

Comunicación y mediación en el ámbito sanitario del territorio genovés

Mara Morelli y Ana Lourdes de Hériz
Università degli Studi di Genova

1. El proyecto¹

A lo largo del 2007 empezamos la primera fase de un proyecto, financiado por la Universidad de Génova, con el que pretendíamos investigar la incidencia de los fenómenos de inmigración y de hibridación lingüística en el territorio genovés, concentrándonos en la llamada escuela superior de I grado (*Scuola Media*), en la universidad y en el ámbito sanitario de los hospitales públicos². La primera parte de la investigación sobre este último ámbito se centró en la percepción del personal médico y asistente sanitario de aspectos como el conocimiento y el efectivo recurso a prácticas de mediación lingüístico-cultural y en problemas de comunicación, especialmente con pacientes extranjeros. Se recogieron datos con el sistema de cuestionarios cerrados y entrevistas abiertas digitalizadas y estos datos se presentaron en varios encuentros (De Luise y Morelli, 2008; Morelli, 2008; De Luise y Morelli, 2009).

Los datos obtenidos en esa primera fase de la investigación y las conclusiones del análisis de estos hacían aflorar algunos aspectos relevantes por lo que se refería al elevado interés y grado de participación declarado por los sujetos entrevistados y a una consistente disponibilidad de todos ellos a formarse en el uso de lenguas extranjeras.

En la programación y diseño de la segunda fase de la investigación tomamos en cuenta otras consideraciones y por ello, por ejemplo, abandonamos el encorsetado enfoque aplicado al binomio paciente extranjero/personal sanitario italiano, porque consideramos que alguna dificultad comunicativa determinada por idiolectos de ciertos pacientes también puede tener lugar en un ámbito monolingüe y puede ser debida a múltiples factores como: las diferentes regiones italianas de origen, la edad, el hecho de tener que presentarse en el hospital solos o acompañados, etc. En muchas de las variantes de estas situaciones a menudo se hace necesaria una “traducción”, incluso cuando la lengua implicada es solo una; traducción que puede materializarse en la aplicación de diferentes estrategias por parte de los interlocutores (paráfrasis, generalizaciones, preguntas retóricas para controlar la efectiva comprensión del mensaje, etc.). Todos estos aspectos, aparentemente relacionados con el lenguaje, las lenguas o la comunicación en general, exigían que se aplicara igualmente un enfoque relacionado con la cultura de la mediación, en un sentido más amplio (Chessa y Morelli, 2007).

Por estos motivos, durante todo el 2008 decidimos llevar a cabo la segunda fase del proyecto centrado en el ámbito sanitario, financiado de nuevo por la Universidad de Génova (también por lo que respecta a una investigación en la escuela secundaria de II grado y a una fase de inicio dirigida hacia el mundo de la mediación/interpretación en el ámbito jurídico) y por una Fundación genovesa sin fines de lucro (San Marcellino), que se ocupa de personas sin hogar.

Durante la primera parte del año nos ocupamos de preparar y someter a evaluación el material de la investigación de campo (un cuestionario pensado para que lo rellenaran los pacientes después de que se les hubiera dado el alta en las tres estructuras de Urgencias más importantes de Génova), así como de conseguir las autorizaciones de las respectivas direcciones sanitarias. A partir de julio de

¹ La redacción de los apartados 1-5 ha corrido a cargo de M. Morelli, mientras que A.L. de Hériz ha redactado el 6°.

² Más información en www.iberistica.unige.it.

2008 empezamos entonces la fase de observación en el primer departamento de Urgencias de los hospitales seleccionados (el Hospital *Galliera*). En octubre de 2008 conseguimos el permiso de la *Azienda Ospedaliera San Martino* y, en noviembre, el del Hospital *Villa Scassi*. Por lo que se refiere a los dos últimos hospitales, el periodo de observación aún no ha concluido.

Otro aspecto que queríamos desarrollar en esta segunda fase de la investigación era el análisis del material de información escrito que los tres hospitales habían predispuesto para los pacientes. Aunque sea innegable que algunos problemas de la comunicación (tanto en ámbito monolingüístico como multilingüístico), en un sector especializado como el médico/sanitario, se pueden resolver parcialmente gracias a la distribución de documentos que faciliten la comprensión de la terminología (consentimientos informados, diagnósticos, folletos, carteles, rótulos y señales), no es de recibo ni automático que estructuras equivalentes desde el punto de vista léxico y sintáctico se amolden a los mismos sistemas conceptuales, y, por lo tanto, lleven a una perfecta o completa comprensión e interpretación del mensaje que se pretende comunicar. En otros términos, la asignación del significado de los diferentes actos comunicativos que proponen quienes han pensado y elaborado dichos textos, debería estar centrada en el eje del destinatario. Por ello, nos interesaba recoger muestras del material impreso distribuido, colgado en los pasillos o tableros de información, o disponibles en cualquier otro formato en los diferentes departamentos o entregado a los pacientes, tanto si estaba redactado en italiano como en una lengua extranjera.

