

Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural

Roberto Ortí, Enric Sánchez**, Dora Sales****

(robertorti@yahoo.es, Enric.Sanchez@uv.es, dsales@trad.uji.es)

Instituto Cervantes, **Universitat de València, **

Universitat Jaume I

(Grupo CRIT)

0. Introducción

Cuando una persona de nuestra cultura intenta comunicarse con otra extranjera que vive en nuestro país, suele conseguirlo con éxito, por medios lingüísticos y/o extralingüísticos, como vemos a diario a nuestro alrededor, o quizá nos haya ocurrido a nosotros mismos. Pero también se pueden dar problemas en esa comunicación. Entonces, ese tipo de contacto, al que llamamos comunicación intercultural, puede generar problemas de minorización del extranjero o de prejuicios mutuos. Estos problemas pueden deberse, como sabemos, a problemas de lenguaje, por desconocimiento de nuestro idioma, o por factores no lingüísticos, como, entre otros, aspectos de la cultura material que es propia del extranjero, o de una cultura comunicativa diferente. Mientras que es relativamente fácil reconocer los problemas lingüísticos y los de cultura material diferente, los provocados por los contrastes comunicativos son más elusivos e inconscientes, y, por tanto, es muy importante sacarlos a la luz. En realidad, claro está, los problemas por el contraste de cultura comunicativa suelen darse mezclados con los contrastes de cultura material y las dificultades lingüísticas, pero, a efectos metodológicos, en este trabajo nos centramos en ellos y los presentaremos como único objetivo de nuestro estudio, descartando los demás factores, aunque haremos ciertas alusiones a ellos. Pretendemos destacar el hecho de que, por sí solos, estos contrastes pueden generar problemas comunicativos que, al pasar generalmente desapercibidos, influyen en nuestra percepción sobre los extranjeros, y viceversa. En concreto, en el ámbito sanitario estos problemas harían necesaria la presencia de una figura profesional específica, la del mediador intercultural.

El presente trabajo se compone de dos partes. En el primer apartado se ofrece un breve resumen de las actividades del grupo

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural

CRIT en el terreno de la comunicación intercultural entre autóctonos y extranjeros con los que convivimos actualmente en nuestra sociedad. Nos centramos en el estudio de la mediación intercultural en el contexto sanitario, tema del que hacemos una somera presentación aquí, con algunas referencias a la situación de la mediación intercultural en el contexto sanitario en España que nos parecen de utilidad para ubicar nuestra investigación en curso, de la que este trabajo es una pequeña muestra.

En el segundo apartado nos ocupamos del estudio concreto de las culturas comunicativas de tres de los grupos de extranjeros que estudiamos en el grupo CRIT (los procedentes de India y Pakistán, Europa del Este y Magreb) y su contraste con nuestra propia cultura comunicativa. Analizamos los conflictos que se derivan de esta interacción con la intención de contribuir a su solución en el marco de una actuación de mediación imprescindible, a nuestro parecer. Esto es, como decíamos arriba, postulamos la necesidad de un mediador intercultural profesional como mejor solución para ayudar a resolver dichos conflictos y como vía para el conocimiento respetuoso de las demás culturas.

1. Mediación intercultural en el ámbito sanitario

Desde sus comienzos, en 1998, el grupo CRIT tiene como principal objeto de estudio la interacción comunicativa entre inmigrantes y españoles, los problemas que ésta conlleva y, principalmente, la posibilidad de superarlos mediante un conocimiento de comunicación intercultural. El grupo ha venido adoptando una metodología empírica, basada en primera instancia en el análisis de las grabaciones audiovisuales de interacciones interculturales. El estudio de estas interacciones se ha llevado a cabo desde una perspectiva sistémica que intenta abarcar todas las dimensiones comunicativas, desde los usos verbales hasta el lenguaje no verbal y la toma de turnos. Ante todo, la investigación de CRIT postula que es posible proponer una clasificación funcional y dinámica de los patrones comunicativos de las diversas culturas (Raga, 2005).

Actualmente, en el grupo CRIT estamos trabajando de lleno en el proyecto de investigación “La mediación intercultural en la atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa y propuestas de formación”, subvencionado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología y coordinado con la Universidad de Alcalá. A partir de este proyecto, CRIT se halla inmerso en un ámbito de trabajo emergente, interdisciplinario y en plena construcción

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

en la actualidad: el campo de la mediación intercultural, sobre el que hay mucho por hacer en España, y que se interrelaciona de forma directa con la práctica de la traducción y la interpretación en los servicios públicos (Sales, 2005).

De hecho, a pesar de los esfuerzos investigadores y formativos que se están desarrollando en la última década en torno a la mediación intercultural y la interpretación en los servicios públicos (Angelelli, 2004; Castiglioni, 1997; Gentile, Ozolins y Vasilakakos, 1996; Mason, 2001; Russo y Mack, 2005, o Wadensjö, 1998, entre otros), y a pesar de la necesidad apremiante de contar con profesionales capacitados para que un sector cada vez más importante de la población pueda tener un acceso normalizado a servicios públicos como la justicia, la educación o la sanidad; lo cierto es que hoy por hoy seguimos sin contar con un sistema de formación estable, coherente y homologado para los mediadores interculturales e intérpretes en los servicios públicos, al tiempo que existe un debate abierto en cuanto a las competencias y funciones de esta figura.

Los motivos que conducen a esta situación son diversos: por un lado la falta de voluntad institucional para abordar esta situación, y por otro la falta de propuestas formativas que incidan en las necesidades de este nuevo perfil profesional integrado, que denominaríamos mediador-intérprete. CRIT se está centrando en el segundo aspecto, poniendo en marcha acciones formativas que, al tiempo, visibilizan y tratan de generar sensibilización sobre el tema.

La mediación intercultural es un fenómeno bastante reciente, que en España no cuenta con mucho más de diez años. De hecho, como avanzábamos, se trata de una figura que aún no está del todo definida, ni siquiera regularizada profesionalmente. Hoy por hoy no existe un título oficial de mediador intercultural, ni un sistema de formación y acreditación. La mediación intercultural suele estar relacionada con el ámbito del trabajo social, y las pocas iniciativas formativas en este campo, contando o no con apoyo académico universitario, se han puesto en marcha desde ONGs y servicios sociales de ayuntamientos, aunque en los últimos años también han surgido propuestas formativas desde centros universitarios. Para definir qué es la mediación intercultural veamos una propuesta al respecto, por parte de Giménez (1997: 142):

Entendemos la Mediación Intercultural –o mediación social en contextos pluriétnicos o multiculturales– como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y el acercamiento de las partes, la

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural

comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados.

A grandes rasgos, se habla, pues, de mediación intercultural cuando la comunicación entre dos partes no puede llevarse a cabo sin el puente de una tercera persona. Aquí conviene dejar claro que el ámbito de mediación que nos interesa se refiere al que se produce en los “contextos pluriétnicos o multiculturales” de los que habla Giménez, generalmente como consecuencia de la llegada de inmigrantes, lo que implica la mayor parte de las veces la presencia de varias lenguas, costumbres, sistemas de valores y modelos comunicativos.

