

Prácticas de mediación e ideologías lingüísticas en salud **Experiencias de gestión de la diversidad lingüística en un hospital de la ciudad de** **Buenos Aires (Argentina)**

Milagros Vilar

Centro de Estudios del Lenguaje en Sociedad

ORCID: 0000-0001-9043-0423

Resumen

Este trabajo forma parte de una investigación cuyo objetivo general fue conocer cómo se gestiona el multilingüismo en un hospital de la ciudad de Buenos Aires (Argentina). En esta dirección, tomamos el caso de un programa de mediación lingüística que funciona en el hospital desde el año 2000 y, a partir del análisis de entrevistas, documentos institucionales y materiales publicitarios, nos preguntamos por las formas en que diferentes actores intervienen, evalúan y toman decisiones relativas al lenguaje en esta institución. Así, nos guiamos por dos propósitos principales: por una parte, nos interesa conocer las concepciones acerca de la “mediación” y explorar la manera en que estas se vinculan con las prácticas mediadoras realizadas en el hospital. Por otra parte, nos interrogamos acerca de los mecanismos de evaluación del programa, en el que participan actores diversos, tanto de la propia institución como de organizaciones externas. El análisis arroja evidencia acerca de la diversidad de orientaciones y tensiones que atraviesan las decisiones en materia lingüística en esta institución y pone de manifiesto los efectos concretos en el contexto estudiado, especialmente cuando las acciones de gestión quedan desvinculadas de las necesidades y la realidad sociolingüística de los grupos a los que pretenden asistir.

Palabras clave: Ideologías lingüísticas, Mediación lingüística, Comunicación en salud, Multilingüismo institucional, Comodificación del lenguaje.

Abstract

This paper is part of research project which follows the general objective of understanding how multilingualism is managed in a hospital in Buenos Aires (Argentina). In this sense, we focused on a case study involving a linguistic mediation program that has been operational within the hospital since 2000. Based on the analysis of interviews, institutional documents, and advertising materials, we wondered about how different actors engage, assess, and make language-related decisions within this institutional framework. Thus, we follow two main purposes: on the one hand, we aimed to understand the conceptions around "mediation" and to explore how these are linked to the mediating practices conducted in the hospital. On the other hand, we aimed to understand the mechanisms employed for evaluating the effectiveness of the program, which involved the participation of different actors, both from within the institution and from external organizations. Our findings provide evidence of the diverse perspectives and tensions that underlie linguistic decision-making in this

institution, illustrating the concrete effects in the health care setting, especially when institutional actions are disconnected from the needs and sociolinguistic reality of the groups they are intended to assist.

Keywords: Linguistic ideologies, Linguistic mediation, Health communication, Institutional multilingualism, Commodification of language.

1 Introducción

La necesidad de mediación en los servicios de salud surge como un tema en la agenda política de muchos países tras el reconocimiento de la diversidad lingüística y cultural de las poblaciones que se atienden en las instituciones sanitarias. Las migraciones aumentan cada día más el contacto entre comunidades culturales y lingüísticas que se concebían muy distantes en el mapa y se añaden a la propia diversidad presente dentro de las fronteras nacionales. Como respuesta a esta situación, en muchos servicios de salud a lo largo de todo el mundo se han incorporado diferentes mecanismos de mediación lingüística y cultural, como una manera de superar obstáculos en la atención sanitaria y poder garantizar el cumplimiento del derecho a la salud a toda la población.

Desde los Estudios de Traducción e Interpretación se han estudiado extensivamente las prácticas de mediación en los servicios públicos, combinando métodos etnográficos, análisis cuantitativos de encuestas o cuestionarios, análisis discursivos e interaccionales (Pöchhacker y Shlesinger 2007; Angelelli 2019). Varios trabajos han delimitado las preocupaciones e intereses en esta área de investigación durante los últimos años: la calidad de las prácticas de comunicación mediada, la situación institucional de los mediadores y la definición del rol de los mediadores (Brisset, Leanza y Laforest 2013; Roat y Crezee 2015; Valero-Garcés 2019). Para el caso de los mediadores en entornos sanitarios, algunas investigaciones han aportado evidencia empírica relevante que justifica la necesidad y la importancia de contar con mediadores capacitados, exponiendo las consecuencias negativas del uso de intérpretes *ad hoc* tanto para pacientes como para el personal de salud (*p. ej.* Elderkin-Thompson; Silver y Waitzkin 2001; Santos *et al.* 2022).

Gran parte de los estudios relevados se sitúan en contextos europeos o estadounidenses y, hasta el momento, no abundan las investigaciones que, desde la lingüística, hayan estudiado las prácticas de mediación en servicios de salud en Latinoamérica. Desde la sociolingüística, podemos mencionar los trabajos de Schrader-Kniffki (2019) y Fraser (2022), que indagan la situación de los intérpretes de lenguas indígenas en el ámbito jurídico en México y Argentina, respectivamente. Y, en lo que respecta a los estudios de traducción e interpretación, puede mencionarse el estudio de Ribas *et al.* (2022) sobre la incorporación de facilitadores lingüísticos en los servicios públicos en Chile. No obstante, son limitados los trabajos que específicamente exploren la situación de los mediadores en salud. Ya sea por las limitaciones que presentan este tipo de contextos institucionales, o por la dispersión, espontaneidad o informalidad en la que se desarrollan estas prácticas, existe menor evidencia empírica de lo que ocurre en la atención médica en contextos de diversidad lingüística.

Este trabajo busca contribuir en esta dirección, a partir del estudio sociolingüístico de las prácticas comunicativas y la exploración de las ideologías lingüísticas que se (re)producen y circulan en un hospital ubicado en la ciudad de Buenos Aires (Argentina). Para ello, adoptamos una perspectiva que se centra en la gestión institucional del multilingüismo y, por lo tanto, busca

comprender las formas en que diferentes actores institucionales intervienen, evalúan y toman decisiones relativas al uso del lenguaje, y cómo estas acciones se vinculan con posicionamientos socioculturales, políticos o económicos de mayor escala.

Para avanzar en el estudio de la gestión institucional del multilingüismo, examinaremos el caso de un programa de mediación lingüística que se implementó en el año 2000 en un hospital privado de la ciudad de Buenos Aires, destinado a pacientes provenientes de las comunidades china y coreana.¹ La selección de este caso resulta de su aspecto novedoso: para el año 2000, no se registraban iniciativas similares en otros hospitales, ya sean públicos o privados, de la ciudad.² Pese a que la población migrante y de los pueblos originarios que asiste a las instituciones de salud de la ciudad es numerosa, su presencia tiende a invisibilizarse: se conocen, más bien, experiencias aisladas e improvisadas, que proponen formas de mediación espontánea, gestionadas por los propios profesionales de salud o pacientes, sin una planificación ni una política de Estado destinada a ello (Vilar 2019). Asimismo, algunas investigaciones en el contexto argentino dan cuenta de que la mediación no es solo un recurso para sortear problemas de comunicación entre lenguas/variedades, sino también entre formas distintas de comprender la enfermedad y la salud (cfr. Finkelstein 2017; Incauragarat 2022).

Cabe mencionar que en otros contextos se observan patrones similares en el desarrollo de servicios de mediación en salud: según lo estudiado por Ozolins (2010), las respuestas de los estados e instituciones a las necesidades lingüísticas pueden ubicarse en un espectro que va desde la negación hacia el desarrollo de un modelo amplio, pasando por iniciativas de interpretación *ad hoc* (amigos, familiares, voluntarios) y servicios lingüísticos genéricos (como interpretación telefónica o contratación de intérpretes profesionales). La respuesta más avanzada, según este autor, es la de un abordaje amplio que incluya además “a certification system, a training regime, and a degree of policy planning and evaluation” (Ozolins 2010: 195). Teniendo en cuenta estos patrones, consideramos que el caso que presentamos en este estudio se distingue, no sólo por su antigüedad, sino porque, como veremos, se trata de un programa de mediación que cuenta con cierto grado de planificación y evaluación, y que fue transformando sus formas de intervención y sus destinatarios durante más de 20 años de funcionamiento. En este sentido, creemos que resulta un sitio idóneo para estudiar las ideologías lingüísticas y los procesos de gestión institucional del multilingüismo.

En este artículo nos orientamos por dos propósitos principales. En primer lugar, buscamos identificar y describir las concepciones acerca de la “mediación” que circulan en el hospital y explorar la manera en que estas se vinculan con las prácticas mediadoras realizadas allí. Para ello, consideramos no sólo lo que dicen los diferentes actores involucrados, sino también lo que expresan los registros institucionales, los materiales informativos y otros documentos de comunicación interna. En segundo lugar, nos interrogamos acerca de los procesos y mecanismos de evaluación de las prácticas de comunicación, en los que participan actores diversos, ya sea de la propia institución como de organizaciones externas. En esta dirección, revisamos los parámetros y normas empleados para medir la calidad de las prácticas comunicativas, que emergen a la luz de alianzas y convenios que la institución mantiene con actores transnacionales.

2 El estudio de las ideologías lingüísticas en espacios institucionales

Las instituciones son lugares de lucha social por definición, donde los actores tienen objetivos contradictorios y un acceso distribuido al conocimiento y al poder (Cicourel 1980). Varios trabajos han demostrado que la diversidad de orientaciones en las políticas lingüísticas que operan en una institución se vincula con determinadas creencias o ideas acerca de lo que es la lengua, la comunicación, la diversidad, el multilingüismo (Duchêne 2009, 2011; Moyer 2011; Del Percio 2018). Al mismo tiempo, trabajos que se centran en espacios de trabajo multilingües han señalado una divergencia entre los modos de gestionar el multilingüismo en el nivel micro de las prácticas interaccionales y el nivel macro de las políticas institucionales, lo que revela un conflicto en las formas de entender las intervenciones sobre el lenguaje (*top-down* y *bottom-up*) en estas instituciones (Angouri 2014).