Esta parte del estudio tiene los siguientes objetivos: controlar la existencia y la distribución de instrumentos de información disponibles en las varias situaciones involucradas en nuestra investigación, evaluar su eficacia y la incidencia de la dimensión intercultural en el acto comunicativo implícito y explícito de dichos textos -independientemente del código lingüístico utilizado y del lugar de origen de los usuarios- y colaborar, si cabe, con las estructuras hospitalarias para su mejora.

Por último, otro de los objetivos de la fase del 2008 era aplicar el mismo tipo de estudio del 2007 (los cuestionarios rellenos por el personal médico-sanitario) a los mediadores culturales de la cooperativa genovesa S.A.B.A, que también trabajan en este sector.

2. El material

Preparamos un cuestionario³ dirigido a los pacientes, para entregárselo tras el momento en que se les hubiera dado el alta en las Urgencias de los hospitales seleccionados. Se trataba de un cuestionario cerrado al que debían responder de forma escrita ellos mismos. Sin embargo, en la mayoría de los casos y por una serie de circunstancias que se comentarán más abajo, las respuestas del cuestionario se recogieron a través de una entrevista guiada por las investigadoras del proyecto.

Por lo que se refiere a la estructura del cuestionario, se decidió que variara según el destinatario que se suponía que lo iba a rellenar: italiano o no italiano. De hecho, hay dos secciones que están presentes solo en el cuestionario dirigido a inmigrantes: la parte relativa a la percepción de la propia salud (cómo se encuentra actualmente y cómo se encontraba cuando vivía en su país) y la parte cuyo objetivo es recoger datos sobre la presencia o ausencia de un mediador durante las visitas realizadas en Urgencias.

En todos los cuestionarios, la primera sección contiene preguntas sobre datos personales que nos interesan para comprender si el paciente vive solo o si, en cambio, puede contar con una red familiar de apoyo, cuánto tiempo hace que vive en Génova, último título de estudios obtenido, situación laboral, etc.

³ La estructura y los objetivos generales del cuestionario se basan en los estudios de interpretación, principalmente: Kurz (1989), Kopczynski (1994) y Mesa (1997). El material dirigido al personal médico y enfermero ya había sido utilizado en una primera fase piloto del proyecto en el territorio sardo de 2004 a 2006. Para esta segunda fase de la investigación hemos tenido en cuenta los estudios de Angelelli (2004), Pöchhacker y Shlesinger (2007), González (2008) y Valero Garcés y Lázaro Gutiérrez (2008).

La segunda parte se concentra sobre el uso de los servicios sanitarios públicos: con qué frecuencia el paciente ha ido al médico o al hospital en los últimos seis meses, en qué unidad médica ha sido visitado u operado y si considera que allí fue bien tratado o no.

La última sección del cuestionario/entrevista se concentra sobre la información recibida durante la(s) visita(s) que ha tenido que realizar en Urgencias, y concretamente, sobre la calidad y la eficacia de dicha información, sobre el canal de transmisión (escrito u oral), sobre el código (italiano o lengua extranjera) y sobre la claridad o facilidad de comprensión de la terminología y de las expresiones utilizadas por el personal médico-sanitario.

Obviamente, el cuestionario estaba encabezado por una breve presentación para hacer entender quiénes éramos (como investigadores y quién promovía el estudio) y los objetivos del proyecto. Como muchos de estos datos se recogieron con una entrevista, y a menudo la disponibilidad de los encuestados estaba condicionada por las prisas o ganas de abandonar Urgencias, dicha presentación hubo que hacerla oralmente.

3. Primeras consideraciones y conclusiones tras la recogida de datos efectuada en la Unidad de Urgencias del Hospital Galliera⁴

El periodo de observación en dicha Unidad duró unos 15 días durante el mes de julio de 2008. La investigadora que se ocupó de recoger los datos dedicaba diariamente a esta actividad un tiempo que iba de las dos a las cuatro horas, haciendo todo lo posible para alternar momentos matutinos con otros de la tarde y días festivos con días laborables. Además, la investigadora pudo tener acceso a la Unidad de Degenza Breve (DB) y a la de Osservazione Breve Intensiva (OBI) dirigidas por la Unidad de Urgencias.

Al terminar la investigación de campo, el número de cuestionarios rellenados fue de 96; 10 de estos en la Unidad de Degenza Breve (DB) y 21 de la OBI. El porcentaje de rechazo a responder, calculada solo en Urgencias, fue de un 10%. Habría que tener en cuenta que el número de cuestionarios recogidos no tiene en absoluto un valor significativo ya que en el periodo de observación los pacientes dados de alta en esta Unidad de Urgencias fueron unos 4000.

