

Interpretació o mediació intercultural? El cas dels usuaris magribins dels serveis públics de salut

Lourdes Rubio

Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Infermeria
Càtedra Unesco de Diàleg Intercultural Mediterrani de la Universitat Rovira i Virgili
Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona
lourdes.rubio@urv.cat

Meritxell Nogués

Generalitat de Catalunya. Departament d'Ensenyament
mnogue53@xtec.cat



Resum

En l'àmbit sanitari l'opció preferent per a la interpretació professional presencial són els anomenats mediadors interculturals. La mediació intercultural en salut es presenta com una figura confusa i controvertida que per força remet a la diferència cultural i, tal vegada, als conflictes que s'hi associen. En aquest treball s'analitza la natura de les dificultats de comunicació dels magribins en relacionar-se amb els serveis públics de salut a Catalunya per extreure'n el perfil ideal del professional d'ajuda en aquestes situacions. Els resultats mostren que, en aquest context, els problemes idiomàtics es situen a la base dels problemes de comunicació, que també poden ser culturals i mixtos. El professional de la interpretació en l'àmbit sanitari ha de demostrar competència intercultural, domini lingüístic de les llengües en interacció i habilitats d'interpretació.

Paraules clau: immigrants; barreres del llenguatge; traductor; intèrpret; mediador; serveis públics de salut.

Abstract. *Interpretation or intercultural mediation? The case of North-African users of the public health services*

In health contexts, the preferred option for face-to-face professional interpreting are the so-called intercultural mediators. Intercultural mediation in health is presented as confusing and controversial which automatically involves cultural difference and, perhaps, the associated conflicts. This study analyses the nature of the communication difficulties experienced by North-African men and women in their contact with the public health services in Catalonia in an attempt to determine the ideal professional profile to help in these situations. The results show that, in this context, language problems are the root cause of communication problems, which can also be cultural or mixed. In a health context, the professional interpreter must show intercultural competence, mastery of the languages of interaction and interpretation skills.

Keywords: immigrants; language barriers; translator; interpreter; mediator; public health services.

Sumari

1. Introducció
 2. Metodologia
 3. Resultats
 4. Conclusions i discussió
- Referències bibliogràfiques

1. Introducció

Segons l'Enquesta Nacional d'Immigració de l'any 2007 (Rubio-Rico 2014), el 30 % dels magribins residents a Catalunya declara que té un maneig lingüístic deficient, tant en castellà com en català. Per sexes, aquesta circumstància afecta el 21 % dels homes i el 47 % de les dones. Aquestes dades permeten objectivar la dificultat idiomàtica com una important barrera per accedir i usar els serveis de salut entre el col·lectiu de magribins residents a Catalunya (Burón 2012; Saura et al. 2008; Terraza Núñez et al. 2010).

Pel que fa a la gestió de la immigració a Catalunya, convé destacar dos fets determinants a l'hora de resoldre els problemes de comunicació de les persones immigrades amb l'administració pública. D'una banda, l'establiment l'any 2006 del concepte de ciutadania resident per a tots els nousvinguts d'orígens diversos (Secretaria per a la Immigració 2006); de l'altra, el compromís inequívoc del Pacte Nacional per a la Immigració, l'any 2008, perquè les persones immigrades accedeixin als serveis públics en igualtat de condicions que la resta (Secretaria per a la Immigració 2008). Així, doncs, la necessitat de ser coherents amb els principis expressats ha obligat l'administració pública i la societat en general a articular estratègies que ajudin els nousvinguts amb problemes de comunicació a relacionar-se amb l'administració, perquè la barrera comunicativa és un primer escull per exercir els drets de ciutadania.

A Catalunya, entre els recursos que les institucions de salut posen a disposició dels usuaris amb dificultats idiomàtiques hi ha els serveis de traducció i d'interpretació telefònica, material de consulta en diferents suports i els mediadors interculturals en salut (Arumí Ribas et al. 2011; Comitè Consultiu Bioètica 2007; Departament de Salut 2006; Terraza Núñez et al. 2010).

El servei de mediació intercultural en salut agafa embranzida l'any 2006 a partir de la publicació del Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut (PDIAS) (Departament de Salut 2006), tot i que, abans d'això, al territori ja hi havia diverses iniciatives d'ajuda a la comunicació entre professionals de la salut i persones immigrants usuàries del servei. El PDIAS considera la mediació intercultural en salut com un eix essencial per a la gestió de la immigració en l'àmbit de la salut, i la defineix com un «recurs pont que afavoreix la comunicació i promou un canvi constructiu en les relacions entre persones culturalment diverses» (Departament de Salut 2006: 114). D'acord amb això, la mediació intercultural en salut es presenta com un concepte força obert que tant pot incloure funcions de traducció i d'interpretació, com actuacions dirigides a suscitar canvis socials i estructurals en cadascuna de les parts en interacció.

L'informe de Linguamón sobre els serveis de traducció i d'interpretació en els processos d'acolliment lingüístic reconeix una diversitat de denominacions per a feines amb una funció central compartida, «la d'interèprete o persona que fa d'intermediari entre altres que parlen llengües diferents que ignoren mútuament» (Linguamón 2010). En l'àmbit sanitari, els professionals dedicats a la interpretació presencial s'anomenen, preferentment, mediadors interculturals (Departament de Salut, 2006), tot i que en l'àmbit acadèmic per referir-se al professional que es dedica tant a fer tasques de traducció escrita i a la vista com interpretació als serveis públics es prefereix parlar de traductors i intèrprets als serveis públics (TISP) (Grup MIRAS 2011). Malgrat que no hi ha acord sobre les diferències entre la mediació intercultural i la traducció i la interpretació en l'àmbit sanitari, a la mediació intercultural se li reconeix la potestat d'intervenir activament per millorar la relació entre les parts. Així, doncs, a més de vetllar perquè les parts en interacció entenguin el missatge, al mediador intercultural li és permès d'actuar per afavorir l'acomodació entre els serveis de salut i els usuaris immigrants i encara més, perquè en situacions de negociació intercultural el poden requerir per promoure l'acord entre les parts (Pena Díaz et al. 2014). En canvi, l'aportació del TISP a la relació és una aportació instrumental —la de l'ajuda a la comunicació— i imparcial (Pena Díaz et al. 2014). És instrumental perquè la traducció i la interpretació del missatge constitueixen el mitjà imprescindible per a l'entesa de les parts en interacció. És imparcial perquè no incideix ni en l'estructura del diàleg ni en el contingut del missatge, de manera que, un cop la informació s'ha transmès, permet que les parts en interacció gestionin autònomament les seves actuacions (Vargas-Urpí 2013).