En el marco de las nuevas economías globales, el lenguaje se observa cada vez más desde la óptica de un recurso económico (Uricioli 2008; Del Percio 2018; Codó 2018) y, en este marco, la gestión institucional del lenguaje adquiere un rol primordial, no sólo para sortear los obstáculos que presenta la diversidad lingüística para el funcionamiento diario de una institución, sino también para sacar provecho de los beneficios que puede reportar el multilingüismo en el mercado global. En tal sentido, varios trabajos han apuntado la emergencia de discursos contradictorios, aunque entrelazados, que valoran alternativamente las lenguas, según el “orgullo” que otorgan (relacionado, por ejemplo, a aspectos identitarios) o el “beneficio” que reportan, al considerarse su potencial económico dentro de la nueva economía global (Heller y Duchêne 2012). A la luz de estos procesos, en este artículo observaremos las acciones de gestión lingüística en relación con los procesos de *mercantilización* o *comodificación del lenguaje* (Duchêne 2011; Heller 2010), esto es, un proceso por el cual una lengua/variedad deja de ser considerada una habilidad o una característica de miembros que pertenecen a un determinado grupo para ser entendida como una habilidad cuantificable.

Para poder comprender los alcances y sentidos de las acciones que se llevan a cabo para gestionar la diversidad lingüística en esta institución sanitaria, nos apoyamos en el marco teórico de las ideologías lingüísticas (Gal 1989; Woolard y Schieffelin 1994; Kroskrity 2004), un área de investigación que ha permitido fortalecer teóricamente el estudio de los vínculos entre las formas lingüísticas y los contextos culturales a través de escalas interaccionales, institucionales y político-económicas (Blommaert 2010; Rosa y Burdick 2017). Siguiendo a Del Valle (2007), entendemos las *ideologías lingüísticas* como sistemas de ideas que articulan nociones del lenguaje, las lenguas, el habla y/o la comunicación con formaciones culturales, políticas y/o sociales específicas. Como señala este autor, las ideologías “se producen y reproducen en el ámbito material de las prácticas lingüísticas y metalingüísticas” (2007:20) y, por lo tanto, pueden ser examinadas en múltiples espacios discursivos.

Las ideologías no actúan solo en el terreno de las ideas, sino que producen efectos concretos y actúan de manera efectiva en la sociedad. En tal sentido, atenderemos aquí, por un lado, a la dimensión práctica de las ideologías lingüísticas, al considerar de qué manera las acciones y decisiones tomadas por los actores institucionales son informadas por ideologías lingüísticas. El rol mediador de las ideologías lingüísticas (Irvine y Gal 2000) puede observarse, de este

modo, en procesos como la comodificación del lenguaje, con ideologías que movilizan argumentos sobre las lenguas que pueden justificar (o hacer relevantes) ciertas acciones políticas o económicas.

Por otro lado, nuestro análisis focalizará su naturaleza discursiva, en la medida en que las ideologías lingüísticas serán rastreadas en tanto que se manifiestan en escenas de comunicación. Así, observaremos su funcionamiento a través de procedimientos tales como comentarios metapragmáticos, mediante los cuales los actores reflexionan sobre sus actividades lingüísticas (en especial, sobre las prácticas de mediación lingüística), en el contexto de las entrevistas. Esto nos permitirá rastrear, entre otros aspectos, el grado de consciencia sobre las prácticas y el efecto naturalizador de las ideologías (Del Valle y Meirinho-Guede 2015), manifiesto en la manera en que se producen jerarquizaciones de lenguas y variedades. Por otra parte, prestaremos atención a los procedimientos de *borrado* o *elisión* (cfr. Irvine y Gal 2000) y (des)reconocimiento (Prego Vázquez 2023), como dos modos en que operan las ideologías lingüísticas para construir diferenciaciones sociales y lingüísticas.

Otros conceptos que serán relevantes para este estudio son la *multiplicidad* y la *posicionalidad* de las ideologías lingüísticas (Kroskrity 2004). Para el caso que nos ocupa, abordar las ideologías desde la dimensión de su multiplicidad es analíticamente provechoso, en tanto que permite examinar perspectivas ideológicas divergentes que coexisten en el espacio institucional y que resultan en intervenciones variadas (y a veces conflictivas) sobre las prácticas de comunicación y mediación lingüística. A su vez, tener en cuenta la posicionalidad supone observar que las ideologías lingüísticas responden a los intereses de grupos sociales concretos, por lo que debemos considerar a quienes (re)producen creencias, valoraciones e ideas sobre las prácticas lingüísticas en el marco de sistemas políticos-económicos de mayor escala. En una dirección similar, Del Valle y Meirinho-Guede (2015) sostienen que el estudio de las ideologías debe pasar “por el análisis del modo en que están ligadas al contexto en que operan y del modo en que este contexto les confiere pleno significado” (Del Valle y Meirinho-Guede 2015: 629).

3 Datos y contextualización

El Hospital de Buenos Aires (HBA), como lo llamaremos aquí, es una institución de más de 150 años de antigüedad, dedicada a la medicina general y de alta complejidad, que cuenta con un reconocimiento entre los cinco mejores hospitales de América Latina. La experiencia que examinamos en este trabajo forma parte de un programa de mediación que se implementó en este hospital en el año 2000. De acuerdo con su primera coordinadora (una médica psiquiatra del hospital), este programa se originó a partir de la identificación de un problema en la adherencia de algunos pacientes, que fue interpretado por algunos médicos como síntoma de un padecimiento mental. Tras una evaluación diagnóstica, se llegó a la conclusión de que se trataba de un obstáculo lingüístico, no médico: eran pacientes de las comunidades china y coreana que hablaban poco o nada de español. Este hecho motivó el diseño y la creación de un programa de mediación lingüística, llevado adelante principalmente por esta médica. A través de la inserción de “facilitadores bilingües”, el programa se propone acompañar a los pacientes que lo requieren en su trayectoria por el hospital y se traducen documentos necesarios para ello.

A lo largo de los años, el programa estuvo bajo dos coordinaciones y cambió su ubicación en la estructura institucional: de 2000 a 2009, a cargo de la médica psiquiatra, en la Gerencia General; desde 2012, a cargo de una médica hematóloga, dentro del Departamento de Calidad. En

este trabajo, examinaremos el período que va desde su origen hasta el 2018, año en que finalizamos el proceso de recolección de datos. Los datos para esta investigación forman parte de la tesis de maestría de la autora (Vilar 2018).

La recolección de datos empíricos se basó en dos tipos de fuentes principales: entrevistas y documentos institucionales. El procedimiento para la selección de las personas a entrevistar estuvo guiado, por un lado, por el objetivo de conocer la gestión institucional del multilingüismo: por ello, se privilegió la selección de personas que trabajaron en el hospital y, en particular, en el programa de mediación. Por otro lado, empleamos la estrategia conocida como “bola de nieve”, en la que los individuos seleccionados inicialmente se utilizan para identificar a otros participantes (Marradi, Archenti y Piovani 2007). La primera persona a la que entrevisté, a través de una búsqueda en el sitio web del hospital, fue la primera coordinadora del programa (C1).³ Ella me proporcionó información relevante para continuar el proceso de recolección de datos: en el momento de la entrevista, ya no trabajaba en el hospital, pero me recomendó contactar a una persona que había trabajado como facilitadora en su equipo (F1) y a la actual coordinadora del programa (C2). Así, entrevisté en segundo lugar al equipo que trabajaba en aquel momento en el hospital, conformado por C2 y dos facilitadoras bilingües (F2 y F3). En tercer lugar, entrevisté a la facilitadora (F1) que había trabajado con ambas coordinadoras y ya no formaba parte del equipo. Finalmente, tuve una última entrevista con el actual supervisor del programa (S) y, nuevamente, la coordinadora (C2). De este modo, el corpus quedó constituido por cuatro entrevistas semiestructuradas, individuales y grupales, a participantes clave que cumplieron diversos roles y funciones en el programa, en diferentes períodos, y que, por lo tanto, nos permitían tener una visión más abarcadora del funcionamiento del programa de mediación (véase el detalle en la Tabla 1).⁴

Entrevistas	Participantes
Entrevista 1 29/04/2017 57 min.	C1: médica psiquiatra que diseñó el programa de mediación, coordinadora entre 2000 y 2009.
Entrevista 2 26/06/2017 37 min.	C2: médica hematóloga, coordinadora desde 2012. F2: estudiante de Enfermería, facilitadora bilingüe (mandarín-español) desde 2014. F3: estudiante de Recursos Humanos, facilitadora bilingüe (mandarín-español) desde 2014.
Entrevista 3 09/05/2018 48 min.	F1: profesora de nivel primario y de idiomas. Facilitadora bilingüe y supervisora desde 2007 a 2016
Entrevista 4 17/07/2018 No grabada	S: médico, supervisor desde 2017. C2

Tabla 1. Corpus de entrevistas.

Con respecto a los documentos institucionales, trabajamos con datos extraídos de documentos producidos por el programa y el hospital, tanto de circulación externa como interna. Los entrevistados nos brindaron acceso a documentos y materiales institucionales diversos, como los

registros internos de las traducciones realizadas, los videos institucionales y otros materiales de comunicación interna. A continuación, se detallan los documentos que analizamos en este trabajo:

- Folleto promocional para pacientes (2015)
- Folleto promocional (díptico) para pacientes (2017)
- Video promocional para pacientes (2018)
- Afiche digital de promoción para el personal de salud (2017)
- Hospital de Buenos Aires: *Manual de Calidad* (2017)
- Hospital de Buenos Aires: *Memoria y Balance al 31 de marzo de 2017* (2017)
- Documento interno del programa: “Balance de los últimos 18 años” (2018).