Ante todo, el mediador interviene, construye un lenguaje común entre las partes, despliega un papel activo y delicado para el cual la formación adquiere un valor fundamental. Y precisamente en el ámbito de las necesidades formativas en torno a la mediación existen enormes carencias, como decíamos. Cabe destacar, no obstante, la labor de algunos grupos que ya llevan un tiempo trabajando en este campo en nuestro país. Así, de las iniciativas puestas en marcha tenemos que mencionar la EMSI (Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid), en estrecha colaboración con Cruz Roja, donde se ha venido desarrollando, bajo la dirección de Giménez Romero, el Programa de “Migración y Multiculturalidad”. Como resultado de la colaboración entre EMSI y el Ayuntamiento de Madrid desde 1997 funciona el SEMSI (Servicio de Mediación Social Intercultural), inspirado en sistemas similares de Italia, Suecia o Reino Unido (Giménez, 2002).

Otro importante foco de atención en torno a la mediación intercultural lo desarrollan la Federación Andalucía Acoge y el AEP Desenvolupament Comunitari de Catalunya, que han venido colaborando desde 1998, especializándose en la formación de mediadores interculturales. No es de extrañar, pues, que la propuesta más consistente con que contamos hoy por hoy en España en cuanto a la mediación intercultural y los aspectos formativos que conlleva venga de la mano de la labor conjunta de la Federación Andalucía Acoge y el AEP Desenvolupament Comunitari de Catalunya, recogida en el volumen *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación* (Bermúdez *et al.*, 2002), que proporciona reflexiones sobre la mediación intercultural y un modelo pedagógico para la organización de un curso de formación en mediación intercultural, desde la metodología de investigación-acción-participación.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural”

Ante todo, insistimos que en el campo de la mediación intercultural hace falta una progresiva capacitación y profesionalización, junto con el reconocimiento institucional. Las carencias actuales en este sentido motivan que en muchas ocasiones terminen haciendo de mediadores familiares o amistades de los inmigrantes que necesitan de la ayuda de un enlace, con la falta de preparación y la tensión personal que eso puede conllevar. Sin duda esto es así en la Comunidad Valenciana, donde la situación requiere de esfuerzos en firme, que en comunidades como Cataluña, Madrid o Andalucía ya son más palpables y consistentes (Sales, e.p.).

Como hemos avanzado, en los últimos años el Grupo CRIT ha venido centrando sus estudios en la comunicación y la mediación intercultural en el ámbito de la atención sanitaria. Si es evidente, por ejemplo, que los problemas de comunicación intercultural en las conversaciones coloquiales pueden tener consecuencias negativas para la integración de la población inmigrante en nuestra sociedad, no es menos evidente que si trasladamos esta situación al contexto de la sanidad las consecuencias pueden ser mucho más graves.

Cuando un médico de nuestro entorno y un paciente de origen inmigrante se encuentran, no sólo se ponen en liza diferencias lingüísticas y terminológicas, evidentes, sino divergencias culturales en la forma que ambos conciben salud, enfermedad, atención sanitaria o tratamientos, entre otros aspectos que nos llevan al terreno de la antropología médica, que aborda cuestiones como 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.

En estos momentos en el Grupo CRIT estamos analizando un corpus de entrevistas (realizadas a lo largo del año 2005) a personal sanitario, usuarios inmigrantes y mediadores interculturales, en las que recogemos información de manera sistemática sobre aspectos generales, lingüísticos, burocráticos, culturales y comunicativos. Del análisis de estas entrevistas se pretende elaborar un diagnóstico realista acerca de la situación de la atención sanitaria a la población inmigrante, detectando problemas y necesidades (véase un informe preliminar en Raga, e.p.).

Al tiempo, de forma simultánea, hemos iniciado un camino de acción formativa que ya ha tomado cuerpo con la realización, en el año académico 2005-06, del *Curso de Formación Superior en Mediación Intercultural e Interpretación en el ámbito sanitario*, organizado desde el Departamento de Traducción y Comunicación y

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural

el Centro de Estudios de Postgrado y Formación Continua de la Universidad Jaime I.¹ El curso constaba de 120 horas, 80 de clases presenciales y 40 de prácticas de mediación intercultural e interpretación en hospitales de la provincia de Castellón, en virtud de un convenio firmado entre la Conselleria de Sanidad y la Universidad Jaime I. La perspectiva pedagógica planteada por el curso ha sido, en todo momento, interdisciplinaria y aplicada, apostando, además, por la interrelación entre el campo de la mediación intercultural y el de la interpretación en los servicios públicos. Así, el programa del curso ha incluido sesiones sobre inmigración y servicios públicos, traducción en el ámbito biosanitario, comunicación intercultural, salud y enfermedad en las culturas del mundo (en concreto, África Subsahariana, América Latina, India y Pakistán, China, Magreb y Europa del Este), técnicas de interpretación en la atención sanitaria y técnicas de mediación en la atención sanitaria.

2. Comunicación, cultura y sanidad

Para la elaboración de este apartado nos hemos basado en la bibliografía especializada así como en el corpus de entrevistas a personal sanitario, usuarios inmigrantes y mediadores interculturales que venimos realizando y recopilando en el marco del proyecto “La mediación intercultural en la atención sanitaria a la población inmigrante. Análisis de la problemática comunicativa intercultural y propuestas de formación” (financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología), que actualmente estamos desarrollando el Grupo CRIT.

En lo que sigue pasamos a presentar algunas características propias de la comunicación y vivencia sanitaria de diversas culturas inmigrantes en nuestro país, con la intención de desvelar de forma objetiva su realidad, para desmontar prejuicios y malentendidos. Al tiempo, en nuestra opinión, este tipo de conocimiento cultural es una información necesaria en la formación de mediadores interculturales, como destacaremos en las conclusiones. Para dar cuerpo a las reflexiones, nos basamos en ejemplos tomados de los contextos de India y Pakistán, Europa del Este y Magreb.

¹ La segunda edición de este programa formativo, actualmente en preparación, tendrá lugar en el segundo semestre del curso 2006-07, para el que –de forma complementaria– también estamos organizando un *Curso intensivo de árabe marroquí oral*, que se celebrará en noviembre de 2006, organizado desde el Departamento de Traducción y Comunicación y el Centro de Estudios de Postgrado y Formación Continua de la Universidad Jaime I. Coordinan estos cursos Francisco Raga y Dora Sales.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

A grandes rasgos, podríamos decir que en las interacciones comunicativas entre personal sanitario español y pacientes inmigrantes de diversas procedencias las principales trabas devienen de dos terrenos (Raga y Sales, e.p.):

- los diferentes patrones comunicativos de las diversas culturas (cultura comunicativa)
- las creencias y costumbres de las diversas culturas en lo que se refiere al contexto sanitario (creencias, costumbres y cultura material en el ámbito de la salud)

El primero de estos terrenos nos conduce al estudio de la comunicación intercultural, partiendo del conocimiento de las dimensiones comunicativas de los usos verbales (en cuanto a la cantidad y contenido de la información intercambiada, la veracidad y la manera), paralenguaje, turnos de palabra y lenguaje no verbal en las diferentes culturas. En este sentido, partiendo de la propuesta conceptual de Raga (2005), el Grupo CRIT ha desarrollado trabajos descriptivos e interpretativos de carácter sistémico e integral (Grupo CRIT, 2003).

El segundo de estos terrenos nos lleva a un campo multiforme integrado por creencias, valores, costumbres y tradiciones, en la línea del trabajo de la antropología médica. Las diversas culturas del mundo tienen su propia visión acerca de la salud, la enfermedad, el cuerpo y la curación, que por lo general muestra una importante correlación con aspectos como las costumbres alimenticias, las particularidades de las relaciones familiares (con incidencia de la variable de género), los ritos de nacimiento y muerte, etc. En este campo estamos recogiendo abundante información, atendiendo a las principales procedencias de grupos inmigrantes en la Comunidad Valenciana. Dada la densidad de información obtenida, no podemos, por motivos de espacio, incluir en este trabajo la relación entre este bagaje cultural de los extranjeros y los conflictos que pueden producir en la interacción sanitaria, y optamos por centrarnos en el ámbito de la interacción comunicativa, aunque, dada la interrelación entre el terreno comunicativo y el de la cultura material, apuntamos algunos datos relativos a este segundo campo, sin los cuales resulta imposible abordar la situación comunicativa intercultural.

