
ESTUDIO DE CASOS SOBRE EL GRADO DE INTERVENCIÓN DE LA MILICS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: USUARIAS DE ORIGEN CHINO. / CASE STUDY ON THE MILICS' DEGREE OF INTERVENTION IN THE REPRODUCTIVE HEALTH CONTEXT: USERS OF CHINESE ORIGIN.

Marta Isabel Sánchez Pérez
Universitat Jaume I, España
sanchper@uji.es

Resumen: El presente trabajo pretende acercar la deontología y las propuestas de los códigos deontológicos de interpretación en los Servicios Sanitarios (SS) y de mediación intercultural a la práctica profesional de las intérpretes y mediadoras a partir del análisis de mis propias actuaciones como MILICS¹ en el contexto de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) con usuarias de origen chino. La principal hipótesis plantea que, atendiendo a la gran distancia cultural que se da entre la cultura china y la española, se espera que la MILICS deba relativizar la aplicación de ciertos principios generales de actuación establecidos en los códigos deontológicos en numerosas ocasiones y optar por un rol preferentemente activo en la interacción comunicativa cuando desempeñe su trabajo en el ámbito de la SSyR con mujeres de origen chino.

Palabras clave: Comunicación, traducción e interpretación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, mediación cultural, principios éticos, conflicto de roles.

Abstract: This article aims at approaching Public Service Interpreting deontology and professional practice by analysing my own performances as a PSI or cultural mediator in the context of reproductive health services with users of Chinese origin. The main hypothesis suggests that due to the wide cultural gap observed between the Chinese and the Spanish culture, the PSI/mediator will often have to consider the transgression of the ethical principles established in the Standards of Practice for Healthcare Interpreters and adopt a more active role.

Keywords: Communication, T&I in the reproductive healthcare setting, cultural mediation, ethical principles, role conflict.

1. Antecedentes

De entre los numerosos debates que rodean a las disciplinas de la Mediación Intercultural y la Interpretación en los Servicios Públicos, la conducta de la profesional durante el ejercicio de su labor en la intervención de casos es uno de los más controvertidos.

En líneas generales, los códigos éticos de la profesión defienden que la MILICS debe aspirar a su invisibilidad y neutralidad y respetar los principios de actuación de precisión, imparcialidad, limitación de competencias y control de la interacción comunicativa. En cuanto a los investigadores, las opiniones muestran un continuo que

¹ Desde el Grupo CRIT abogamos por una figura integrada de la intérprete en los servicios sanitarios y la mediadora intercultural a la que denominamos MILICS.

va desde la neutralidad absoluta o invisibilidad a la participación directa de conciliador, con posiciones intermedias que hacen referencia a la participación activa, la asistencia, la intermediación cultural y la defensa del usuario (Roberts, 1997). No obstante, tanto los propios códigos deontológicos como los investigadores coinciden en señalar que la realidad es compleja e impredecible y, en consecuencia, resulta muy difícil que la MILICS se mantenga invisible durante la interacción comunicativa y se abstenga de intervenir consciente o inconscientemente (Hsieh, 2006; Rudvin, 2002; Angelelli, 2004). Sin embargo, a pesar de que se reconoce la visibilidad de la MILICS, su grado de intervención en la interacción comunicativa, directamente relacionado con el modelo de papel profesional, sigue suscitando mucha controversia (Baixauli, 2014: 29; Jiang, 2008: 60; Martin, 2000; Prunč, 2012).

La mayoría de los investigadores y los códigos parece confluir en la idea de que no existe un rol ideal, sino que parece más adecuado que la MILICS se adapte y ejerza una mayor visibilidad si las circunstancias de la situación comunicativa así lo requieren para llevarla a buen término. En este sentido, desde la bibliografía especializada se reconoce la posibilidad de que en ocasiones la MILICS se vea en la necesidad de transgredir alguno o varios de los principios de actuación de imparcialidad, precisión, delimitación de competencias y control de la interacción.