A continuación, presentaremos el análisis, que se organiza de la siguiente forma. En primer lugar, abordamos la manera en que se conciben y llevan adelante las prácticas de mediación, examinando las ideas acerca de la comunicación y el lenguaje que subyacen a las decisiones de gestión, tanto del primer como del segundo período. En segundo lugar, examinamos los vaivenes en torno a la construcción discursiva del destinatario del programa y su vínculo con procesos de mercantilización del lenguaje. Finalmente, nos detenemos en el último período y abordamos los parámetros e instrumentos utilizados para evaluar las prácticas de comunicación y mediación.

4 La mediación lingüística: definición, alcances y prácticas

4.1 El mediador como mensajero neutral

Una de las primeras acciones de gestión fue la creación de una figura de mediación que fuera compatible con los propósitos del programa: la del *facilitador de la comunicación intercultural* (FCI). Se trata de una figura que, con cambios en su designación y formas de actuación, se mantiene hasta el día de hoy en el hospital. Los FCI actúan a demanda del paciente o de los profesionales y pueden intervenir tanto en las consultas médicas como en otros eventos comunicativos que tienen lugar en diferentes espacios del circuito hospitalario, tales como la administración, la internación o las salas de guardia.

La primera coordinadora del programa se atribuye la invención de esta figura y relata en la entrevista cuáles fueron los aspectos que llevaron a delinear su perfil y sus modos de actuación:

- (1) C1: *Yo no necesitaba intérpretes, porque me hacían lío. Yo necesitaba facilitadores. Intérpretes no, porque el intérprete metía ruido en la comunicación intercultural. Por eso la figura que yo inventé es la del facilitador de la comunicación intercultural. Porque es lo que más define la función. Un intérprete no interpreta, o sea, no hace una interpretación. En la relación médico-paciente, justamente, no hay que interpretar, porque el individuo no tiene que arrogarse la función de interpretar, tiene que prescindir de ello* (Entrevista 1).

En la manera de nombrar a esta figura se observa una clara voluntad de diferenciación de otras figuras de mediación lingüística que actúan en contextos sanitarios, como lo son el intérprete y el traductor. A partir de algunos inconvenientes que fue encontrando en la práctica con los primeros mediadores, C1 llegó a definir algunos requisitos que debían reunir las personas para poder desempeñarse en este rol. Resulta llamativo que, a diferencia de la actividad de me-

diación lingüística que se conoce como “interpretar”, aquí se entiende la acción de interpretar como “hacer una interpretación”, es decir, construir un sentido, explicar algo que puede ser entendido de diferentes modos.

A partir de ideas similares, la coordinadora justifica la elección de personas ajenas al campo de la medicina: con ellos sería más difícil sostener esa posición intermedia, no opinar ni hacer una interpretación. Los facilitadores que eran estudiantes de medicina tendían, según C1, a identificarse con una de las partes y a opinar acerca de lo que estaba pasando:

- (2) C1: [...] *Porque pensaban que sabían medicina y le explicaban al paciente lo que entendían que no entendían. Y no es que estaban funcionando como un puente entre el médico y el paciente y con lo que hacían era hacer fluida y usar la técnica de comunicación intercultural que... No, ellos estaban como armando bajo sus manos y eso tuvo que laburar mucho y duro con eso. Y era mucho más difícil a un estudiante de medicina decirle "no le tenés que dar tu opinión acerca de, o explicarle lo que él no entendió, le tenés que preguntar al médico qué querés que le diga"* (Entrevista 1).

En la mediación entre el paciente y el profesional de salud, tal como lo entiende C1, el facilitador no debe ofrecer una interpretación de los hechos o fenómenos, elegir una postura o identificarse con alguna de las partes. En cambio, se entiende que el FCI debe “estar en el medio” de las partes para hacer fluida la comunicación, de allí la metáfora del “puente” que aparece recurrentemente en las entrevistas. Del mismo modo, en otro momento la coordinadora reitera la idea de que este posicionamiento del FCI busca evitar “meter ruido” en la comunicación (véase Fragmento 1) y, en tal sentido, lo distingue del traductor a partir de la idea, ya convertida en lugar común, de que el traductor “deforma” el sentido del original: “Porque, si no, empiezo a poner ruido en la... Empiezo no a ser un mediador de la comunicación, empiezo a ser un traductor. □Traductor es *traditore!*” (Entrevista 1).

Así, en la definición institucional de esta figura encontramos una similitud con ciertas construcciones ideológicas que han sido descritas en la literatura sobre traducción e interpretación, que conciben la comunicación como “conducto” y al mediador apenas como un operador que cambia de código (Hsieh y Kramer 2012; Brisset, Leanza y Laforest 2013). En este sentido, se entiende al mediador como un tercero neutral, que responde a lo que en los estudios de traducción e interpretación se conoce como “modelo imparcial”: un mediador que no debe dar consejos ni opiniones, sino que debe hacer todo lo posible por fomentar la transferencia completa y precisa de la información, sin añadir ni omitir partes del mensaje.⁵

Además de este posicionamiento, desde el inicio definió que el FCI debía ser una persona que manejara por lo menos dos lenguas: la de la institución –el español– y la del paciente. Al conversar acerca de las formas de conseguir este recurso humano, la coordinadora establece una distinción entre lo que es “tener competencias en más de una lengua” y “ser bilingüe”:

- (3) C1: *Entonces hay personas que sí son bilingües y hay personas que no, que simplemente tienen dos o tres idiomas secundarios. Entonces, el que es bilingüe inherentemente es bicultural, porque estuvo formado y viviendo en un lugar con idioma y viviendo y formado con otro idioma en otro lado, y armó su cabeza con las dos cosas* (Entrevista 1).

Como vemos, se trata al bilingüismo como una categoría que, en lugar de representar un atributo o ciertas competencias lingüísticas de una persona, define una categoría de ser (Unamuno y Bonnin 2018): no son personas monolingües que, en algún momento de su vida, aprendieron otra lengua, sino personas que se formaron, de manera casi simultánea, en dos lenguas. Así, el bilingüismo se presenta como un conocimiento lingüístico estable y acabado, basado en el supuesto de que vivir en *dos espacios* implica necesariamente adquirir (y por completo) las lenguas que allí se hablan. Esta definición parece basarse en la concepción de bilingüismo como dos monolingüismos en uno (o suma de monolingüismos), que ha sido cuestionada por varias investigaciones (cfr. Grosjean 1989; Lüdi y Py 2009). Desde la sociolingüística crítica, varios trabajos (véase *p. ej.* García 2009) han mostrado cómo esta concepción, conocida como *bilingüismo aditivo*, sigue colocando como norma al monolingüismo y revela, así, una ideología lingüística monoglósica: se espera que las personas bilingües manejen sus repertorios de la misma manera en que lo harían las personas monolingües, como si las lenguas se presentaran “completas” y se mantuvieran en compartimentos estancos. En el caso estudiado, esta idea de bilingüismo deriva en una jerarquización de los hablantes y sus competencias lingüísticas, distinguiendo entre quienes son *auténticamente* bilingües y quienes no lo son, lo que tendría implicancias prácticas en la selección del personal.

Más allá de estos atributos, C1 afirma que fue necesario capacitar a estas personas para que pudieran explotar ciertas aptitudes derivadas del hecho de ser bilingües y biculturales, a través de lo que denomina “la técnica de la comunicación intercultural”. De hecho, la coordinadora fue a formarse ella misma a España y brindó las capacitaciones a los FCI durante su gestión.⁶

4.2 “Es muy difícil saber dónde tenemos que estar ubicados”

F1 migró de China a la Argentina a los 17 años y se incorporó al programa como facilitadora en 2007, luego de haber respondido un anuncio laboral publicado en un diario de la comunidad china. En la entrevista, comenta sobre un proceso de capacitación “que duró mucho tiempo” que recibió de parte de la coordinadora: “tuve que leer un montón de cosas y me tomaba prueba todas las semanas” (Entrevista 3). Al consultarle por los temas, F1 mencionó que trataban sobre “cómo estar relacionado con la persona, cómo se tiene que tratar (...), qué significa interpretación, que es la traducción, la diferenciación, todo eso” (Entrevista 3). No obstante, F1 señala que esta capacitación no incluyó un acompañamiento en la práctica, ya que C1 no manejaba el chino mandarín; por lo tanto, observamos que muchas de las cuestiones de la planificación, vinculadas con la construcción de esta figura, no encontraban su aplicación directa en la práctica:

(4) INV: *¿Cómo lo definirías o cómo dirías que es el trabajo del facilitador?*

F1: *bueno, como te decía, facilitador como... es puente*

INV: *como qué roles o qué funciones tiene que tal vez un intérprete no...*

F1: *es un... es bastante difícil de diferenciar. Porque justo es una área bastante gris. En qué momento soy facilitador o en qué momento soy intérprete depende de cada uno y depende también médico-paciente. Así que siempre hablo con las chicas que tratamos de hacer fácil la interpretación, la facilitación, lo que sea. Que el paciente hable directamente con el médico. Que el médico hable directamente con el paciente. Y siempre decimos al médico: 'si querés decir algo, mirá directamente a los ojos de ese paciente, no mires a nosotras'. Siempre decimos con los médicos*

que ya tenemos más contacto. Los médicos nuevos a veces no... No hace tiempo. Pero con médicos que ya viaja- ya visitamos varias veces, ellos ya saben. Algunos directamente hablan despacito para que el paciente chino entienda qué están diciendo. Y si no, me dice, no me mira a mí, mira al paciente: '¿podés traducir?' entonces ahí sí hago un poquito de... de resumen de lo que está pasando (Entrevista 3).

