

GRUPO CRIT. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL Y MEDIACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

FRANCISCO RAGA GIMENO

Universitat Jaume I

RESUMEN. *En el presente trabajo se ofrece una breve panorámica de la labor desarrollada por el Grupo CRIT durante los últimos años. En primer lugar se presentan los resultados de la primera fase del proyecto, centrada en los problemas de comunicación intercultural en las conversaciones coloquiales con inmigrantes. Los datos analizados indican que las diferencias en cuanto a los usos verbales, paralenguaje, distribución temporal y distribución espacial son susceptibles de generar graves problemas de comunicación efectiva y de minorización. A continuación se comentan los resultados, aún provisionales, de la segunda fase del proyecto, centrada en los problemas de comunicación intercultural en la atención sanitaria a los inmigrantes. Se presentan las opiniones de los usuarios y del personal sanitario, que inciden en los problemas lingüísticos, culturales y administrativos. Finalmente se aborda el tema del papel de los mediadores interculturales en el ámbito sanitario.*

PALABRAS CLAVE: *comunicación, intercultural, mediación, inmigración, sanidad.*

ABSTRACT. *This paper offers a brief survey of the work of the CRIT Group over the last few years. First, it presents the results of the project's first phase, centred on the problems of intercultural communication found in informal conversations with immigrants. The data analysed indicate that differences relating to verbal use, paralanguage and distribution in time and space are liable to generate severe problems of effective communication and undervaluation. Next, it provides some comments on the (still provisional) results of the project's second phase, focusing on the problems of intercultural communication in the provision of healthcare services to immigrants. It presents the opinions of users and health workers regarding the language, cultural and administrative problems involved. Finally, it considers the role of intercultural mediators in the health sector.*

KEYWORDS: *communication, intercultural, mediation, immigration, health.*

LOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN INTERCULTURAL EN LAS CONVERSACIONES COLOQUIALES¹

Desde sus inicios la labor desarrollada por el Grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales) ha tenido un claro objetivo práctico, colaborar en la mejora de la comunicación entre individuos de diferentes culturas, con especial atención a la situación de los inmigrantes. Como es natural, para que dos individuos puedan conversar tienen que compartir, en primer lugar, una misma lengua. Sin embargo, la ausencia de problemas gramaticales, de pronunciación o de vocabulario no garantiza en absoluto una comunicación efectiva o satisfactoria. Comunicarse consiste en algo más que en codificar y decodificar mensajes verbales. El Grupo CRIT ha venido centrando sus trabajos, precisamente, en el estudio integral de los factores culturales de la comunicación. Sin pretender aportar una nueva definición del término *cultura*, y centrándonos en el ámbito de la comunicación intercultural, partimos de la distinción entre «cultura material» y «cultura comunicativa». La primera incluiría aspectos como la vestimenta, la cocina, el trabajo, las fiestas, o los hábitos y costumbres en general. Evidentemente, el hecho de que los interlocutores no compartan una serie de informaciones básicas a este respecto puede originar problemas comunicativos, especialmente en ámbitos específicos como el de la sanidad, que trataremos más adelante. Sin embargo, en las conversaciones coloquiales, en las que centró su análisis el Grupo CRIT en su primera fase, la cultura material juega en general un papel secundario. En este tipo de situaciones resultan mucho más graves los problemas originados por diferencias en la cultura comunicativa, ya que, entre otras cosas, presentan un grado mucho mayor de inconsciencia o invisibilidad. La cultura comunicativa se manifiesta básicamente en las formas de interactuar, de gestualizar, de intercambiar los turnos de palabra, de organizar las conversaciones, de dirigirse a los interlocutores, de abordar los temas delicados, etcétera.

En esta primera fase el estudio se centró en dos líneas de trabajo complementarias. Por un lado se realizó una labor de análisis comparativo, transcultural, de las diferentes formas de conversar en las culturas objeto de estudio: asiáticas, norteafricanas, subsaharianas y de la Europa del Este. Por otro lado, se llevó a cabo un número significativo de grabaciones audiovisuales de conversaciones interculturales con inmigrantes de las culturas antes mencionadas. Finalmente, y partiendo de las hipótesis del análisis transcultural antes citado, se analizaron las características de los problemas de comunicación intercultural registrados en las grabaciones. Los resultados finales de esta fase del proyecto, que exponemos a continuación de manera breve,² aparecieron publicados en Grupo CRIT (2003).