2.1. India y Pakistán

La población inmigrante procedente de India y Pakistán en España se ubica sobre todo en Barcelona ciudad y Canarias. En la Comunidad Valenciana su presencia es destacable en Valencia.

India y Pakistán (junto con Sri Lanka, Bangladesh y Nepal) configuran lo que se denomina el sudeste asiático, espacio plural donde se entrecruza gran variedad de creencias, prácticas y experiencias sobre la salud en el seno de cada uno de estos países, aunque puede hablarse de características comunes y generalizadas, que recogemos aquí. En esencia, las concepciones sanitarias del sudeste asiático derivan en gran medida de la medicina ayurvédica, el Ayurveda, sistema médico tradicional procedente de la India (Subbarayappa, 2001). Los posibles conflictos que pueden darse en las interacciones médicas con pacientes de este origen proceden en mayor medida de la concepción que existe en el sudeste asiático en cuanto a la salud y la enfermedad, asentada en un sistema de medicina tradicional del todo latente y arraigado, y también de las normas comunicativas propias de estos interlocutores. En este sentido, indios y pakistaníes siguen un patrón comunicativo asimétrico que se muestra poco preocupado por el conflicto en situaciones de igualdad entre los interlocutores, pero muy preocupado por el conflicto en situaciones de desigualdad (Raga, 2005: 79), como, por ejemplo, la interacción con un médico, a quien se considera de estatus superior.

Adentrándonos sucintamente en lo que respecta a la comunicación intercultural con pacientes de origen indio y pakistaní,² cabe decir que las interacciones con estos usuarios revelan una cierta incomodidad derivada de las escasas opciones que los médicos españoles les dan para explicar sus síntomas en profundidad. El diagnóstico en la medicina tradicional de India y Pakistán (arraigada en los sistemas médicos del Ayurveda y el Unani, esencialmente), además de basarse en un profundo análisis físico de naturaleza holística, se fundamenta en la narración pormenorizada que los pacientes hacen acerca de su estado físico y emocional. En la medicina tradicional, ante las preguntas del médico, el paciente suele dar mucha información sobre diversos aspectos. Los pacientes indios y pakistaníes explican y especifican el origen de su dolencia, su estado físico, cómo comen, cómo trabajan, qué les preocupa, cómo duermen o qué sueñan. Es del todo importante la narración de la enfermedad, la vivencia de la enfermedad, que hace el propio paciente; de hecho el diagnóstico no sólo se basa en elementos físicos sino en las sensaciones del paciente, su estado anímico, situación familiar, social, etc., en sintonía con la

² Junto con el material del corpus de entrevistas CRIT nos han resultado de interés las lecturas de Assanand, Dias, Richardson y Waxler-Morrison (1990), Kakar (1982) y Rajwani (1996).

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

concepción holística de la sanidad en esta cultura. Pueden llegar a dar informaciones muy íntimas, aunque de formas indirectas. Por ello, en ocasiones les sorprende la escasa información que les piden y les ofrecen los médicos españoles. De hecho, se considera poco respetuoso darse prisa en la entrevista con el médico. Los médicos de la medicina tradicional en India y Pakistán, *vaidis* y *hakims*, demuestran su pericia y competencia como sanadores proporcionándoles a los pacientes diagnósticos rápidos y muy detallados. Por ello, los pacientes indios y pakistaníes sienten que, muchas veces, los profesionales no hacen esfuerzos para entender lo que se les pregunta o la información que se está pidiendo, por la prisa. Muchos apuntan que para ellos es muy importante el trato, que les atiendan amablemente y pregunten cómo se sienten, dejándoles hablar sin premura. En la medicina tradicional las entrevistas médico-paciente no tienen una duración determinada: cada paciente es un caso, se atiende a la persona y se emplea con ella el tiempo que haga falta.

Por lo que respecta a la veracidad, los usuarios indios y pakistaníes siguen el principio de no confrontación directa con el otro, especialmente si el otro se considera jerárquicamente superior, como ocurre con los médicos. Así, cuando un médico español le dice a un paciente indio o pakistaní que, por ejemplo, debe hacerse unas determinadas pruebas, éste, aunque no tenga intención de seguir su consejo, le responderá que sí, por respeto ante alguien jerárquicamente superior; y si el médico le pregunta si ha seguido el tratamiento indicado, el paciente le responderá también en sentido afirmativo para evitar conflictos. En general, el paciente del sudeste asiático percibe al personal sanitario, en especial al médico, como la autoridad, y su actitud con él va a ser de respeto, obediencia pasiva, formalidad. Se espera que el médico tenga respuestas y sea quien tome las decisiones. Por eso puede resultarles chocante que se les pida por ejemplo firmar un consentimiento informado, puesto que los profesionales de la sanidad son considerados como la autoridad (Rajwani, 1996).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la veracidad, o sinceridad, del compromiso que pueda adquirir el paciente ante el médico puede verse neutralizada por el hecho de que en India y Pakistán la toma de decisiones importantes recae en el conjunto del grupo familiar, y muy especialmente en los varones mayores, como cabezas de familia. Puede darse el caso de que si el cabeza de familia o responsable principal no está presente, se aplaza la decisión hasta que pueda ser consultada con él.

Por lo que respecta a las maneras de expresión, el personal sanitario entrevistado suele coincidir en las dificultades que presentan los usuarios indios y pakistaníes (especialmente éstos últimos, mayoritariamente de religión musulmana) para hablar de una forma clara y directa de determinados temas, como por ejemplo las relaciones sexuales. Al tiempo, en los contextos sanitarios de India y Pakistán los modos de expresión son muy respetuosos, tanto por parte del paciente como por parte del sanador. En relación con esto, es poco frecuente que estos pacientes le digan al médico que no han entendido algún término o expresión. En parte esto se explica porque en lugares como la India, los médicos tradicionales, los *vaid*s, por lo general no emplean una terminología técnica específica, incomprensible para los pacientes, sino que se desarrolla una conversación con lenguaje cotidiano. En todo caso el médico emplea analogías y metáforas relacionadas con la naturaleza. Aunque sí se emplean y se entienden algunos conceptos y términos actuales (eg. análisis, tensión, radiografía, cáncer, sida, etc.). Es decir, se emplea un lenguaje fácilmente comprensible, o coloquial o haciendo uso de términos biomédicos ya extendidos. En suma, el médico tradicional no emplea lenguaje críptico, por lo que lo habitual es que los pacientes entiendan sin problemas todo lo que se dice en la interacción comunicativa. Pero en la comunicación con médicos de medicina biomédica sí surgen algunos problemas de comprensión, en cuyo caso, dada la autoridad que se le concede al médico, no se le expresará abiertamente la falta de entendimiento.

También las diferentes expectativas respecto a las características paralingüísticas pueden provocar problemas de comunicación en la atención sanitaria de la población inmigrante india y pakistaní. En las interacciones médicas en India y Pakistán el paralenguaje suele ser muy poco enfático, con un volumen bajo, y un tempo lento. No suelen haber continuadores verbales sino gestuales, mediante por ejemplo un movimiento de cabeza ondulante de lado a lado, que puede indicar afirmación o duda, un movimiento de arriba abajo que indica negación, falta de acuerdo pero reconocimiento acerca de lo que se dice. El silencio por lo general significa aprobación, aceptación. Otra característica de este grupo cultural, especialmente por lo que se refiere a las mujeres, es el bajo nivel de expresividad como respuesta al dolor, lo que a veces puede llevar al personal sanitario a conclusiones equivocadas.