En relación con el principio de imparcialidad, la bibliografía especializada en MI y los códigos profesionales sobre ISP sanitaria² de la CHIA, la IMIA y el NCIHC establecen que la MILICS ha de actuar de forma imparcial (Bermúdez et al. 2002; Giménez, 2002; Prats y Uribe 2009; Baixauli, 2012). No obstante, también se contempla la posibilidad de que se den situaciones que requieran de una mayor implicación por parte de la MILICS, por ejemplo ante situaciones relacionadas con la discriminación o la desigualdad (Bermúdez et al. 2002: 122; CHIA, 2002; NCIHC, 2005; Martin, 2000; Bermúdez, 2009; Sales, 2014)

En cuanto al principio de precisión, el debate gira en torno a la delimitación de qué circunstancias o situaciones pueden justificar la transgresión del principio de precisión por parte de la MILICS, en qué medida y de qué manera (Raga, 2014). En este punto, el concepto de equivalencia dinámica o funcional de Nida (1964) y el concepto de fidelidad pragmática defendido por Nord (2001) cobran gran relevancia. En consonancia con estos conceptos, la mayoría de los autores coincide en señalar la conveniencia de contextualizar culturalmente los mensajes que se dan en la situación comunicativa introduciendo aclaraciones sobre creencias, costumbres, valores, actitudes, etc., siempre y cuando estos sean importantes para la completa comprensión de los mismos (Raga, 2014; Verrept, 2012; Kaufert y Koolage, 1984; Hale, 2007; Valero, 2005). No obstante, también subrayan que esta transgresión no ha de efectuarse por defecto, puesto que actuando de este modo, la profesional podría caer en un exceso de culturización (Messent, 2003; Agustí, 2003; Gentile y otros, 1996; Castiglioni, 1997; Raga, 2012 y 2014), sino que ha de ser el criterio de las propias profesionales y las características de los casos a los que se enfrenten los factores que deben determinar la aplicación o neutralización de los principios de precisión o fidelidad y, por ende, la introducción o no de contextualizaciones culturales (Baixauli, 2012; Hale, 2007; Raga, 2012 y 2014).

Con respecto a la delimitación de competencias, tampoco existe un consenso sobre la concreción de las competencias profesionales de la MILICS ni en el contexto teórico, ni en la práctica diaria (Nevado, 2013; Querol, 2014). La MILICS actúa sobre

² En el apartado 6.3.1.2 de Baixauli (2012) se trata más en detalle cómo los diferentes códigos deontológicos abordan la cuestión de la imparcialidad.

una realidad caracterizada por un vasto continuum de límites difusos y cambiantes, lo que dificulta que sus competencias profesionales puedan establecerse de forma taxativa e inmutable (Querol, 2014). En este sentido, resulta imprescindible aumentar el número de trabajos basados en el análisis de la práctica real de la profesión (Hale, 2007; Hale y Napier, 2013) puesto que, como apunta Raga (2008: 10), la práctica laboral será la que “vaya definiendo su propia naturaleza y sus propios límites”. Ante la dificultad de especificar el conjunto de tareas que debe realizar la MILICS para asegurar el acceso igualitario de los usuarios de origen extranjero a los SS, Querol (2014: 147) atribuye a las MILICS las tareas de informar, interpretar, traducir o derivar, si bien también incluye una serie de concreciones a las mismas. Entre las aportaciones más interesantes destaca la de Guerrero (2012: 7-8) basada en partir de la enumeración de las funciones que atribuye a la MILICS y relacionarlas con las tareas necesarias para cumplir con las mismas.

En cuanto al control de la interacción comunicativa, es innegable que la MILICS participa activamente en la interacción (Berk-Seligson, 1990; Roy, 2000; Wadensjö, 1998; Mason, 2001; Angelelli, 2004; Hale, 2007; Gentile et al., 1996). No obstante, los códigos deontológicos no muestran consenso en cuanto a esta cuestión (Baixauli, 2012) y los límites de la intervención de la MILICS en este aspecto siguen siendo polémicos. En consonancia con los resultados obtenidos en un trabajo empírico, Ortí y Sánchez (2014: 152) señalan que la MILICS debe controlar la interacción, tanto para la distribución de turnos como en lo referente a los aspectos relacionados con la comunicación no verbal de los participantes (incluyendo la suya propia)³. No obstante, resaltan que dicho control debe ser ejercido con ciertos límites y siendo conscientes de las consecuencias de sus intervenciones. En general, se acepta que la MILICS pueda tener cierto grado de autonomía para el control técnico, pero siempre bajo la supervisión del PS, que es quien ha de controlar los contenidos de la interacción (Qureshi y otros, 2009; Hsieh, 2007; Ortí y Sánchez, 2014).

2. Objetivos y metodología

El presente artículo es una contribución derivada de la investigación realizada para la tesis doctoral *Mediación interlingüística e intercultural en el ámbito de la salud sexual y reproductiva: estudio de casos con usuarias de origen chino* (Sánchez Pérez, 2015). El trabajo pretende acercar la deontología, las propuestas de los códigos deontológicos de interpretación en los SS y de mediación intercultural a la práctica profesional de las intérpretes y mediadoras a partir del análisis de mis propias actuaciones como MILICS en el contexto de la SSyR con usuarias de origen chino.