El primer dato interesante que emergió enseguida fue la poca disponibilidad de los pacientes para rellenar el cuestionario individualmente, factor que si, por un lado, ha permitido a la investigadora realizar con la mayoría de ellos (salvo con uno; curiosamente, un enfermero) una breve entrevista que le proporcionó datos interesantes que se comentarán más abajo, hace reflexionar, por otro, sobre el hecho de que esta eventualidad hay que tomarla siempre en consideración cuando se opta por elaborar un cuestionario pensado para que lo rellenen de forma escrita los sujetos a los que se dirigirá. De todos modos, como se verá más adelante en el resumen de los datos obtenidos, durante la recogida de datos a través de la entrevista oral (mera lectura del cuestionario) no se forzó a los entrevistados a que respondieran a todas las preguntas si demostraban falta de interés o disgusto por alguna de ellas en concreto.

Además, habrá que tomar en consideración también que a pesar de que se hubiera preparado versiones del cuestionario en cinco idiomas (italiano, francés, inglés, rumano y español), los pacientes extranjeros decidieron responder a la versión italiana, salvo dos que escogieron la inglesa. En estos dos casos, uno era un ciudadano nigeriano y, el otro, un inglés. Por otro lado, se dio un tercer caso, en el que un nigeriano fue directamente entrevistado en inglés, pues no quiso ver la versión escrita del cuestionario.

⁴ Un especial agradecimiento va al Responsable de la Unidad de Urgencias del Hospital *Galliera*, el Profesor Doctor Paolo Cremonesi y a Dolores Biggio, responsable del personal enfermero.

4. Análisis de los datos

4.1 Sección personal, título de estudios y situación laboral

De los 96 entrevistados, 25 (el 25% del total) no son italianos de nacimiento (23 de Urgencias, 2 de la OBI). Respecto a la nacionalidad, estos son los datos relevantes: 2 albaneses, 1 checo, 1 chileno, 9 ecuatorianos, 1 etíope, 1 francés, 1 inglés, 1 italiano, 1 marroquí, 2 nigerianos, 1 peruano, 1 rumano, 1 senegalés, 1 sueco y 1 tanzano. La edad media es de 30 años, con un intervalo que va de los 17 a los 56 años. Cabe resaltar que 14 personas extranjeras tienen menos de 30 años, 7 están entre los 30 y los 40, y solo 4 tienen más de 40 años; mientras que en el grupo de los italianos la edad media es de 54 años y varía entre los 20 y los 92. De estos, 11 tienen menos de 30 años, 15 están entre los 30 y los 40 y los restantes tienen más de 40 años.

Ninguno de los extranjeros pudo disponer de la ayuda de un mediador profesional durante su permanencia en la Unidad de Urgencias.

Por lo que se refiere al sexo, 52 son varones y 44 mujeres. De los extranjeros, 14 son varones y 11 mujeres.

A la pregunta *Da quanto tempo è a Genova?*, las respuestas de los 25 pacientes extranjeros dieron estos datos: 1 menos de un mes, 4 menos de un año, 3 de uno a cinco años, 9 de cinco a diez años, 4 más de diez años y cuatro pacientes no respondieron.

Sobre 96 personas, 84 dijeron que tenían parientes en Génova. De estos 84, 18 no son italianos.

Por lo que respecta al último título de estudios obtenido: 11 dicen tener la *licenza elementare*, 14 el diploma de *scuola media inferiore*, 36 el diploma de *scuola media superiore*, 6 un diploma de licenciatura, 1 un master universitario, 3 dicen ser todavía estudiantes y 24 no responden. Consideramos oportuno resaltar el hecho de que algunos hayan respondido que son estudiantes, ya que, pudiendo haber indicado el último título conseguido, han optado en cambio por indicar una situación de transición hacia una titulación superior, una nueva meta.

Por lo que concierne a la situación laboral, entre los entrevistados había 4 parados, 6 con trabajos saltuarios, 46 empleados, 28 jubilados, 4 estudiantes y 4 pacientes que no respondieron.

La segunda sección del cuestionario (la que está dedicada al recurso a los servicios médicos en los últimos seis meses, médicos u hospitales) proporcionó los siguientes datos: los extranjeros que han recurrido al médico en los últimos 6 meses son 13 sobre 25; 7 no han ido durante ese periodo y 5 no han respondido a esta pregunta. Los datos de los italianos dicen que 56 sobre 71 han recurrido al médico en ese periodo, 15 de ellos no. Por lo que se refiere a las visitas en hospitales, en cambio, los extranjeros que allí habían acudido en los últimos seis meses son 9 sobre 25; de los restantes, 15 dijeron que no habían tenido que ir y 1 no respondió. Todos los italianos respondieron a la pregunta: 27 habían estado en un hospital y 44 no.