Este fragmento nos permite analizar cómo se resignifica la práctica de mediación en el contexto de actuación, es decir, en la participación del FCI en la interacción con los profesionales de la salud y los pacientes. Si bien hay elementos comunes, como la idea de que el FCI debe funcionar como “puente”, la intervención se presenta de manera variada según los parámetros que impone la situación de comunicación concreta (según la competencia lingüística de los pacientes o la actitud de los profesionales, por ejemplo).

Así, su presencia no siempre implica tener una participación activa en la conversación; de hecho, F1 menciona casos en que se aconseja que ambas partes se dirijan las miradas mientras se hablan y que no hablen directamente con el FCI, como si este fuera invisible. Para ella, facilitar es algunas veces estar presente en una situación de comunicación, porque la mera presencia implica un cambio en la forma de comunicarse de los participantes. En otros casos, los participantes solicitan una participación más activa de los FCI en la interacción. Resulta interesante que, ante el pedido del médico de “traducir”, la respuesta es “hago un poquito de... de resumen de lo que está pasando”; de este modo, facilitar no es para ella traducir literalmente lo que las partes dicen sino resumir, contar qué está pasando.

Como resulta del análisis de este fragmento, las fronteras entre las funciones de interpretar, traducir y facilitar no son claras ni estables en la práctica. Además, los grados de participación del mediador en la comunicación varían notablemente: desde una presencia casi invisible, a un “poquito” de asistencia o una intervención activa, que a veces se realiza en persona y otras veces telefónicamente.⁷ La entrevistada muestra que es, más bien, un rol que se construye y negocia en cada interacción, y que parece exponer que no hay una única forma de mediar en la comunicación.

El análisis de las entrevistas, hasta aquí, nos ha permitido observar la manera en que diferentes actores institucionales reflexionan acerca de las prácticas de mediación lingüística en el hospital. Este análisis revela la multiplicidad de las ideologías lingüísticas, ya que conviven en la institución ideas acerca del lenguaje y la comunicación diferentes, que se manifiestan en tipos de intervenciones diferentes. Una primera perspectiva, que observamos en el discurso de la coordinadora, se asocia a un modelo de mediación imparcial, según el cual el facilitador operaría como un participante invisible en la interacción médico-paciente, codificando y decodificando la información transmitida de manera que sea comprensible para ambas partes. Desde esta perspectiva, la tarea de traducir de una lengua a otra no resulta problemática, ya que se concibe a la lengua como un código que puede ser perfectamente trasladado a otro: la equivalencia absoluta y unívoca entre texto traducido y texto original pareciera ser posible. Una segunda perspectiva, en cambio, revela que las prácticas lingüísticas de las mediadoras son dinámicas, multifacéticas, dependientes de factores situacionales. Esta segunda visión, que observamos en el discurso de la facilitadora, se sustenta en una concepción de lengua como práctica social y cultural, a través de la cual nos constituimos y construimos la relación con otros.

La multiplicidad de las ideologías lingüísticas se puede apreciar aquí en concepciones divergentes acerca de las prácticas de mediación que circulan entre participantes de este programa. Este aspecto revela las complejidades del proceso de gestión lingüística a nivel institucional, que requiere considerar múltiples agencias que, como desarrollaremos en las próximas secciones, se conectan con formaciones culturales y sociopolíticas divergentes.

4.3 “Solicita asistencia idiomática para facilitar tu comunicación”

Examinaremos ahora qué sucede con los discursos de promoción del programa a los que hemos accedido, que corresponden al segundo período de gestión. Entre los materiales recolectados, encontramos un grupo de documentos producido para difundir el programa entre la comunidad de pacientes, y otros que circularon a través de la red informática interna del hospital, para difundir el programa entre los profesionales. En ambos casos, encontramos una misma construcción discursiva del programa en tanto “servicio” adicional para los pacientes, que busca asistirlos en su comunicación.

Para los pacientes, encontramos una página publicitaria que fue incluida en una publicación del Comité de Educación en 2015 para acompañar el proceso de internación y alta de los pacientes del hospital. Además, un díptico impreso, cuya distribución fue realizada de manera personal en distintos puntos del hospital. Este díptico se imprimió en dos versiones: una primera versión presenta casi la totalidad del texto en chino; la segunda, realizada en diciembre de 2017, es bilingüe chino-español. Más tarde, en 2018 se produjo una pieza audiovisual (video) para promocionar el servicio en las pantallas de las salas de espera del hospital, cuyo texto se presenta en tres lenguas: español, inglés y chino.

Más allá de estas diferencias, que vinculamos con ciertas transformaciones en la construcción del destinatario de este servicio (cfr. apartado 5), todos estos documentos presentan una estructura textual común, característica del discurso publicitario: inician con una pregunta que interpela al destinatario, lo conduce a la identificación de un problema o necesidad y, luego, a la presentación de su solución, es decir, el producto o servicio que se está publicitando:

- (5) *¿Barreras idiomáticas?* (Folleto, 2015)
- (6) *¿Tiene dificultades con el idioma para comunicarse?* (Díptico, 2017)
- (7) *¿Necesitas un facilitador bilingüe?* (Video, 2018)

La diversidad lingüística se entiende como dificultad o barrera en la comunicación que se atribuye a los pacientes que no dominan el español: no son los profesionales o la institución que tienen dificultades para comunicarse con los pacientes, sino que se trata de un problema de estos últimos, frente al cual el hospital brinda asistencia. El servicio se ofrece entonces como la solución y respuesta a esta necesidad:

- (8) *[El hospital] ofrece facilitadores bilingües (chino, coreano, castellano y otros) que asisten a la consulta médica y en la atención de urgencias. Los intérpretes profesionales en salud pueden solicitarse con 48 horas de anticipación* (Folleto).

- (9) *Ahora el Hospital [de Buenos Aires] cuenta con facilitadoras bilingües que pueden ser solicitadas sin cargo* (Díptico).

La respuesta al problema es una prestación adicional que ofrece el hospital, que se presenta bajo la forma de un servicio de asistencia idiomática *para los pacientes*. El video promocional finaliza con el siguiente enunciado imperativo en español (Figura 1), que refuerza esta idea, ya que lo que se facilita es *su* comunicación (y no la comunicación entre ambos):

- (10) *Solicitá asistencia idiomática para facilitar tu comunicación* (Video).



Figura 1. Captura del video institucional que se proyecta en las salas de espera.

Así, se evidencia que las competencias lingüísticas son valoradas de manera diferencial: las de unos –los pacientes– son conceptualizadas desde la carencia o la falta (de la lengua dominante), mientras que las de otros –el personal del hospital– son valoradas positivamente, no sólo por el manejo de la lengua dominante sino también por el hecho de ser bilingües. Esta conceptualización del problema (las “barreras idiomáticas”) y su solución (el personal bilingüe) sólo es compatible y coherente desde la configuración monolingüe de la institución, que se enmarca en la propia política de Estado, que responde a la ideología de *una nación-una lengua*. De acuerdo con Prego Vázquez (2023), se trata de un proceso de *(des)reconocimiento sociolingüístico*, un *modus operandi* de las ideologías lingüísticas, a través del cual se naturalizan la jerarquización y estigmatización de las lenguas y sus variedades en los desplazamientos translocales de sus hablantes.

Por otra parte, en el folleto destinado a la comunidad de profesionales que circuló en 2017 a través de la red informática interna del hospital, el cambio en la construcción del destinatario se evidencia no sólo en la elección del español como única lengua, sino en las marcas enunciativas de la frase que encabeza el afiche: “un servicio que nos acerca a los pacientes de diversas culturas”. Allí, el pronombre de primera persona del plural (“nos”) construye un grupo de destinatarios que incluye a la comunidad profesional y excluye a los pacientes. Pese a esta di-

ferencia, el programa sigue identificándose como *un servicio* y, además, un servicio destinado exclusivamente a los pacientes, como se puede observar en el siguiente fragmento del afiche: “SOLICITÁ UN FACILITADOR CULTURAL BILINGÜE PARA UN PACIENTE” (afiche, 2017). De este modo, se atribuye el recurso de mediación a los pacientes: aunque lo pueda solicitar el médico o el administrativo, la asistencia no es para este o aquel sino *para el paciente*.

Ahora bien, ¿cómo se construye este destinatario (“el paciente”) en el afiche de comunicación interna? En el texto se sugiere que es un servicio disponible para hablantes de coreano, chino, inglés, japonés o alemán, ya que estas son las lenguas que, junto con el castellano, manejan los facilitadores culturales bilingües, según indica un recuadro en la parte inferior (Imagen 2). Sin embargo, esta descripción se contradice con otro fragmento del mismo folleto, en el cual se mencionan las vías de contacto para solicitar el servicio y se ofrecen dos opciones: el contacto en el caso de emergencias y otro contacto designado como “Mandarín, chino” (Figura 2). Se trata del contacto con las facilitadoras de chino mandarín que son, en definitiva, las únicas que pertenecen al equipo del hospital. De esta manera, el programa se construye discursivamente como un servicio que proyecta destinatarios de múltiples procedencias lingüístico-culturales pero, en la práctica, queda reducido a un único beneficiario posible: la comunidad china.

Mediadores culturales en salud

Los facilitadores culturales bilingües son personas multilingües y biculturales (coreano-castellano, chino-castellano, inglés-castellano, japonés-castellano, alemán-castellano) capacitadas para facilitar la comunicación entre el usuario y la Institución, el paciente y el médico y viceversa. Están presentes en las consultas médicas, solicitud de turnos, realización de estudios complementarios, etc. Ellos son mediadores culturales en salud, ya que no solo traducen e interpretan si no que también reducen las diferencias.

