



Universidad
de Alcalá

**ANÁLISIS CONTRASTIVO DE LAS
PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS
NACIONALES DE SALUD EN ESPAÑA Y RUSIA.
APLICACIÓN EN LA MEDIACIÓN
INTERCULTURAL**

**CONTRASTIVE ANALYSIS OF NATIONAL
HEALTHCARE SYSTEM SERVICES IN RUSSIA
AND SPAIN. APPLICATION IN
INTERCULTURAL MEDIATION**

2017/ 2018

**Máster Universitario en Comunicación Intercultural,
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos**

**Presentado por:
D^a NATALIA YURYEVA**

**Dirigido por:
Dr. D. ENRIQUE FEDERICO QUERO GERVILLA**

Alcalá de Henares, a 3 de septiembre de 2018

Índice

Resumen/ Аннотация	3
1. Introducción	5
2. Marco teórico	7
2.1 Глобализация и мультикультурное общество как факторы, обуславливающие предоставление услуг в государственных учреждениях	7
2.1.1 Иммигранты как группа пациентов: основные характеристики и проблемы коммуникации	8
2.1.2 Traductor/ Intérprete “ad hoc” vs. profesionalización de TI en los SSPP	14
2.2 ¿Qué entendemos por mediación intercultural?	19
2.3 Особенности устного и письменного перевода в медицинской сфере как форм межкультурного посредничества	22
2.3.1 Устный перевод в медицинской сфере: трудности, ограничения и этические нормы	23
2.3.2 Жанровые особенности письменного медицинского перевода и соответствующие техники.	28
2.4 Mediación intercultural en el ámbito sanitario enfocada en los usuarios provenientes de Rusia	32
2.4.1 Perfil del paciente ruso	32
2.4.2 La mediación intercultural en el ámbito sanitario español para inmigrantes rusos	35
3. Metodología	38
4. Análisis contrastivo del acceso a los principales servicios de asistencia sanitaria	39
4.1 Cobertura de servicios sanitarios públicos en Rusia y España	39
4.2 Acceso a la asistencia sanitaria para extranjeros en España y Rusia: relación entre la normativa del país de procedencia y expectativa del usuario en el país de destino	46
4.3 Оказание скорой помощи: формат медицинской услуги	49
4.4 Медицинское обслуживание на дому в Испании и в России: один термин, разные понятия	53
4.5 Выписка и отпуск лекарств: медицинский контроль против самолечения	56
5. Propuestas y pautas para mejorar el servicio sanitario destinado a usuarios rusos	60
5.1 Clasificación de las diferencias reveladas en el derecho sanitario ruso y español	60
5.2 La adecuada traducción de folletos como forma de prevenir conflictos socioculturales en el ámbito sanitario provocados por las diferencias en la legislación rusa y española	63
5.3 Modelo de traducción adaptada de un folleto	66
5.4 Pautas para la interpretación de conceptos que comprenden diferencias jurídicas	72
6. Conclusiones	73
7. Bibliografía	76
Anexos	83

Resumen

Los cambios sociales de las últimas décadas en España relacionados con la aparición de inmigrantes llevaron a la necesidad de la revisión de todos los aspectos del funcionamiento de la sociedad española. En este contexto, la adecuación de los servicios sanitarios se ve dificultada por la delicada naturaleza de los problemas que se tratan y las diferencias en prestaciones a nivel legal e institucional existentes entre las prestadas en España y en el país de procedencia de los inmigrantes, en nuestro caso, Rusia. Una adecuada comprensión de las necesidades de la población recién llegada a España mejorará su calidad de vida y hará más efectiva su integración social.

El objetivo principal del presente estudio es poner de manifiesto las diferencias relevantes entre la legislación sanitaria de Rusia y España en el momento de acceder los inmigrantes a los servicios del Sistema Nacional de Salud español, que pueden afectar tanto la atención sanitaria como tal, como la comunicación entre el paciente y el médico o personal sanitario, y buscar posibles soluciones.

Para ello contextualizamos la situación existente que hace imprescindible la intervención de mediadores interculturales profesionales en España, analizamos los retos que tiene que afrontar el intérprete y traductor en el ámbito sanitario, indagamos en el perfil del paciente ruso tal y como se representa en las fuentes académicas españolas, estudiamos las diferencias legislativas existentes por lo que respecta al acceso a la sanidad en España y Rusia, categorizamos las diferencias existentes en las legislaciones vigentes de ambos países.

En la presente investigación se exponen las diferencias en el acceso al Sistema Nacional de Salud español y la sanidad pública rusa y la forma en la que se llevan a cabo las distintas prestaciones, al tiempo que se extraen conclusiones con respecto al ejercicio de la mediación en el marco de trabajo de traductor/ intérprete sanitario.