La sección sucesiva se refiere a la percepción sobre la propia salud y el estado de ánimo por parte de los pacientes no italianos. Son interesantes los datos al respecto: nadie se declara “muy nervioso”, 1 persona se describe como “nerviosa”, 5 tristes, 12 tranquilos, 5 felices y 2 personas no responden. Respecto a su estado físico, 1 persona afirma que se encuentra igual que cuando vivía en su país, 11 se encuentran mejor, 4 peor y 7 declaran que tienen a menudo problemas. Dos personas no responden a esta pregunta. Cabe resaltar que en estas respuestas los entrevistados parecen contradecirse o dan datos poco claros, como si se sintieran confundidos o heridos en los sentimientos. Por ejemplo, tres mujeres ecuatorianas se identifican con un estado de ánimo triste, pero una de ellas especifica que ello se debe al hecho de haber tenido que dejar a sus hijos en Ecuador, otra se declara triste pero reconoce que al menos aquí tiene un trabajo y la tercera aclara que se siente triste pero serena.

4.2 Análisis de los datos sobre la eficacia de la comunicación

El 87% de los entrevistados (92% de los no italianos y 85,9% de los italianos) declaran que han sido tratados muy bien o bien; solo dos personas están muy insatisfechas por el trato recibido. Un porcentaje análogo se evidencia sobre la atención recibida (91% mucha atención o atención, 1 persona la considera escasa y otra dice que ha sido nula). El 89% sostiene que ha comprendido toda la

información recibida (3% una parte) y algo más del 90% considera que las palabras que se usaron eran fáciles de comprender: como se verá en la sección siguiente, estos datos son de alguna manera contradictorios con lo que se constató durante la observación⁵.

Todos los pacientes recibieron información solo en italiano; en la mayoría de los casos, solo orales, salvo dos personas que nos comunicaron que habían recibido información en inglés, español o francés por parte de los médicos.

Más de la mitad de los entrevistados no fue acompañada a Urgencias (el 53%, porcentaje que llega a un 60% entre los no italianos). Hay que resaltar que a pesar de que los acompañantes tradujeran a los entrevistados, reformularan o les explicasen significados de palabras durante la entrevista/cuestionario, estos no fueron definidos como mediadores. Por otro lado, no consta en ningún cuestionario que haya estado presente un mediador/intérprete durante las visitas y esta es la situación normal en los hospitales públicos genoveses.

5. Algunas consideraciones al margen de los datos recogidos

Si comparamos la situación en la que se encontraba la investigadora que se ha ocupado de la observación en el Hospital *Galliera* y lo que está sucediendo en las otras dos Unidades de Urgencias, hay que reconocer que el estudio ha sido favorecido por la buena acogida y el agradable trato del personal médico-sanitario. La investigadora tenía a su disposición un espacio dentro del área de la consulta médica, gracias a la cual era bien visible, se la podía identificar como persona bien aceptada por parte del personal y con una función cuyo objetivo interesaba a la dirección sanitaria, sin que la observadora resultara excesivamente intrusiva. Por lo tanto, se podía ubicar en el interior de la Unidad de Urgencias (y no en la sala de espera o en los pasillos), cerca de las salas de los médicos, en un lugar gracias al cual era más fácil que no se le escaparan pacientes con el alta (salvo en los casos en que dicha dimisión no fuera casi inmediata a la llegada del paciente a Urgencias, situación que se da con mucha frecuencia en la Unidad de Urgencias del Hospital *Galliera*).

El mismo personal que se había demostrado muy colaborador en la primera fase de investigación del proyecto (año 2007), se mostraba también en la segunda fase dispuesto a favorecer la recogida de datos, aunque no llevara a cabo acciones explícitas como avisar a los pacientes de que se les iba a proponer un breve cuestionario antes de abandonar la Unidad. Este factor, comparado con lo que se evidencia en la literatura, dedicada, por ejemplo, a lo que se está investigando en muchos hospitales norteamericanos, en los que el investigador forma parte de la misma institución, la estructura es uno de los promotores de la investigación, y a los pacientes se les entrega un cuestionario o se les hace una entrevista -que es parte integrante de la serie de visitas médicas a las que se les somete durante todo el periodo de observación- evidencia el desgaste de energía y la falta de recursos de todos los sujetos observadores en el caso del estudio realizado en Génova. En los casos americanos analizados, además, pudiendo disponer los investigadores de los datos personales de todos los pacientes y pudiendo explicarles los objetivos del estudio (presentándose como miembros de la estructura sanitaria), también la fase sucesiva de la investigación (que en el grupo genovés prepararemos en los próximos meses), en la que se crean grupos de control o de análisis de muestrario para la sucesiva retroalimentación y el control cruzado de datos obtenidos fuera de la estructura sanitaria, resulta mucho menos fatigosa y frustrante para los investigadores.

