
PROYECTO DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS



Asociación para el Desarrollo y la Cooperación en Senegal

*c/ Dos de Mayo, 14.48003 Bilbao (Bizkaia)
contact@sunugaal.org*

www.sunugaal.org

INDICE

Resumen del proyecto “ CREANDO PUENTES” - pag 01

1. Población destinataria del proyecto - pag 02

2. Ámbito de actuación - pag 02

3. Justificación - pag 02

4. Objetivos del proyecto - pag 08

5. Actividades del proyecto - pag 09

6. Las/los mediadores interculturales y el trabajo de mediación - pag 11

6.1. Competencias clave

6.2. Aspectos socioculturales, legales y socioeconómicos que influyen en la salud, y estrategias para mejorar el seguimiento médico.

7. Programa de prevención de la mutilación genital femenina - pag 20

8. Estándares para la práctica: Protocolos de Actuación durante la Intervención. - pag 22

01

"CREANDO PUENTES EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS: UN SERVICIO DE INTERPRETACIÓN Y MEDIACIÓN INTERCULTURAL PARA PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD"

Creando Puentes es un proyecto basado en la formación en mediación intercultural de personas migrantes que dominen el castellano y/o euskera, y lenguas de menor difusión para después incorporarlas en los servicios públicos. El proyecto promueve la diversidad cultural, orientando y asesorando de manera personalizada a grupos específicos destinados a sensibilizar en la lucha contra la discriminación y estigmatización de personas y colectivos, así como contra la violencia de género y la trata de seres humanos.

El proyecto fomenta generar un mejor conocimiento y sinergias positivas en las diferentes partes de los servicios públicos para regenerar los sistemas de intervención, tanto en la acogida como en el trato con la ciudadanía, sin importar su origen, identidad cultural o étnica, religión, sexo, orientación o identidad sexual o de género.

El proyecto trabaja con las autoridades para su incorporación en los servicios públicos que lo precisen, y al mismo tiempo ayuda a las y los profesionales a formarse en interculturalidad, para así disponer de los conocimientos básicos y habilidades para trabajar con personas migrantes, para lo cual se realizará una jornada de sensibilización con diversos profesionales sanitarios.

02

1. POBLACIÓN DESTINATARIA DEL PROYECTO

Los destinatarios del proyecto son la población migrante, especialmente aquellas personas que cuentan con pocos recursos y se encuentran en situación de riesgo de exclusión social, incluyendo a familias.

2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

El ámbito territorial de actuación son zonas con gran concentración de población migrante.

3. JUSTIFICACIÓN

El proyecto va dirigido a mejorar la convivencia intercultural, la participación social, acompañando procesos de empoderamiento ciudadano y auto-organización en entornos o zonas con especiales necesidades de intervención social.

La interculturalidad es una realidad que va más allá de la multiculturalidad, plantea las relaciones interétnicas, interlingüísticas e interreligiosas basadas en la convivencia de la diversidad, pone el énfasis en no olvidar lo que se tiene en común, y compartirlo, de la misma manera insiste en el diálogo, el conocimiento mutuo y el aprendizaje entre culturas. Sigue siendo un proyecto sobre el papel, porque primero hay que conocer a la otra persona, reconocerla, aceptarla y, lo más importante, convivir con ella.

03

a) Intervención socio-sanitaria

La necesidad de mediación intercultural está justificada por el aumento de usuarias y usuarios migrantes que requieren servicios sanitarios y la necesidad de responder desde el sistema sanitario con unos cuidados de calidad. Es por ello que el primer paso del proyecto se centra en el sistema sanitario público.

Así, el servicio de mediación intercultural tiene como misión ejercer de puente entre el sistema sanitario y los distintos grupos étnicos, traduciendo a las y los profesionales de la salud la simbología cultural de origen en torno a la salud, para que puedan comprender el porqué de las distintas actitudes. A menudo, las personas migrantes acuden a los centros sanitarios con pocos conocimientos del idioma, y con el temor a no ser comprendidas en su enfermedad o en sus dolencias por las y los profesionales.

No sólo se produce una barrea idiomática que dificulta la comunicación, sino que también surgen diferencias culturales que la/el profesional debe comprender para ofrecer una atención socio-sanitaria adecuada. Debe producirse un vínculo que permita la continuidad asistencial, un seguimiento del tratamiento, la instauración de pautas preventivas, tener en cuenta el proceso de adaptación de la persona migrante a la sociedad de acogida con unas normas sociales y culturas diferentes, etc...