Segons això, doncs, tant se val si parlem de mediadors interculturals com de TISP: totes dues figures tenen la funció d'assegurar que les parts en interacció comprenguin la informació transmesa des d'una perspectiva àmplia, que abasta aspectes lingüístics, socials i culturals, per evitar les disfuncions, els conflictes i els recels que podrien sorgir del malentès. Prats San Román (2009) ho anomena mediació preventiva. Ara bé, com que la mediació preventiva es basa en la competència interpretativa del mitjancer, crida l'atenció la baixa utilització que els TISP de Catalunya fan de tècniques pròpies de la interpretació com ara la presa de notes, la traducció en primera persona o la gestió dels torns de paraula (Arumí Ribas et al. 2011; Grup MIRAS 2011), una mancança que s'atribueix a l'escassa formació en traducció i en interpretació de les persones que fan aquesta feina (Grup MIRAS 2011).

Malgrat que als serveis de salut qui es dedica a la traducció i a la interpretació entre els professionals de la salut i la població immigrada es coneix normalment com a mediador intercultural en salut, aquesta és, encara, una figura equívoca, amb encàrrecs professionals diversos i no sempre consensuats en el sector (Linguamón 2010; Soler González 2009; Vargas-Urpí 2013). També hi ha qui veu en la preferència que el sistema de salut ha donat als mediadors interculturals en detriment d'altres opcions professionals, com ara els traductors i els intèrprets, una estigmatització de la diferència cultural, una utilització de recursos ineficient i un estímul a la passivitat dels nous immigrants (Mota 2007; Vázquez Navarrete et al. 2009). Tot plegat obliga a plantejar-se la manera idònia d'encarar els problemes de comunicació que afecten els professionals i usuaris immigrants dels serveis de salut a Catalunya. És per això que ens vam plante-

jar analitzar qualitativament la natura de les dificultats de comunicació dels homes i dones magribins en relacionar-se amb els serveis públics de salut a Catalunya, i extreure'n el perfil idoni del professional d'ajuda a la comunicació en aquest àmbit.

2. Metodologia

Es va fer un disseny qualitatiu amb finalitat descriptiva. Les dades es van recollir mitjançant entrevistes individuals semiestructurades (EI) i sessions amb grups focals (GF); l'àmbit d'estudi van ser els serveis públics de salut de la província de Tarragona.

2.1. Participants

Es va considerar població d'estudi els adults (≥ 18 anys) nascuts en algun dels països del Magrib, residents a la província de Tarragona i amb experiència recent (≤ 6 mesos) de relació amb els serveis de salut de la zona, tant d'atenció primària com hospitalària. Per completar l'espectre de persones amb dificultats específiques en la relació amb els serveis de salut, es va decidir incloure el testimoni de dues persones sense targeta sanitària i, per tant, sense possibilitats d'accedir ordinàriament al sistema sanitari públic, tot i que amb accés als serveis d'urgències en cas de necessitat.

Amb la progressió en la recollida de dades i amb la necessitat de complementar l'experiència limitada de l'usuari amb una altra de més extensa, es va incorporar a la investigació el testimoni d'adults magribins que treballessin com a mediadors interculturals en salut per al col·lectiu estudiat.

L'accés als adults magribins es va fer a la comunitat. El mostreig va ser intencionat fins a la saturació de les dades. El reclutament d'informants es va fer mitjançant la tècnica de bola de neu a partir de persones d'origen magribí accessibles a les investigadores, o bé a partir de professionals de l'àmbit de la salut i del treball social en contacte amb el col·lectiu.

2.2. Recollida de dades

Les dades es van recollir entre el maig del 2009 i el maig del 2011 mitjançant entrevistes individuals semiestructurades i l'organització de grups focals en què es demanà per l'experiència de relació amb els professionals i amb el sistema de salut. Aquest treball es basa en els extractes referits a la natura dels problemes de comunicació que afecten el col·lectiu estudiat.

Per assignar les tècniques de recollida de dades a la tipologia dels informants, es va considerar que s'havia d'entrevistar individualment els mediadors per aprofundir en la visió dels fets. Pel que fa als usuaris, i per estimular la discussió, es va pensar en la tècnica de grups focals. Alguns usuaris van expressar l'oposició a participar en grups focals i altres van tenir dificultats de disponibilitat horària per acudir a la reunió; en aquests casos es va oferir la possibilitat de participar en l'estudi mitjançant una entrevista individual.

Les sessions amb informants no competents en català o castellà van disposar d'un intèrpret d'àrab o amazic –segons fos la llengua d'expressió del grup o individu– que va actuar com a interpretació d'enllaç. Les sessions es van gravar ínte-

grament en àudio i se'n van transcriure literalment els continguts traduïts. Totes les persones i institucions que van participar en aquest treball van accedir prèviament al protocol d'estudi i hi van donar l'aprovació.

2.3. Anàlisi

Es va analitzar el contingut. Les dades es van segmentar en unitats de registre codificades mitjançant codificació oberta. Les categories emergents es van integrar en nivells superiors d'agregació segons les propietats i dimensions dels conceptes.

La sistematització de la categorització i de l'anàlisi es va dur a terme amb el programa ATLAS-ti versió WIN 5.0.

3. Resultats

Es van fer 12 entrevistes individuals, 6 a mediadors i 6 a usuaris, un d'ells amb experiència com a intèrpret *ad hoc* quan era petit. Es van organitzar deu grups focals d'usuaris. Les característiques sociodemogràfiques dels informants i la descripció dels grups focals es mostren a les taules 1 i 2, respectivament.