La experiencia de llevar a cabo las entrevistas con una bata de médico con el logo del hospital se puede considerar parcialmente positiva: sí, por un lado, era más fácil atraer la atención del paciente por la autoridad que la bata puede conferir, por otro, dicho uniforme favorecía malentendidos sobre el trabajo que la investigadora estaba realizando dentro de la Unidad. No hay que descartar, por lo tanto, que algunas respuestas se hayan producido condicionadas por el hecho de asociar el paciente el

⁵ Estos datos no coinciden con los que surgieron de otras encuestas parecidas. En el caso del estudio de Valero Garcés y Lázaro Gutiérrez (2008), un 47,32% de los usuarios dice que no es capaz de comprender al personal sanitario y un 47,32 % sostiene que tiene dificultades en leer folletos informativos e informes escritos.

uniforme a la institución, aunque se haya insistido siempre sobre la no pertenencia de la investigadora al grupo del personal del hospital.

Asimismo, otro aspecto que hemos percibido con frecuencia, tanto por parte de los pacientes como del personal médico-sanitario, es cierta ansiedad o molestia al interpretar algunas preguntas como si fueran propias de un control de calidad del servicio. Cuando, por ejemplo, se le pregunta al paciente cómo considera que ha sido tratado, se percibe claramente en la persona entrevistada un cambio de comportamiento o humor, algo así como una transición de este del papel de paciente al de cliente, o viceversa, un reparo o temor ante la persona con la bata que solicita (según ellos) un dato relativo a la calidad del servicio.

Desgraciadamente, también hemos percibido por parte de algún funcionario de los hospitales o miembros del personal médico-sanitario indiferencia o escasa atención hacia las preguntas formuladas en el cuestionario, los objetivos de la investigación, qué se les estaba preguntando concretamente a los pacientes y qué se estaba intentando analizar.

Por lo que se refiere a los aspectos relacionados con la lengua y la comunicación, hemos observado una evidente contradicción por parte de varios pacientes (al menos tres entre los no italianos), los cuales declararon que habían entendido todo durante la visita y demostraron, en cambio, escasa capacidad de comprensión durante la entrevista. En concreto, recordamos dos casos en que los pacientes eran un marroquí residente en Italia desde hacía seis años y un senegalés que vivía en Génova desde hacía unos diez años, periodo bastante largo. El tercer caso, en cambio, es el de una etíope que llevaba ocho meses residiendo en Italia. Los latinoamericanos, por su parte, producen una comunicación en italiano con muchas interferencias y, cuando se pasa a usar su madre lengua, parecen no percibirlo o apreciarlo. En el caso de una joven latinoamericana acompañada por su madre, notamos que entre ellas dos hablaban en español. Será interesante comparar estos datos con los de los otros hospitales y, sobre todo, decidir cómo seguir con una segunda fase de recogida de datos fuera del hospital, siempre a propósito de la eficacia y calidad de la comunicación establecida en el hospital, en las mismas Unidades genovesas, mediante un grupo elegido como muestra o un grupo focal.

6. Análisis del material escrito

El corpus de textos de la comunicación de la Unidad de Urgencias del Hospital *Galliera* que hemos analizado está constituido por diferentes muestras que se transmiten en varios contextos o canales de comunicación y, por ello, habrá que someterlos a diferentes criterios de estudio, aunque unos hagan a menudo referencia a otros. Cabe reconocer desde el principio que, a pesar de que la comunicación institucional no esté predispuesta siempre para pacientes de diferentes países de origen, en este hospital es donde hemos encontrado por ahora más muestras en diferentes idiomas. Los textos, catalogados según el lugar en el que se pretende establecer con ellos una comunicación, son los siguientes:

- a. tablón (entrada principal en Urgencias):
 - en italiano: *Informazioni generali; Triage; Per cosa deve (e non deve) essere utilizzato il Pronto Soccorso; Relazione con familiari ed accompagnatori;*
 - en árabe, chino, inglés, francés y español: *Pronto soccorso* (explicación sobre los códigos que se asignan en el triaje);
- b. pasillos de salas de espera:
 - en italiano: Explicación sobre los códigos que se asignan en el triaje, Información sobre tiempos de espera: *Avviso per donne in età fertile;*
 - en alemán, inglés, francés, chino, árabe, español: Aviso para mujeres en edad fértil;
- c. entrega a mano:
 - en italiano: *Diagnóstico/certificado de alta;*
 - multilingüe: Asignación de código de Triage⁶;

⁶ En este grupo están ausentes algunos modelos de consentimiento informado que esperábamos encontrar, tipo de comunicación que es actualmente cuestión de estudio desde muchos puntos de vista y por parte de todos los sujetos

d. en la web del hospital:

- en italiano: *Guida breve per l'utente*; Información actualizada sobre tiempos de espera en Urgencias; Comparación con tiempos de espera en otras Unidades de Urgencias de Génova (continuamente actualizada); Comparación de gráficos de códigos de espera asignados en un día en todas las Unidades de Urgencias de Génova⁷.