Los contrastes respecto a la distribución temporal se centran en las diferencias en cuanto a la toma de turnos de palabra. En India y

Pakistán, y especialmente en situaciones de desigualdad social entre los interlocutores, resultan poco aceptables los solapamientos y las “luchas” por la toma de turnos que se suelen derivar de los mismos. En el caso de las consultas médicas, y al igual que ocurre en la sanidad española, suele ser el médico, desde su posición de superioridad, el que dirige la conversación, el que distribuye los tiempos, aunque no es necesariamente quien tiene más turnos y más largos, puesto que para diagnosticar deja hablar y explicarse al paciente. Al tiempo, no es habitual que el tradicional *vaid* o el *hakim* interrumpa de manera brusca las intervenciones de los pacientes. Estos factores hacen que los usuarios de origen indio o pakistaní sientan que los médicos españoles les están interrumpiendo constantemente y de una forma muy descortés, y que apenas les dejan explicarse, como hemos comentado antes.

Finalmente, por lo que respecta a la distribución del espacio, en las consultas médicas en India y Pakistán los médicos están acompañados normalmente por algún otro médico aprendiz y por algún asistente, y en ocasiones el médico atiende a los pacientes mientras éstos aguardan formando una fila, aunque no es habitual que se atienda a un paciente en presencia de otros. También las expectativas respecto al lenguaje no verbal pueden contrastar, pues para llevar a cabo su diagnóstico los profesionales de la medicina tradicional india y pakistaní someten a los pacientes a un exhaustivo examen físico “multisensorial”. El médico se sitúa muy próximo al paciente, se demora bastante en tomarle el pulso en ambas manos, examina la piel, la complejión física en general, y algunas zonas muy en particular, como los ojos y la lengua, percibe su olor corporal, escucha el habla y la respiración.³ El método diagnóstico de la biomedicina, centrado en gran medida en procedimientos tecnificados, como análisis de sangre y orina, o en rayos X, y con escaso análisis sensorial directo durante la consulta, produce en los pacientes indios y pakistaníes una sensación de frialdad, de distanciamiento, incluso desinterés. Los pacientes esperan que el médico les toque, les tome el pulso, les observe a fondo. Lo contrario les extraña, les produce desconfianza. La variable de género es relevante, pero siempre y cuando no se trate de zonas íntimas no plantea problemas.

³ Véanse Connor y Samuel (eds.) (2001), y Leslie y Young (eds.) (1993).

2.2. Europa del Este

En el último lustro ha llegado a nuestro país una importante cantidad de personas provenientes, entre otros, de países como Rumanía, sobre todo, pero también de Ucrania, de Polonia, o de Rusia.

Para poder estudiarlos en conjunto adoptamos, a efectos prácticos, la etiqueta geopolítica de “Europa del Este”. Así, bajo esta denominación hablaremos de países que son vecinos, con indudables lazos y relaciones históricas, políticas y culturales. Por ejemplo, en la segunda mitad del siglo pasado fueron prácticamente todos países bajo la influencia directa de la URSS. De este modo, en relación con este trabajo, destacamos el hecho de que estos países compartieran un mismo o similar sistema sanitario de inspiración soviética. Además, hasta cierto punto, también hay elementos socioculturales comunes en la posterior crisis y transición política (a partir de 1989) en dichos países (cfr. los informes de la OMS sobre sistemas sanitarios en transición). Sólo a efectos operativos, consideramos que estos países son representativos de la cultura eslava (con todos los matices: por ejemplo, Rumanía es un caso de cultura eslava y latina o mediterránea mezcladas⁴, y se podría decir otro tanto, en cuanto a mezclas y presencia de minorías culturales, de prácticamente el resto de países), tanto en lo que respecta a aspectos de cultura material (concepción del cuerpo y salud, que aquí no estudiaremos) como por lo que hace a la cultura comunicativa, como veremos después.

Sostenemos que los posibles conflictos que se puedan dar en nuestro país en la interacción médico nativo-paciente extranjero de Europa del Este o Rusia dependen en parte (junto, claro está, con factores individuales y de otro tipo: variantes de sexo, edad, origen rural o urbano, etc.) en especial de la concepción de sistema sanitario que estos pacientes tienen a raíz de esta historia común.⁵ Esto sucede puesto que los elementos de cultura propia en torno a la enfermedad, la salud, el cuerpo, etc., están muy difuminados y son, en la actualidad, muy semejantes a los nuestros, europeos occidentales – aunque se conservan en parte en el medio rural, lo que es un factor a considerar–. A los datos aportados por esta historia común a dichos países los llamamos factores socioculturales.

⁴ Esta cuestión en el ámbito sanitario aparece por ejemplo en C. Zeman et alii (2005).

⁵ Cfr. William C. Cockerman (1999), Gordon Hyde (1974) y en especial James A Miller y Sharon L. Wolchik (eds.) (1994).

Pero por otra parte, hay conflictos en la comunicación intercultural en el ámbito sanitario que surgen de contrastar factores comunicativos propios de una cultura “eslava”, que definimos muy someramente a continuación,⁶ con nuestra propia cultura comunicativa.

En la cultura eslava nos encontramos ante una sociedad poco igualitaria donde importa mucho la posición social de cada individuo, las relaciones jerárquicas y de poder, y, por otro lado, si los interlocutores son de un estatus social similar, es una cultura poco preocupada en general por los conflictos interpersonales. Es, por tanto, una cultura asimétrica preocupada por el conflicto.

Insistimos en la relevancia del rol social de cada persona en esta sociedad. Las relaciones sociales en la cultura eslava⁷ suelen corresponder a patrones estereotipados, prefijados: por ejemplo, por sexo, las situaciones comunicativas entre miembros del mismo sexo tienden a ser más igualitarias, menos igualitaria entre diferentes sexos, por edad, lo mismo entre sectores de la misma franja de edad, poco igualitaria entre jóvenes y mayores. Lo mismo por estatus socio-económico, etc.

En este contexto, el médico en la cultura eslava tiene, por regla general, una posición social más elevada que la del paciente lo que podría hacernos suponer que hay en este caso una relación jerarquizada rígida con preocupación por el conflicto.

Pero la imagen del médico hoy en Europa del Este es heredera de la que tenía en el régimen comunista, donde esta jerarquía se matizó considerablemente. Así, para un ciudadano de cultura eslava es normal exigir al médico, por ejemplo, que este dé suficiente información, con palabras claras y que diga toda la verdad, a petición del paciente. No debe ser excesivamente rápido con sus preguntas y debe dejar tiempo para que el paciente responda, en el marco de una relación educada por ambas partes donde el médico tiene autoridad científica pero el paciente se considera el elemento más importante de la interacción. Aún así, como respetan la jerarquía, como es lógico tenderán a considerar mejor a los especialistas que a los médicos generales, a estos mejor que a enfermeros, etc.

Además, los médicos se concentran en las causas de la enfermedad, en hacerla inteligible, no sólo en la prescripción. Eso implica obtener información del paciente, explicarle las diversas posibilidades que ofrece su sintomatología. Es decir, éste percibe que

⁶ Cfr. Grupo CRIT (2003).