SOLICITÁ UN FACILITADOR CULTURAL BILINGÜE PARA UN PACIENTE
Pueden ser requeridos por el médico, administrativos o pacientes.

Mandarín, Chino
Lunes a viernes, de 8 a 20 h.
Tel:
Es importante solicitarlo con al menos 48 h. de anticipación. Aclarar número de afiliado, lugar, fecha y hora de la consulta.

Emergencias
(solo para personal médico y administrativo)
Lunes a viernes: de 20 a 8 hs.
Sábados, Domingos y Feriados: las 24 hs.
Tel:

Figura 2. Afiche de promoción para el personal de salud (2017).

5 ¿Quién necesita el servicio? La construcción del destinatario

Si bien el programa se concibió, desde un inicio, para cubrir una necesidad detectada con cierto grupo de pacientes, luego de su implementación se comenzó a ampliar el destinatario, en vistas a construir un programa de mediación que pudiera atender a otras necesidades, tanto lingüísticas como culturales.⁸ Esta intención la hemos observado tanto en los testimonios de las personas entrevistadas como en diferentes documentos institucionales. Sin embargo, si obser-

vamos las acciones y decisiones del equipo en cuanto a la selección del personal, sus modos de intervención, las lenguas que se utilizan, vemos una orientación preferencial hacia este primer grupo de destinatarios. En palabras de la segunda coordinadora, esto se justifica por la demanda: “Lo que pasa es que esto está hecho para China y Corea, porque es que tenemos mucha cantidad y la demanda así nos exigió. Pero realmente estamos preparados para todo” (Entrevista 2).

Como desarrollaremos en la sección siguiente, esta apertura hacia nuevos destinatarios puede leerse a la luz de ciertos procesos de mercantilización del lenguaje y comercialización de la diversidad lingüística, similares a los que se han estudiado en diversos espacios de producción económica (Duchêne 2011, Heller 2010, Codó 2018): así, el hospital podría encontrar en este programa una oportunidad para expandirse y ganar nuevos clientes. Ahora bien, ¿cuáles son esos clientes? ¿Qué lenguas hablan? Para responder, podemos revisar los ejemplos que compartió la coordinadora en la entrevista. Allí, brindó el ejemplo de un paciente alemán, al cual se le brindó el servicio de facilitación, contratando a un intérprete alemán. Ante la pregunta por pacientes de otras provincias o países limítrofes, hablantes de lenguas indígenas, mencionó que tienen “una enfermera que habla guaraní y quechua”. De este modo, parecería que existen intervenciones diferentes (en este caso, la provisión de intérpretes formados versus intérpretes *ad hoc*) para cada grupo de clientes, de acuerdo con una jerarquización implícita de sus lenguas que opera no sólo en la institución, sino en el país.

En cuanto a la construcción del destinatario “principal”, este se presenta en términos homogéneos, tal como revela la selección de las lenguas que se utilizan para facilitar la comunicación: son todas lenguas estándar, correspondientes a estados nación (“esto está hecho para China y Corea”). En la entrevista al segundo equipo, al preguntarles a las facilitadoras por las lenguas que utilizan los pacientes, observamos que opera una selección dentro de estas comunidades:

(11) INV: *Y pasa también que hay otras lenguas, ¿no?, quizás, en China, y que...*

F3: *Claro, en este caso, en realidad, lo que ya sea de China continental o Taiwán, son dialectos, en realidad. Entonces, por lo general vienen con familiares que hablen el idioma chino y se hace como una especie de interpretación o traducción al idioma chino mandarín, y ahí interviene alguna de nosotras para que el médico pueda entender.*

F2: *Claro, lo que nosotras dos hablamos es el chino mandarín, es decir, es la lengua oficial de China continental y Taiwán. Se supone que es el idioma que todos hablan, pero a veces los pacientes vienen de lugares más chiquitos, pueblitos, y tienen sus propios dialectos. En ese caso, a veces ellos con mucho esfuerzo intentan hablar el chino mandarín o, como dice mi compañera, tienen un familiar que más o menos se maneja en chino mandarín y ahí hay una...*

INV: *hacen la cadena, digamos...*

F2: *claro*

C2: *sí, nos complica, porque ellos tienen muchos dialectos...*

F2: *hay muchos dialectos en China (Entrevista 2)*

Al preguntar acerca de otras lenguas habladas por los pacientes, las dos facilitadoras realizan una categorización de estas en la que subyace una ideología monoglósica (Bürki y Morgenthaler 2016): desde su perspectiva, en China continental y Taiwán existiría una única norma, que

permite clasificar los usos lingüísticos de quienes siguen dicha norma dentro la categoría de *lengua* (estándar, oficial: chino mandarín) y las otras variedades, por fuera de la norma, como *dialectos* (Blommaert 2009).

Así, si bien en ciertos discursos institucionales parece haber un movimiento de apertura hacia otras comunidades lingüísticas, donde se construye un destinatario amplio y diverso (“estamos preparados para todo”), este parece reducirse a un único destinatario posible en la práctica, que se manifiesta en las acciones y decisiones del equipo (selección del personal, modos de intervención, lenguas que se utilizan, etc.), que se destinan exclusivamente a la comunidad china, y que realiza una selección, dentro de esta comunidad, de un tipo de población, desestimando la diversidad interna. No sabemos qué cantidad de pacientes chinos que llegan HBA no hablan esa lengua oficial, pero sí que deberán estar acompañados o hacer el esfuerzo de hablar la lengua que el programa ofrece para ellos. En tal sentido, como una consecuencia inintencionada, la facilitación no responde a las necesidades del usuario, sino a las posibilidades de la institución.

6 Procesos de evaluación y mercantilización del lenguaje

En el segundo período, como dijimos, el programa se desplaza de la Gerencia General al Departamento de Calidad del hospital. Esta nueva ubicación introduce otros modos de concebir sus acciones e intervenciones. Por un lado, exige establecer una relación entre las prácticas de comunicación sobre las que el programa interviene y la calidad de los servicios de salud que el hospital ofrece. Esto se evidencia en la entrevista, en la que surge por parte de la coordinadora actual la asociación entre su lugar institucional y lo que se espera que hagan (evaluación de la calidad del servicio provisto):

- (12) C2: [...] *estamos armando cómo vamos a hacer para controlar la satisfacción en un paciente que ha recibido la traducción china, estábamos viendo cómo lo vamos a hacer. Estamos planteándonos... ¿hacemos el paciente intervenido versus el paciente no intervenido? ¿bajo qué denominador? ¿Toda la población china que nosotros tenemos? Y estábamos planteándonos, o sea, está el planteo. Porque estamos dentro del Departamento de Calidad, imposible que no lo hagamos.*

Por otro lado, esta nueva ubicación en la estructura institucional implica la articulación con otros actores, otras prácticas y políticas institucionales que también inciden en la orientación de las acciones del programa. Esto se observa claramente en relación con la *Joint Commission International* (JCI), una comisión internacional de calidad que evalúa y acredita servicios médicos y organizaciones sanitarias de todo el mundo. En 2015, el HBA obtuvo la certificación en calidad y seguridad de la JCI y se convirtió, así, en una de las dos instituciones sanitarias que poseían esta acreditación en Argentina. Para alcanzar y mantener dicha certificación, el Departamento de Calidad trabaja en el establecimiento de planes de acción estratégica y mecanismos de control y gestión de la calidad que se manifiestan en varios documentos institucionales que fueron producidos durante este período, como el *Manual de Calidad* y el *Reporte de Sustentabilidad*, y que le permiten prepararse para las auditorías de la JCI, que se realizan cada tres años.

A continuación, examinaremos cuáles son los parámetros a partir de los cuales se evalúan las prácticas de comunicación y mediación, así como su vínculo con nuevos actores e instrumentos que intervienen en este período.

6.1 La eficacia

Desde la perspectiva de la JCI, la comunicación y el lenguaje son elementos que pueden (y deben) ser evaluados, con el objetivo de alcanzar ciertos estándares de calidad de la atención sanitaria (Schyve 2007: 361). Esta perspectiva se observa en el *Manual de Calidad* (2017), en el que la comunicación se concibe como un instrumento clave para constituir la relación entre pacientes y profesionales de la salud y alcanzar, así, los resultados terapéuticos esperados:

- (13) *Las diferencias culturales, sociales y económicas existentes en los ciudadanos que atendemos en el Hospital constituyen una barrera para la comunicación e interacción con los pacientes. [...] Diferentes autores han demostrado que la ausencia de una comunicación eficaz disminuye la comprensión y aceptación del problema de salud por el paciente, y que estas dos razones inciden directamente en el resultado de la asistencia que prestamos* (HBA 2017: 14).

En este fragmento, las diferencias son entendidas en términos de “barreras” para la comunicación, que no se sitúan en la relación médico-paciente sino que *existen* “en los ciudadanos”: son ellos los categorizados como “diferentes” y, por lo tanto, los que obstaculizan la comunicación. Nuevamente, la comunicación es concebida en una sola dirección: del médico hacia el paciente, por lo que los obstáculos solo afectan a este último y se traducen en una falta de comprensión y “aceptación del problema de salud”.

Estas ideas sobre la comunicación informan medidas particulares, estrategias y decisiones de gestión, que se describen en el manual. Para lograr una “comunicación eficaz”, se establece una serie de recomendaciones que deja al descubierto que el único objetivo de la interacción con los pacientes es *entregarles información*: “generar la información necesaria”, “comunicar toda la información necesaria”, “incorporar en el programa de formación un curso de comunicación e información con el paciente”, “identificar las dudas más frecuentes planteadas por los pacientes en cada proceso y elaborar un documento informativo a entregar al paciente con las respuestas” (HBA 2017: 15).

