Debate

M. Lalanda: Mi perspectiva después de tantos años trabajando en Inglaterra es que en España lo hacemos mucho peor. Parece que el médico haga un esfuerzo extra para que el paciente no le entienda. ¿Por qué los traumatólogos dicen «su fractura es quirúrgica» cuando podrían decir simplemente «se ha roto la cadera»? En Inglaterra, curiosamente, que es una cultura más fría, el médico suele ser mucho más caluroso hacia el paciente y la comunicación es mucho más cercana. El inglés médico tampoco existe entre médicos; suelen utilizar un inglés popular. También tienen mucho cuidado con las tres barreras que suelen frenar la comunicación con el paciente: la bata blanca (que en Inglaterra se quitó hace años), el ordenador (que tiene que estar situado lateralmente para que el paciente pueda tener acceso a la pantalla) y la posición de la mesa, que aquí suele actuar de barrera entre el médico y paciente, situados a ambos lados. Es la diferencia cultural que yo he podido observar.

A. Nevado: La mayoría de los profesionales sanitarios opinan, por mi experiencia, que no les hace falta un intérprete cuando se encuentran con una barrera lingüística. Muchas veces dicen que ya se entienden con cuatro palabras en francés o inglés, con los gestos, que como bien ha dicho Bárbara Navaza no son universales ni muchísimo menos, o mediante algún familiar o amigo del paciente. Aquí, por tanto, existen dos problemas: que no se conoce la figura del intérprete como profesional, que necesita una formación, que no solo sabe idiomas, sino que conoce técnicas de interpretación, terminología específica, un código ético, etc., y luego tampoco hay difusión de esos pocos servicios de interpretación que existen. En Aragón, que es la comunidad donde actualmente resido, existe un servicio de interpretación telefónica desde hace ocho años. El 80 % de los sanitarios desconoce que existe este servicio, con lo cual se está pagando, pero no se utiliza.

Por otra parte, cabe añadir que la barrera no es solo lingüística sino que muchas veces también es cultural. El concepto de enfermedad varía de una cultura a otra. El origen, el tratamiento que vamos a recibir y la figura a la que vamos a recurrir varían de una cultura a otra. Aquí también entran en juego cuestiones biológicas, cuestiones religiosas, el rol atribuido al hombre y a la mujer, la implicación de la familia en el tema de la enfermedad, etcétera. Todas esas cuestiones se tienen que tener en cuenta a la hora de tratar a un paciente de origen extranjero. Aquí podría recurrirse a la figura del mediador, cuya labor también es de sensibilización, de asesoramiento, de información, etcétera. Pero lo que no se puede pedir a un mediador es que le explique a uno la cultura de un paciente, porque la cultura no es homogénea para todos sus miembros. También hay que tener en cuenta que el paciente inmigrante está en un proceso de transformación. Probablemente reúna características de su cultura de

origen, pero también ha asumido costumbres del país de acogida. Con lo cual hay que tener en cuenta que no todos son iguales, igual que no todos los pacientes españoles son iguales.

La comunicación con el paciente, por lo tanto, es muy importante. Hay estudios que demuestran que la falta de comunicación eficaz puede llevar a errores de diagnóstico, falta de adherencia al tratamiento, tener que realizar más análisis de los necesarios e incluso ingresos hospitalarios que se podrían evitar. Por lo tanto, a la hora de comunicarnos con un paciente con quien existe una barrera lingüística y cultural, habría que recurrir a un profesional que ayude a superar esta barrera.