⁷ Cfr. Leger Brosnahan (1998) y T. Lahusen y G. Kuperman (eds.) (1993).

le prestan atención, le dedican tiempo y le atienden. La relación de confianza es fundamental, hasta el punto que marca, por ejemplo, el seguimiento del tratamiento por parte del paciente. Si se traiciona esta confianza, si el médico es insincero o poco informativo, el paciente se puede sentir discriminado y mal atendido.

De este modo, la relación médico-paciente en esta sociedad, que a priori debería seguir las pautas de una relación asimétrica con la figura del médico como dominante, tiende a neutralizar esta asimetría, lo que se traduce en una posición del paciente no dominante, pero sí a veces a un nivel parejo al del médico. Hablamos de una relación en general siempre respetuosa, pero, en ocasiones, al relativizarse esta relación asimétrica, también se relaja la preocupación por el conflicto, y entonces este puede aparecer.

Analizamos ahora de manera muy breve las pautas comunicativas propias de esta cultura. Respecto al contenido informativo que se intercambia, el médico tiende a dar el máximo de información posible, incluso si es comprometida, prácticamente lo mismo que el paciente, lo que establecerá, insistimos, entre ambos esa relación de confianza que es clave para la comunicación en este contexto. El médico conserva el control de la situación y es respetado, pero no es más importante que el paciente, en cierto modo está al servicio del paciente, lo que relativiza su relación jerárquica, relativiza la asimetría entre ellos, y permite que el paciente pueda mostrar actitudes de poca preocupación por el conflicto.

En cuanto a la veracidad, el médico debe ser sincero, aun comunicando malas noticias en justa reciprocidad a los esfuerzos del paciente y como elemento básico, de nuevo, de la relación de confianza entre ambos. Debe ser franco pero educado.

Por lo que respecta a la manera, suele ser directo y procura explicar los términos técnicos que no tenga más remedio que usar. El paciente le corresponderá, en cuanto a ser directo, y le podrá pedir explicaciones o aclaraciones.

En cuanto al paralenguaje, el médico habla con voz suave, relajada, transmitiendo serenidad y confianza. El paciente interviene con un tono también suave, educado.

En los turnos, el médico debe preguntar lo que necesite saber, pero ha de escuchar también al paciente, respetar sus turnos, y, eventualmente, permitirle que pregunte y contestarle. Debe quedar claro un respeto mutuo.

En cuanto al espacio, lo controla el médico, éste puede mirar a los ojos al paciente, pero también permitir miradas directas. El médico

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural”

puede tocar al paciente por razones médicas, y sólo este contacto está permitido, el paciente no toca al médico. En este parámetro, por razones propias del tipo de interacción, típica del ámbito sanitario, la relación vuelve a ser desigual, controlada por el médico.

Como vemos, entre médico y paciente se establece una relación de confidencialidad muy importante. En una sociedad tan sensible a las jerarquías, el médico tiene el poder y es respetado. Pero también debe estar al servicio del paciente, debe ganarse ese respeto. El paciente eslovo espera que esta relación evolucione hacia cierta proximidad, que se comporte con más simetría y de modo más igualitario, dando y pidiendo confianza a su médico. Como respeta al médico y le otorga el dominio jerárquico, para evitar el conflicto, no es habitual que le lleve la contraria o le discuta. Más bien le hará preguntas, le pedirá explicaciones y aclaraciones. Si no queda satisfecho, perderá interés e intentará tal vez cambiar de médico, o simplemente no seguirá las indicaciones.

Cuando se analiza o se reflexiona sobre casos reales de comunicación en el ámbito sanitario con inmigrantes eslavos, la impresión general es que no se han producido grandes problemas comunicativos, no hay situaciones a destacar de incomodidad u ofensa. Es más, por un lado, podríamos decir que aparentemente la comunicación ha funcionado y ha sido satisfactoria. Pero, por otro lado, en una observación más atenta y pormenorizada, podemos destacar breves momentos donde, por así decirlo, la fluidez comunicativa se ha atascado. Ha habido problemas de comunicación efectiva, esto es, en algunos momentos uno de los participantes no ha entendido al otro. Esto es lo que pretendemos destacar aquí. Nos felicitamos porque no haya grandes problemas en nuestros contactos con esta cultura, pero a veces esta sensación puede esconder pequeños pero reales desajustes.

Además, el hecho de que no haya problemas de comunicación aparentes con el idioma hace que nos sintamos cómodos en la interacción y sobrevaloremos el nivel de dominio y de corrección gramatical de nuestro interlocutor no hispanohablante, por lo que no veamos inconveniente en tratarlo como si debiera conocer, por ejemplo, el lenguaje técnico de la medicina, o preguntas o frases o léxico complejo en español, justo lo contrario que espera el paciente: un lenguaje claro y sencillo.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

2.3. Magreb

Respecto al contexto cultural del Magreb, nuestro estudio se fundamenta principalmente en población marroquí, pero las conclusiones extraídas son aplicables a otros países del entorno como Argelia o Túnez. La población marroquí residente en España es cuantitativamente el colectivo inmigrante más importante; constituyen la mayoría de inmigrantes empadronados en España y la cuarta nacionalidad en la Comunidad Valenciana.

El relativo bajo nivel cultural del inmigrante magrebí se relaciona con las dificultades lingüísticas que encuentran para entender al personal sanitario si lo comparamos con otros colectivos procedentes, por ejemplo, de la Europa del Este; presentan más dificultades para la comprensión del lenguaje biomédico y de la lengua escrita. Dada la ocupación que desempeñan nos hace suponer que buena parte de ellos proceden del medio rural por lo que recurren con frecuencia a la medicina tradicional propia; los procedentes de las ciudades están más habituados a la biomedicina.

En Marruecos coexiste el sistema de salud biomédica occidental con el sistema tradicional; el sistema occidental avanza paulatinamente en detrimento del tradicional al ritmo de desarrollo económico del país, tal como viene ocurriendo en los países árabes fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Si en el caso de la India y Pakistán podemos decir que, junto al patrón comunicativo cultural, las creencias y costumbres relacionadas con la medicina tradicional pueden condicionar totalmente las interacciones con el personal sanitario, y en el caso de la Europa del Este el peso de la medicina tradicional no influye apenas en el comportamiento comunicativo de los pacientes procedentes de estos países, en el caso de Marruecos se observa que el peso de la medicina tradicional en los hábitos sanitarios de la población inmigrante se ubica en un punto intermedio con respecto que al que juega en el sudeste asiático y la Europa del Este.

El recurso a la medicina tradicional es frecuente en el seno familiar, especialmente en el medio rural⁸; aunque la tendencia es recurrir cada vez más a la consulta médica y a la visita de la farmacia, las dificultades económicas y la falta de recursos hacen que muchas

⁸ Son muy esclarecedoras las investigaciones empíricas sobre las diferencias en la atención sanitaria entre el medio rural y urbano llevadas a cabo por la Fundació Clínic (2005 y 2006) en la provincia de Tetuán (Marruecos).

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

enfermedades sean tratadas con métodos caseros tradicionales. Normalmente cuando la enfermedad es seria se acude a la medicina occidental; en cambio, si se trata de molestias pasajeras se recurre a la medicina tradicional. Esta misma tendencia la encontramos en los inmigrantes magrebíes; rara vez acuden al ambulatorio ante los primeros síntomas de una enfermedad, en primera instancia se intenta curar la enfermedad con remedios caseros. En este sentido no se abusa de la atención sanitaria; encontramos testimonios en las encuestas en que los inmigrantes procedentes de Europa del Este y de América Latina tienden a recurrir con más frecuencia a los servicios sanitarios.