De todos los mensajes que se comunican a través de carteles en paredes de pasillos y salas de espera o de tablones de anuncios para una comunicación que pretende ser inmediata cabe resaltar que el lugar de exposición no es el más adecuado: el tablón en el que se exponen las normas que rigen la atención en Urgencias, cuándo se debe o no se debe acudir a esta Unidad, las normas sobre acompañamiento de parientes y conocidos y la explicación en varios idiomas sobre los códigos de color del triaje está ubicado en un lugar de la entrada al que no se le presta suficiente atención (por la desorientación que ocasiona la angustia de la llegada a Urgencias con una emergencia) y por el que no se volverá a pasar, salvo que el tiempo de espera para el paciente sea tan largo que éste transcurra algún rato paseándose por toda la zona, si su estado de salud y motricidad se lo permiten. Aun así, comparado con lo que hemos observado en otras Unidades de Urgencias, el paciente ubicado en la sala de espera del hall principal puede encontrar un nexo de unión en la comunicación sobre su turno de visita entre el papel que se le entregó tras haber pasado por el triaje (donde consta su número de acceso y el código de color asignado) y el panel de vídeo colocado encima de la puerta de entrada en el ambulatorio, a través del cual puede ir identificando su número de acceso y cuánto tiempo deberá esperar antes de que se le llame a realizar la visita. Incluso, en ocasiones de emergencia, es aún más claro el mensaje sobre su tiempo de espera, si tiene en cuenta la escena de la llegada de un paciente urgente en camilla (anticipado por las alarmas de las sirenas de las ambulancias) y el aviso de estado de emergencia que se evidencia en el panel de vídeo mencionado. Claro está que el principal objetivo de este sistema de comunicación textual/visual se alcanza mejor con pacientes que dominan la lengua italiana que con los extranjeros, pues dicho mensaje no está redactado en otros idiomas y la función iconográfica de los códigos de color del triaje (evidente en el panel vídeo) no se refleja en el documento de registro del paciente, impreso en blanco y negro, que contiene el dato en italiano de *Codice di urgenza: CODICE ROSSO/GIALLO/VERDE/BIANCO*.

También se puede considerar desafortunado el lugar de exposición del gran cartel que explica en italiano el significado de los códigos de color del triaje, colgado en medio de una gran pared que en su día era probablemente una de las del hall de la sala de espera y que hoy queda tras una mampara aislante, así como el de los dos carteles (en italiano y en otros seis idiomas) que advierten a las mujeres en edad fértil del peligro que corren con de las radiaciones y les ruegan que avisen al personal médico si creen que pueden estar embarazadas. El aviso redactado en seis idiomas (privo de la iconografía que tiene el italiano) está ubicado en una sala de espera a la que pocas personas suelen acceder pues a menudo se les permite esperar en el pasillo y, el otro (en italiano), en un rincón que actualmente coincide con la zona de salida de la sala de radiografías y no de entrada. Por todo ello, aunque la intención comunicativa de la dirección hacia los pacientes italianos y extranjeros de la Unidad de Urgencias haya sido consciente y buena en los momentos en que se optó por llevarla a cabo o mejorarla, suponemos que a los varios momentos de reorganización logística de los espacios no correspondió un control de la eficacia de los medios y contextos de la comunicación.

Quisiéramos ahora abrir un paréntesis sobre el uso del término *triage* o *triaje*: hay que constatar que a pesar de que la información sobre este proceso de asignación de turnos de visita y clasificación de las urgencias sea insistente en los hospitales donde estamos realizando la investigación (y multilingüe concretamente en el Galliera), tanto los pacientes italianos como los extranjeros demuestran cierta desorientación e impaciencia ante el uso del término por parte del personal médico. La dificultad de comprensión no se debe solo al hecho de que es un término compartido exclusivamente por especialistas, y, en todo caso por semiespecialistas (Alcaraz Varó, 2008) –

implicados en ella, y que nos está llevando a considerar oportuna una investigación concreta y específica sobre la adecuación pragmático-comunicativa de las diferentes traducciones que circulan en los hospitales.