Para la elaboración del trabajo de campo seguí una metodología basada en la “observación-participante”, que me permitió tener un acceso directo, integral y en primera persona al desarrollo de las interacciones, y también a la subjetividad del profesional, a los dilemas que, en mi actuación como MILICS, he tenido que afrontar. Acudí a diversas consultas de matronas de diferentes Centros de Atención Primaria y al servicio de maternidad de los dos hospitales públicos más cercanos al núcleo urbano de Castellón de la Plana. Ante la constatación de que no había ningún servicio operativo de interpretación, mediación intercultural ni MILICS, me ofrecí para actuar como MILICS en consultas con mujeres embarazadas de origen chino, remarcando que había recibido formación específica para ello. Intervine como MILICS en 17 ocasiones. No obstante, el

³ La práctica totalidad de los investigadores coinciden en destacar el papel fundamental que desempeña la comunicación no verbal en la comunicación médico-paciente.

estudio presenta 32 casos que constituyen una muestra de algunas de las situaciones que me han planteado dilemas, concretamente en relación con la imparcialidad, la precisión, el control de la interacción y la delimitación de competencias.

Para explorar y describir las circunstancias y el modo en que he seguido o me he alejado de las pautas o principios de actuación establecidos en los códigos éticos y/o defendidos por los investigadores y las consecuencias que mis acciones han tenido en el desarrollo de la interacción partí de la siguiente pregunta de investigación que dio lugar a otras más concretas. ¿Cómo transcurren las interacciones comunicativas mediadas entre mujeres embarazadas de origen chino y profesionales de los SS? Las otras preguntas que surgieron a raíz de la pregunta inicial y que traté de atender en el análisis de casos son las siguientes: ¿surgen dilemas para la MILICS? ¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Cómo actúa la MILICS? ¿Sigue lo recomendado por los códigos deontológicos de la profesión o por los investigadores? ¿Está justificada su decisión? ¿Qué consecuencias tiene en la interacción comunicativa?

Para el análisis de casos combiné el enfoque descriptivo y el explicativo. En línea con el enfoque descriptivo, basándome en el análisis empírico de una serie de experiencias propias como MILICS recogidas en fichas⁴, intenté responder a las preguntas planteadas anteriormente. Para el registro de los casos combiné las notas condensadas (recogidas durante la interacción comunicativa) y las notas expandidas (redactadas lo más próximas en el tiempo posible a la interacción). En línea con el enfoque explicativo, me basé en la bibliografía existente con dos objetivos: por un lado, analizar mis actuaciones como MILICS y sus consecuencias en la IC, y por otro, dar cuenta de algunos de los aspectos culturales que subyacen en la aparición de problemas de comunicación entre el PS y las pacientes de origen chino.

A partir de las informaciones obtenidas, propuse una serie de recomendaciones abiertas y revisables con objeto de asistir en la facilitación de la toma de decisiones de las MILICS ante la aparición de dilemas profesionales similares a los expuestos en el análisis.

3. Resultados

En los párrafos siguientes se presentan algunas de las recomendaciones que son fruto del trabajo de investigación realizado con la doble esperanza de que puedan servir a otras MILICS para facilitarles su toma de decisiones en situaciones dilemáticas, y de contribuir al campo de la investigación.

3.1. Sugerencias relacionadas con el principio de imparcialidad

- Valorar la conveniencia de informar a la parte que ha sido objeto de una queja o expresión de desconfianza si ésta ha pasado desapercibida para evitar la aparición de un conflicto. Esta recomendación es especialmente importante en el caso de los pacientes de origen chino, ya que la armonía es un valor muy apreciado en la cultura china al que se debe aspirar para conservar el prestigio social o *mianzi* 面子. La aparición del conflicto y, por consiguiente, la pérdida de prestigio social puede hacer que los pacientes de origen chino prescindan de acudir a los SS en futuras consultas. Teniendo en cuenta que el proceso del embarazo requiere de un abundante número de consultas y con diversos profesionales, parece más recomendable prestar especial interés a la evitación del conflicto.

⁴ Para el registro de la información utilicé la ficha elaborada por el Grupo CRIT (2014).