Este proyecto favorece la integración de las personas migrantes, y a su vez incide en el poder de la ciudadanía, ayudándoles a asumir el protagonismo a cada una de las partes, haciéndoles partícipes indispensables en la resolución del mismo, contando con la ayuda de un/una mediador/a, tercero/a imparcial y neutral que facilite la comunicación dañada, o inexistente, entre las partes.

04

Se pretende ofrecer herramientas distintas a las habituales en la gestión de los problemas de comunicación en los centros sanitarios y reducir la conflictividad de asuntos cotidianos.

La pacificación del conflicto mediante un proceso de mediación minimiza el sufrimiento y el estrés que la situación puede ocasionar en ambas partes. Igualmente, se genera un sentimiento de confianza en una gestión adecuada de futuros conflictos y decrece el sentimiento de culpabilidad, en beneficio de la corresponsabilidad.

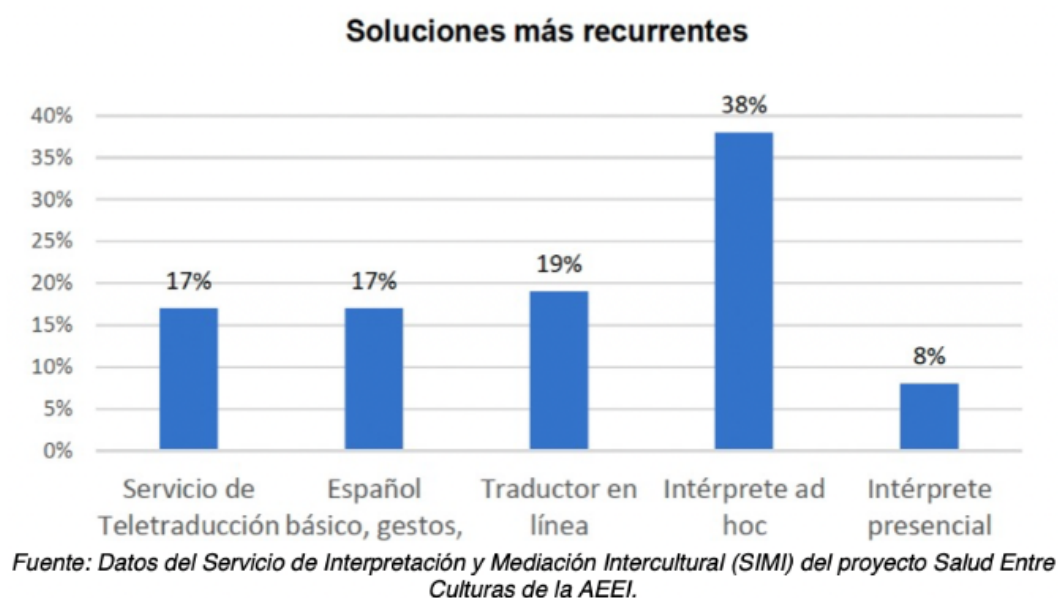
El/la mediador/a intercultural es una figura que se define como un/a profesional formado en inmigración, interculturalidad y mediación, que desarrolla su labor de intermediación entre la población migrante y las/los profesionales del sistema público.

En el ámbito sanitario, las y los mediadores interculturales no solo llevan a cabo derivaciones, seguimientos y acompañamientos de modo que las y los usuarios tengan la posibilidad de acceder a los recursos sanitarios, sino que también asisten a las y los profesionales en el asesoramiento que estas les demandan, tanto mediante sesiones formativas e informativas en materia cultural como con la readaptación divulgativa de materiales, para lo cual traducen el material de forma que las personas migrantes puedan entenderlo y asistan así a charlas y cursos de formación.

b) Recursos más utilizados

Uno de los problemas más apremiantes que azota los servicios de interpretación y mediación intercultural en los Servicios Públicos es la falta de normativa explícita que exija la acreditación de unos conocimientos para ejercer la profesión; pues incluso en los ámbitos públicos en los que existen normativas que conceden el derecho a un servicio de interpretación, el problema es que no se hace referencia a las competencias y habilidades con las que deben contar. Por ejemplo, la Ley Orgánica del Poder Judicial, de 1 de julio de 1985, dispone en su artículo 231.5: En las actuaciones orales se podrá habilitar como intérprete a cualquier persona conocedora de la lengua empleada, previo juramento o promesa de aquélla. Lo que debería ser una excepción se ha convertido en regla general y raramente se controlan los conocimientos de las personas que actúan de intérpretes.