⁷ En www.galliera.it y, respectivamente, en: http://www.galliera.it/documenti/Guida_breve.pdf, <http://www.galliera.it/ps/attesa.html>, <http://www.galliera.it/118/client.py> y <http://galliera.it/118/rrd/index.html> (consultados el 15/02/2009).

considerando como tales a pacientes asiduos de Urgencias⁸, sino a que este se usa tanto para la acción de clasificación de la urgencia del paciente recién llegado (código de color de turno asignado)⁹, como para hacer referencia a la zona de la recepción en que se acoge al paciente, se le toman los datos personales y el estado de salud por el que se ha presentado a Urgencias y se le asigna un número y turno de espera según la urgencia médica de su caso, así como puede referirse al personal que se dedica a esta función. Al no estar rotulado dicho lugar de recepción como TRIAGE, las explicaciones en lengua extranjera colgadas en el tablón de avisos sobre los códigos de color (sin iconografía coloreada), la referencia al código asignado al paciente en la hoja de recepción impresa y la identificación del personal que lo asignó (número del *infermiere di triage*, en respeto de las normas de transparencia en la administración pública), y expresiones como: “*Deve passare prima dal triage*”, “*È già passato dal triage?*”, “*Quale codice le hanno assegnato al triage?*”, en respuesta al usuario impaciente o desorientado, pierden la referencia inmediata que facilitaría la comprensión.

Respecto a la calidad de la comunicación lingüística de los textos traducidos o mixtos, nuestro acuerdo de colaboración con la Unidad de Urgencias debería llevar a una propuesta de mejora sustancial. Comentaremos aquí brevemente algunos aspectos que tienen que ver con la comunicación en español y que dejan mucho que desear. En la hoja de registro del triaje que se le entrega al paciente, dos mensajes italianos diferentes (*La preghiamo di verificare se i suoi dati personali sono corretti* y *Quando verrà consegnato il referto definitivo di Pronto Soccorso, controllate subito che le dichiarazioni da voi rilasciate al momento del triage (accettazione) siano state riportate correttamente. Grazie per la collaborazione*) han sido traducidos en español con la misma expresión, la cual corresponde si acaso solo al primer mensaje (*Por favor, averiguar que sus datos sean correctos*). El cierre de la comunicación con un agradecimiento consta en todos los demás idiomas (inglés, francés y árabe) mientras está ausente en español.

La explicación en español sobre el significado de los códigos de color de triaje colocado en el tablón de anuncios y el aviso dirigido a las mujeres en edad fértil contienen excesivos errores gráficos (acentos graves, eñes sin tilde), ortográficos (*después de aver asignado; che sirve*) y sorprendentes errores de traducción que ni siquiera pueden hacer suponer que el texto original italiano ha sido traducido con un traductor automático (*Es necesario que las mujeres en edad fértil comuniquen al Médico Especialista Radiólogo un eventual embarazo, aún cuando el mismo no haya sido confirmado*). Asimismo, la incorrección sintáctica de las frases dificulta la comprensión del mensaje (*A losos –sic- pacientes que le han atribuido colores Verde o Blanco podrian tener que pagar el “ticket”*). No cabe duda de que puede resultar cómica para un experto o para cualquier paciente de lengua española la traducción de *Pronto Soccorso* como *Pronto Socorro* (cuando *Servicio de urgencias, de guardia o de emergencias* son términos de uso común y del lenguaje general en todos los países de lengua española), sorprendente la traducción de *visita* (ita) como *examen*, o comprensible la dificultad de trasladar al español expresiones como *attesa di almeno 2 ore, almeno 20 minuti* (traducidas con *dentro 2 horas, dentro de 20 minutos*), pero es una lástima que tanto esfuerzo comunicativo esté perjudicado por la calidad de las traducciones y de la impresión de los avisos, la ineficacia del lugar de colocación del mensaje, etc.

Queda mucho también que desear respecto a la web del hospital por lo que se refiere a la comunicación con los pacientes extranjeros. En las páginas de presentación de la Unidad de

⁸ Una búsqueda en internet demuestra que el debate sobre cómo adoptar este galicismo en español sigue siendo actual entre traductores y que de la consulta lingüística a la Real Academia se obtuvo la siguiente respuesta: El término TRIAJE no ha sido de momento admitido por la Academia. Tampoco aparece en otros diccionarios de uso que hemos consultado. En realidad, por los textos de la documentación encontrados, parece equivaler a SELECCIÓN o CLASIFICACIÓN. Hemos localizado su empleo en el ámbito hospitalario, haciendo referencia a la clasificación de los enfermos del servicio de urgencias, de forma que sean atendidos según la gravedad de su caso y con independencia del orden de llegada se establezcan los tiempos de espera razonables para cada uno de ellos. También se emplea en la clasificación industrial de residuos, donde se habla de ciertas instalaciones denominadas “plantas de triaje”. Las palabras españolas terminadas en -aje se escriben con jota.” (en el foro de discusión de emergencistas <http://www.e-mergencia.com/foro/archive/index.php/t-11647.html>. Consultado el 15/02/09).