De este modo, la comunicación se presenta, desde la óptica del Departamento de Calidad, como un proceso unidireccional cuyo objetivo es dar información a alguien que no la tiene (y la necesita). Así, no resulta extraña la orientación preferencial por el material escrito para resolver los “obstáculos” en la comunicación: a la vez que refuerza el lugar pasivo del que recibe información, ciertas ideas asociadas a la productividad, el ahorro de recursos y tiempo, hacen que este medio sea el privilegiado para transmitir información a los pacientes.

Esto se refleja en un número de traducciones llevadas adelante por las facilitadoras del programa, que toman materiales de prevención en salud producidos (en español) por el Comité de Educación y los traducen al chino mandarín, de acuerdo con lo que se documenta en el registro de traducciones del programa. En febrero de 2016, el equipo actual creó una página de Facebook para el programa, donde se publican muchos de estos materiales traducidos. Dada la escasa interacción observada en esta red social (en diciembre de 2018 tenía solo 78 seguidores), pregunté por esta vía de comunicación a la supervisora del período anterior, quien señaló que la difusión de contenidos a través de esta red social era inútil, dado que “los chinos no usan Facebook” (Entrevista 3). En este caso, esta acción contrasta con el hecho de que la página web del hospital y el portal de salud, plataforma que se emplea para pedir turnos y realizar

videoconsultas, están disponibles sólo en español. Así, como han señalado otros trabajos (cfr. Collins y Slembrouck 2006; Moyer 2011), estas iniciativas que privilegian los materiales escritos no parecen atender las necesidades reales de los pacientes.

6.2 La productividad

En línea con la necesidad institucional de evaluación que ya hemos mencionado, observamos que el nuevo equipo en este período ha llevado adelante procesos de evaluación de las prácticas de comunicación y mediación que destacan la *productividad* del programa durante estos años. En ese sentido, resulta interesante examinar cómo se evalúan estas prácticas, desde la perspectiva institucional, y cómo se comunican los resultados de dicha evaluación en los reportes del hospital que se producen durante este segundo período.

El reporte de lo que ha hecho en cada período el programa se realiza a través de una evaluación cuantitativa que registra la cantidad de facilitaciones, horas de facilitación y traducciones realizadas, junto con la comparación con años anteriores⁹. En el anuario de 2007, por ejemplo, se describe de la siguiente manera y se acompaña de gráficos que ilustran los datos presentados (Figura 3):

- (14) *Con respecto a los servicios que presta a la comunidad china y siempre con el fin de promover la comunicación intercultural, el Hospital realizó durante este ejercicio 1502 facilitaciones en total y brindó 1001 horas de facilitaciones de mandarín, en particular, en consultorios de diferentes servicios. Esto representa un aumento considerable respecto del período anterior, durante el cual se llevaron a cabo 1330 facilitaciones en total y 982 horas de facilitaciones de mandarín. [...] En el último período, los facilitadores del Hospital tradujeron 30 documentos de diferentes servicios médicos. (HBA 2017: 116)*



Figura 3. Gráficos que acompañan el reporte anual del hospital.

Fuente: Memoria y balance del 2017.

El análisis de estos documentos revela, nuevamente, una caracterización del programa como *servicio*, cuyas prácticas (“facilitaciones idiomáticas de mandarín”, “interpretación simultánea en el consultorio”, “traducir”) son evaluadas a partir de una lógica empresarial, que busca medir su productividad en un período de tiempo determinado (cfr. Duchêne 2011). Una productividad que es concebida sólo desde el racionalismo económico, que se mide en la cantidad de horas y documentos traducidos, como si fuera lo único que permitiera justificar la existen-

cia o continuidad del programa. Las prácticas de mediación se convierten en “*communication skills*”, una forma de capital lingüístico que se valora en relación con su utilidad en la institución (Urciuoli y LaDousa 2013). Si bien este parámetro (su utilidad, manifiesta en el hecho de que el servicio se esté utilizando) legitima la necesidad del programa, resulta llamativo que sea lo único que se contempla en el reporte anual. La evaluación se convierte, entonces, en un modo de mostrar que “se están tomando medidas” para alcanzar una comunicación eficaz con los pacientes y cumplir con los estándares de calidad necesarios para obtener (o mantener) la acreditación de JCI. En cuanto al fin declarado de “promover la comunicación intercultural”, este parece perderse de vista en la evaluación.

6.3 Estándares de calidad y nuevas autoridades lingüísticas

Otras acciones llevadas adelante en este período se orientan hacia una evaluación *técnica* de la calidad de la mediación. En la última entrevista que realicé al equipo (2018), el supervisor refirió que habían lanzado unas encuestas para los médicos, para conocer sus opiniones acerca del programa, ya que en octubre de ese año era la evaluación de la JCI. Según él, querían hacer algo similar con los pacientes, pero aún estaban pensando en cómo implementarlo ya que, desde la perspectiva del equipo, dentro de esta población se mostraban más reacios a responder.

En esa misma reunión, mencioné la dificultad de evaluar las prácticas de mediación, teniendo en cuenta que no existen normas claras que regulen la actividad de los mediadores sanitarios en el país, como tampoco una formación específica para actuar en estos contextos. El supervisor mencionó en ese momento que sí había normas para los intérpretes en salud, que –justamente– desde hacía muy poco estaban buscando implementar en el hospital: se trata de las normas internacionales *ISO 13611:2014(E), Interpreting – Guidelines for Community Interpreting*, publicadas en 2014. Efectivamente, en un documento interno que se titula “Balance de los últimos 18 años”, se expresa lo siguiente:

- (15) *En enero del 2018 se procedió a la adquisición de las Normas “IRAM-ISO 13611:2016 Linamientos [sic] para la Interpretación en los Servicios Comunitarios”, “ISO 13611:2014, IDT Interpreting Guidelines for community interpreting”, para poder establecer criterios, orientación, recomendaciones y proporcionar los principios y las practicas básicas y necesarias para garantizar un servicio de interpretación de calidad para las distintas comunidades lingüísticas (HBA 2018: 3)*

Los estándares internacionales que establecen la calidad de las prácticas de mediación en este período pasan a constituirse como interlocutores autorizados que indican no solo *qué* es lo que se debe hacer, sino también *cómo*. En un análisis de esta versión de las normas ISO, Remael y Carroll (2015) señalan que este documento ofrece una visión general de los diversos componentes de la práctica de interpretación comunitaria y sus ámbitos de aplicación, incluyendo una discusión acerca de los derechos y deberes de quienes proporcionan y utilizan el servicio. Estos autores concluyen que esta norma aborda los temas de una manera muy superficial: no ofrece ejemplos de prácticas específicas, no describe los problemas típicos ni sugiere cómo garantizar la calidad profesional. En definitiva, señalan que puede ser una herramienta útil “for newcomers to the field, including policy-makers facing societies that are increasingly multilingual and multicultural”, pero que no presenta soluciones y, por lo tanto, no resulta una norma realmente aplicable (Remael y Carroll 2015: 3).

En cierto modo, las normas ISO se constituyen como nuevas autoridades para la gestión del lenguaje en esta institución, ya no desde un saber teórico-académico (centralizado en el rol de la coordinadora), como parecía predominar en el primer período, sino desde un conocimiento técnico que se presenta como accesible a cualquier persona. Al parecer, solo se trata de seguir los criterios, recomendaciones y lineamientos estipulados en este documento para evaluar las prácticas de mediación: de este modo, todos se convierten en potenciales “especialistas” o “gestores” del lenguaje. Como apuntan Duchêne y Heller (2012), se trata de una ideología presente en muchos espacios de trabajo bajo la cual el lenguaje puede ser visto como “objetivo” y puramente técnico, por lo que las prácticas comunicativas pueden ser formalizadas y estandarizadas: “Technical tools are linked to the rationalization of work in the sense that they permit an automated management of language and communication” (Duchêne y Heller 2012: 331).

En la misma línea, estos nuevos estándares tienen un impacto en la selección y contratación de los mediadores lingüísticos, proceso que ha continuado transformándose en los últimos años. En mayo del 2018, el Hospital realizó un convenio con la empresa *Go Global Consulting*, una consultora de interpretación y traducción fundada en 2008 con sedes en Argentina, Estados Unidos y España. Esta consultora es miembro del *Global Communications Business Group*, una compañía transnacional producto de la unión de cinco empresas que ofrecen servicios de traducción, interpretación y localización en diferentes regiones del mundo. El objetivo de este convenio se expresa de la siguiente manera en el documento antes citado:

- (16) *A partir de mayo del mismo año [2018] se concretó un convenio entre el Hospital [...] de Buenos Aires y la empresa GoGlobal Consulting (consultoría de interpretación y traducción), para disponer de un pool de intérpretes comunitarios en idiomas coreano, chino, alemán e inglés, para poder dar respuesta a las distintas demandas idiomáticas tanto en forma presencial como a través de dispositivos online (videoconferencias a través de tablets, celulares y PC) ubicados en los consultorios de los profesionales [sic] (HBA 2018: 3)*

De acuerdo con el documento, el convenio termina de convertir al programa en un servicio de interpretación en salud, cuyos mediadores –designados ahora como “un pool de intérpretes comunitarios”, en línea con la denominación de las normas ISO– son contratados de manera externa para actuar de forma presencial o a través de dispositivos tecnológicos. Quienes ofrecen estos servicios son empresas transnacionales que cuentan con intérpretes que operan desde diversos lugares del mundo y que se convierten, entonces, en una nueva categoría de actores (“expertos”, cfr. Shankar y Cavanaugh 2012) que intervienen en las acciones de gestión del lenguaje. La gestión del lenguaje queda ubicada, así, entre las prácticas institucionales locales y procesos socioeconómicos translocales que permiten explicar las alianzas y convenios que elige llevar adelante el hospital en este período. De este modo, si comparamos con los intereses que motivaron la creación del programa de mediación lingüística, resulta evidente que los servicios lingüísticos en esta institución han sido sometidos a un proceso de transformación, adquiriendo nuevos significados, valores y formas de circulación que traspasan las fronteras de las comunidades locales y se expanden a contextos globales.