ANÁLISIS TRANSCULTURAL DE LOS MODELOS COMUNICATIVOS COLOQUIALES

El análisis comparado de las formas de interacción comunicativa coloquial en las diferentes culturas nos ha llevado a proponer una clasificación tetrapartita de las cultu-

ras comunicativas del mundo,³ basada en las cuatro posibilidades combinatorias de los valores sociales de grado de igualdad y grado de preocupación por el conflicto:

TIPOS DE CULTURAS

Tipo A: Alto grado de igualdad y bajo grado de preocupación por el conflicto

Tipo B: Bajo grado de igualdad y alto grado de preocupación por el conflicto

Tipo C: Alto grado de igualdad y alto grado de preocupación por el conflicto

Tipo D: Bajo grado de igualdad y bajo grado de preocupación por el conflicto

Estos cuatro tipos de culturas no suponen cuatro grupos excluyentes entre sí (de ahí que hablemos de grados), sino cuatro tipos ideales, cuatro extremos de una escala a los que se acercarán más o menos las diferentes culturas. Cuando propongamos que, por ejemplo, la cultura mediterránea septentrional se aproximaría al tipo ideal de cultura con alto grado de igualitarismo, no estaremos afirmando que en dicha cultura todos los individuos sean iguales, sino que, en principio, el hecho de nacer en el seno de un grupo o clase social no determina radicalmente que se vaya a permanecer en el mismo, o que, al menos nominalmente, las normas sociales inciden en la igualdad de derechos y obligaciones de los ciudadanos. Y cuando propongamos que, por ejemplo, las culturas aborígenes australianas se aproximan al tipo ideal de cultura con alto grado de preocupación por el conflicto, no estaremos afirmando que en dicha cultura jamás se produzcan conflictos, sino que, en general, se tiende a salvaguardar el consenso del grupo por encima de los intereses de los individuos, lo que lleva a estos últimos a evitar cualquier tipo de confrontación abierta que pueda afectar a la cohesión social.

En principio, sin olvidar la heterogeneidad de toda cultura, y a partir de los datos etnográficos con que contamos, situaríamos cerca del tipo A a la cultura mediterránea septentrional, cerca del tipo B a culturas asiáticas como las de India o China, cerca del tipo C a las culturas indígenas de América del Norte, a las culturas aborígenes australianas, y algunas culturas polinesias, y cerca del tipo D a algunas culturas de castas subsaharianas, como la de los wolof de Senegal, y a las culturas árabes en general.

Estas culturas comunicativas se caracterizan (y esto es lo que realmente nos interesa) por presentar diferentes patrones conversacionales, diferentes modos de interacción comunicativa coloquial, en concreto respecto a los usos del lenguaje (contenido, veracidad y manera), el paralenguaje, la distribución temporal y la distribución espacial,⁴ tal y como se indica en los cuadros 1 y 2.⁵

	MODELO PRÓXIMO: POCA PREOCUPACIÓN POR EL CONFLICTO	MODELO DISTANTE: MUCHA PREOCUPACIÓN POR EL CONFLICTO
Contenido Intercambio informativo: Información personal y Comprometida:	Abundante Muy habitual	Escaso Poco habitual
Veracidad Mentiras sociales: Imagen propia:	Poco habituales Positiva	Bastante habituales Negativa
Manera Lenguaje, formas de tratamiento y actos de habla:	Muy directos	Muy indirectos
Paralenguaje Grado de énfasis:	Elevado	Bajo
Tiempo Secuencias ⁶ : Turnos: Silencios: Solapamientos: Continuadores: Mecanismos verbales y paralingüísticos de toma turnos:	Poco diferenciadas Cortos Pocos y breves Habituales Habituales Habituales	Muy diferenciadas Largos Muchos y largos Poco habituales Poco habituales Poco habituales
Espacio Distancias: Contacto corporal: Contacto visual: Manos y rostro: Movimientos:	Mucha proximidad Admitido Muy habitual Mucha expresividad Mucha coordinación	Mucha distancia Muy poco habitual No habitual Poco expresividad Poca coordinación