- Ante percepciones de discriminación, intervenir:
 - Si la percepción de discriminación se debe a algún estereotipo negativo creado en torno a los pacientes extranjeros que no se corresponde con la realidad para advertir de los peligros de los estereotipos, analizar la situación concreta y tratar de restablecer la confianza entre las partes. Sin embargo, para el caso específico de las pacientes de origen chino y en consonancia con lo que se ha expuesto anteriormente, parece más conveniente que se busque el momento más adecuado para llevar a cabo este proceso tratando de no dar lugar a la aparición de un conflicto abierto.
 - Si la percepción de discriminación se debe a algún estereotipo negativo creado *en torno a cualquiera de las partes* que no se corresponde con la realidad del caso en cuestión para advertir de los peligros de los estereotipos, analizar la situación concreta y tratar de restablecer la confianza entre las partes. Como se apuntaba en la recomendación anterior, en el caso de los pacientes de origen chino parece más recomendable que la MILICS trate de llevar a cabo este proceso en el momento más adecuado para ello con el objeto de no dar lugar a la aparición de un conflicto abierto.
 - En aquellos casos en los que la transmisión de una confidencia realizada a la MILICS por parte de la paciente tenga relevancia sanitaria, la MILICS debe instar a las partes a hacer explícita dicha información a la otra parte. Si la comunicación continúa bloqueada, la MILICS debe considerar los factores de riesgo de salud para la paciente, por un lado, y posibles implicaciones legales para el PS por otro, antes de decidir si transmite la información proporcionada o no. En el caso de que se dé alguno de los factores, se recomienda que la MILICS haga explícita la información a la otra parte.

3.2. Recomendaciones relacionadas con el principio de precisión

- Advertir al PS de aquellas pautas de conservación y/o recuperación de la salud propias de la cultura sanitaria que pueden entrar en contradicción con las recomendaciones propuestas por el PS, afectar el desarrollo del embarazo y/o retrasar la recuperación de una paciente. En el caso de los pacientes chinos, se ha observado que se dan abundantes diferencias respecto a las pautas de conservación y/o recuperación de la salud propias de su cultura sanitaria y las propias de la cultura sanitaria occidental. En consonancia con este hecho parece lógico que la MILICS transgreda el principio de precisión en más ocasiones.
- Advertir al PS de aquellos aspectos culturales que puedan dar lugar a malentendidos y empeorar la relación médico-paciente. En el caso de las pacientes de origen chino, se debería prestar atención a algunos aspectos culturales como por ejemplo el concepto de *xusui* 虚岁 y *shisui* 实岁⁵ y, de manera más importante, a aspectos sobre las pautas comunicativas propias de la cultura china.
- Contemplar la posibilidad de completar las explicaciones ofrecidas.
 - 1) Por el PS. Cuando se sospeche que no están siendo entendidas por la paciente y necesiten ser adaptadas (siempre que no entren en el terreno de las funciones del PS).
 - 2) Por las pacientes. En caso de que estén cargadas de un significado cultural que requiera ser aclarado para asegurar que el PS comprende la totalidad del mensaje. Como se expuso en los casos analizados, esta estrategia será bastante recurrente en el caso de las pacientes de origen chino ya que las diferencias en cuanto a la cultura sanitaria y comunicativa son abundantes.

⁵ El primer concepto hace referencia a la fecha de nacimiento según el calendario chino, mientras que la segunda lo hace respecto al calendario occidental.