Palabras clave:

Interculturalidad, mediación, sistemas sanitarios, T&I en ámbito sanitario, aspectos sociales y mediación

Аннотация

Социальные перемены последних десятилетий в Испании, связанные с возникновением такой группы населения, как иммигранты, привели к необходимости пересмотра всех аспектов функционирования общества. В этом контексте приведение медицинских услуг, адаптация в контексте которых затруднена в связи с деликатностью затрагиваемых проблем, а также различиями в форме оказания сервисов на законодательном и административном уровне, в соответствии с потребностями лиц, недавно прибывших в Испанию, улучшит качество их жизни и сделает более эффективной социальную интеграцию.

Цель настоящего исследования – обнаружить различия между медицинским законодательством России и Испании, которые становятся релевантными при обращении российских иммигрантов к испанской системе здравоохранения и которые могут сказаться как на оказании медицинских услуг как таковых, так и на коммуникации пациента с медицинским и вспомогательным персоналом, а также найти возможные решения по предупреждению подобных контрастов или посредничеству в случае их возникновения.

Для достижения поставленных целей изучена ситуация, сделавшая необходимой работу профессиональных межкультурных посредников в Испании, проанализированы задачи, с которыми устному и письменному переводчику как межкультурному

посреднику в медицинской сфере приходится справляться при выполнении своих обязанностей, исследовано, каким образом представлен российский пациент в испанских научных источниках, на основе контрастивного метода изучены различия на законодательном уровне, имеющие значение при обращении к системе здравоохранения Испании и в России, обнаруженные различия распределены по категориям на основании критериев, которые помогают выбрать наиболее подходящий способ преодоления связанных с ними трудностей.

В качестве результата настоящего исследования представлены найденные различия в условиях доступа и формах предоставления услуг национального здравоохранения в России и Испании и сделаны соответствующие выводы о том, как они могут быть учтены в работе медицинского переводчика.

Ключевые слова:

Межкультурное взаимодействие, посредничество, системы здравоохранения, медицинский перевод, социальные аспекты и посредничество

1. Introducción

En las últimas décadas la nueva realidad sociopolítica ha modificado nuestro día a día, planteándonos retos como la convivencia en condiciones de multiculturalidad y la armonización de relaciones entre minorías étnicas en países que tradicionalmente no acogían a muchos inmigrantes como es el caso de España. Tanto las relaciones interpersonales, como las institucionales están influidas por la aparición en el estado de un nuevo grupo social, es decir por inmigrantes, que en realidad no pueden ser considerados como un conjunto, ya que representan una multitud de culturas, lenguas, creencias, religiones, expectativas, aspiraciones y experiencias en los países de su procedencia. A partir de estos preceptos, deben ser revisados todos los aspectos del funcionamiento de la vida que pudieran haberse visto afectados por la falta de preparación tanto de la sociedad, como de los órganos y las instituciones públicas a la acogida de inmigrantes, siendo una de las tareas más importantes en este sentido el desarrollo de la sostenibilidad intercultural. Es necesario comprender que la adecuación de los servicios públicos a las necesidades de la población recién llegada a España no solo mejorará la calidad de vida de este grupo y hará más efectiva su integración social, sino que también favorecerá el fomento de las relaciones interculturales sanas en general.

El ámbito sanitario es uno de los entornos de adaptación que presenta más dificultades dados los temas y problemas delicados que trata y las diferencias culturales en cuanto a las formas de tratamiento, actitud hacia conceptos como la vida y muerte, el cuerpo humano, etc. Si sumamos a esto las diferencias a nivel legal e institucional en comparación con el país de procedencia, los inmigrantes tienden a minimizar el contacto con el sistema de sanidad en el país de acogida lo que puede conducir a unas consecuencias graves. Es por eso que ganan cada año más peso estudios orientados a la adaptación de servicios públicos, incluidos los sanitarios, a los inmigrantes de uno u otro país o región, o a los representantes de una u otra cultura. Un lugar central en esta área lo ocupan las investigaciones en el ámbito de la mediación intercultural, siendo la interpretación y la traducción en los servicios públicos las formas más habituales de mediar entre culturas en el contexto de trabajo con inmigrantes.