La mayoría de malentendidos con magrebíes⁹ derivan del patrón comunicativo cultural que siguen en interacciones comunicativas asimétricas como son las que se mantienen en el ámbito de la sanidad, entre paciente y personal sanitario.

La cultura árabe, y concretamente la magrebí, se puede caracterizar por seguir un modelo comunicativo asimétrico y poco preocupado por el conflicto (Grupo CRIT, 2003: 89-122). Este modelo comunicativo es diferente al seguido en general en el mediterráneo septentrional, lo que puede ocasionar malentendidos comunicativos de carácter cultural en interacciones interculturales como son las mantenidas entre paciente (magrebí) y personal sanitario.

Cuando decimos que es una cultura asimétrica, se entiende que en situaciones comunicativas, como es la interacción paciente-personal sanitario, donde existe una desigualdad entre los interlocutores se hacen evidentes las referencias, tanto en lenguaje verbal, no verbal y en el paralenguaje, que aluden directamente a las diferencias de edad, sexo y nivel sociocultural de los interlocutores. Sin embargo, el modelo comunicativo del mediterráneo septentrional es un modelo más simétrico, donde la tendencia es atenuar las diferencias socioculturales entre los interlocutores. Estas diferencias del modelo comunicativo pueden provocar problemas de minorización.

Los magrebíes normalmente colaboran, sin embargo, especialmente los recién llegados, los procedentes del campo y/o con un nivel sociocultural bajo pueden ser percibidos como pasivos. En las entrevistas encontramos que el personal sanitario caracteriza de la

⁹ Facilitan la comprensión del modelo comunicativo que siguen los árabes las lecturas de Nydell, Margaret K.(2002); Patai, Raphael(1973); Pryce-Jones, David (1989) y Said, Edward W. (1978).

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

siguiente manera el comportamiento de los inmigrantes magrebíes¹⁰: no interrumpen, no hablan casi nada, se muestran pasivos, no contradicen, hay más silencios, asienten a todo, no gesticulan o tienen un lenguaje estático y poco enfático, a veces tienen la mirada perdida, la conversación no es fluida... Según las entrevistas que hemos realizado en Marruecos, en su país de origen siguen un patrón comunicativo semejante, que se acentúa en España por el desconocimiento de la lengua y del sistema sanitario español. El problema es que pueden ser percibidos como excesivamente pasivos, que no les interesa o que mienten. Puesto que le conceden al médico un papel jerárquicamente superior puede que no se atrevan a cuestionarle sobre algún aspecto que no han entendido. En otras palabras, en estas situaciones asimétricas sí muestran preocupación por el conflicto.

En relación con la veracidad, la tendencia es a ser sinceros en la consulta médica; no obstante, encontramos que en ámbitos públicos como el de la sanidad o el de la educación para no provocar la ofensa del interlocutor, para no perder el prestigio social, por su situación de desprotección o por desconfianza, se recurre a la mentira y a la ocultación de información. Por ejemplo, alguien que no sigue un tratamiento al ser cuestionado por el personal sanitario afirma que sí lo sigue; reacción muy semejante a los inmigrantes procedentes del sudeste asiático.

El magrebí es pudoroso con su cuerpo lo que puede dificultar la exploración médica. Aunque no manifiesten abiertamente su disconformidad, puede que sea necesario insistir varias veces para que se pueda llevar a cabo la exploración de manera adecuada. La situación se tensa cuando es diferente el sexo del personal sanitario y el paciente. Lo común es que una enfermera acompañe al médico durante la consulta para aligerar tal tensión.

Tratar temas relacionados con el sexo de manera explícita suele ser complicado; sin embargo, cuando se logra establecer una relación de confianza, generalmente con el personal de enfermería más que con el médico, se realizan confesiones muy íntimas, como también sucede con pacientes del sudeste asiático.

De semejante manera se entiende la cantidad de información dada. Aunque la tendencia general es dar escasa información personal e

¹⁰ Resultan interesantes las lecturas de los capítulos dedicados al tratamiento sanitario de árabes y musulmanes de Ember, Carol R y Ember (eds.) (2004); Hammad, Ph. D., et alii (eds) (1999); y Lipson, Juliene G.; Dibble, Suzanne L. y Minarick, Pamela A. (eds.) (1996).

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

irrelevante, con un comportamiento comunicativo más bien reservado, cuando se generan relaciones de confianza se aporta mucha información adicional. Según el testimonio de los inmigrantes entrevistados, no perciben que el personal sanitario les pide excesiva información personal.

Sobre todo en las interacciones con el médico, pueden ser percibidos como interlocutores que manifiestan de manera reiterada excesivos agradecimientos y muestras de respeto; por ejemplo, besar la mano. Este gesto es una muestra de agradecimiento, respeto y de sumisión frecuente en Marruecos con las personas mayores que se puede dar en el ámbito de la sanidad.

El personal sanitario constata un determinado comportamiento comunicativo en las mujeres: hablan en voz baja, rehuyen la mirada directa y parecen más pasivas. Cuando está presente el marido es éste quien lleva la iniciativa, parece que la mujer está al margen; a esto se añade que las mujeres dominan menos la lengua, puesto que salen menos de casa. En consecuencia se percibe la cultura magrebí como sexista; surge el estereotipo negativo de que en la cultura árabe el hombre domina y somete a la mujer. Encontramos que en el país de origen el comportamiento comunicativo es semejante. Sin embargo, en la sanidad pública, el médico y el personal sanitario actúan de la manera más apropiada para atender al paciente: se dirige a la mujer directamente cuando lo considera oportuno y explora de la manera necesaria para realizar un diagnóstico o cura, independientemente del sexo del paciente.

Por último, la cultura magrebí se caracteriza por seguir un modelo comunicativo menos preocupado por el conflicto que en la cultura española: gritan y ríen más, son más insistentes, se tocan más.... Este mayor énfasis comunicativo suele beneficiar a la interacción cuando existe una alta sintonía comunicativa. Sin embargo, cuando no es así se pueden ocasionar serios problemas de minorización. El magrebí especialmente en interacciones con el personal sanitario, más que con el médico que es percibido como jerárquicamente superior, cuando cree que se está degradando su imagen social reacciona con un comportamiento comunicativo muy enfático. De ahí surge el estereotipo negativo de que los magrebíes son los que peor se adaptan. Algunas de las situaciones que provocan comportamientos comunicativos muy enfáticos son: actitudes que son percibidas como discriminatorias, ofensas a la religión y el trato del paciente por personal sanitario de otro sexo. Normalmente el problema no suele ser el paciente sino alguien del contexto familiar, el marido o la familia de

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural”

éste. El contexto familiar y social del paciente suele ser una de las claves para explicar las causas de los conflictos en la interacción personal sanitario-paciente.

3. Conclusiones

En definitiva, si comparamos de forma sucinta los patrones comunicativos de las culturas que hemos descrito en este trabajo obtenemos el siguiente esquema, en el que sintetizamos las principales variables, no sin dejar de hacer constar de nuevo que lo que anotamos son los comportamientos generales, sujetos a variaciones según la personalidad de cada individuo, y seguramente a factores como la edad, el género o la clase social, y más. No obstante, partimos de la premisa de que este tipo de sistematización generalizada se configura como un punto de partida para el trabajo empírico en comunicación intercultural.