3.3. Recomendaciones relacionadas con el principio de delimitación de competencias profesionales

- Informar de los problemas que puedan darse con los consentimientos informados para poder anticiparse a la aparición de los mismos. En el caso de los pacientes de origen chino, el hecho de que su sistema de escritura esté basado en ideogramas aumenta la dificultad que encuentran los pacientes a la hora de leer un texto que no solo está escrito en un idioma distinto sino que además utiliza un sistema de escritura diferente.
- Hacer un *seguimiento de todo el proceso del embarazo* de aquellas pacientes que vean limitado su acceso por la existencia de barreras lingüísticas y culturales. Parece lógico pensar que cualquier paciente que necesite ayuda para superar las barreras lingüísticas y culturales que limitan su acceso a los servicios de SSyR continuará necesiéndola durante todo el proceso del embarazo independientemente de su origen cultural.
- Valorar la posibilidad de comunicar a los familiares de las pacientes información previamente proporcionada por el PS. Algunos de los aspectos que la MILICS debería tener en cuenta antes de tomar esta decisión son la especificidad de la información proporcionada, su carácter (información positiva o negativa) y el periodo de tiempo transcurrido desde que la información fue recibida por la MILICS. Con respecto a los pacientes de origen chino, parece más relevante que la MILICS informe a los parientes de las pacientes, especialmente a los hombres, ya que el género desempeña un papel importante en el proceso de toma de decisiones y en las relaciones sociales.
- Valorar la conveniencia de informar a los pacientes extranjeros sobre las prácticas habituales propias del “saber popular” que hubiera olvidado proporcionar el PS y que fueran importantes para asegurar la salud de los mismos. En el caso de los pacientes de origen chino, la MILICS deberá estar más alerta, ya que debido a la existencia de la gran distancia cultural que se da entre la cultura china y la española se prevé que se den más casos en los que el saber popular no sea compartido.
- Ofrecerse a pedir cita en nombre de aquellos pacientes cuyo limitado nivel lingüístico haga sospechar que vayan a tener dificultades para hacerlo por sí mismos, especialmente en aquellos casos en que los pacientes sean derivados a un nuevo servicio.
- Valorar la conveniencia de llamar por teléfono para recordar las citas y el lugar de las mismas a aquellos pacientes que presenten un limitado nivel lingüístico y poca integración en la sociedad de acogida.
- Ayudar a pacientes que presentan un nivel lingüístico muy limitado y con poco nivel de integración en la sociedad de acogida a realizar los trámites asociados al nacimiento de un niño.
- Acompañar a los padres a tramitar cuestiones administrativas relacionadas con el nacimiento y la salud del recién nacido, especialmente aquellas que tengan transcendencia sanitaria, como por ejemplo la realización de la prueba del talón. En el caso específico de los pacientes chinos la MILICS deberá tener presente algunas cuestiones específicas ya que la prontitud con que se deben realizar dichos trámites chocan con la pauta de recuperación de la salud para el periodo de puerperio, conocido como *zuo yuezi* 坐月子.

3.4. Recomendaciones relacionadas con el control de la interacción

- Realizar tareas de mediación comunitaria para dar a conocer al PS las diferencias relacionadas con la cultura comunicativa de los pacientes de origen extranjero para que no se malinterprete su comportamiento y la relación médico-paciente no se vea

perjudicada. En el caso de los pacientes de origen chino, la MILICS deberá estar más alerta ya que, en principio, los patrones comunicativos de las pacientes entran en contradicción con los propios de la cultura comunicativa española o mediterránea, es decir, no se corresponden con el fomento y la adopción de una autonomía comunicativa que se espera en este contexto en la cultura y sociedad de acogida.

- Intentar afianzar la autoridad profesional e intervenir activamente para gestionar el flujo comunicativo durante la interacción cuando los interlocutores primarios traten de comunicarse directamente a pesar de carecer de la competencia lingüística necesaria para ello, se den intervenciones muy largas y complejas o la comunicación se vea bloqueada debido a diferencias en la cultura comunicativa o en la cultura sanitaria. Recordemos que en el caso de la cultura comunicativa china, se espera que el paciente intervenga lo mínimo en la interacción y que sea el PS el que ostente el control de la misma y al que se le atribuyan más turnos de palabra y más largos por lo que se espera que se den abundantes casos de bloqueo en la comunicación. En consecuencia, es probable que, con frecuencia, la MILICS deba intervenir para animar a los pacientes de este origen a participar en la interacción comunicativa. Igualmente, es muy probable que la comunicación se vea bloqueada debido a la existencia de diferencias entre las culturas sanitarias de los interlocutores y que la MILICS deba intervenir para aclarar conceptos de cualquiera de las culturas sanitarias de los mismos o informar sobre otras contextualizaciones culturales. En el caso de tener que aclarar aspectos de la medicina occidental, la MILICS debe recurrir al PS para que sea este el que dé las explicaciones pertinentes. En el caso de tener que aclarar un aspecto sobre la cultura sanitaria del paciente de origen extranjero, la MILICS debe asegurarse de que transmite la información del paciente de la manera más pragmáticamente fiel posible, realizando procesos de indagación en caso de que sea necesario. En cuanto a los pacientes de origen chino, el fuerte arraigamiento de la medicina tradicional en su cultura sanitaria requerirá de la MILICS que esté atenta ante la multitud de términos, prácticas y creencias cargadas de información cultural que difieren y son, en algunos casos, inexistentes en la cultura sanitaria occidental. Si la MILICS, además, no comparte el mismo origen cultural con las pacientes, como fue en mi caso, se recomienda que, ante cualquier duda sobre la equivalencia pragmática de un término, práctica o costumbre, emprenda un proceso de indagación.