Ante esta falta de profesionalización y de protocolos claros de actuación y buenas prácticas ante personas no hispanohablantes, los profesionales de los Servicios Públicos que atienden a personas nacionales de terceros países reconocen recurrir a las siguientes soluciones:



06

Es importante señalar que la práctica más extendida consiste en utilizar intérpretes ad hoc: parientes, amigas/amigos, trabajadores que hablan varias lenguas... y que asisten de forma voluntaria en el proceso de la comunicación. Este tipo de mediación genera complicaciones derivadas de la implicación personal de esa persona en el caso y la falta de profesionalización. En el texto anteriormente mencionado (Sales, 2019) se comenta que «En el Estado español, como recalca Valero (2003), la situación revela una gran falta de profesionalización en términos de acreditación y formación, lo que, en palabras de Martin (2003: 436): “tiene consecuencias nefastas, ya que impide, o cuando menos compromete, el acceso por parte de determinados sectores de la población a servicios básicos, llegando en ocasiones a poner en peligro su integridad física o su libertad”.»

Esto, según un estudio realizado por la universidad de California-Berkeley (Foulquié Rubio et al., 2018), puede redundar en la realización de más pruebas, en un diagnóstico inexacto e incluso en un aumento de los días de hospitalización.

El uso del intérprete ad hoc

Siempre que es posible se tiende a que, si conocen y medianamente hablan la lengua o se defienden de alguna forma, haga de intermediario el personal del centro médico, lo que incluye enfermero/as, administrativos/as o médicos bilingües, pero también familiares, incluidos menores.

07

El uso del intérprete vía telefónica

El sistema de interpretación telefónico presenta aspectos beneficiosos, como pueda ser el anonimato del/la paciente, lo que aporta confidencialidad e imparcialidad; no obstante, también podría despertar desconfianza del/la paciente al no saber quién está recibiendo toda su información. Como inconveniente principal de este sistema destacamos el hecho de que, al no estar presente físicamente el intérprete, se pierde información no verbal que puede dificultar la comunicación con la/el paciente, además de poder darse problemas técnicos relacionados con la mala acústica, las malas conexiones, la falta de cobertura.

Otro de los inconvenientes de este servicio es que el hecho de tratarse de un servicio inmediato hace que la/el intérprete no se pueda preparar la interpretación, lo que puede aumentar su tensión, un factor que de por sí es parte de esta labor.

4. OBJETIVOS DEL PROYECTO

4.1. OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar la calidad de vida de la comunidad migrante mediante la gestión positiva de sus conflictos, devolviendo el protagonismo a las partes y utilizando el diálogo como herramienta básica.
- Formar a mediadores/as interculturales para lenguas de menor difusión.
- Servicio de acompañamiento a aquellas personas que soliciten el servicio de mediación en sus citas en servicios públicos.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Difundir la mediación como alternativa en la resolución de conflictos.
- Disminuir el grado de estrés y ansiedad provocados por la situación.
- Incrementar y potenciar la buena relación entre miembros de la comunidad.

5.ACTIVIDADES DEL PROYECTO

5.1. Actividad I: Campaña de divulgación, información y sensibilización sobre la mediación intercultural en el ámbito socio-sanitario.

El objetivo de esta actividad es dar a conocer el SIMI (Servicio de Interpretación y Mediación Intercultural), sus ventajas y cómo acceder a él. Las principales actividades serán:

- o Elaboración de material: trípticos, carteles, documentación necesaria para impartir charlas y talleres.
- o Coordinación con otras entidades sociales: crear una red de trabajo con las/los diferentes agentes sociales de la zona para lograr una colaboración conjunta en el proyecto (centros sanitarios, Servicios Sociales, asociaciones de personas migrantes, centros educativos, etc).
- o Difusión mediante talleres prácticos dirigidos a agentes sociales, profesionales de la salud (médicos, enfermeras/os, pediatras, ginecólogas/os) con la finalidad de dar a conocer este método de resolución y como acceder a él en los casos susceptibles.