Taula 1. Característiques dels informants

	Usuaris		Mediadors		Total	
Edat en anys: mitjana (IC 95 %)	35 (33 - 38)		39 (30 - 47)		36 (33 - 38)	
Durada de l'entrevista en minuts: mitjana (IC 95 %)	69' (63' - 75')		76' (57' - 95')		70' (64' - 75')	
	n	%	n	%	n	%
Sexe						
Home	9	14,3 %	1	16,7 %	10	14,5 %
Dona	54	85,7 %	5	83,3 %	59	85,5 %
Any d'arribada						
Abans del 1995	2	3,2 %	0	0,0 %	2	2,9 %
1995-1997	6	9,5 %	1	16,7 %	7	10,1 %
1998-2000	5	7,9 %	0	0,0 %	5	7,3 %
2001-2003	13	20,6 %	2	33,3 %	15	21,7 %
2004-2006	18	28,6 %	3	50,0 %	21	30,4 %
2007-2009	14	22,2 %	0	0,0 %	14	20,3 %
Any 2010	5	7,9 %	0	0,0 %	5	7,3 %
Tipus d'entrevista						
Focal	57	90,5 %	0	0,0 %	57	82,6 %
Individual	6	9,5 %	6	100,0 %	12	17,4 %
Adscripció cultural						
Àrab	39	61,9 %	5	83,3 %	44	63,8 %
Berber	24	38,1 %	1	16,7 %	25	36,2 %
Entorn de procedència						
Rural	21	33,3 %	2	33,3 %	23	33,3 %
Urbà	42	66,7 %	4	66,7 %	46	66,7 %

	Usuaris		Mediadors		Total	
Maneig lingüístic						
Nul o baix	41	65,1 %	0	0,0 %	41	59,4 %
Bàsic	19	30,2 %	0	0,0 %	19	27,5 %
Avançat	3	4,8 %	6	100,0 %	9	13,0 %
Nivell d'instrucció						
No sap llegir ni escriure	20	31,7 %	0	0,0 %	20	29,0 %
Sap llegir i escriure	7	11,1 %	0	0,0 %	7	10,1 %
Estudis Primaris	13	20,6 %	0	0,0 %	13	18,8 %
Estudis Secundaris	15	23,8 %	1	16,7 %	16	23,2 %
Universitaris	8	12,7 %	5	83,3 %	13	18,8 %
Experiència d'atenció						
Primària i hospitalària	55	87,3 %	5	83,3 %	60	87,0 %
Primària	6	9,5 %	1	16,7 %	7	10,1 %
Sense accés ordinari	2	3,2 %	0	0,0 %	2	2,9 %

Taula 2. Descripció dels grups focals

Id. grup	Segmentació	Nombre de participants	Durada sessió	Sexe	Edat: mitjana (mín. – màx.)
GF1	Dones. Àrabs. Baix domini lingüístic.	6	44'	Dones: 6 (100 %)	34 (21 - 55)
GF2	Dones. Àrabs. Universitàries.	3	137'	Dones: 3 (100 %)	30 (25 - 37)
GF3	Dones. Berbers. Sense estudis primaris acabats. Baix domini lingüístic. Entorn rural.	7	77'	Dones: 7 (100 %)	36 (27 - 42)
GF4	Dones. Àrabs. Baix domini lingüístic.	5	46'	Dones: 5 (100 %)	35 (27 - 41)
GF5	Dones. Berbers. Baix domini lingüístic.	4	58'	Dones: 4 (100 %)	39,5 (28 - 55)
GF6	Dones. Àrabs. Estudis primaris o secundaris acabats.	5	55'	Dones: 5 (100 %)	28 (19 - 43)
GF7	Dones. Àrabs. Estudis primaris o secundaris acabats. Entorn urbà.	3	52'	Dones: 3 (100 %)	28 (27 - 32)
GF8	Mixt. Domini lingüístic bàsic. Entorn urbà.	9		Dones: 6 (66,7 %) Homes: 3 (33,3 %)	26 (22 - 37)
GF9	Mixt. Domini lingüístic bàsic. Entorn urbà.	4		Dones: 1 (25 %) Homes: 3 (75 %)	28,5 (24 - 45)
GF10	Dones. Domini lingüístic baix.	11		Dones: 11 (100 %)	43 (24 - 52)

3.1. Sobre la natura dels problemes de comunicació

Gairebé totes les persones i grups entrevistats han esmentat les dificultats per comunicar-se amb els professionals de la salut, que estan relacionades, sobretot, amb l'insuficient maneig lingüístic de l'usuari magribí en català o castellà:

Diu que té tres fills i que tenen això... anèmia, sí, i que sempre, fa nou mesos, que sempre va a l'hospital, sí, que la tracten molt bé i que l'expliquen, però el que passa és a parlar. Alguna vegada que no troba ningú que l'expliqui... no ho entén. (GF3)

Queda clar que el baix domini lingüístic és una circumstància que fa que l'usuari que s'hi troba sigui totalment dependent d'algú altre per relacionar-se amb els serveis de salut. D'altra banda, com que la comunicació entre professionals i usuaris és una eina diagnòstica i de tractament imprescindible –l'única aplicable a totes les circumstàncies clíniques–, usuaris magribins i professionals de la salut sovint han d'utilitzar-la a una escala de funcionament molt inferior al mínim exigible o fins i tot a prescindir-ne:

Domini lingüístic: n (%)	Adscripció cultural: n (%)	Entorn procedència: n (%)	Nivell d'estudis: n (%)
Nul o baix: 6 (100 %)	Àrab: 6 (100 %)	Urbà: 5 (83,3 %) Rural: 1 (16,7 %)	Analfabetes: 2 (33,3 %) Alfabetitzades: 1 (16,7 %) Est. primaris: 1 (16,7 %) Est. secundaris: 2 (33,3 %)
Bàsic: 2 (66,7 %) Alt: 1 (33,3 %)	Àrab: 3 (100 %)	Urbà: 2 (66,7 %) Rural: 1 (33,3 %)	Superiors: 3 (100 %)
Nul o baix: 7 (100 %)	Berber: 7 (100 %)	Rural: 7 (100 %)	Analfabetes: 3 (42,9 %) Alfabetitzades: 4 (57,1 %)
Nul o baix: 5 (100 %)	Àrab: 5 (100 %)	Urbà: 1 (20 %) Rural: 4 (80 %)	Analfabetes: 2 (40 %) Alfabetitzades: 2 (40 %) Est. secundaris: 1 (20 %)
Nul o baix: 4 (100 %)	Berber: 4 (100 %)	Urbà: 3 (75 %) Rural: 1 (25 %)	Analfabetes: 3 (75 %) Est. secundaris: 1 (25 %)
Nul o baix: 1 (20 %) Bàsic: 4 (80 %)	Àrab: 5 (100 %)	Urbà: 4 (80 %) Rural: 1 (20 %)	Est. primaris: 2 (40 %) Est. secundaris: 3 (60 %)
Nul o baix: 2 (66,7 %) Bàsic: 1 (33,3 %)	Àrab: 3 (100 %)	Urbà: 3 (100 %)	Est. primaris: 2 (66,7 %) Est. secundaris: 1 (33,3 %)
Bàsic: 9 (100 %)	Àrab: 5 (55,6 %) Berber: 4 (44,4 %)	Urbà: 9 (100 %)	Est. primaris: 3 (33,3 %) Est. secundaris: 3 (33,3 %) Superiors: 3 (33,3 %)
Bàsic: 4 (100 %)	Àrab: 3 (75 %) Berber: 1 (25 %)	Urbà: 4 (100 %)	Est. primaris: 1 (25 %) Est. secundaris: 2 (50 %) Superiors: 1 (25 %)
Nul o baix: 11 (100 %)	Àrab: 6 (54,5 %) Berber: 5 (45,5 %)	Urbà: 10 (90,9 %) Rural: 1 (9,1 %)	Analfabetes: 8 (72,7 %) Est. primaris: 1 (9,1 %) Est. secundaris: 2 (18,2 %)