Desde esta perspectiva son pocos los trabajos dedicados a la población rusa y rusohablante en España, a pesar de que la cantidad de inmigrantes de Rusia y otras repúblicas exsoviéticas aumenta año tras año. La falta de información imparcial hace que aparezcan numerosos estereotipos que perjudican la atención correcta a este grupo. Por otro lado, la falta de conocimientos de los rusos que residen en España dificulta considerablemente el uso adecuado de servicios sanitarios en España por su parte, ya que desconocen el funcionamiento del sistema. Estas son las razones principales para llevar a cabo el presente estudio, cuyo objeto es el derecho sanitario de ambos países en la parte que regula el acceso a las prestaciones sanitarias, como fuente fidedigna e imparcial sobre la organización de la sanidad pública en España y Rusia. Sin embargo, la investigación realizada en el marco del presente Trabajo Fin de Máster tiene sus limitaciones, dado el volumen del mismo, lo que motiva que analicemos tan solo aquellos aspectos que tienen una importancia primordial para los inmigrantes rusos recién llegados a España en el contexto del acceso a las prestaciones gratuitas del sistema nacional de sanidad, es decir, aquellos servicios de los que depende la posibilidad de recibir una u otra prestación, por una parte, y los que son típicos para los rusos, acudiendo ellos a estos tipos de atención en el caso de necesidad, por otra. De esta manera, serán objeto de la investigación el abanico de prestaciones garantizadas en los dos países, requisitos y condiciones de acceder a ellas gratuitamente, atención en urgencias como uno de los servicios más solicitados por inmigrantes, atención en domicilio como forma típica de atención primaria en Rusia y la emisión de recetas como conclusión y resultado de la mayoría de las prestaciones sanitarias.

El objetivo del presente estudio es poner de manifiesto las diferencias en la legislación sanitaria de Rusia y España relevantes en el momento de intentar los inmigrantes de procedencia rusa acceder a los servicios del SNS español que pueden afectar tanto la atención médica como tal, como la comunicación entre el usuario o paciente y el médico o personal sanitario y buscar posibles soluciones para prevenir o mediar estas divergencias a través de las herramientas de la mediación intercultural.

En el presente trabajo partimos de las siguientes hipótesis:

1. La legislación rusa y la española presentan diferencias en cuanto al acceso al sistema nacional de salud.
2. Dichas diferencias son de tal naturaleza que influyen en el comportamiento y en la expectativa de usuarios y pacientes de procedencia rusa en los establecimientos sanitarios de España, dificultando su uso más efectivo de los servicios sanitarios ofrecidos en España.
3. Algunas de las diferencias pueden ser prevenidas por medio de la traducción adaptada de materiales divulgativos al paciente como forma de la mediación intercultural.
4. Algunas de las diferencias pueden afectar la comunicación entre el usuario y médico o personal sanitario, por lo cual el intérprete debe poseer conocimientos respectivos para mediar en las situaciones del posible conflicto.

Las conclusiones de este estudio, entendemos que serán de gran utilidad, puesto que los resultados del análisis contrastivo pueden ser utilizados como el punto de partida para las investigaciones en ámbitos como:

1. Derecho sanitario comparado.
2. Estudios especializados dedicados al análisis del perfil del paciente ruso.
3. Estudios específicos sobre contratos en organización y acceso a las prestaciones por ramas de especialidades en España y Rusia.
4. Estudios cuyo objetivo es analizar el componente pragmático en el comportamiento y discurso del paciente ruso.

A su vez el presente TFM presenta un valor práctico, ya que sus resultados pueden ser útiles a la hora de la adaptación de materiales divulgativos, incluidos, folletos, trípticos, guías del paciente, etc., orientados al usuario ruso, así como para fines formativos tanto en el ámbito de la mediación intercultural, traducción e interpretación en los servicios públicos, como en la preparación de personal sanitario que trabaja con pacientes procedentes de Rusia.

A partir de los objetivos arriba expuestos, el presente trabajo cuenta con la estructura detallada a continuación.

En primer lugar se contextualiza en el marco teórico la situación que hace necesaria la intervención de mediadores interculturales profesionales, en particular, se detalla la dinámica de inmigración en España y se describe la población extranjera como grupo especial de pacientes y usuarios de establecimientos sanitarios, así como se define la mediación intercultural, que es bastante reciente en el mercado laboral de España.

A continuación, se analiza el papel del intérprete y traductor como mediador intercultural en el ámbito sanitario y los retos que tiene que enfrentar desempeñando sus actividades, que, a su vez, inciden en los requisitos hacia estos profesionales.

Posteriormente, se indaga el perfil del paciente ruso tal y como se representa en las fuentes académicas españolas y se fundamenta la insuficiencia de los estudios existentes, así como la necesidad de investigar este grupo de usuarios independientemente de conjuntos de representantes de otros países eslavos o países de Este de Europa.

La investigación se centra en la revisión de las diferencias legislativas existentes que son relevantes en el contexto del acceso a la sanidad, usados los textos de leyes, decretos y otros documentos regulatorios como fuente principal de información. No obstante, el estudio

se fundamenta asimismo en los datos recogidos en las páginas web de establecimientos sanitarios y autoridades locales, así como en los artículos de prensa, que ayudan a contextualizar la aplicación de la normativa vigente.

Al final, se categorizan las diferencias en la legislación existentes, a partir de una serie de criterios que ayudan a determinar la manera más adecuada de tratarlos. En este sentido, cabe resaltar, que como el presente trabajo es un primer acercamiento al problema, no presenta un plan firme de actuación en uno u otro caso, sino, más bien una propuesta de cómo pueden ser utilizados los resultados de la comparación imparcial de la legislación en términos de la mediación intercultural.