5.2. Actividad II: Curso de mediación intercultural en el ámbito socio-sanitario.

- En esta fase, se formarán a agentes sociales, profesionales sanitarios que tengan contacto directo con la población migrante, personas que vienen recomendadas de otras ONG.
- El perfil del alumnado para este proyecto es el de personas con un manejo aceptable del español y pertenecientes a grupos culturales de las y los pacientes para las que va a prestarse asistencia. Utilizándose el castellano como lengua vehicular, con este proyecto se consigue formar a personas de gran variedad de países, que en varias ocasiones han participado en algunas actividades como las clases de castellano.

5.3. Actividad III: Evaluación

Esta fase tiene como objetivo evaluar la idoneidad del SIMI y analizar los objetivos del mismo. Así como proponer posibles mejoras para la continuidad del proyecto basándonos en los resultados que hemos obtenido.

Para ello se registrarán datos como: el número de intervenciones realizadas, reuniones de coordinación mantenidas, número de sesiones informativas realizadas, el número de expedientes abiertos, plazos de duración de los procesos, tipos de conflictos atendidos, beneficiarias/os directas/os (número de participantes), seguimiento de los acuerdos, coordinación y devolución con los servicios y/o profesionales que derivan, etc...

11

6. LAS/LOS MEDIADORES INTERCULTURALES Y EL TRABAJO DE MEDIACIÓN

La mediación intercultural es un apoyo para las y los profesionales sanitarios y las personas migrantes que experimentan dificultades en la comunicación e interacción por las diferencias socioculturales y de funcionamiento de los sistemas del país de origen y del país en el que se encuentran. La mediación tiene en cuenta las especificidades de cada persona y, a partir de ahí, se trabaja la autonomía y la capacidad de toma de decisiones, facilitando estrategias de comunicación, participación, comprensión del entorno y realizando acciones de sensibilización social.

Estas/os profesionales también conocen las lenguas de la intervención pero su papel con la persona migrante es distinto al de las/los intérpretes, ya que su perfil está más orientado a la atención de personas en situación de vulnerabilidad y con menos autonomía personal. Se adaptan al ritmo de los pacientes y les presentan las situaciones en formatos que puedan entender; al mismo tiempo que recurren a la anticipación constante para minimizar los choques culturales. El grado de intervención de las/los mediadores es mayor que en los casos de las/los intérpretes y pueden limitarse a transmitir un mensaje o llegar a tomar un papel muy importante en la comunicación actuando de árbitros con gran autoridad, creando un vínculo personal de confianza y empatía con las y los pacientes.

Es importante recalcar que la función de las/los mediadores interculturales es acercarse a las/los interlocutores y servirles de guía en los procesos, no hacer las cosas en su lugar.

12

Esta figura profesional es más reciente y aún no cuenta con formación oficial reglada. La formación de estas/os profesionales recae sobre las entidades del movimiento asociativo que trabajan con personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas.

6.1. Competencias clave:

- Conocer la lengua de la persona migrante y la de la sociedad de acogida.
- Conocer las técnicas y métodos de mediación.
- Conocer el funcionamiento de las instituciones públicas, del sistema sanitario, administrativo y social de la sociedad de acogida y del colectivo migrante, así como la legislación relativa vigente en ambos países.
- Capacidad para trabajar en equipo, manejar los distintos instrumentos de información, sensibilización y difusión, y tener la capacidad de involucrarse y distanciarse de las situaciones en las que interviene.
- Escucha activa, interés y compromiso con la otra persona, así como una actitud cooperante en el trabajo, flexible y respetuosa frente a otras ideas, opiniones y conductas.
- Competencia intercultural: conocer a la perfección dos culturas no basta. Hay que trabajar la capacidad de comunicación y comprensión intercultural, lo que conlleva un proceso de descentración, aproximación a la otra persona y negociación/mediación intercultural.

13

6.2. Aspectos socioculturales, legales y socioeconómicos que influyen en la salud, y estrategias para mejorar el seguimiento médico.

Se enumeran los aspectos en relación a la salud y al acceso a los cuidados en los que más influye el origen cultural o la condición de persona migrante, solicitante de asilo o refugiada.

A) ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Las condiciones de precariedad social y laboral condicionan la percepción de salud y prevención de las personas. La salud no se posiciona como una prioridad y a esto se une la dificultad para compaginar las consultas médicas con unos horarios de trabajo poco flexibles. Estrategias:

- Explorar la posibilidad de flexibilizar las horas de las consultas, concentrar las citas en un mismo día o evitar el desplazamiento llevando a cabo consultas telefónicas.
- Promover la búsqueda de soluciones conjuntas entre el personal sanitario y las/los pacientes, ya que es importante que las partes involucradas se vean como copartícipes de la solución.
- Promover el enfoque holístico de la intervención e interesarse por las condiciones de la vivienda y la alimentación, las posibilidades económicas a la hora de comprar los medicamentos o pagar el transporte para las citas.