I això és cas que [...] acudeix una dona embarassada que tenia... embarassada amb diabetis gestacional i no... no sé... o sigui no es controlava, no feia un règim controlat amb hidrats de carboni. I... clar, va vindre un dia al despatx i es va desmaiar. I no sabia res de castellà, ni català, ni res, ni francès! O sigui: res, res! I clar... em va cridar l'endocrí: «M., vine, que tenim... s'ha desmaiat...». (EI9)

Per bé que aquest és un cas extrem, és freqüent que professionals i usuaris s'hagin d'enfrontar a trobades clíniques de gran precarietat lingüística, en què s'infrautilitza el principal recurs de què disposen uns i altres per expressar els patiments i diagnosticar, tractar o cuidar les persones que ho necessiten: la comunicació.

Una de les ajudes a la comunicació de què disposen professionals i usuaris són els anomenats mediadors interculturals en salut. Els mediadors entrevistats han definit la seva feina de maneres diferents, tot i que en totes les descripcions hi és subjacent la idea que exerceixen de pont de comunicació entre professionals de la salut i usuaris magribins: «Bueno, soy eee... mediadora intercultural, trabajo en el ámbito de salud y consiste en facilitar la comunicación entre profesionales y usuarios» (EI12). La mediació intercultural en l'àmbit de la salut inclou intervencions de tipus idiomàtic, cultural i mixt:

Pues principalmente es fer de pont entre el professional sanitari i el pacient de la comunitat magribí. Un pont a nivell cultural, a nivell d'idioma, a nivell de fer arribar les idees del pacient al professional sanitari i viceversa. Què més? Això consisteix a traduir, interpretar, mediar, fer traduccions de consentiments i documents, explicar la medicació al pacient, fer també acompanyament. (EI9)

Sense menystenir la importància de la mediació intercultural, sembla que uns i altres –usuaris i mediadors– coincideixen a assenyalar que el primer escull és idiomàtic. Vegeu l'afirmació d'una usuària en relació amb els significats culturals de la malaltia i la possibilitat que hi hagi mals que els professionals d'aquí no sàpiguen guarir o ni tan sols reconèixer com a tals:

El idioma, el idioma! [diu rient]. És que, per ella, diu que per falta de comunicació no... no s'entén [amb] el metge. I ella es queda així, saps? No es cura. És una malaltia que no es transmet, no es comunica, és que no sabe el metge que [ella] té aquesta malaltia. (GF10)

Bona part dels mediadors, al seu torn, insisteixen de manera espontània en la prioritat de les dificultats idiomàtiques per sobre de les de tipus cultural:

La mayoría de los profesionales cuando te requieren, el 99 % es la barrera idiomática es la que atrae... hay algunos casos puntuales cuando hay algún conflicto... y hay que mediar entre... (EI8)

Moltes no saben parlar. Ara moltes s'han espavilat i a vegades van soles i tot, però quan les vaig acompanyar jo, molt de temps, doncs no sabien absolutament res, i jo doncs feia de traductora. (EI7)

La majoria dels usuaris eee... que demanen ajuda, la figura és la dona. [...] m'estan buscant, sobretot en la primària, o vénen i diuen «no, nosaltres necessitem a la F». És per tema idiomàtic, les barreres idiomàtiques, és per això, la majoria d'elles. (EI10)

El motiu de consulta? Pues traducció... massivament traducció, mediació a vegades... e interpretació... clar, sempre, en qualsevol traducció sempre hi ha interpretació. (EI9)

El problema fundamental, primero, es el problema del idioma, de la comunicació. Eso lo primero. (EI1)

Per bé que els problemes de comunicació de causa idiomàtica han estat esmentats com a predominants, la diferència cultural és també una font d'incomprensió en les relacions entre usuaris magribins i professionals de la salut, una diferència que es gestiona amb dificultats quan, a més, hi concorren problemes de comprensió estrictament lingüística. El fragment següent il·lustra les dificultats d'una medidora per conciliar el missatge religiós amb les necessitats de salut de l'usuari. Unes dificultats que no rauen en la contradicció entre la pràctica de l'islam i la vida saludable, sinó en la impossibilitat d'argumentar aquesta compatibilitat en una llengua que el medidor no domina, l'amazic:

Lo he visto también en este año mucho, que el ramadán eeee... trabajaba también y veía que hay ciertas mujeres mayores, las abuelas, por ejemplo, que no, no, sobre todo si no hablan árabe, que hablan amazic... es muy difícil explicarles el Corán y todo esto ¿vale? Te entienden poco y... (EI12)

La diferència cultural, que no necessàriament hauria de ser un problema, ho acaba sent per les dificultats inherents a comunicar-se dues persones en llengües discordants que no dominen. Quan això passa, la diferència cultural no es pot explicar i, per tant, costa d'entendre, encara que n'hi hagi la voluntat. D'altra banda, com que no es poden argumentar cadascuna de les posicions, es fa molt difícil trobar un punt d'acord que satisfaci totes dues parts. És a dir, tot i la necessitat de conciliació intercultural, l'origen del problema és la incapacitat per servir-se de l'eina per gestionar la diferència: el diàleg. El cas següent mostra els efectes de la discordança lingüística en el procés de negociació intercultural. D'una banda, ben bé podria ser que el professional, per una qüestió idiomàtica, hagués hagut de donar respostes taxatives que bloquegessin l'intercanvi d'idees. De l'altra, l'usuari es sorprèn de l'actitud inflexible del professional i es sent incapaç d'argumentar les seves raons. I no ho fa, en primer lloc, perquè sent que el diàleg s'ha trencat amb la resposta imperativa del professional. I després perquè no pot explicar-se en una llengua que no coneix:

Ellos comparten que la mayoría de los profesionales pues no hay un cierto respeto, no hay un diálogo cuando se trata de ramadán [...] Porque ella, con su médica, le dice «yo estoy haciendo ramadán» y [la doctora] dice: «no, no haces ramadán, tú tienes que comer y tal» y a ella, pues, le chocó, que [la doctora] no empezó a dialogar con ella, a negociar, y claro, ella dice que se encontraba bien y ha podido hacer el ramadán, [...] pero por un problema idiomático no pudo expresar esto. (GF8)