F. Collazos: Me gustaría compartir con vosotros estos trece años que llevo trabajando con población culturalmente diversa. Debemos reconocer que, si hay una relación asimétrica por definición, es aquella en la que uno entra en una condición de inferioridad en el valor salud, con la esperanza de que aquel o aquella que tiene delante le pueda aliviar, consolar, su condición. Si hay algo que nos caracteriza es ese poder que viene del acto médico en su esencia, que es el diagnóstico y el tratamiento. El diagnóstico no es más que una interpretación que hacemos de una información que recabamos a través de la anamnesis y de la exploración. Cuando uno trabaja en psiquiatría, el terreno de la incertidumbre es todavía mucho mayor. La interpretación que yo pueda hacer es sintomática, absolutamente subjetiva, y además es de un terreno tan inefable, tan difícil de verbalizar, como es el de las emociones o el de las ideas. Una vez que ha pasado por el filtro del interlocutor, además, yo también lo interpretaré y trataré de darle algún significado, y lo haré en función de mis coordenadas culturales. Cuando esto ocurre en una condición en la que el idioma no fluye con naturalidad, donde las metáforas son difícilmente traducibles, menuda labor cargamos en esos intérpretes que apenas han pasado por unos meses de formación. El médico siente una pérdida de poder, que a veces se alivia, o no tanto, con la presencia de una mediadora —hablo en femenino porque generalmente son mujeres—. El paciente pasa a gravitar el peso de la consulta.

Se me ocurren también muchas cosas acerca de la emoción que envuelve al lenguaje. Todas las iniciativas, desde los métodos tecnológicos a los mediadores, están muy bien, pero yo sigo alarmándome por la falta de sensibilidad que hay en la clase médica en general. Creo que es una resistencia a perder ese poder que ostentamos y que se hace mayor cuanto mayor es el tecnicismo. En otros países que nos llevan la delantera, esto ha tomado relevancia cuando estos grupos minoritarios han empezado a ocupar cargos representativos y de influencia. Hasta que llegue ese momento, la sensibilidad es mínima.

J.I. de Arana: Efectivamente, lo de la mesa en medio del médico y el paciente siempre impone. Con niños, la relación es distinta, mucho más cercana.

La figura del mediador muchas veces se solapa con la del trabajador social. En mi hospital, los trabajadores sociales no tienen ni idea de traducción y algunos traductores que han venido alguna vez yo no sé si tienen alguna noción de trabajo social. Quizá debería existir una figura mixta.

En mi carrera profesional yo no he tenido tanto problema con el inglés, sino con otros idiomas que en los hospitales públicos españoles son más mayoritarios. Uno de ellos es el árabe. O el chino. Y también con los sordomudos. ¿Existen intérpretes del lenguaje de los signos?

B. Navaza: Efectivamente, en nuestro proyecto se están trabajando los diferentes dialectos del árabe, el rumano, el búlgaro y el chino. Pero llama la atención que los idiomas más solicitados sean el inglés y el francés. También existen másteres de mediación, como los que ofrece la Universidad de Alcalá. Pero luego hay otros casos que claman al cielo, como Melilla, donde más de un 50 % de la

población habla lenguas bereberes y no hay interpretación presencial ni telefónica. Yo tuve la oportunidad de ir allí dos o tres veces al año a hacer promoción de la salud en el Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes, y la comunicación solo se regía por el inglés y el francés. Teníamos una mediadora de árabe de una ONG, pero en los hospitales el servicio era inexistente. Los mediadores que había en ese centro hacían más de educadores sociales que de mediadores. Como se trata de una profesión en la que no están reguladas las competencias ni la formación, te encuentras con servicios que están muy bien y otros que no tanto. Son los *lobbies* médicos que trabajan en medicina tropical, etcétera, los que han luchado para que se crearan estos servicios, por ejemplo en el Hospital Ramón y Cajal y en el Hospital de Poniente.

Sobre la interpretación de la lengua de signos, existe el *Libro blanco de traducción e interpretación institucional*, en el que nos juntamos intérpretes y traductores de los servicios públicos y para el que cada uno escribió un capítulo explicando cómo está la situación y lanzando recomendaciones sobre cómo debe ser ese trabajo. Uno de los capítulos habla de la lengua de signos.

Otros profesionales sanitarios, llamados los «chaquetas verdes» o los informantes, se dedican a dar información al paciente. Algunos de ellos conocen idiomas y asumen también tareas de interpretación. Son personas que no tienen familiaridad con los códigos deontológicos del intérprete. En algunos hospitales hay una verdadera lucha de poder en este sentido y la situación es un poco caótica.

J.E. Baños: El porcentaje de pacientes extranjeros no comunitarios puede rondar el 30 % en algunos hospitales de Barcelona. En cada lugar hay necesidades particulares. Por ejemplo, nadie ha hablado aquí de los inmigrantes paquistaníes. Ya hace tiempo que el Hospital del Mar creó un servicio para que los médicos pudieran comunicarse con estos pacientes.