14

B) ASPECTOS LEGALES

La inestabilidad de la situación administrativa repercute en el acceso a la información y, como consecuencia, las personas migrantes no conocen sus derechos y deberes en materia sanitaria, ni el funcionamiento del sistema de salud.

Las dudas que surgen pueden ser numerosas: cómo gestionar la tarjeta o el documento de asistencia sanitaria, cómo funcionan los diferentes niveles asistenciales y a dónde deben dirigirse en cada caso, la conexión entre los servicios sanitarios públicos y la policía, o la duración de los ingresos y su porqué. A menudo el personal administrativo también desconoce los procedimientos a seguir.

Las dificultades para acceder a los recursos pueden ser reales (requisitos complicados: necesidad de empadronamiento pero una gran parte vienen sin documentación por miedo a la expulsión y las embajadas no la tramitan) o percibidas (desconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria pública).

Estrategias:

- Reforzar el mensaje de confidencialidad y el secreto profesional.
- Acompañar durante las gestiones administrativas en el centro sanitario: registro, apertura del número de historia, solicitud del documento para la asistencia sanitaria o petición de citas (en un corto período de tiempo las/los pacientes serán autónomos para este tipo de gestiones. Lo ideal es que se les acompañe las primeras veces y después lo gestionen solas/solos).
- Servir de guía en su recorrido por el centro sanitario y explicar en todo momento el funcionamiento de las cosas y el porqué de las decisiones que toma el personal sanitario.
- Promover que sea el personal sanitario el que dé las respuestas directamente.

15

- Implementar acciones formativas e informativas para dar a conocer el funcionamiento de la sanidad pública y sensibilizar sobre los derechos y deberes en acceso a la salud y los cuidados. Educación para la salud.
- Guiar a las/los pacientes en las gestiones, pero ellas/ellos las efectúan.

C) ASPECTOS SOCIOCULTURALES

El funcionamiento de los sistemas de salud y los modelos de salud difieren en gran medida de unos países a otros. Las/los pacientes acostumbradas/os en sus países de procedencia a un sistema privado al que es difícil acceder, pueden sentir desconfianza cuando estos servicios se ofrecen de manera gratuita. Además, hay procedimientos que pueden ser muy comunes en un país pero extraños en otros, es el caso de los análisis de sangre para la población de África Subsahariana, así como los contactos con la burocracia sanitaria y la administración.

Los modelos de salud también cambian: enfocados en la medicina tradicional natural, en la medicina curativa, en la prevención o en la promoción de hábitos saludables. La confianza en la medicina tradicional choca con la cantidad de medicamentos que se utiliza en Europa («Voy al centro de salud y solo me recetan pastillas»).

Estrategias:

- Explicar el funcionamiento del sistema sanitario y los modelos de salud (preventivo vs. curativo).
- Explicar las necesidades médicas (pruebas y tratamientos), incidiendo en su importancia, justificación y objetivo.

16

Los conceptos de salud y enfermedad cuentan con un bagaje cultural y según las diferentes culturas, existen diferentes percepciones de lo sanitario. En culturas más acostumbradas a una medicina más curativa, las/los pacientes pueden tener dificultades para ubicar una enfermedad en el cuerpo ante la ausencia de síntomas. Ciertos problemas de salud, principalmente cuando tocan aspectos íntimos relacionados con la conducta sexual y las relaciones entre personas, cuentan con un fuerte estigma social y las personas que viven con ellas son especialmente vulnerables.

- Explicar fases de la enfermedad y ventajas del tratamiento precoz. Ayudarse de dibujos.
- Explorar el estigma: investigar lo que piensan los usuarios de la enfermedad y lo que piensa su entorno.
- Anticipar los miedos de las y los pacientes, y reforzar el mensaje anti-estigma.
- Generar confianza y empatía. Es importante elegir bien el perfil de las/los mediadores y su continuidad. A veces puede haber conflicto si la persona mediadora es del mismo país que la/el paciente.
- Explorar si la persona cuenta con apoyo. Poner en contacto con las asociaciones del área. Ofrecer apoyo psicológico.