Amb tot, també es dona el cas d'usuaris competents en alguna de les llengües oficials a Catalunya que expliquen problemes de comunicació intercultural, és a dir, no estrictament atribuïbles al domini de les llengües parlades entre els interlocutors, sinó més aviat a les maneres d'entendre la salut i el patiments d'uns i d'altres:

Me diu [el metge], «M., tengo un caso un poco raro, porque la paciente habla el castellano pero no llego a entender. A lo mejor tiene problemas... siendo chica, a lo mejor te cuenta cosas...». La vaig citar i em diu... bueno... ella era berber, saps? Parlava mig castellà amb mi, mig àrab, perquè jo no l'entenc, el berber. Estàvem parlant i, clar, jo... li dic «però tu tens problemes amb el teu marit?». «No, lo que passa és que... jo, aquest mal de cap... tu això segur que ho entendràs, els professionals d'aquí, els espanyols, no ho entendran, això, però tu... ho entendràs, això!» Diu que quan era petita, que queia per terra, tenia... jo crec que tenia epilèpsia, perquè deia que... però per ells, epilèpsia no, no... sí que tenen nom en àrab clàssic, vale? Però per ells... això és un concepte que et deia... que no... no tenen aquest concepte. Diu que queia i li sortien baves i no podia fer res i no es recordava de res. Són símptomes d'epilèpsia. Diu [...] «prenia antidepressius, prenia coses i no em feia res. I vaig anar a un curander i em vaig curar. I aquests mals de cap que tinc és degut a que queia per terra, per això...». I demanava TAC: TAC, TAC, TAC... I el metge, quan li he explicat això... no pots imaginar la cara que va ficar, perquè ell... s'ha quedat així [fa cara de sorpresa]: «I a mi no m'ha explicat, això! [va dir el metge]. (EI9)

O a determinades concepcions sorgides de l'encreuament entre cultura comunicativa i cultura de gènere:

Els metges també han de saber que ells diuen que sí, que sí, però que no ho entenen. Molts homes acompanyant les seves dones diuen que sí perquè als homes no els agrada preguntar i moltes vegades les dones els diuen «em fa mal aquí, em fa mal aquí» i ells no ho diuen tot al metge per vergonya, i s'ho callen. (EI7)

La diferència cultural, però, no és responsabilitat exclusiva de les especificitats que els usuaris magribins aporten al món de la salut, perquè la cultura mèdica també les té, les especificitats, i també contribueixen a la diferència cultural entre usuaris –magribins o no, tant se val– i professionals de la salut. En concret, els informants s'han referit a l'estil comunicatiu d'alguns professionals, que no ajuda a l'entesa. Es tracta d'un estil desganat, crític i distant, que interpreta la comunicació com un tràmit a què obliga la professió, probablement sense creure-hi:

[...] és que hi ha metges que ens parlen amb un llenguatge molt científic, molt culte, m'entens? Llavors jo em quedo... «què és això?». I ara perquè també he superat la vergonya i tot, li dic, «expliqui-m'ho amb paraules més entenedores», perquè pensa que tampoc no sé aquest llenguatge. Jo crec que aquests professionals vull dir ho han de fer, sobretot amb els immigrants però sobr... i amb la gent d'aquí també. Vull dir, intentar adaptar molt el llenguatge, m'entens? Realment fer entendre a l'altre lo que s'ha de prendre, fer-li marcar, una setmana fer-li així, fer un esforç, m'entens? Perquè hi ha alguns que tutututu i tu no t'enteres. (EI7)

D'altra banda, tampoc ajuda l'especificitat terminològica de les ciències de la salut:

Perquè jo, abans, tampoc em sabia tots els òrgans interns, i a més a més en marroquí... saps? És allò que és una cosa vermella que tenen els corders... això per explicar què és el fetge, com que el corder sempre l'arreglem i tot... perquè la dona també em pogués entendre. Perquè pensa que elles tampoc han estudiat ni res, saps? (EI7)

Fins i tot quan l'usuari demostra un domini de l'idioma força satisfactori en les situacions comunes i quotidianes de la seva vida, les coses que es diuen als serveis de salut demanen un cert coneixement de la matèria que s'hi tracta, o, si més no, un missatge adaptat a la capacitat d'entendre de cadascú: «Bueno, hay gente que sabe el idioma pero no entiende. Yo sé el idioma, pero si me pones con un arquitecto en una reunión no sabré lo que están diciendo, si me pones en una sala de marketing...» (EI12).

Més enllà dels diferents significats culturals de la salut i els patiments, la transmissió del símptoma o la comunicació d'inquietuds i dubtes sorgits a la trobada clínica requereixen una certa capacitat d'expressar conceptes abstractes o, si més no, un nivell de maneig lingüístic superior al que es necessita per comunicar-se en altres situacions concretes. Els homes del col·lectiu són un dels principals suports que troben les dones per moure's en aquest entorn nou, i ho són per dos motius: el primer és que el temps d'avançada que fa que són aquí respecte a les dones del col·lectiu els ha permès d'aprendre el funcionament de la societat i les seves institucions —«els nostres homes són els que primer van venir i llavors són ells els que s'han encarregat de fer les targetes sanitàries i tot» (GF5), i el segon és el domini de l'idioma que en aquest temps han pogut anar assolint: «perquè... com que [la dona] no entén l'idioma, sempre, al començament, sempre va amb l'home, amb el marit, que és més a prop, que elles no coneixen a ningú» (EI11). Com que el domini lingüístic dels homes del col·lectiu és superior al de les dones, els converteix en una de les principals ajudes a la comunicació en context sanitari: «El marit o els fills les acompanyen [al metge]» (GF10). Amb tot, les dificultats per expressar-se no només afecten aquelles persones amb molt baix nivell d'expressió en català o castellà, sinó que algunes declaracions deixen entreveure la idea que un maneig suficient per a la vida diària, el que previsiblement han aconseguit els homes que han precedit les dones, pot no ser-ho quan es tracta d'interactuar amb els professionals de la salut. Heus aquí dues declaracions sorgides en el mateix grup que il·lustren aquest aspecte. La primera fa referència a la dificultat per transmetre la magnitud del símptoma:

Dicen [les dones del grup focal] que a veces, incluso para el tema del marido, cuando [el marido] viene [al médico] pues... si tiene que explicar la síntoma del dolor específico, que claro, lo cuenta con dificultad y que no sabe explicarlo bien exactamente para que el profesional pueda valorar la enfermedad y que claro, eso es un problema (GF7).