Nos hemos centrado en tres culturas que se hallan entre las más representativas de los colectivos de extranjeros que viven en nuestro país. Además, hemos querido establecer unas ciertas relaciones entre estas tres culturas. De este modo, observamos que hay una relación de grado en cuanto a la existencia o no de medicina tradicional autóctona en los países de estas culturas. Como ya hemos comentado, en India y Pakistán hay un sistema sanitario propio que implica, claro, una determinada filosofía de vida; en Marruecos, en general en el Magreb, hay un sistema que podemos considerar mixto, donde conviven ya no quizá un sistema global tradicional sino prácticas de sanidad tradicional con el sistema biomédico de corte occidental, y en Europa del Este –más o menos al mismo ritmo que en Europa Occidental– se perdió el sistema sanitario tradicional y se adoptó el biomédico. Estas circunstancias son importantes en la medida en que se interrelacionan con los problemas de índole comunicativa, como se observa con mucha claridad en el caso de India y Pakistán. Pero no son el principal objetivo de este estudio. Si nos centramos en los problemas derivados de los aspectos comunicativos, vemos que esta diversidad de origen de las culturas estudiadas queda matizada por abundantes cruces y concurrencias. Hay por tanto interrelación, pero también hay base para argumentar la pertinencia de distinguir dos parámetros, el cultural y el comunicativo, a la hora de analizar los conflictos de comunicación intercultural, como intentamos hacer en este trabajo.

Por lo tanto, además de esa relación de grado respecto a sus diferentes culturas sanitarias tradicionales, que es tal vez la más evidente, hay una relación, repetimos, también de grado, según el tipo

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural

de cultura comunicativa de estos países. Comentemos sucintamente el esquema tomando como punto de partida los patrones comunicativos propuestos, y únicamente desde el punto de vista de las expectativas de los pacientes respecto al médico, por razones de espacio (aunque naturalmente el análisis del esquema sólo será completo desde las dos perspectivas).

Esquema-resumen patrones comunicativos en la consulta médica

Patrón comunicativo	Contenido	Veracidad	Manera	Paralenguaje	Turnos de palabra	Comunicación no verbal
Médico (España)	Poca información y comprometida	Casos de insinceridad	Lenguaje directo y a veces ininteligible	Ceremonial en ocasiones	Dirige e interrumpe	Dirige y muy próximo
Paciente (España)	Mucha información y comprometida	sinceridad	Lenguaje directo e inteligible	coloquial	Es dirigido y no interrumpe	Es dirigido y distante
Médico (Europa del Este)	Mucha información y si cabe comprometida	Tanta sinceridad como se pueda	Lenguaje directo y tan inteligible como se pueda	No muy ceremonial	Dirige y a veces interrumpe	Dirige y es distante
Paciente (Europa del Este)	Mucha información y comprometida	sinceridad	Lenguaje directo e inteligible	coloquial	Es dirigido pero puede interrumpir	Es dirigido y distante
Médico (India y Pakistán)	Mucha información y si cabe comprometida	Tanta sinceridad como se pueda	Lenguaje directo y a veces metafórico	En ocasiones ceremonial	Dirige pero no suele interrumpir	Dirige y es distante, con mucho contacto
Paciente (India y Pakistán)	Mucha información y si cabe comprometida	Sinceridad en general	Lenguaje directo e inteligible	formal	Es dirigido y no interrumpe	Es dirigido y distante
Médico (Magreb)	Poca información y no comprometida	Casos de insinceridad	Lenguaje directo y a veces ininteligible	Ceremonial en ocasiones	Dirige e interrumpe	Dirige y distante
Paciente (Magreb)	Mucha información y comprometida	Casos de insinceridad	Lenguaje no siempre directo	formal	Es dirigido y no interrumpe	Es dirigido y distante

En cuanto a la cantidad y el contenido de la información dada por la figura del médico, por culturas, vemos que en nuestro país se da poca información, y que ésta es comprometida. Sólo a partir de estos dos rasgos del primer patrón comunicativo ya vemos diferencias: el médico en India y Pakistán da mucha información, lo mismo que el de Europa del Este, mientras que el médico magrebí tiende a comportarse como el de nuestra cultura.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural”

En cuanto al contenido informativo, éste es claramente comprometido sólo en nuestra cultura. Se tiende a dar información comprometida en India y Pakistán y Europa del Este, pero no en el Magreb, por regla general.

Por lo tanto, aquí tenemos ya diferencias entre las expectativas de los pacientes de estas culturas, por un lado por defecto: los pacientes de India y Pakistán y Europa del Este esperan más información de la que el médico en nuestro país les proporciona, lo que puede traducirse en exigencia de dicha información. Y por el otro, por exceso: por ejemplo el paciente magrebí, habituado a recibir información poco o nada comprometida por parte del médico de su cultura podría sentirse incómodo ante la información comprometida que le dé el médico español.

Muy interesante es el caso del siguiente parámetro, el de la veracidad. Aquí el esquema está lleno de matices, lo que transmite la variabilidad de este aspecto de la comunicación. Vemos que el médico español puede ser insincero en ocasiones, lo mismo que el médico magrebí. En las otras dos culturas debe ser tan sincero como se pueda. De nuevo aquí se defraudan expectativas de los pacientes de estas dos culturas, que piensan algo grave: que su médico no les corresponde, pues ellos sí son sinceros, en general. En el caso magrebí, es el médico español el que puede sentir que la comunicación no es buena porque el paciente del Magreb puede ser insincero, donde él espera sinceridad.

Por lo que respecta al uso verbal de la manera, el lenguaje del médico en las cuatro culturas es directo, y también lo es el del paciente, excepto de nuevo en el caso del Magreb. Puede ser a veces ininteligible en España y el Magreb por ser demasiado técnico, mientras que en India y Pakistán puede ser más o menos ininteligible no por técnico, sino por metafórico, según las pautas de su sistema sanitario tradicional. En Europa del Este se espera del médico que se explique de manera totalmente clara y satisfactoria. No alcanzar este nivel puede ser un problema comunicativo con el médico español.

En cuanto al paralenguaje, vemos que puede ser más o menos ceremonial en el caso del médico en las cuatro culturas, mientras que es coloquial respecto al paciente en nuestra cultura y en Europa del Este, frente al comportamiento formal del paciente de India y Pakistán y del Magreb (un comportamiento que al médico español le puede parecer distante).

En el parámetro de los turnos de palabra, el médico dirige e interrumpe en todas las culturas menos en India y Pakistán. El paciente es dirigido y no interrumpe en todas las culturas menos en

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural

Europa del Este, lo que está relacionado, claro, con los anteriores parámetros de contenido y manera informativa: el paciente de esta cultura pide información, y que sea clara para el médico español, mientras que éste puede sentirse molesto si es interrumpido y exigido de esta forma.

Por último, en cuanto a las relaciones espaciales entre médico y paciente, vemos que, por las características propias de este tipo de interacción comunicativa, el médico dirige y controla la distribución del espacio en todas las culturas que aquí analizamos, puesto que es necesario explorar y contactar para elaborar un diagnóstico. El médico es distante en las tres culturas analizadas, como era de esperar en sociedades caracterizadas como preocupadas por el conflicto y asimétricas, menos, claro, en la nuestra, donde es muy próximo. Aquí tenemos una fuente casi inagotable de prejuicios y minorización, pues hay mucha diferencia entre lo habitual para el médico español y lo habitual en las otras tres culturas.