CUADRO 1. *Modelo comunicativo próximo y modelo comunicativo distante.*

	MODELO SIMÉTRICO: MUCHA IGUALDAD	MODELO ASIMÉTRICO: POCA IGUALDAD
Contenido Cantidad y tipo de información: Información explícitamente social:	Similar para todos los interlocutores Poco habitual	Diferente dependiendo del estatus Muy habitual
Veracidad Uso de mentiras sociales:	Similar para todos los interlocutores	Diferente dependiendo del estatus
Manera Código, estilo y formas de tratamiento:	Similar para todos los interlocutores	Diferente dependiendo del estatus
Paralenguaje Tipos de rasgos y grado de énfasis:	Similar para todos los interlocutores	Diferente dependiendo del estatus
Tiempo Secuencias y turnos: Distribución de turnos:	Poco preestablecidos Muy equitativa	Muy preestablecidos Poco equitativa
Espacio Lenguaje no verbal: Aspectos macroespaciales ⁷ :	Similar para todos los interlocutores Poco significativos	Diferente dependiendo del estatus Muy significativos

CUADRO 2. *Modelo comunicativo simétrico y modelo comunicativo asimétrico.*

Así pues, las interacciones coloquiales entre individuos pertenecientes a culturas del tipo A, seguirán, en general, el modelo próximo y el simétrico, las del tipo B el distante y asimétrico, las del tipo C el distante y simétrico, y las del tipo C el próximo y asimétrico. Aunque en esta primera fase del proyecto hemos centrado nuestra atención en las conversaciones coloquiales, obviamente hay que tener en cuenta que en una misma cultura podemos encontrar diferentes tipos de interacciones comunicativas, más o menos formales o más o menos rituales, en las que se manifiestan las diferentes variantes comunicativas. Por otro lado, y para no caer en la creación de estereotipos, no hay que perder de vista los comportamientos comunicativos propios de cada individuo, que pueden contrastar significativamente con los observados en su ámbito cultural.

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN INTERCULTURAL: COMUNICACIÓN EFECTIVA Y MINORIZACIÓN

Nuestro análisis de los problemas que pueden surgir en las situaciones interculturales parte de un par de premisas bastante sencillas. Por un lado, los individuos de las diferentes culturas aplican diferentes modelos comunicativos en las conversaciones coloquiales. Por ejemplo, en una conversación entre un interlocutor chino y uno español, el interlocutor chino puede estar aplicando los modelos distante y asimétrico, y el interlocutor español los modelos próximo y simétrico. Por otro lado, en general los interlocutores no somos conscientes de la diversidad de los modelos comunicativos. A nadie se le ocurriría pensar que la lengua china o la árabe sean un «español mal hablado»; somos conscientes de la diversidad lingüística. Sin embargo no somos tan conscientes de la diversidad de las otras dimensiones de la comunicación; como señala Hall (1966), tendemos a hacer de nuestro comportamiento comunicativo un modelo moral universal. Así, por ejemplo, cuando un individuo de origen magrebí se nos acerca tanto al hablar que nos echa el aliento a la cara, no pensamos que la cultura árabe tiene unas pautas proxiémicas diferentes a las nuestras, sino que el individuo o grupo en cuestión se caracteriza por ser entrometido o impertinente, por tomarse excesivas confianzas; y cuando un individuo de origen chino permanece en silencio ante una pregunta que nos parece trivial, no pensamos que la cultura china tiene un tiempo de respuesta en los intercambios de turnos de palabra diferente al nuestro, pensamos (o más bien sentimos) que este individuo o este grupo es lento, poco comunicativo, o desconfiado. Esta creación de juicios valorativos negativos, fruto de un desarrollo frustrante de la comunicación, es lo que autores como Py y Jeanneret (1989) denominan «proceso de minorización».

Es decir, la aplicación de diferentes modelos comunicativos, y la inconsciencia de los interlocutores respecto a los mismos, pueden provocar problemas de comunicación efectiva (falta de entendimiento, o suspensión de la comunicación), y/o problemas de minorización.

DIDÁCTICA DE LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL. LOS INCIDENTES CRÍTICOS

Como comentábamos anteriormente, la labor del Grupo CRIT han tenido siempre una clara vocación práctica, que en el caso de esta primera fase del proyecto se ha plasmado en el manual *Culturas cara a cara. Relatos y actividades para la comunicación intercultural*, de próxima publicación.