I l'altra, a les dificultats per aprofundir en la comprensió del procés que motiva la consulta: «Entonces si el marido realmente entiende, tiene que plantear preguntas, dudas y tal, y claro pues su marido, pues no pregunta y claro es pues... digamos... lo que dice el profesional» (GF7).

3.2. *Sobre la natura de la mediació intercultural*

La mediació intercultural en salut és una intervenció comunicativa entre dues parts per tal d'ajudar a la comprensió mútua dels missatges. Com que actua en contextos espontanis es requereixen habilitats d'interpretació. Treballant amb persones de procedències diverses, cal la capacitat de descodificar i de recompondre els codis culturals i lingüístics implicats:

La mediación, yo veo que es traducir la voz del quien, del quien está hablando. Las emociones eee... los proverbios, los gestos... bueno la, la... la comunicación verbal y no verbal también, y hasta las emociones y el porqué. Entrar un poco a jugar en... sin desviar el mensaje —que es lo más importante y lo más difícil también— ¿Vale? Eeeem... es conjugar lo que dice el otro al, al... transmitirlo emocionalmente, mmm... tal como lo quiere decir, hasta un insulto... (EI12)

Ara bé, el mediador té encomanades altres tasques que no ajuden gaire a entendre i a definir la seva feina, de manera que es genera certa confusió al voltant dels límits i de la natura de la mediació intercultural, que tan aviat es dedica a encàrrecs de salut, «com a agent comunitari de salut nosaltres també tenim dret de detectar hmmm... les coses que no van a la nostra comunitat» (EI10), com a feines d'atenció social: «como agente, pues yo voy, realmente, a valorar y a ver esta, esta familia si... realmente, socialmente como vive» (EI8). O, fins i tot, a la mediació de conflictes: «intentar... saber per exemple resolució de conflictes, també. Si hi ha algun conflicte, ja vas a escoltar als dos... i intentar trobar...» (EI11). Un excés d'atribucions que ben bé podria distreure el mediador del seu propòsit més genuí, contribuir a l'entesa de les parts. Un propòsit que ha estat reconegut com a essencial, perquè, més enllà de les bondats d'un sistema sanitari públic universal i de qualitat, molt millor que el sistema de salut d'origen, el que compta és que «Pero allí [al Marroc] te entienden» (GF6).

4. **Conclusiones i discussió**

Els resultats d'aquest treball permeten concloure que les interaccions entre professionals de la salut i usuaris magribins sovint tenen problemes de comunicació que poden ser idiomàtics, culturals o mixtos. Ara bé, tal com ja ha estat suggerit (Bestué et al. 2012), la barrera lingüística podria amagar problemes de comunicació intercultural que no emergeixen perquè en situacions de discordança lingüística la diferència cultural no es pot explicar.

Les dificultats per comunicar-se afecten, fins i tot, aquells usuaris que declaren un maneig idiomàtic acceptable amb un bon nivell d'expressió i comprensió funcional per a la vida diària, que no serveix, però, per interactuar amb seguretat

en medi sanitari. Oblidar-se de l'especificitat terminològica de les ciències de la salut i del grau d'abstracció requerit per expressar el símptoma podria fer ben bé que s'infravalloessin les necessitats d'interpretació i crear el miratge d'una comunicació funcional, que, de fet, no n'és gens, de funcional.

El cas dels usuaris magribins presenta, a més, una dificultat afegida, i és que hi ha el risc que als ulls dels profans es jutgi com a homogeni un grup d'usuaris amb especificitats lingüístiques i culturals diverses –àrabs i amazigues– i se'ls proveeixi de professionals d'ajuda a la comunicació segons aquesta visió esbiaixada, de manera que s'obvia les necessitats d'una part del col·lectiu en benefici de les de l'altra. En aquest sentit convé recordar les dificultats que la mediadora àrab té per explicar a les usuàries de parla amazic la dispensa que les persones dèbils o malaltes tenen de dejunar durant el mes del ramadà. Unes dificultats que no ho són perquè la diferència cultural plantegi contradiccions entre la pràctica religiosa i el manteniment de la salut, sinó perquè la programació del servei de traducció i d'interpretació s'ha fet sense considerar la variabilitat interna del grup, oblidant que la procedència geogràfica compartida no vol dir, necessàriament, homogeneïtat lingüística i cultural.

A Catalunya diversos treballs reconeixen la importància del factor lingüístic en la generació de dificultats de relació i de problemes de salut. L'estudi de Canet (2004), fet a Ciutat Vella, mostra que en el 60 % de les consultes hi ha una dificultat lingüística objectiva per discordança idiomàtica entre professionals i usuaris; l'informe sobre les desigualtats en salut a Catalunya (Jansà i García de Olalla 2003) i el PDIAS (Departament de Salut 2006) reconeixen les dificultats idiomàtiques com a generadors de barreres que dificulten l'accés a la salut entre els immigrants. No obstant això, creiem que el PDIAS culturitza massa l'origen de les desigualtats en salut i insisteix a plantejar la diferència cultural com un problema. En aquest sentit, les aportacions de Mota (2007) ajuden a ponderar el valor de cada cosa i deslliuren la diferència cultural de tanta responsabilitat com, potser, hi han donat fins ara. Mota evidencia que poblacions diverses culturalment i ètnicament comparteixen comportaments i desigualtats de salut, de la qual cosa es dedueix que la cultura no és el principal determinant de la desigualtat i dels comportaments de salut, sinó que n'hi poden haver d'altres com ara les desigualtats socials, econòmiques i legals que, ara sí, «són comunes en diversos immigrants estrangers, més enllà de la cultura o el model de salut que puguin tenir» (Mota 2007: 371). Així, doncs, l'autor proposa de fer un diagnòstic més acurat de les situacions que es troben en la base de la desigualtat i que, en funció d'això, es proveeixin en justa mesura les solucions adequades. En concret, proposa potenciar les figures de l'assistent social i del traductor intèrpret per sobre de la del mediador cultural.

Així i tot, ja s'ha vist que els problemes de comunicació entre uns i altres també poden ser de caire cultural. Ara bé, convé tenir present que els eixos de definició culturals són múltiples (Maalouf 2003) i que es tendeix a etnitzar massa la cultura (Castien Maestro 2005; Nash 2001; Parekh, Chaparro, 2005): s'oblida que un sistema sanitari també és cultura, que la manera com parlen els professionals també és cultura i que l'organització del treball també ho és, com ho són moltes altres coses

que tenen ben poc a veure amb la pertinença ètnica. Aquest fet, si bé confirma la necessitat del coneixement cultural en les accions de mediació comunicativa, també ens adverteix que cal tenir presents tots els eixos de definició cultural en què participen els interlocutors, i no només el pol ètnic de l'immigrant.