4. Conclusiones y recomendaciones

Las interacciones comunicativas medidas entre los profesionales de los SS y las mujeres embarazadas de origen chino presentan un alto grado de complejidad. Esta dificultad deriva de la interrelación de múltiples factores especialmente la especificidad del ámbito de la SSyR, la gran diferencia existente entre su cultura sanitaria y comunicativa y la nuestra, el grado de jerarquización de las relaciones sociales y la falta de integración que generalmente se observa en las pacientes de este origen cultural que se ve reflejada en su desconocimiento del funcionamiento de los SS españoles.

La gran distancia cultural que existe entre la cultura china y la española hace que, en general, el grado de conocimiento que presentan unos interlocutores respecto a los otros sea escaso. En consecuencia, existen mayores probabilidades de que se den situaciones de desconfianza, malentendidos o, simplemente, incomunicación. Ante esta situación, la MILICS se ve en numerosas ocasiones ante el dilema de intervenir activamente y hacer explícitas las cuestiones que dificultan, limitan o impiden que la comunicación se lleve a cabo de la manera más eficiente posible, o mantenerse al margen para respetar la autonomía comunicativa de las partes y actuar de acuerdo con

las pautas de los códigos deontológicos (que también recogen excepciones). Aunque cualquiera de las dos actuaciones tiene consecuencias para el desarrollo de la interacción comunicativa, en línea con los datos expuestos, parece que la decisión de mantenerse al margen y respetar la autonomía comunicativa de las partes ha de ser más cuestionada en el caso de las mujeres de origen chino excepto en aquellos casos en que la decisión de intervenir pueda desencadenar la aparición de un conflicto que pueda motivar la decisión de las pacientes de no volver a acudir a estos servicios, pues en la cultura china se otorga una gran importancia a la evitación de las situaciones conflictivas en todos los ámbitos y relaciones sociales, también con el PS. Esta creencia viene motivada por diversas razones. Por un lado, los casos muestran que los patrones de la cultura comunicativa china tienen un gran impacto en el modo en que se llevan a cabo las interacciones médico-paciente, lo que, en la mayoría de los casos, implica la adopción por defecto de una actitud pasiva en la interacción por parte de las pacientes. Este comportamiento no favorece la autonomía comunicativa de las partes ni la relación médico-paciente, sino más bien todo lo contrario. Sin embargo, las pacientes desconocen las consecuencias que su actitud tiene para el desarrollo de las consultas y adoptan esta actitud no con la intención de mostrarse esquivas con el PS sino, simplemente, porque dentro de sus patrones culturales es la conducta que se considera correcta para las interacciones en el ámbito médico. Por otro lado, debido a la distancia cultural, es posible que surjan con frecuencia datos cargados de matices culturales que requieran de una aportación de información extra para ser comprendidos -pensemos, por ejemplo, en la terminología “yin, yang, qi, frío, calor, fuego, viento” que utilizan las pacientes para describir su sintomatología. También se dan otras cuestiones que pueden entorpecer la comunicación y generar malentendidos y desconfianza como, por ejemplo, las distintas consideraciones respecto a la salud como concepto, a las pautas de mantenimiento y recuperación de la salud, la no correspondencia entre datos referentes a la edad, o el desconocimiento del funcionamiento de los SS. Esta brecha que se da entre PS y sus pacientes sumada a las otras barreras culturales y sociales existentes, parece requerir de una mayor implicación por parte de la MILICS a la hora de desempeñar su labor y asegurar una comunicación eficiente y un acceso adecuado de las pacientes de origen chino a los SS, lo que, a su vez, suele significar un mayor distanciamiento de ésta respecto a las pautas de comportamiento generales sobre imparcialidad, precisión, delimitación de competencias y control de la interacción establecidas en los códigos deontológicos de la profesión.

En la mayoría de los casos analizados, las transgresiones de las pautas de comportamiento de los códigos han repercutido positivamente en el desarrollo de las interacciones entre PS y pacientes, en una mejora de la relación entre ambos y en un aumento del empoderamiento de las pacientes. No obstante, la transgresión de las pautas no ha de realizarse de una manera aleatoria o infundada, sino que debe ser el fruto de una valoración de las características específicas de la interacción y de los interlocutores y de los beneficios y riesgos que la actuación pueda tener para la salud de la paciente, el desarrollo de la interacción y la relación médico-paciente.