Apuntábamos en el apartado anterior que lo que hace especialmente graves los problemas de comunicación intercultural es su carácter inconsciente, la sensación de incomodidad o frustración que provocan en los interlocutores, sin que éstos sean capaces de identificar de manera clara el origen de los mismos. El objetivo del manual *Culturas cara a cara* es, precisamente, explicitar en qué consisten dichos problemas de comunicación

intercultural, cuál es su origen comunicativo y cómo se pueden resolver; y hacerlo de una forma práctica, accesible a cualquier persona, independientemente de su nivel de formación. Por este motivo se optó por emplear el mecanismo didáctico de los incidentes críticos.

Un incidente crítico es una breve descripción de una situación en la que intervienen dos o más personas, y en la que se constata algún tipo de problema comunicativo, intercultural en nuestro caso. El recurso a los incidentes críticos ha venido empleándose habitualmente en los métodos de enseñanza de comunicación intercultural,⁸ normalmente con el siguiente formato: en unas pocas líneas se presenta una breve narración de una situación en la que se produce algún problema de comunicación intercultural, a continuación se ofrecen tres o cuatro explicaciones alternativas, y finalmente se expone cuáles son las soluciones correctas y las incorrectas y por qué.

En *Culturas cara a cara* se ha optado por una versión algo más elaborada. En primer lugar, los incidentes críticos tienen forma de conversación. No se le cuenta al lector lo que ha ocurrido, se deja sea éste quien lo escuche y lo vea directamente. Se trata de breves conversaciones contextualizadas, de algo más de un minuto, en las que intervienen dos o tres personas de diferentes culturas, y que presentan algún tipo de problema de comunicación intercultural, no del todo evidente. Para cada conversación se ofrece, además de la versión estándar, en la que simplemente se reproducen las palabras de los interlocutores, una versión en la que se especifican todos los aspectos de la distribución temporal (silencios, solapamientos, rasgos paralingüísticos, etcétera) y de la distribución espacial (miradas, movimientos, gestos, etcétera). Finalmente, y para darle mayor fuerza didáctica, el manual viene acompañado de un dvd en el que aparece la versión audiovisual de cada uno de los incidentes.

Por otro lado, en lugar de ofrecer tres o cuatro explicaciones alternativas para que el lector escoja la que crea más adecuada, en *Culturas cara a cara* se le van planteando diferentes cuestiones que, de manera progresiva, constructivista, van guiando al lector hacia la comprensión del problema planteado en el incidente. Finalmente, y con vistas al posible trabajo en el aula, se plantean diferentes posibilidades de juegos de rol, así como actividades en las que los participantes pueden exponer las características de sus propias culturas en torno a la cuestión comunicativa planteada en cada incidente.

COMUNICACIÓN INTERCULTURAL Y MEDIACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

En los últimos años el Grupo CRIT ha venido centrando sus estudios en el tema de la comunicación intercultural en el ámbito de la atención sanitaria. Si los problemas de comunicación intercultural en las conversaciones coloquiales pueden tener importantes consecuencias para la integración de la población de origen inmigrante, mucho más graves son los que habitualmente se registran en ambulatorios, centros de salud y hospitales. Las diferencias lingüísticas y terminológicas, pero también las culturales, pueden causar el alejamiento de los inmigrantes del sistema de salud al que legalmente tienen derecho, cuando no consecuencias mucho más dramáticas.

El cambio de ámbito de estudio, de las conversaciones coloquiales a las interacciones médicas, ha supuesto considerables cambios en la metodología y el tipo de análisis empleados. En primer lugar, la interacción médico-paciente suele estar claramente marcada desde el punto de vista social; el grado de equilibrio o desequilibrio de estatus que se observa entre médico y paciente en las diferentes culturas trae consigo significativas diferencias transculturales. En este sentido, se viene desarrollando una labor bibliográfica, y de trabajo de campo en los países de origen, con vistas a contar con un conocimiento más preciso de los patrones de interacción comunicativa entre sanadores y pacientes en las culturas implicadas.

En segundo lugar, a diferencia de lo comentado anteriormente a propósito de las conversaciones coloquiales, en el ámbito sanitario es inevitable prestar una especial atención a aspectos culturales no directamente relacionados con la interacción comunicativa. Esto ha llevado al proyecto a adentrarse en el campo de la antropología médica,⁹ que aborda cuestiones como el de las diferentes concepciones del cuerpo humano y de su funcionamiento, el origen y naturaleza de las enfermedades, la alimentación, los ritos curativos, los ciclos vitales, etcétera.