Per bé que els professionals dels serveis públics identifiquen els intèrprets informals com l'estratègia més utilitzada de superar les barreres lingüístiques i culturals (Bestué et al. 2012), aquesta és una opció que, en l'àmbit sanitari, lluny de millorar la seguretat de l'usuari, ben bé podria comportar un risc afegit perquè crea un falsa sensació d'entesa. De fet, diversos treballs sobre provisió de recursos de traducció i d'interpretació en medi sanitari conclouen que l'intèrpret professional és la millor opció per minimitzar errors i obtenir els millors resultats de salut possibles (Flores 2005; Gray et al. 2011).

Fins ara, les iniciatives d'interpretació als serveis de salut han estat de procedència heterogènia, finançament mixt i prestació del servei externa, cosa que ha donat lloc a fórmules d'organització diverses (Burdeos Domingo, Arumí Ribas 2012; Linguamón 2010). Com que la comunicació amb l'usuari magribí en l'àmbit sanitari és complexa perquè integra elements lingüístics i culturals diversos, el mediador intercultural en l'àmbit de la salut és un professional mal definit que assumeix tasques no sempre relacionades amb la mediació comunicativa, i la seva actuació pot determinar el desenllaç del problema tractat; no se'n pot menystenir ni improvisar la tasca. És per això que caldria reclamar implicació institucional per normalitzar l'oferta de traducció i d'interpretació als serveis de salut, delimitar les funcions dels professionals que s'hi dediquen i regular-ne la formació, tal com han proposat altres autors (Abril Martí, Martín 2011; Arumí Ribas et al. 2011; Burdeos Domingo, Arumí Ribas 2012), per garantir la competència professional dels intèrprets als serveis de salut i, de retruc, la seguretat de l'usuari.

Amb tot, convé ser conscients que els resultats d'aquest treball es presenten en un moment que les coses podrien haver canviat força des que se'n van començar a recollir les dades. En aquest sentit, la reflexió s'ha de centrar en dos elements clau: la despesa pública i la necessitat dels serveis de TISP. Pel que fa a la despesa pública, el context de restricció pressupostària que s'arrossega des de l'any 2010 (Departament d'Economia i Coneixement 2014) fa pensar que s'ha mantingut l'escassetat de recursos formals de TISP que ja s'havia denunciat (Burón 2012; Carratalà 2009). Pel que fa a la necessitat de serveis de TISP, a Catalunya el concepte de ciutadania resident continua vigent, de manera que es manté el compromís de facilitar l'accés i ús dels serveis públics entre les persones immigrades. D'altra banda, tot i que la població estrangera a casa nostra ha començat a baixar, els canvis demogràfics en aquest període han estat minsos (Idescat 2015), i l'autopercepció sobre la capacitat dels estrangers per entendre i expressar-se en català i castellà s'ha mantingut estable (Idescat 2014). Tot plegat fa pensar, doncs, que la necessitat de proveir els serveis públics de recursos d'ajuda a la comunicació amb les persones immigrants continua existint.

Hi ha el risc que en un context de recessió econòmica com l'actual la dotació de recursos de TISP es consideri una despesa prescindible. Tanmateix, no es pot descartar que la inversió que demana la normalització i la professionalització dels

serveis de TISP –molt especialment la que s’orienta a l’àmbit sanitari–, acabi sent un estalvi, vistes les conseqüències que els problemes de comunicació entre professionals i usuaris poden tenir en la salut i el benestar de les persones, i en l’eficàcia i l’eficiència del sistema (Rubio-Rico 2014). És per això que pensem que caldrien estudis que avaluessin el cost-benefici de professionalitzar i proveir suficientment d’ajudes la comunicació en els serveis públics de salut. D’altra banda, l’obligació de l’eficiència en la gestió pública obliga a explorar noves modalitats de TISP com ara la interpretació remota per videoconferència. La recerca que s’ha fet sobre aquest tema sembla que indica que aquesta modalitat d’interpretació podria fer disminuir el temps d’espera per rebre atenció, facilitar l’accés al servei de traducció i d’interpretació i generalitzar-ne la disponibilitat en temps i espai (Napoles et al. 2010, 2015; Wofford 2012). Tanmateix, la interpretació remota per videoconferència planteja dubtes sobre la satisfacció de les parts (Locatis et al. 2010) i la capacitat de transmetre els matisos culturals (Napoles et al. 2010).

Finalment, com que un dels objectius d’aquest estudi era extreure el perfil idoni del professional d’ajuda a la comunicació en medi sanitari, segons els resultats d’aquest treball es pot arribar a la conclusió que la traducció i la interpretació en aquest medi demana un professional que hagi estat format per assegurar els coneixements, habilitats i actituds necessaris per relacionar-se en contextos d’interacció cultural. I no només perquè el domini lingüístic de les llengües vehiculars i les habilitats i tècniques d’interpretació s’han demostrat igualment necessaris, sinó perquè entre les mancances que s’han detectat en els mediadors culturals destaca el maneig deficient d’alguna de les llengües en interacció i una utilització pobra de les destreses interpretatives (Abril Martí, Martín 2011; Arumi et al. 2011; Burdeos Domingo, Arumí Ribas 2012).

Referències bibliogràfiques

- ABRIL MARTÍ, M. I.; MARTÍN, A. (2011). «La barrera de la comunicació como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes». A: GARCÍA CASTAÑO, J.; KRESSAVA, N. *Actas del I Congreso Internacional Sobre Migraciones en Andalucía*. Granada: Instituto de Migraciones.
- ARUMÍ RIBAS, M.; GIL BARDAJÍ, A.; VARGAS-URPÍ, M. (2011). «Traducció i immigració: la figura de l’interpret als serveis públics de Catalunya». *Quaderns. Revista de Traducció*, 18, p. 199-218.
- BESTUÉ, C.; GARCÍA-BEYAERT, S.; RUÍZ DE INFANTE, B. (2012). «Barreras lingüísticas en los servicios públicos en Cataluña: la percepción de los trabajadores». *Sendebarr*, 23, p. 37-59.
- BURDEOS DOMINGO, N.; ARUMÍ RIBAS, M. (2012). «Estudio de la práctica de la interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en el área metropolitana de Barcelona». *Sendebarr*, 23, p. 17-36.
- BURÓN, A. (2012). *Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud de Catalunya*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- CANET, M. (2004). «Dificultades de atención a las personas inmigradas en el Servicio de Atención Primaria de Salud del distrito de Ciutat Vella de la ciudad de Barcelona». *RTS. Revista de Treball Social*, 176, p. 70-83.