Los aspectos socioculturales ayudan a definir la estructura social e influyen en las relaciones personales: la familia y las/los amigas/os, la autoridad, la administración, entre grupos políticos y religiosos. Las relaciones entre el personal sanitario y las/los usuarios de los servicios están caracterizadas por las desigualdades en diferentes niveles, que sitúan a las/los profesionales en una posición de poder frente a las/los pacientes.

17

Como consecuencia, las/los pacientes experimentan «nerviosismo» (efecto de la bata blanca) y dificultades para ser asertivas/os; de la misma forma que evitan compartir información sobre tratamientos importados por miedo a ser juzgadas/os.

El modelo de comunicación médico-paciente: en otros sistemas de salud el personal sanitario mantiene una actitud paternalista dirigiendo la toma de decisiones, por lo que algunas/os pacientes pueden desconfiar de la profesionalidad de las/los sanitarios cuando estas/os les plantean el derecho a decidir libremente sobre los tratamientos y los procedimientos. Hay que poner especial atención a la comunicación de malas noticias porque hacerlo directamente a las/los pacientes puede suponer una ofensa para ellas/os y para sus familiares.

- Resaltar el principio de confidencialidad y hacer ver que es un espacio de confianza: con el tono de voz, el comportamiento, los gestos, usando el «tú» en lugar del «usted» cuando la cortesía del idioma lo permita.
- Educación para la salud: explicar la capacidad que tienen como pacientes de elegir y decidir sobre sus tratamientos y procedimientos.
- Aceptar y dejar de lado los estereotipos, como asociar el uso de la medicina natural a un nivel educativo bajo. Mostrar interés por las costumbres de los pacientes.
- Invitar a las/los pacientes en todo momento a que pregunten cuándo no han entendido algo.

18

El género del personal sanitario es importante, principalmente si se van a tratar aspectos íntimos. También existen diferencias entre hombres y mujeres en relación a la salud, y las mujeres están en desventaja. Su rol de cuidadoras las hace priorizar la salud de los demás sobre la de ellas mismas.

- Preguntar si la/el paciente se siente más cómoda/o con un profesional masculino o femenino. Se prestará especial atención a los temas tabú, íntimos o comprometidos, las «mentiras sociales» y la forma de expresarlos.
- Es necesario llevar a cabo acciones específicas dirigidas a las mujeres. Buscar apoyo comunitario. El estatus social está asociado al estado de bienestar de una persona.
- Tener en cuenta factores de género y edad: evaluar las áreas de incomodidad del/la paciente y comentarlos si es necesario.

Los aspectos de la vida diaria (comida, bebida, horarios de las comidas, días festivos, horas, actividades de ocio), las convenciones sociales (puntualidad, regalos, vestidos, convenciones y tabúes relativos al comportamiento y a las conversaciones) y el comportamiento ritual (ceremonias, prácticas religiosas, nacimiento/matrimonio/muerte).

- Dar información precisa en cuanto a instrucciones para la toma de los medicamento o la dieta a seguir.
- Insistir en la importancia de la puntualidad y los tiempos de espera de las consultas.
- Tener en cuenta las celebraciones culturales y religiosas y las festividades que pueden influir en la adherencia al tratamiento o el seguimiento médico en ciertos momentos del año.

19

El idioma actúa como una barrera que impide a las personas acceder a los servicios sanitarios por miedo a no ser comprendidos o si la única solución es que sea una persona conocida quien les acompañe. Muchas/os pacientes afirman encontrarse más nerviosas/os de lo normal si deben mantener una conversación en español con alguien fuera de su círculo cercano.

- Utilizar un lenguaje adaptado al nivel educativo de las/os pacientes. Explicar términos técnicos. Entregar material en papel de refuerzo.

7. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Los movimientos migratorios en los últimos años han convertido nuestra sociedad en una sociedad multicultural, enfrentándonos a nuevas realidades y nuevos retos para las/os profesionales de la salud especialmente a la profesión enfermera.

Vivimos en un mundo globalizado, donde el mayor reto es adaptarse a las nuevas realidades y necesidades planteadas en nuestro entorno por nuestros nuevas/os vecinas/os, ciudadanas/os procedentes de otros lugares con culturas y costumbres diferentes donde son habituales prácticas como la mutilación genital femenina.

Las mutilaciones genitales femeninas

La OMS define la mutilación genital femenina como “todas aquellas prácticas que suponen la alteración, extirpación parcial o total de los genitales externos por motivos culturales u otras razones que no son de índole médica”.