5. Referencias bibliográficas

Agustí Panareda, J. 2003. *The Complex Plasticity of Mediation. Intercultural Mediators in Catalonia*. Tesis doctoral inédita. Stanford University. [Disponible en: <http://law.stanford.edu/wp-content/uploads/sites/default/files/biblio/108/127981/doc/slspublic/Agusti-PanaredaJordi2003.pdf>].

- Angelelli, C. 2004. *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berk-Seligson, S. 2002 (1990). *The Bilingual Courtroom. Court Interpreters in the Judicial Process*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bermúdez Anderson, K. 2009. “La identidad personal y profesional del mediador o mediadora intercultural”. Casas, M.; Collazos, F. y Qureshi, A. (eds.). *La mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Barcelona: Fundación “la Caixa”: 275-292. [Disponible en: https://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacio_intercultural_es.pdf].
- Bermúdez Anderson, K. et al. 2002. *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. Madrid, AEP Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge: Editorial Popular.
- Baixaoli Olmos, Ll. 2012. *La interpretació als serveis públics des d'una perspectiva ètica: La deontologia professional i l'aplicació al context penitenciari*. Tesis doctoral. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I. [Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/74752>].
- Baixaoli Olmos, Ll. 2014. “Los códigos hablan...pero nosotros decidimos. Aportaciones a la práctica de la MILICS desde la deontología profesional”. Grupo CRIT (eds.). *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares: 13-55.
- Castiglioni, M. 1997. *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*. Milán: Franco Angeli.
- CHIA (California Healthcare Interpreters Association) 2002. *California Standards for Healthcare Interpreters*. [Disponible en: http://c.ymcdn.com/sites/www.chiaonline.org/resource/resmgr/docs/standards_chia.pdf].
- Gentile, A.; Ozolins, U. y Vasilakakos, M. 1996. *Liaison Interpreting. A Handbook*. Victoria: Melbourne University Press.
- Giménez Romero, C. 1997. “La naturaleza de la mediación intercultural”. *Migraciones*, 2: 125-159.
- Grupo CRIT 2014. *La Práctica de la Mediación Interlingüística e Intercultural en el Ámbito Sanitario*. Granada: Comares.
- Guerrero Romera, C. 2012. “El Mediador intercultural en el ámbito sociosanitario”. *RES Revista de Educación Social*, núm. 14, Enero de 2012. [Disponible en: http://www.eduso.net/res/pdf/14/mediadorinter_res_%2014.pdf].
- Hale, S. 2007. *Community Interpreting*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Hale, S. y Napier, J. 2013. *Research Methods in Interpreting. A Practical Resource*. Bloomsbury.
- Hsieh, E. 2006. “Conflicts in How Interpreters Manage their Roles in Provider-Patient Interactions”. *Social Science & Medicine*, 62 (3): 721-730. [Disponible en: https://www.academia.edu/338303/Conflicts_In_How_Interpreters_Manage_Their_Roles_In_Provider-Patient_Interactions].
- Hsieh, E. 2007. “Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters”. *Social Science & Medicine*, 64: 924-937. [Disponible en: https://www.academia.edu/338302/Interpreters_As_Co-Diagnosticians_Overlapping_Roles_and_Services_Between_Providers_and_Interpreter].