En la dirección de lo que comentaba antes Mónica Lalanda, en la Universitat Pompeu Fabra tenemos una asignatura obligatoria en el segundo curso sobre relación médico-paciente y técnicas de comunicación. Es un tema demasiado importante como para dejarlo al azar de la experiencia. En ella se trata, entre otras cosas, la comunicación con pacientes de otras culturas. Cataluña, por ejemplo, tiene un porcentaje de inmigración que ronda el 15 %, muchos de ellos chinos, subsaharianos, marroquíes, paquistaníes y rumanos. No solo es un problema de lengua, sino también de las creencias. Hay unos prejuicios, unas expectativas, unas creencias que, si no se interpretan adecuadamente, van a dar al traste con la mejor actividad médica que se pueda ofrecer.

En el libro *Cross-cultural medicine*, de Judyann Bigby, hay un capítulo dedicado a los indios americanos. En los Estados Unidos hay una mayor sensibilidad en este sentido hacia las diferentes creencias (apaches, esquimales, etcétera). En España, una gran cantidad de inmigrantes también ha venido para quedarse, y creo que es momento de actuar. Y en determinadas áreas, todavía más. Los universitarios que no trabajamos para el hoy, sino para el mañana, deberíamos tener una actitud más proactiva en este sentido.

J. González de Dios: Torrevieja tiene 100 000 habitantes de 130 nacionalidades. Es un crisol de culturas desintegrado. Dominábamos el francés, el inglés e incluso el alemán, pero ya no otros idiomas. Es verdad que no teníamos mediación, pero contábamos al menos con la interpretación. El día a día era que nosotros no podíamos transmitir la situación al paciente y el paciente tampoco a nosotros sus sentimientos. En una población que en verano se multiplica por diez, se agradecería muchísimo la labor de la interpretación sanitaria.

C. Valero Garcés: En el Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá, sí enseñamos árabe y aquellas lenguas que, previa investiga-

ción, consideramos necesarias. En la zona de Madrid detectamos la necesidad de rumano, chino, polaco, ruso, árabe, inglés y francés, y también búlgaro y portugués, que son los dos últimos que hemos incorporado al programa. La enseñanza es especializada en asistencia médica. Hemos producido también una serie de guías multilingües con frases útiles tanto para el usuario como para el médico. También editamos guías concretas para pediatría, embarazadas y servicios sociales en general.

Pero hay una cierta confusión tanto terminológica como en relación con las funciones que cada uno de estos profesionales debe desempeñar, que hace muy difícil nuestra labor. Me refiero a los términos «traductor», «intérprete» y «mediador». Con frecuencia se consideran sinónimos y no lo son en nuestro campo. No es el momento de detenerse en explicaciones sobre este tema, pero sí me atrevería a decir que los profesionales que trabajamos en el campo de la comunicación seguimos topándonos con cierta falta de sensibilidad por parte de los profesionales asistenciales. Es como si no existiéramos. Nos encontramos bastantes trabas en nuestra tarea. Existen muchos trabajos publicados sobre estos problemas de comunicación en la labor asistencial, pero en revistas de nuestro ámbito (léase humanidades) y no siempre en las llamadas «científicas», si bien considero que son igualmente científicas. Sería recomendable prestar también atención a estos escritos y buscar una colaboración más eficaz entre salud y comunicación.

J. Porta: Nosotros hicimos un estudio sobre la patología frecuente por la que consultaban las distintas culturas y comprobamos que muchos pacientes perdían citas o pruebas complementarias porque no se enteraron de cuándo se las tenían que hacer. Así que seguro que este problema también afecta a cuestiones de coste-eficacia.

Los médicos en España afortunadamente ya no están en un pedestal. El problema es más bien el de la presión asistencial, que impide que tengamos más tiempo para solventar estas barreras con el paciente.

Lo que existe es una dificultad para transmitir el conocimiento de manera que lo entiendan los demás. La percepción de calidad del paciente no tiene tanto que ver con si llevamos bata o no, o ni siquiera con el diagnóstico, sino más bien con el trato recibido.