Según la OMS, la MGF afecta aproximadamente a unos 200 millones de mujeres y niñas, especialmente en 30 países del África subsahariana, Oriente Medio, algunas zonas de Asia y determinadas comunidades indígenas de América Latina.

Ante este problema de derechos humanos y salud pública en España, se han desarrollado medidas legislativas, para tipificar y sancionar la MGF en el Código Penal. Sin embargo, tanto la detección de situaciones de riesgo y casos de MGF consumados, como la actividad preventiva, han quedado abandonados a la sensibilidad de las

21

autonomías que han puesto en marcha protocolos de actuación específicos para la coordinación e intervenciones en estos casos.

Desde hace varios años se ha venido luchando en contra de las mutilaciones genitales femeninas que violan los derechos de las mujeres y niñas desde colectivos locales, ONGs, programas gubernamentales y la agencia internacional de los derechos humanos.

La cercanía, la continuidad de cuidados y el contacto directo de las/los profesionales de enfermería con la población migrante, favorece el establecimiento de comunicaciones interculturales individuales y colectivas que nos ayudan a interpretar el significado de dichas prácticas, y establecer intervenciones fundamentadas que promuevan el cambio social y el abandono de las diferentes formas de violencia contra las mujeres e niñas, como las mutilaciones genitales femeninas.

8. ESTÁNDARES PARA LA PRÁCTICA: Protocolos de Actuación durante la Intervención.

El personal sanitario:

- Habla directamente al/la paciente, estableciendo un clima de confianza y aprovechando para observar el lenguaje no verbal. La tercera persona de singular se reserva para explicaciones o comentarios del/la intérprete-mediador/a, haciendo así la diferencia entre el mensaje de los/las oradores/as y el suyo.
- En la medida de lo posible utiliza un lenguaje sencillo, evitando ambigüedades, jerga médica, abreviaturas, expresiones hechas y refranes.
- Comprueba con preguntas frecuentes que la/el paciente esté siguiendo la conversación y fomenta que la/el paciente pregunte (hay culturas donde es de mala educación preguntar). Hace solo una pregunta de cada vez.
- Evita las conversaciones paralelas para no romper el triángulo, pero se puede dirigir al/la intérprete-mediador/a para aclarar o desarrollar ideas.
- Concede suficiente tiempo a las/los intérpretes para que acaben sus frases.
- La consulta no es el lugar para practicar idiomas. Si la/el sanitario o la/el paciente intentan hablar el idioma del/la otro/a, se dificulta el trabajo del/la intérprete. Se multiplican las interrupciones y requiere confirmar constantemente que no ha habido ningún malentendido.
- El consentimiento informado no es simplemente un papel. Las/los profesionales sanitarias/os tienen la obligación de explicar y asegurarse de que las/los pacientes han comprendido la información, aclarando las posibles dudas. No es responsabilidad de las/los intérpretes explicar un consentimiento informado.

23

El/la mediador/a intercultural:

- Lleva siempre bolígrafos, la libreta de notas, la identificación y los justificantes.
- Mantiene la estructura triangular. Deja claro la dinámica de la interpretación y el valor de mantenerla.
- Escucha activamente e interpreta el mensaje en su totalidad, sin omitir ni añadir información. Preserva el registro y el estilo de ambos y no suaviza los mensajes (ej. si se dice algo con enfado, se interpreta con enfado). El lenguaje corporal también hay que transmitirlo para que el mensaje produzca el mismo efecto y hay que darse cuenta cuando este indica incomodidad.
- Gestiona los turnos de palabra, ya que pueden ser conflictivos, varían según las culturas y a veces dependen del estatus social.
- Presta atención a los posibles malentendidos y valora el momento y la manera de intervención para hacer las aclaraciones oportunas. Aclara la información que no se ha entendido (muchas/os pacientes tienden a asentir por cortesía pero no han entendido la información).

Nota: algunas/os intérpretes pueden pensar que no deben molestar haciendo muchas preguntas en detrimento de la calidad de la interpretación y a la larga causan más malentendidos. Un/a buen/a mediador/a deberá aclarar todas las dudas.

- Sabe cambiar de modalidad y sabe explicar por qué se cambia.
- Domina la técnica de la toma de notas de forma eficaz.
- Diferencia sus valores de los del resto de personas: no juzga.