- IMIA (International Medical Interpreters Association) (2007). *Medical Interpreting Standards of Practice*. [Disponible en: <http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102.pdf>].
- Jiang, L. 2008. *From Community Interpreting to Discourse Interpreting: A Triadic Discourse Interpreting Model (TRIM)*. Tesis doctoral. Saarbrücken: Universität des Saarlandes. [Disponible en: <http://scidok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2011/3482/pdf/Lihuas%20Diss%20Korrekturversion%2016.11.10-1.pdf>].
- Kaufert, J. M. y Koolage, W. W. 1984. "Role conflict among culture brokers: The experience of native Canadian medical interpreters". *Social Sciences and Medicine*, 8, (3): 283-286. [Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953684900923>].
- Martin, A. 2000. "La interpretación social en España". Kelly, D. (eds.) *La Traducción y la Interpretación en España Hoy: Perspectivas Profesionales*. Granada: Comares: 207-223.
- Mason, I. 2001. "Introduction". Mason, I. (eds.) *Triadic Exchanges: Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St. Jerome: i-vi
- Messent, P. 2003. "From postmen to makers of meaning: a model for collaborative work between clinicians and interpreters". Raval, H. y Tribe, R. (eds.) *Working with Interpreters in Mental Health*. Nueva York: Routledge: 135-150.
- NCIHC (National Council on Interpreting in Health Care) 2005. *National Standards of Practice for Interpreters in Health Care*. [Disponible en: <http://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Standards%20of%20Practice.pdf>].
- Nevado Llopis, A. 2013. *La comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. Propuestas de mejora desde la interpretación en los servicios públicos y la mediación lingüística y cultural. Estudio de caso de un hospital aragonés*. Tesis doctoral. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.
- Nida, E. A. y De Waard, J. 1986. *From One Language to Another: Functional Equivalence in Bible Translating*. Nashville: Thomas Nelson.
- Nord, C. 2001. "Loyalty revisited: Bible translation as a case point". Pym, A. (eds.) *The Translator: The Return to Ethics*, 7 (2): 185- 202.
- Ortí Teruel, R. y Sánchez López, E. 2014. "El (des)control de la interacción". Grupo CRIT (eds.). *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares: 175-220.
- Prunč, E. 2012. "Rights, realities and responsibilities in community interpreting". Viezzi, M. (eds.). *The Interpreters' Newsletter. Public Service Interpreting*. EUT EDIZIONI UNIVERSITÀ DI TRIESTE, 17: 1-12. [Disponible en: <http://etabeta.univ.trieste.it/dspace/bitstream/10077/8527/1/IN17.pdf#page=8>].
- Querol Bataller, M. 2014. "De profesión, MILICS: delimitación de competencias". Grupo CRIT (eds.). *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares: 117-152.
- Qureshi, A.; Revollo, H. W.; Collazos, F.; Visiers, C. y El Harrak, J. 2009. "La mediación intercultural sociosanitaria: Implicaciones y retos". *Norte de Salud Mental*, 35: 56-66. [Disponible en: http://antigua.ome-aen.org/norte/35/NORTE_35_080_56-66.pdf].
- Raga Gimeno, F. 2008. *Mediaciones interculturales*. Valencia: Universitat de València, Centro de Estudios sobre Comunicación Interlingüística e Intercultural. Lynx. [Disponible en:

- http://segundaslenguaseinmigracion.com/ense_anzal2/MediacionintercultralRA GA.pdf].
- Raga Gimeno, F. 2012. "Sobre los límites de la comunicación y la mediación intercultural". *Foro Hispánico: revista hispánica de Flandes y Holanda*, 44: 3-24.
- Raga Gimeno, F. 2014. "Contextualización cultural en mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario". Grupo CRIT (eds.). *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares: 91-132.
- Roberts, R. 1997. "Community interpreting today and tomorrow". Carr, S. E.; Roberts, R. P.; Dufour, A. y Steyn, D. (eds.). *The Critical Link: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins: 7-26.
- Roy, C. 2000. *Interpreting as Discourse*. Nueva York: Oxford University Press.
- Rudvin, M. 2002. "How neutral is neutral? Issues in interaction and participation in Community Interpreting". Garzone, G.; Mead, P. y Viezzi, M. (eds.). *Perspectives on Interpreting*, 33: 217-233. Bologna: CLUEB.
- Sales Salvador, D. 2014. "La delgada línea roja de la imparcialidad" Grupo CRIT (eds.). *La Práctica de la Mediación Interlingüística e Intercultural en el Ámbito Sanitario*. Granada: Comares: 53-82.
- Sánchez Pérez, M. I. 2015. *Mediación interlingüística e intercultural en el ámbito de la salud sexual y reproductiva: estudio de casos con usuarias de origen chino*. Tesis doctoral. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
- Valero Garcés, C. (eds.) 2005. *Traducción como mediación entre lenguas y culturas / Translation as mediation or how to bridge linguistic and cultural gaps*. [CD ROM]. Alcalá de Henares: Universitat d'Alcalá de Henares, Servicio de Publicaciones.
- Verrept, H. 2012. "Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care". *Facts beyond Figures. Communi-Care for Migrants and Ethnic Minorities 4th Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe*. Università Bocconi, Milan. [Disponible en: [http://www.unibocconi.it/wps/wcm/connect/cb9a7985-3ea1-479a-acfb-02ff4525562d/Plenary+3+-+Verrept+\(2\).pdf?MOD=AJPERES](http://www.unibocconi.it/wps/wcm/connect/cb9a7985-3ea1-479a-acfb-02ff4525562d/Plenary+3+-+Verrept+(2).pdf?MOD=AJPERES)].
- Wadensjö, C. 1998. *Interpreting as Interaction*. Londres y Nueva York: Longman.