7 Conclusiones

En este trabajo analizamos las acciones de gestión institucional que operan dentro de un programa desarrollado en un hospital de Buenos Aires para intervenir sobre la comunicación en contextos de diversidad lingüística. En tanto sitio de disputa ideológica, este espacio nos ha

permitido examinar cómo sus actores despliegan y explican ciertas ideas acerca de la comunicación, el multilingüismo, las lenguas y sus hablantes, y cómo estas ideas se materializan en prácticas, con efectos concretos para las personas que transitan por el contexto estudiado.

Por una parte, nos propusimos conocer las concepciones acerca de la mediación que circulan en el hospital. Para eso, analizamos las ideas de comunicación que subyacen a ciertas decisiones, y que sustentan la creación de un modelo de mediación supuestamente imparcial, en el que se configura al mediador como un tercer participante neutral (y casi invisible) en la comunicación. Este modelo se sustenta en una configuración ideológica que hemos identificado en varios discursos institucionales a lo largo de los años: la comunicación es entendida como conducto, cuyo destino es el traspaso de información de una dirección a otra. En la comunicación en salud (y su evento prototípico, la consulta médica), esto se traduce en un rol activo asignado al profesional y un rol pasivo al usuario/paciente. En los casos en que esta comunicación no funciona (el conducto está obstruido), el análisis de los discursos institucionales revela que la responsabilidad recae en una de las partes: los “obstáculos” se atribuyen al paciente. De allí que la solución propuesta sea la inserción de un tercer participante o, en ocasiones, la entrega de material informativo por escrito, con las limitaciones que conlleva.

No obstante, desde la óptica de quien actúa como mediador, el posicionamiento del facilitador presenta desafíos. En un caso, vimos que “facilitar” la comunicación es una práctica que se resignifica en cada interacción; de este modo, se evidencia que las ideas acerca de la comunicación y la mediación no tienen nada de “natural”, sino que varían en función de la posición que ocupan las personas en el entramado institucional.

A través del análisis, observamos también que el modelo de mediación propuesto se sustenta en ideologías acerca de las lenguas y sus hablantes que vinculamos a ideologías monoglósicas. Por una parte, en la selección de los recursos humanos identificamos una concepción del bilingüismo que supone una concepción de las lenguas como entidades discretas y separadas en “polos” estándares, invisibilizando otras variedades lingüísticas dentro del espacio sociolingüístico en cuestión. Por otra parte, en la selección de las lenguas que emplean las facilitadoras se proyecta una imagen institucional del destinatario del programa como hablante de la lengua nacional u oficial, que desestima la diversidad de repertorios sociolingüísticos de los pacientes que asisten al hospital. A pesar de advertir que hay pacientes que hablan otras lenguas o variedades, las facilitadoras del segundo período naturalizan el estatus dominante de una determinada variedad (la “lengua oficial”), frente a otras variedades categorizadas como “dialectos”.

Así como el análisis ha permitido identificar continuidades en ciertas construcciones ideológicas a lo largo de los años, hemos observado que existen intereses diversos y lógicas heterogéneas que orientan las intervenciones sobre las prácticas de comunicación en el contexto estudiado. En particular, nos hemos enfocado en los cambios que experimenta el programa al modificarse su lugar en el entramado institucional y al asumir una nueva coordinadora, que, para el estudio de las ideologías lingüísticas, nos permite recuperar la idea de posicionalidad de Kroskrity (2004). La emergencia de discursos que evalúan las prácticas de mediación a partir de parámetros como la efectividad, la productividad y la calidad, así como la incorporación de nuevos actores e instrumentos para llevar adelante esta evaluación, dejan ver una doble orientación en la gestión institucional, que busca, al mismo tiempo, atender las necesidades de algunos de sus pacientes y expandir un servicio que entiende el multilingüismo como un recurso que puede ser explotado para generar nuevos clientes. Esta orientación queda manifiesta en las certificaciones que persigue el hospital, que le permiten prepararse para un mercado global de clientes, al contar con estándares de calidad reconocidos internacionalmente. En tal sentido, las

acciones e intervenciones en este segundo período aparecen mediadas por una ideología emolingüística (López García 2010) –aquella que concibe a las lenguas como instrumentos o recursos, desde una visión utilitaria–, manifiesta en los procesos de mercantilización del lenguaje y de comercialización de la diversidad lingüística.

Como han señalado varios autores (Heller 2010; Shankar y Cavanaugh 2012; Urciuoli 2008), en los contextos neoliberales las lenguas se conciben en términos de mercancías que proporcionan acceso a mercados globales, por lo que la elección de las lenguas que “habla” la institución nunca es insignificante: muy a menudo está vinculada a opciones estratégicas y simbólicas en términos de expansión económica de las empresas (Duchêne 2011). Creemos que es a la luz de estos fenómenos que debemos considerar este desplazamiento hacia lo que consideramos un nuevo “paquete de lenguas” que el hospital ofrece, donde las lenguas mencionadas incluyen no solo al chino o coreano (las lenguas que originaron la necesidad de ofrecer un servicio de asistencia idiomática) sino también al inglés y al alemán. Esta elección de lenguas es, también, reflejo de orientaciones ideológicas que conviven en el hospital, que siguen lógicas diversas y muestran la complejidad del entramado institucional.

Para concluir, creemos que el estudio de las ideologías lingüísticas ha resultado productivo para comprender los vaivenes y tensiones que existen en la gestión del multilingüismo en esta institución a lo largo de los años. Al mismo tiempo, nos ha permitido evidenciar algunos de los efectos concretos de estas ideologías en el contexto estudiado, especialmente relevantes cuando las acciones de gestión quedan desvinculadas de las necesidades y de la realidad sociolingüística de los grupos a los que pretenden asistir.

8 Referencias bibliográficas

- Angelelli, Claudia. 2014. Interpreting in the healthcare setting. Access in cross-linguistic communication. En H. Hamilton y W.Y.S. Chou, eds. *The Routledge handbook of language and health communication*. Routledge.
- Angelelli, Claudia V. 2019. *Healthcare interpreting explained*. Londres: Routledge.
- Angouri, Jo. 2014. Multilingualism in the workplace: Language practices in multilingual contexts. *Multilingua* 33 (1-2): 1-9.
- Blommaert, Jan. 2009. Language, Asylum, and the National Order. *Current Anthropology* 50 (4): 415-441.
- Blommaert, Jan. 2010. *The sociolinguistics of globalization*. New York: Cambridge University Press.
- Brisset, Camille; Leanza, Yvan; Laforest, Karine. 2013. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling* 91 (2): 131-140.
- Bürki, Yvette; Morgenthaler García, Laura. 2016. En torno al olvido en el estudio de la variación lingüística del español. *Estudios de Lingüística del Español* 37: 3-15.

- Cicourel, Aaron. 1980. Three models of discourse analysis: The role of social structure. *Discourse Processes* 33: 101-132.
- Codó, Eva. 2018. Language policy and planning, institutions and neoliberalization. En J. Tollefson y M. Pérez-Milans, eds. *The Oxford Handbook of Language Policy and Planning*. Oxford: Oxford University Press, pp. 467-484.
- Collins, James; Slembrouck, Stef. 2006. "You Don't Know What They Translate": Language Contact, Institutional Procedure, and Literacy Practice in Neighborhood Health Clinics in Urban Flanders. *Journal of Linguistic Anthropology* 16 (2): 249.
- Del Percio, Alfonso. 2018. Turning Language and Communication into Productive Resources. En J. Tollefson y M. Pérez-Milans, eds. *The Oxford Handbook of Language Policy and Planning*. Oxford: Oxford University Press, pp. 526-543.
- Del Valle, José. 2007. *La lengua, ¿patria común? Ideas e ideologías del español*. Madrid/Fráncfort: Iberoamericana/Vervuert.
- Del Valle, José; Meirinho-Guede, Vitor. 2015. Ideologías lingüísticas. En J. Gutiérrez-Rexach, ed. *Enciclopedia de Lingüística hispánica*. Routledge, pp. 622-631.
- Duchêne, Alexandre. 2009. Marketing, management and performance: Multilingualism as commodity in a tourism call centre. *Language Policy* 8 (1): 27-50.
- Duchêne, Alexandre. 2011. Néolibéralisme, inégalités sociales et plurilinguisme: l'exploitation des ressources langagières et des locuteurs. *Langage et société* 2: 81-108.
- Duchêne, Alexandre; Heller, Monica. 2012. Language policy in the workplace. En B. Spolsky, ed. *The Cambridge Handbook of Language Policy*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 323-334.
- Elderkin-Thompson, Virginia; Silver, Roxane Cohen; Waitzkin, Howard. 2001. When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine* 52 (9): 1343-1358.
- Finkelstein, Laura. 2017. Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. *Revista Migraciones Internacionales. Reflexiones desde Argentina* 2 (1): 40-58.
- Fraser, Georgina. 2022. Ser intérprete indígena en Chaco (Argentina): implicancias de una categoría en construcción. *Mutatis Mutandis. Revista Latinoamericana de Traducción* 15 (2): 274-293.
- Gal, Susan. 1989. Language and political economy. *Annual Review of Anthropology* 18: 345-367.
- Gal, Susan. 2012. Sociolinguistic Regimes and the Management of "Diversity". En M. Heller y A. Duchêne, eds. *Language in Late Capitalism. Pride and Profit*. New York: Routledge.
- García, Ofelia. 2009. *Bilingual education in the 21st century: A global perspective*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