Por último, en el ámbito sanitario aumentan considerablemente las trabas a la hora de conseguir registros audiovisuales reales. Esto ha llevado a ensayar, al menos de entrada, una vía de acceso algo más indirecta, como es la de las entrevistas. Hasta el momento contábamos con las entrevistas llevadas a cabo en el marco del proyecto europeo *Health for All, All for Health. European experiences on health care for migrants*,¹⁰ que ya apuntan que los principales problemas en la atención sanitaria a la población inmigrante son de carácter comunicativo, especialmente lingüísticos, terminológicos y culturales, agravados por la ausencia de intérpretes y mediadores interculturales, y de folletos informativos multilingües. Actualmente el Grupo CRIT se haya inmerso en una labor de implementación y análisis de entrevistas a personal sanitario, usuarios inmigrantes y mediadores interculturales, en las que se les pregunta de manera exhaustiva y sistemática acerca de aspectos generales, lingüísticos, burocráticos, culturales y comunicativos. Las conclusiones con que contamos son todavía muy provisionales, pero presentan un panorama bastante preocupante, que pasamos a comentar en el próximo apartado.

LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

La provisionalidad de los datos que presentamos a continuación nos obliga a establecer generalizaciones acerca de las relaciones de la población inmigrante con la sanidad española, sin especificar las características específicas según la cultura o nacionalidad de origen.

Lo primero que hay que señalar es que, en general, los inmigrantes valoran de manera muy positiva la sanidad pública española, su nivel tecnológico, la profesionalidad del personal sanitario y, sobre todo, la gratuidad de los servicios. Sin embargo, tanto los usuarios como el personal sanitario coinciden en calificar su relación mutua como bastante problemática, especialmente en el ámbito comunicativo.

Los problemas comunicativos vienen motivados en primer lugar por la burocratización de la sanidad, desconocida en gran parte de los países de origen de los inmigrantes. El rígido sistema de citas, que debe pasar varios filtros administrativos, y que en gran medida implica el dominio de documentación escrita, se ve agravado por la precaria situación sociolaboral de los usuarios. El personal sanitario apunta que la mala adaptación de la población inmigrante a la burocracia sanitaria, especialmente por lo que respecta a los turnos y horarios, crea problemas entre éstos y los pacientes españoles. Señalan igualmente la tendencia, más marcada entre la población inmigrante que entre la española, a acudir a los servicios de urgencias, como una forma de agilizar los trámites administrativos. Efectivamente, gran parte de los usuarios extranjeros entrevistados comentan su tendencia a no acudir a los servicios sanitarios salvo en los casos graves, y a hacerlo a través de los servicios de urgencias. Finalmente hay que señalar la positiva labor que desempeñan los trabajadores sociales en el ámbito administrativo, aunque en muchos casos ésta se vea limitada por su desconocimiento de las lenguas y culturas de los inmigrantes.

También el grado de seguimiento de las normas de convivencia en los centros hospitalarios puede afectar a las relaciones entre pacientes de origen extranjero, personal sanitario y pacientes autóctonos. A este respecto, el personal sanitario señala los problemas que se originan por el incumplimiento de los horarios de visitas y por el número excesivo de personas de determinadas nacionalidades que acuden a las mismas. Por su parte, los usuarios extranjeros de ciertas culturas se quejan de los problemas que encuentran a la hora de llevar a cabo ciertos ritos, como rezos, que exigen determinadas condiciones de higiene e intimidad. Se constatan igualmente problemas con la alimentación, especialmente por la prohibición del consumo de determinados alimentos en algunas religiones, o por la dieta especial que se debe llevar en determinadas épocas del año. La presencia de dietistas en los hospitales no siempre resuelve estos problemas alimentarios de origen cultural.

Pasando ya a la interacción médico-paciente, y en concreto a los aspectos relacionados con la comunicación intercultural de los que antes hablábamos, se registran grandes diferencias dependiendo de la cultura de origen. Por ejemplo, el personal sanitario comenta que los individuos de determinadas culturas presentan una actitud muy pasiva, muy poco colaboradora, mientras que los de otras culturas apenas les permiten tomar la iniciativa en el desarrollo de las entrevistas. Por su parte los usuarios extranjeros se quejan de la frialdad y deshumanización del trato que les dispensa el personal sanitario.