En definitiva, no hay “problemas con los pacientes inmigrantes” sino desconocimiento en cuanto a sus patrones comunicativos y sus costumbres y creencias sanitarias. Utilizando una metáfora popularizada, ciertamente la información es poder, y, en este caso, la información es una puerta abierta para una atención sanitaria respetuosa con el otro y sus diferencias, sin estereotipar ni simplificar. Entre otras cosas, un mediador intercultural en el ámbito sanitario – figura que reivindicamos hoy por hoy– necesita *saber* no sólo lenguas extranjeras sino conocer los fundamentos de los patrones comunicativos de las distintas culturas y desde luego adentrarse en la antropología médica, de forma especializada según sus necesidades y teniendo acceso a una documentación rigurosa, contrastada, actualizada y fiable. Por ello, y dadas las actuales carencias que se evidencian en este terreno todavía en construcción, desde el Grupo CRIT no sólo estamos realizando estudios empíricos como éste, o poniendo en marcha iniciativas formativas de carácter integrador – como hemos comentado en la primera parte de este trabajo–, sino que destacamos la necesidad de crear recursos (in)formativos, sucintos, aplicados, como un volumen sobre culturas y atención sanitaria que estamos comenzando a preparar, donde por ámbitos culturales aportaremos información concreta que puede ser de utilidad tanto para mediadores-intérpretes interculturales como para personal sanitario.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural

4. Referencias Bibliográficas

- Angelelli, Claudia (2004): *Revisiting the interpreter's role*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Assanand, Shashi; Dias, Maud; Richardson, Elizabeth y Waxler-Morrison, Nancy (1990): "The South Asians", en N. Waxler-Morrison, J. M. Anderson y E. Richardson (Eds.): *Cross-cultural caring: A handbook for health professionals*, Vancouver: University of British Columbia, 141-180.
- Bermúdez, Kira *et al.* (2002): *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*, Madrid: Editorial Popular.
- Brosnahan, Leger (1998): *Russian and English Nonverbal Communication*, Moscú: Bilingua.
- Castiglioni, Marta (1997): *La mediazione linguistico-culturale (principi, strategie, esperienze)*, Milán: Franco Angeli.
- Cockerham, William C. (1999): *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*, Londres: Routledge.
- Connor, Linda H. y Samuel, Geoffrey (Eds.) (2001): *Healing powers and modernity. Traditional medicine, Shamanism and Science in Asian societies*, Westport: Greenwood.
- Ember, Carol R y Ember, Melvin (Eds.) (2004): *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, New York: Springer. Vol II.
- Fundació Clinic (2005): *Une mesure de la Mortalité Maternelle et ses causes Province de Tétouan, 1996-2002*. Publicación interna.
- Fundació Clinic (2006): *Enquete sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans, Province de Tétouan, 2004*. Publicación interna.
- Gentile, Adolfo; Ozolins, Uldis y Vasilakakos, Mary (1996): *Liaison interpreting. A handbook*, Victoria: Australia: Melbourne University Press.
- Giménez Romero, Carlos (1997): "La naturaleza de la mediación intercultural", *Revista de Migraciones*, 2, 125-159.
- Giménez Romero, Carlos (Coord) (2002): *El corazón de Madrid. El servicio de mediación social intercultural SEMSI 1997-2002*, Madrid: Ayuntamiento de Madrid/Universidad Autónoma de Madrid.
- Grupo CRIT (2003): *Claves para la comunicación intercultural. Análisis de interacciones comunicativas con inmigrantes*, Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
- Hammad, Ph. D. *et al* (Eds.) (1999): *Guide to Arab Culture: Health Care Delivery to the Arab American Community*, Dearborn: ACCESS Community Health Center.
- Hyde, Gordon (1974): *The Soviet Health Service*, Londres: Lawrence & Wishart.
- Kakar, Sudhir (1982): *Shamans, mystics and doctors. A psychological inquiry into India and its healing traditions*, Londres: Mandala Books.
- Lahusen, T. y Superman, G. (Eds.) (1993): *Late Soviet Culture. From Perestroika to Novostroika*, Durham: Duke University Press.
- Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural

- Leslie, Charles y Young, Allan (Eds.) (1993): *Paths to Asian Medical Knowledge*, Nueva Delhi: Munshiram Manoharlal Publishers.
- Lipson, Juliene; Dibble, Suzanne L. y Minarik, Pamela A. (Eds.) (1996): *Culture and nursing care. A pocket guide*, San Francisco: UCSF Nursing Press. School of Nursing, University of California.
- Mason, Ian (Ed.) (2001): *Triadic exchanges. Studies in dialogue interpreting*, Manchester: St Jerome.
- Millar, James A. y Wolchik, Sharon L. (Eds.) (1994): *The Social Legacy of Communism*, Nueva York: Cambridge University Press.
- Mishler, E.G. (1984): *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*, Norwood: Ablex.
- Nydell, Margaret K. (2002): *Understanding Arabs: A Guide for Westerners*, Yarmouth (USA): Intercultural Press.
- Patai, Raphael (1973): *The Arab Mind*. New York: Charles Scribner's sons.
- Pryce-Jones, David (1989): *The Closed Circle. An Interpretation of the Arabs*, Londres: Weidenfeld and Nicolson.
- Raga Gimeno, Francisco (2005): *Comunicación y cultura. Propuestas para el análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara*, Madrid/Frankfurt: Iberoamericana/Vervuert.
- Raga Gimeno, Francisco (e.p.): "Grupo CRIT. Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario", en monográfico *Retos del siglo XXI para la lingüística aplicada: Nuevo mapa lingüístico y cultural de la Península Ibérica*, de próxima publicación en la *Revista Española de Lingüística Aplicada* (RESLA). Coordinan: Carmen Valero y Francisco Raga.
- Raga Gimeno, Francisco y Sales Salvador, Dora (2004): "Grupo CRIT: Inmigración y comunicación intercultural". *Revista de la Facultad de Lenguas Modernas*, Universidad Ricardo Palma (Lima-Perú), nº 7, 87-100.
- Raga Gimeno, Francisco y Sales Salvador, Dora (e.p.): "The cultural component in interpreters' and intercultural mediators' training in the healthcare context". Artículo remitido a *Communication & Medicine*, actualmente en proceso de evaluación editorial.
- Rajwani, Rozina (1996): "South Asians", en J. Lipson; S. L. Dibble y P. A. Minarik (Eds.): *Culture and nursing care. A pocket guide*, San Francisco: UCSF Nursing Press. School of Nursing, University of California, 264-278.
- Russo, Mariachiara y Mack, Gabriele (Eds.) (2005): *Interpretazione di trattativa. La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*, Milán: Hoepli.
- Said, Edward W. (1978): *Orientalism, Western Conceptions of the Orient*, Londres: Penguin Books.
- Sales Salvador, Dora (2005): "Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España". *Translation Journal*, vol. 9, no. 1. URL: <http://accurapid.com/journal/31mediacion.htm>
- Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Roberto ORTÍ, Dora SALES y Enric SÁNCHEZ
Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in) formativas para la mediación intercultural

- Sales Salvador, Dora (e.p.): “Mapa de la situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y la región de Murcia”, en monográfico *Retos del siglo XXI para la lingüística aplicada: Nuevo mapa lingüístico y cultural de la Península Ibérica*, de próxima publicación en la *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA)*. Coordinan: Carmen Valero y Francisco Raga.
- Subbarayappa, B.V. (Ed.) (2001): *Medicine and life sciences in India*, Nueva Delhi: Centre for Studies in Civilizations.
- Wadensjö, Cecilia (1998): *Interpreting as interaction*, Londres/Nueva York: Routledge.
- Zeman, C., Byrd, B., Sinca, A., Vlad, M., y Depken, D. (2005): “Health Promotion Theory, Praxis, and Needs in Transylvania, Romania”. *The International Electronic Journal of Health Education*, 8: 36-47.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.