- Grimson, Alejandro; Ng, Gustavo; Denardi, Luciana. 2016. Las organizaciones de inmigrantes chinos en Argentina. *Migración y Desarrollo* 14 (26): 25-73.
- Grosjean, François. 1989. Neurolinguists, beware! The bilingual is not two monolinguals in one person. *Brain and language* 36 (1): 3-15.
- Heller, Monica. 2010. Language as Resource in the Globalized New Economy. En N. Coupland, ed. *The Handbook of Language and Globalization*. Oxford: Blackwell, pp. 350-365.
- Heller, Monica; Duchêne, Alexandre. 2012. Pride and Profit. Changing Discourses of Language, Capital and Nation-State. En M. Heller y A. Duchêne, eds. *Language in Late Capitalism. Pride and Profit*. Routledge.
- Hsieh, Elaine; Kramer, Eric Mark. 2012. Medical interpreters as tools: dangers and challenges in the utilitarian approach to interpreters' roles and functions. *Patient education and counseling* 89 (1): 158-162.
- Incaugarat, María Florencia. 2022. "Chinese Medicine Is Not Just Acupuncture": The Experience of Chinese Immigrants in the Argentinian Healthcare System. En M. Badaró, ed. *China in Argentina, Historical and Cultural Interconnections between Latin America and Asia*. Palgrave Macmillan, pp. 95-119.
- Irvine, Judith T.; Gal, Susan. 2000. Language ideology and linguistic differentiation. En P. V. Kroskrity, ed. *Regimes of language: Ideologies, politics, and identities*. School of American Research Press, pp. 35-84.
- Kroskrity, Paul. 2004. Language Ideologies. En A. Duranti, ed. *A Companion to Linguistic Anthropology*. Oxford: Blackwell Publishing, pp. 496-517.
- López García, Ángel. 2010. *Anglohispanos. La comunidad lingüística iberoamericana y el futuro de Occidente*. Barcelona: Península.
- Lüdi, Georges; Py, Bernard. 2009. To be or not to be... a plurilingual speaker. *International Journal of Multilingualism* 6 (2): 154-167.
- Marradi, Alberto; Archenti, Nélica; Piovani, Juan Ignacio. 2007. *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé editores.
- Mera, María Carolina. 2016. Migración coreana y china en Argentina, 1960-2000. En Organización Internacional para las Migraciones (OIM), ed. *Los inmigrantes en la construcción de la Argentina*. Buenos Aires: OIM, pp. 91-106.
- Moyer, Melissa G. 2011. What multilingualism? Agency and unintended consequences of multilingual practices in a Barcelona health clinic. *Journal of Pragmatics* 43 (5): 1209-1221.
- Ozolins, Uldis. 2010. Factors that determine the provision of Public Service Interpreting: comparative perspectives on government motivation and language service implementation. *The Journal of Specialised Translation* 14 (1): 194-215.

- Pöchhacker, Franz; Shlesinger, Miriam. 2007. Introduction. Discourse-based research on healthcare interpreting. En F. Pöchhacker y M. Shlesinger, eds. *Healthcare interpreting: discourse and interaction* (Vol. 9). John Benjamins Publishing.
- Prego Vázquez, Gabriela. 2023. (Des) reconocimiento sociolingüístico y escalaridad en los nuevos repertorios lingüísticos locales de los jóvenes en Galicia. En G. Prego Vázquez y L. Zas Varela. eds. *Superdiversidad lingüística en los nuevos contextos multilingües. Una mirada etnográfica y multidisciplinar*. Madrid: Iberoamericana-Vervuert, pp. 85-118.
- Ribas, Marta Arumi; Chaigneau, Lisette; Amengual, Macarena D.; Díaz-Galaz, Stephanie. 2022. Creencias y percepciones de los facilitadores lingüísticos entre criollo haitiano y español en Chile. Resultados de una investigación-acción. *Mutatis Mutandis. Revista Latinoamericana de Traducción* 15 (2): 252-273.
- Roat, Cynthia E.; Crezee, Ineke H. M. 2015. Healthcare interpreting. En H. Mikkelsen y R. Jourdenais, eds. *The Routledge Handbook of Interpreting*. Routledge, pp. 236-253.
- Rosa, Jonathan; Burdick, Christa. 2017. Language ideologies. En O. García, N. Flores y M. Spotti, eds. *The Oxford Handbook of Language and Society*. New York: Oxford University Press, pp. 103-123.
- Remael, Aline; Carroll, Mary. 2015. Community Interpreting: Mapping the present for the future. *The International Journal for Translation & Interpreting* 7 (3): 1-9.
- Santos, Maricel G.; Showstack, Rachel; Martínez, Glen; Colcher, Drew; Magaña, Dalia. 2022. Language access and interpretation in health care. En *Health Disparities and the Applied Linguist*. Routledge, pp. 38-53.
- Schrader-Kniffki, Martina. 2019. Diversidad de normas en espacios comunicativos de traducción e interpretación jurídicas de lenguas indígenas. *Revista de Llengua i Dret, Journal of Language and Law* 71: 158-170.
- Schyve, Paul M. 2007. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. *Journal of general internal medicine* 22 (2): 360-361.
- Shankar, Shalini; Cavanaugh, Jillian R. 2012. Language and Materiality in Global Capitalism. *Annual Review of Anthropology* 41: 355-369.
- Unamuno, Virginia; Bonnin, Juan Eduardo. 2018. "We Work as Bilinguals". Socioeconomic Changes and Language Policy for Indigenous Languages in El Impenetrable. En J. Tollefson y M. Pérez-Milans. eds. *The Oxford Handbook of Language Policy and Planning*. Oxford: Oxford University Press.
- Urciuoli, Bonnie. 2008. Skills and selves in the new workplace. *American Ethnologist* 35 (2): 211-228.
- Urciuoli, Bonnie; LaDousa, Chaise. 2013. Language management/labor. *Annual Review of Anthropology* 42: 175-190.

- Valero-Garcés, Carmen. 2007. Challenges in multilingual societies. The myth of the invisible interpreter and translator. *Across Languages and Cultures* 8 (1): 81-101.
- Valero-Garcés, Carmen. 2019. Training public service interpreters and translators: facing challenges. *Revista de Llengua i Dret, Journal of Language and Law* 71: 88-105.
- Vilar, Milagros. 2018. *Gestión de la diversidad lingüística y cultural en un hospital de Buenos Aires: un estudio de caso* [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Tres de Febrero, Maestría en Gestión de Lenguas.
- Vilar, Milagros. 2019. Actores, lenguas y lenguajes en el paisaje lingüístico hospitalario: entre la privatización y la agencia. *Signo y seña* (35): 67-88.
- Wadensjö, Cecilia. 2013. *Interpreting as interaction*. New York: Routledge.
- Woolard, Kathryn A.; Schieffelin, Bambi B. 1994. Language Ideology. *Annual Review of Anthropology* 23: 55–82.

Notas

1. Para una caracterización de la migración china y coreana en Argentina, véase Grimson, Ng y Denardi (2016) y Mera (2016).
2. En la actualidad, pese a que el sistema de salud público no cuenta con políticas destinadas a hablantes de lenguas diferentes del español, sí existen algunas iniciativas en hospitales de gestión privada de la ciudad de Buenos Aires, como el Hospital Británico que, tras un convenio firmado en 2014 con la Cámara de Supermercadistas y Comerciantes Chinos, cuenta con personal bilingüe y cartelería en mandarín-español.
3. Para resguardar el anonimato de los participantes, se han reemplazado sus nombres por iniciales que refieren a sus roles en el programa estudiado: dos coordinadoras, tres facilitadoras bilingües y un supervisor.
4. Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas, a excepción de la última, que fue la más breve y tuvo como objetivo principal conocer al supervisor, quien me brindaría acceso a documentos y materiales para la investigación.
5. Si bien está presente en muchos códigos de ética y normas de conducta, varios autores han acordado en que este modelo se basa en una concepción ficticia acerca de lo que son las interacciones mediadas por intérpretes en salud (cfr. Valero-Garcés 2007, Wadensjö 2013, Angelelli 2014).
6. En la entrevista, C1 comentó que consiguió que el hospital la autorizara a viajar a España, donde se formó como Mediadora Intercultural de Ámbitos Sanitarios en la Universidad Jaume I y realizó el Máster en Migración, Refugio y Relaciones Intercomunitarias de la Universidad Autónoma de Madrid.
7. F1 cuenta que en algunos casos se requería la asistencia de un FCI en otras sedes del hospital, o en determinadas prácticas de urgencia que no permitían que los profesionales esperaran la llegada del FCI; en esos casos, la facilitación se realizaba por vía telefónica.
8. Durante el primer período, las facilitadoras también intervenían en casos de mediación cultural, que requerían otro tipo de acciones. No desarrollaremos este aspecto aquí por cuestiones de espacio.
9. En otros anuarios a los que pudimos acceder, como el de 2008 o 2009, correspondientes a la primera gestión, se incluía, además de la cantidad de facilitaciones realizadas, una distinción de acuerdo con qué servicios médicos la solicitaban o de qué nacionalidades eran los pacientes que las requerían. Aquí, solo se incluye la cantidad total de horas de facilitación y se distingue sólo a las que son en chino mandarín.