Estas actitudes comunicativas enfrentadas se manifiestan a diferentes niveles. Por ejemplo, respecto a la cantidad y tipo de informaciones, los usuarios extranjeros encuentran que el personal sanitario se centra exclusivamente en aspectos físicos y apenas se preocupa por su situación personal; mientras que los médicos señalan las dificultades para conseguir datos objetivos de determinados grupos de inmigrantes, especialmente cuando éstos se refieren a temas delicados, como la sexualidad. El personal sanitario se queja igualmente de los casos de insinceridad en aquellas situaciones en que se deben abordar cuestiones problemáticas o comprometidas. En cuanto a las formas de expre-

sión, los usuarios extranjeros consideran que en general son tratados de una forma cortés por parte del personal sanitario, aunque con cierta frialdad. Por su parte el personal sanitario señala que las faltas de cortesía en cuanto a las formas de expresión están motivadas por el escaso dominio de la lengua, y destacan el tratamiento excesivamente retórico, la excesiva cortesía, por parte de algunos grupos de inmigrantes. Respecto a los aspectos paralingüísticos, los usuarios extranjeros suelen destacar el tono frío, cuando no autoritario, de los médicos; mientras que éstos apuntan el tono excesivamente enfático de determinados grupos de inmigrantes. Uno de los aspectos que más destacan los inmigrantes es el de las dificultades que encuentran para expresarse sin ser interrumpidos por el médico, que dirige absolutamente el curso de la conversación, sin dejarles tomar la iniciativa en ningún momento. Paradójicamente, los médicos apuntan las dificultades que encuentran para hacer hablar a los pacientes de determinadas culturas, para llenar los silencios que éstos dejan. Apuntan, sin embargo, las dificultades para dirigir la entrevista ante la verbosidad de otros inmigrantes.

Finalmente, por lo que respecta al lenguaje no verbal, además de ciertas incomodidades por la mirada demasiado directa de los médicos, y la constante desviación de la mirada de determinados inmigrantes, los principales problemas se concentran en la exploración física, en las diferentes expectativas respecto a las posibilidades de contacto directo. En general, todos estos problemas comunicativos, y muy especialmente los referidos a la exploración física, se agravan en aquellos casos en que médico y paciente son de diferente sexo, especialmente en determinadas culturas. En ocasiones los pacientes evitan directamente acudir a una consulta médica atendida por personal sanitario del otro sexo.

Pero sin duda el problema más destacado es el lingüístico. Cuando se les pregunta tanto al personal sanitario como a los usuarios extranjeros acerca de las dificultades que se encuentran en sus relaciones mutuas, el primer aspecto destacado es el del desconocimiento de la lengua española. Incluso en aquellos casos en que el usuario inmigrante tiene un buen nivel de español es habitual que surjan problemas de comprensión lingüística, motivados por las diferencias entre la terminología empleada por los médicos y los pacientes, derivada a su vez de las diferencias en cuanto a la concepción del funcionamiento del cuerpo humano que se observan entre la biomedicina y las medicinas tradicionales. La terminología médica y la administrativa ocupan un lugar destacado en la abundante documentación escrita (volantes, recetas, consentimientos, carteles de avisos...) que debe manejar el usuario que acude a la sanidad, lo cual agrava los problemas de comprensión.

Entre las soluciones empleadas a la hora de solventar estos problemas comunicativos, se encontrarían el uso de una lengua puente (francés o inglés) conocida por ambas partes, el recurso al lenguaje no verbal, a los gestos, y los folletos informativos multilingües para uso tanto de los pacientes como del personal sanitario. El problema de estas medidas, además de no encontrarse siempre disponibles, es que en la mayoría de casos permiten un nivel de comunicación bastante elemental, que no permite entrar en los detalles que requiere una entrevista clínica.

La mejor solución para este tipo de problemas pasa por la utilización de una tercera persona que actúe como puente comunicativo. Por desgracia, la ausencia de intérpretes y mediadores profesionales en los centros médicos y hospitales, especialmente en la Comunidad Valenciana,¹¹ obliga a que cumplan esta función personas que no están preparadas profesionalmente, como familiares o amigos, en muchos casos niños.