- CARRATALÀ, P. (2009) [en línia]. *Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya*. <http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/immigracio_i_salut/documents/ava-sermedi2010.pdf>.
- CASTIEN MAESTRO, J. I. (2005). «La inmigración musulmana en Europa: el reto de la redefinición de las identidades culturales». *Papeles Ocasionales*, 10.
- COMITÈ CONSULTIU BIOÈTICA (2007). *Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut*. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- DEPARTAMENT D'ECONOMIA I CONEIXEMENT (2014) [en línia]. *Estadístiques pressupostàries*. <http://economia.gencat.cat/ca/70_ambits_actuacio/pressupostos/estadistiques_pressupostaries>.
- DEPARTAMENT DE SALUT, GENERALITAT DE CATALUNYA (2006) [en línia]. *Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut*. <http://www.bcn.cat/novaciudadania/pdf/ca/salut/plans/PladirectorImmiiSalut2006_ca.pdf>.
- FLORES, G. (2005). «The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review». *Medical Care Research and Review*, 3, p. 255-299.
- GRAY, B.; HILDER, J.; DONALDSON, H. (2011). «Why do we not use trained interpreters for all patients with limited English proficiency? Is there a place for using family members?». *Australian Journal of Primary Health*, 3, p. 240-249.
- IDESCAT (2014) [en línia]. Enquesta d'usos lingüístics de la població 2008-2013. <<http://www.idescat.cat/pub/?id=eulp&n=7295>>.
- (2015) [en línia]. Població estrangera. Evolució. <<http://www.idescat.cat/poblacio/estrangera/?b=0>>.
- JANSÀ, J. M.; GARCÍA DE OLALLA, P. (2003). «Desigualtats en la salut i la immigració». A: BORRELL, C.; J. BENACH, J. (ed.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- LINGUAMÓN (2010) [en línia]. *Els serveis de traducció, interpretació i mediació en els processos d'acolliment lingüístic a Catalunya*. <http://llengua.gencat.cat/web/.content/documents/publicacions/altres/arxius/serveis_acolliment_ling_cat.pdf>.
- LOCATIS, C.; WILLIAMSON, D.; GOULD-KABLER, C.; ZONE-SMITH, L. et al. (2010). «Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation». *Journal of general internal medicine*, 4, p. 345-350.
- MAALOUF, A. (2003). *Les identitats que maten: [per una mundialització que respecti la diversitat]*. Barcelona: La Campana.
- MIRAS (2011) [en línia]. *Comunicar en la diversitat. Intèrprets, traductors i mediadors als serveis públics*. <<http://llengua.gencat.cat/permalink/b907fe16-5382-11e4-8f3f-000c29cdf219>>.
- MOTA, P. (2007). *Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- NÁPOLES, A. M.; SANTOYO-OLSSON, J.; KARLINER, L. S.; GREGORICH, S. E.; PÉREZ-STABLE, E. J. (2015). «Inaccurate Language Interpretation and its Clinical Significance in the Medical Encounters of Spanish-speaking Latinos». *Medical care*, 11, p. 940-947.
- (2010). «Clinician ratings of interpreter mediated visits in underserved primary care settings with ad hoc, in-person professional, and video conferencing modes». *Journal of health care for the poor and underserved*, 1, p. 301-317.
- NASH, M. (2001). «Diversidad, multiculturalismos e identidades: perspectivas de género». A: NASH, M.; MARRE, D. (ed.). *Multiculturalismos y género: perspectivas interdisciplinarias Barcelona*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

- PAREKH, B. C.; CHAPARRO, S. (2005). *Repensando el multiculturalismo: diversidad cultural y teoría política*. Madrid: Istmo.
- PENA DÍAZ, C.; ECHAURI GALVÁN, B.; OLIVARES LEYVA, M. (2014) [en línia]. «Las funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario: habilidades y conocimientos». *Tonos Digital*, 26. <https://www.um.es/tonosdigital/znum26/secciones/tritonos-02-mediador_sanitario.htm>.
- PRATS SAN ROMÁN, G.; URIBE PINILLOS, E. (2009) [en línia]. «La mediación intercultural». A: Fundació «La Caixa» (ed.). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*. <https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf>.
- RUBIO-RICO, L. (2014). *Magribins a Catalunya: determinants socials i necessitats de salut*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- SECRETARIA PER A LA IMMIGRACIÓ, GENERALITAT DE CATALUNYA (2006) [en línia]. *Pla de Ciutadania i Immigració 2005-08*. <http://benestar.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/ambits_tematicis/immigracio/03publicforacolectio/antersiors/08placiutadaniaiimmigracio05-08/2006placiutadania05_08.pdf>.
- (2008) [en línia]. *Pacte Nacional per a la Immigració. Un pacte per a viure junts i juntes*. <http://www.gencat.cat/eapc/revistes/RCDP/Documents_interes/RCDP_40/4A_Pacte_Nacional_Immigracio_ca_doc_final_rcdp40.pdf>.
- SAURA, R. M.; SUÑOL, R.; VALLEJO, P.; LAHOZ, S.; ATXOTEGUI, J.; EL MANOUARI, M. (2008). «Study of the healthcare background and psychosocial environment of the Maghrebian immigrant population in Catalonia [Spain]». *Gaceta Sanitaria*, 6, p. 547-54.
- SOLER GONZÁLEZ, J. (2009). *¿Por qué lloran los inmigrantes?: sentirse enfermo lejos de casa*. Ensayo. Lleida: Milenio.
- TERRAZA NÚÑEZ, R.; VARGAS LORENZO, I.; RODRÍGUEZ ARJONA, D.; LIZANA ALCAZO, T.; VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. (2010). «Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España». *Gaceta Sanitaria*, 2, p. 115.
- VARGAS-URPÍ, M. (2013). «ISP y/o mediación intercultural: la realidad de los profesionales que trabajan en el contexto catalán». *Cuadernos de ALDEEU*, 15, p. 131-164.
- VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L.; TERRAZA NÚÑEZ, R.; VARGAS LORENZO, I.; LIZANA ALCAZO, T. (2009). «Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante». *Gaceta Sanitaria*, 5, p. 396-402.
- WOFFORD, J. L.; CAMPOS, C. L.; JOHNSON, D. A.; BROWN, M. T. (2012). «Providing a Spanish interpreter using low-cost videoconferencing in a community health centre: a pilot study using tablet computers». *Informatics in primary care*, 2, p. 141-146.