C. V. 2004. *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

Benedetti, M. 2005. *La mediazione linguistico-culturale in ambito socio-sanitario: l'Istituto Dermatologico San Gallicano di Roma e il Distretto 3 della ASL di Viterbo*. Memoria de licenciatura no pubblicada: SSLiMIT, Universidad de Bolonia.

California Healthcare Interpreters Association. 2002. *Ethical principles, protocols, and guidance on roles and interventions*.

http://www.chia.ws/documents/publications/CA_standards.healthcare_interpreters.pdf.

Carr, S. E., R. Roberts, A. Dufour and D. Steyn (eds). 1995. *The critical link: interpreters in the community*. Papers from the first international conference on interpreting in the legal, health, and social service settings. Amsterdam y Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

Dallari, G., Previti, D. and Ricci, S. 2005. "Interprete o mediatore culturale? Le aspettative di un servizio sanitario italiano". En Russo, M. and G. Mack (eds.), *Interpretazione di trattativa. La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*, Milán: Hoepli, 183-192.

Diccionario CLAVE (versión en línea) <http://clave.librosvivos.net/>

Duranti, A. 1997. *Linguistic anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Flores, G. 2000. "Culture and the patient-physician relationship: achieving cultural competency in healthcare". En *Journal of Pediatrics*, 136: 14-23.

Foley, W. A. 1997. *Anthropological linguistics. An introduction*. Oxford: Blackwell Publishers.

Galanti, G. 1997. *Caring for patients from different cultures. Case studies from American hospitals*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Geertz, C. 1998. *Interpretazione di culture*. Bolonia: Il Mulino.

Hale, S. B. 2007. *Community Interpreting*. Basingstoke & New York: Palgrave Macmillan.

Hale, S. B. 2010. *La Interpretación Comunitaria. La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. (traducido por Rosa Cobas Álvarez y Carmen Valero Garcés). Granada: Editorial Comares.

Jiménez Ivars, A. 2002. "Variedades de Interpretación: modalidades y tipos". En *Hermeneus*, núm. 4, 1-15. (consultado el 25 de enero de 2012).

Kaufert, J. M. y R. W. I. Putsch. 1997. "Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language and power". En *The Journal of Clinical Ethics*, 8 (1): 71-87.

Kim, U. et al. 1994. *Individualism and collectivism*. Londres: Sage Publications.

Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Los Angeles: University of California Press.

Liebkind, K. 1992. "Ethnic identity – Challenging the boundaries of social psychology". En G. M. Breakwell (eds), *Social psychology of identity and the self concept*, London: Academic, 147-185.

Luka, G. 2005. "Il mediatore interculturale". En Russo, M. y G. Mack (eds.), *Interpretazione di trattativa. La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*. Milán: Hoepli, 203-212.

Pizza, G. 2005. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci Editore.

Rudvin, M. 2004. "Cross-cultural dynamics in community interpreting. Troubleshooting". En G. Hansen, K. Malmkær y D. Gile (eds.) *Translation Studies: Claims, Changes and Challenges*, Amsterdam: John Benjamins, 271-283.

Russo, M y Gabriele Mack (eds.). 2005. *Interpretazione di trattativa. La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*. Milán: Hoepli.

Tomassini, E. 2005. "Esigenze formative e modelli di formazione per l'interprete nei servizi pubblici in ambito medico". En Russo, M. y G. Mack (eds.), *Interpretazione di trattativa. La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*. Milán: Hoepli, 115-127

Wadensjö, C. 1998. *Interpreting as interaction*. London and New York: Longman.