LA FIGURA DEL MEDIADOR INTERCULTURAL

Si en el caso de las conversaciones coloquiales consideramos que la vertiente aplicada debía encauzarse a través de la didáctica, de la elaboración de métodos de enseñanza de comunicación intercultural, en el caso de las interacciones en el ámbito sanitario nos fijamos como objetivo básico la elaboración e implementación de programas de formación para mediadores interculturales, así como su promoción profesional. La de mediador intercultural es una figura laboral que, aunque reconocida legalmente, no está todavía claramente definida, y ha venido adoptando perfiles muy diversos. Muy brevemente pasamos a comentar las experiencias más destacadas en este ámbito, y su concepción de la figura del mediador intercultural.

El SEMSI (Servicio de Mediación Social Intercultural) del ayuntamiento de Madrid cuenta con más de 30 mediadores de diferentes nacionalidades, formados en inmigración e interculturalidad, polivalentes (no especializados ni en una cultura ni en un tipo de servicio público), que además de desarrollar su labor de acompañamiento y mediación ante las instituciones, juegan un papel activo en la mejora y difusión de la información, elaborando, traduciendo y divulgando materiales informativos en las lenguas de origen.¹²

La asociación Andalucía Acoge y el AEP Desenvolupament Comunitari de Cataluña¹³ vienen desarrollando de forma coordinada varios proyectos de formación y profesionalización de mediadores interculturales. La visión con que ambos grupos abordan el tema de la mediación intercultural tiene un carácter algo más específico, menos basado en el modelo de asistencia social. Según su planteamiento, las funciones de la mediación intercultural consisten en la intermediación lingüística y cultural, la promoción y formación de las personas usuarias de un servicio concreto y la orientación de usuarios y profesionales hacia la efectividad. Los requisitos del mediador intercultural deben ser la imparcialidad, la confidencialidad y la posesión de un estatus propio; deben poseer experiencia en contextos multiculturales, dotes comunicativas para la mediación, conocimientos lingüísticos y conocimiento de las redes sociales y de los servicios públicos.

La figura del mediador intercultural se encuentra en estos momentos en una fase emergente, con unos límites difusos respecto a otras figuras laborales como las del intérprete o el trabajador social. En el presente monográfico encontrará el lector diversos artículos con interesantes reflexiones a este respecto. Por nuestra parte, nos limitaremos a apuntar que, al menos de entrada, en la actual fase de desarrollo del proyecto, nos decantamos por una postura claramente integradora e interdisciplinar. Así lo hemos intentando reflejar en el curso de formación superior de mediación intercultural e interpretación en el ámbito sanitario que se llevará a cabo a lo largo del año 2006, y que en su progra-

ma incluye temas relacionados con las características socioculturales de la población inmigrante y las particularidades de su acceso a los servicios públicos, la traducción en el ámbito sanitario, la comunicación intercultural, la antropología médica (con especial atención a las culturas de origen de la población inmigrante), y la teoría y práctica de la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario.

La articulación de todos estos campos de conocimiento vendría dada, pensamos, por la propia práctica profesional, que debe situar en un primer término los aspectos lingüísticos durante las interacciones a tres, médico-paciente-mediador, y hacer lo propio con los aspectos culturales y administrativos en las reuniones mediador-personal sanitario y mediador-pacientes extranjeros, previas o posteriores a las consultas médicas. En cualquier caso, tengan un tipo u otro de formación, las experiencias que se vienen desarrollando avalan que la presencia generalizada de mediadores interculturales en ambulatorios, centros de salud y hospitales garantiza una mejora en el acceso de la población extranjera a la sanidad.