⁹ Dice textualmente un aviso en el tablón de avisos del H. Galliera: “*Triage. Metodica che permette di stabilire, in base alle condizioni d’urgenza, la priorità d’ingresso alle sale visita. Viene svolto da un Infermiere, adeguatamente formato. A tale scopo sono stati stabiliti 4 codici di priorità a cui sono stati assegnati 4 differenti colori*”.

Urgencias, no hemos hallado ningún tipo de información redactada en otro idioma que no sea el italiano, ni siquiera en un inglés vehicular.

Esperamos que nuestra colaboración con la dirección de la Unidad de Urgencias lleve a una reconsideración de todo el sistema de comunicación dirigido hacia los pacientes extranjeros e italianos en general, incluido el pacto y la declaración que conllevan los consentimientos informados (Villanueva, 2008), pues el análisis de los textos provoca también una reflexión sobre la eficacia de la comunicación en sentido mucho más amplio (Downing, 2003) incluyendo tipologías culturales de pacientes (alfabetizados y analfabetos) que no tienen por qué entender y deducir con inmediatez el significado de mensajes emitidos en un ámbito en el que la emergencia está exigiéndoles paciencia y colaboración.

Bibliografía

- Alcaraz Varó, Enrique, 2008, "Language and Health Care: Food for Thought" en, *Actas del I Congreso Language and Healthcare*, octubre de 2007, Alicante.
- Angelelli, Claudia, 2004/2008, *Medical Interpreting*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Chessa, Francesca y Morelli, Mara, 2007, *Cultura e tecniche della mediazione*, Cagliari, CUEC.
- De Luise, Danilo y Morelli, Mara, 2008, "Un enfoque interdisciplinar a la cultura de la mediación" en *Actas del Congreso Investigación y Práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos: desafíos y alianzas*, Alcalá, Universidad de Alcalá, 328-337.
- De Luise, Danilo y Morelli, Mara, 2009, "Retos de la comunicación multilingüe y plurilingüe en ámbito sanitario: reflexiones sobre un estudio de campo", en *Actas del XI Simposio Internacional de Comunicación Social*, Santiago de Cuba, Centro de lingüística aplicada, 68-72.
- Downing, Bruce T. y Bogoslaw, Larry H., 2003, "Effective Patient-Provider Communication Across Language Barriers: A Focus on Methods of Translation" en <http://www.hablamosjuntos.org/resources/default.resources.asp> (consultado el 10/01/09).
- González, Erika, 2008, "Impacto de las barreras lingüísticas y culturales en el estado de salud de la población migrante" en *Actas del Congreso Investigación y Práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos: desafíos y alianzas*, Alcalá, Universidad de Alcalá, 228-339.
- Kopczynski, Andrzej, 1994, "Quality in conference interpreting: some pragmatic problems" en Snell-Horby, M., Pöchhacker, F. y Kaindl, E., eds., *Translation studies: an interdisciplinary*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 189-198.
- Kurz, Ingrid, 1989, "Conference interpreting: user expectations", en Hammond, D., ed., *Coming of age. Proceedings of the 30th annual conference of the ATA*, Medford, NJ, Learned Information Inc, págs. 143-148.
- Mesa, Anne-Marie, 1997, "The cultural interpreter: an appreciated professional", en Carr, S.E. y otros, eds., *The Critical Link 1*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 68-79.
- Morelli, Mara, 2008, "La figura del mediador lingüístico-cultural y su interacción con el personal sanitario en la ciudad de Génova: un estudio", en *1st International Conference on Language and Health Care*, 24-10-2007, Alicante, IULMA.
- Pöchhacker, Franz y Shlesinger, Miriam, eds., 2007, *Healthcare Interpreting Discourse and Interaction*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Valero Garcés, Carmen y Lázaro Gutiérrez, Raquel, 2008, "Investigación en la calidad de la comunicación en la población migrante", en *Actas del Congreso Investigación y Práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos: desafíos y alianzas*, Alcalá, Universidad de Alcalá, 255-275.
- Valero Garcés, Carmen, 2008, *Actas del Congreso Investigación y Práctica en traducción e interpretación en los servicios públicos: desafíos y alianzas*, Alcalá, Universidad de Alcalá.
- Villanueva, María Luisa, et al., 2008, "El consentimiento informado: autonomía del paciente y ética de la comunicación", en *1st International Conference on Language and Health Care*, 24-10-2007, Alicante, IULMA.