NOTAS

1. El presente trabajo se desarrolla en el marco del proyecto de investigación: «La mediación intercultural en la atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa y propuestas de formación» (HUM2004-03774-C02-01-FILO), subvencionado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología.
2. Véase Raga (2005). Una versión ampliada de lo expuesto en este apartado aparecerá en Grupo CRIT (e.p.).
3. Entre las diferentes propuestas de clasificación de las culturas del mundo destaca la de Hofstede (1980), una de las que ha tenido más eco entre los estudiosos de las interacciones comunicativas, y que emplea los parámetros de distancia de poder, individualismo, masculinidad y evitación de incertidumbre.
4. Respecto a los usos del lenguaje tomamos como punto de partida la propuesta de máximas conversacionales de Grice (1989). Por lo que respecta al paralenguaje, conjunto de características sonoras que se desarrollan a lo largo de las interacciones y que cumplen funciones comunicativas no específicamente gramaticales o referenciales, seguimos la clasificación de Poyatos (1994: 25-148). Respecto a la distribución temporal, al análisis conversacional, véase Gallardo (1996). De la abundante bibliografía dedicada a la distribución espacial, a la comunicación no verbal, podemos destacar el trabajo de Richmond y McCroskey (1995).
5. Diferentes autores han empleado dualismos muy similares (aunque no del todo equivalentes) para clasificar los diferentes tipos de estrategias comunicativas, o los patrones comunicativos culturales en general. Por citar dos, Hall (1976: 105 y ss.) habla de sistemas comunicativos altamente contextualizados y sistemas comunicativos poco contextualizados, y Bloch (1975) habla de culturas comunicativamente ritualizadas y culturas comunicativamente no ritualizadas.
6. Especialmente significativo es el grado de diferenciación entre la secuencia de saludo y las secuencias temáticas, y entre éstas y la secuencia de despedida.
7. Los aspectos macroespaciales son aquéllos que difícilmente se ven alterados a lo largo de la interacción, como las vestimentas o la distribución global del espacio.
8. Storti (1994) es un buen ejemplo de utilización de incidentes críticos interculturales con una finalidad didáctica. Otros trabajos emplean incidentes críticos para ejemplificar acerca de los problemas de comunicación entre dos culturas en particular, como Wang (2000), o en un ámbito comunicativo concreto, como Gropper (1996).
9. Véase, por ejemplo, Kleiman (1980), o Perdiguero y Comelles (2000) en el ámbito español.
10. Véase Mascarella et al. (2002).
11. Véase el artículo de Dora Sales en este mismo monográfico.
12. Véase Giménez (2002).
13. Véase Giménez (2002).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bermúdez, K. y otros (2002). *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid: Editorial Popular.
- Bloch, M. (ed.) (1975). *Political language and oratory in traditional society*. New York: Academic Press.
- Gallardo, B. (1996). *Análisis conversacional y pragmática del receptor*. Valencia: Episteme.
- Giménez, C. (Coord.) (2002). *El corazón de Madrid. El servicio de mediación social intercultural SEMSI*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Grice, H.P. (1989). *Studies in the way of words*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gropper, R. (1996). *Culture and the clinical encounter. An intercultural sensitizer for the health professions*. Yarmouth: Intercultural Press.
- Grupo CRIT (2003). *Claves para la comunicación intercultural*. Castellón: Universitat Jaume I.
- Grupo CRIT (e.p.). *Culturas cara a cara. Relatos y actividades para la comunicación intercultural*. Madrid: Edinumen.
- Hall, E.T. (1966). *La dimensión oculta*. Madrid: Siglo XXI, 1994.
- Hall, E.T. (1976). *Beyond culture*, Nueva York, Doubleday Anchor Press.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences*. Newbury Park: Sage, 1984.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Mascarella, L., J.M. Comelles & X. Aullé (2002). *La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España*. Retrieved Noviembre 2004, from <http://www.salutepertutti.org>
- Perdiguero, E. & J.M. Comelles (eds.) (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Poyatos, F. (1994). *La comunicación no verbal. II. Paralenguaje, kinésica e interacción*. Madrid: Istmo.
- Py, B. & R. Jeanneret (eds.) (1989). *Minorisation linguistique et interaction*. Geneva: Droz.
- Raga, F. (2005). *Comunicación y cultura. Propuestas para el análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara*. Madrid/Frankfurt: Iberoamericana/Vervuert.
- Richmond, V.P. & J.C. McCroskey (1995). *Nonverbal behavior in interpersonal relations*. Boston: Allyn & Bacon, 4ª ed, 2000.
- Storti, C. (1994). *Cross-cultural dialogues. 74 brief encounters with cultural difference*. Yarmouth: Intercultural Press.
- Wang, M.M. (2000). *Turning bricks into jade. Critical incidents for mutual understanding among Chinese and Americans*. Yarmouth: Intercultural Press.