2.1 Глобализация и мультикультурное общество как факторы, обуславливающие предоставление услуг в государственных учреждениях

В последние десятилетия термин «глобализация» прочно вошел в обиход исследователей в области социологии, антропологии, экономики, теории и практики перевода, этнографии и т.д. Тем не менее, как указывают К. Соле и Л. Качон (Solé, Cachón, 2006: 19), многие авторы и политики, используя его, не уточняют содержание и смысл данного понятия. Необходимо понимать, что глобализация, в первую очередь, — это:

ЯО: Un proceso que en las dos últimas décadas engloba los cambios de las sociedades avanzadas contemporáneas, en términos de expansión capitalista basada en la creciente difusión de las nuevas tecnologías de la comunicación y el transporte, además de la competencia (económica, industrial, comercial) entre países desarrollados y países en vías de desarrollo (ibídem: 19).

ЯП: Процесс последних двух десятилетий, охватывающий изменения передовых современных обществ в том, что касается капиталистической экспансии, основанной на распространении коммуникационных и транспортных технологий, а также на конкуренции (экономической, промышленной, торговой) между развитыми и развивающимися государствами (там же: 19).

С другой стороны, результатом процессов, связанных с глобализацией, является размывание традиционного и формирование нового понятия гражданства (Zamora, J, 2003: 23) и принадлежности к какому-либо народу и культуре. Так, некоторые исследователи, как Робинсон (Robinson, 2002: XIII), считают, что в настоящее время вообще сложно давать определения антропологическим и социологическим концептам, включая такой, как «национальность», или «этнос» (*ethnicity*), поскольку не всегда понятия «национальности» и «культуры» четко разграничиваются, так что в определении первого из них существуют две тенденции: (1) рассматривать этничность как общественный конструкт, через который люди приобретают фундаментальные взгляды на мир, а также помогающий дифференцировать население на различные социальные группы на основании таких критериев, как язык, происхождение, религия, история и культура, (2) соотносить этничность с инструментальным конструктом для доступа к ресурсам. Вопросы нового определения всех этих понятий связаны с тем, что в условиях нового мира значительно усилились миграционные течения, которые влияют на различные стороны жизни, меняя привычный уклад. Так, как отмечает Валеро Гарсес (Valero Garcés, 2014: 51), в Испании наблюдается рост культурного разнообразия, который сказывается на оказании услуг в социальной сфере.

В связи с этим возникает необходимость изучения основных характеристик иммигрантов как пациентов и пользователей системы национального здравоохранения

Испании, а также тех изменений в формате оказания данных услуг, к которым привел прирост иностранного населения в стране.

2.1.1 Иммигранты как группа пациентов: основные характеристики и проблемы коммуникации

Иммиграция – процесс, характерный для разных эпох и разных обществ, причинами которому служат различные социальные, политические, экономические и культурные факторы. Важно понимать, что всякое государство может играть различные роли относительно этого феномена, выступая, как страна происхождения иммигрантов, или страна, принимающая иммигрантов; в то же время иммигранты делятся на несколько категорий в зависимости от мотивов, побудивших их к смене страны проживания, таких как трудовая миграция, воссоединение семьи, запрос убежища, получение образования, а также нелегальная миграция (Pelayo Olmedo, D., Rodríguez Moya, A., 2009: 54). Причем, в зависимости от тенденций, отношение государства к этому явлению может меняться. Так, еще в 80-ые годы XX века Испания не являлась страной с большим притоком иммигрантов, наоборот, уровень эмиграции превышал показатели по количеству переезжающих в Испанию на постоянное место жительства лиц. Перемены в этом отношении произошли на стыке тысячелетий:

ЮО: En 1999 sólo vivían en España 748.954 extranjeros, y en tierras valencianas 130.192; diez años más tarde esa cifra ha pasado a ser de 5.598.691 y 882.870 respectivamente (Felip i Sardà, J.M., 2010: 13).

ЯП: В 1999 г. в Испании проживали лишь 748 954 иностранцев, из них на территории Сообщества Валенсии – 130 192; десять лет спустя эти цифры достигли 5598 691 и 882 870 соответственно (Felip i Sardà, J.M., 2010: 13).

Безусловно, такие значительные перемены всегда бывают связаны с субъективными и объективными обстоятельствами в стране происхождения мигрантов и с объективными общественными процессами в принимающем государстве.

Так, согласно данным Национального опроса иммигрантов, проведенного в 2007 году (Instituto Nacional de Estadística, 2007), результаты которого отражены в Графике 1, основными причинами переезда в Испанию являются желание повысить качество жизни, поиск лучшей работы, воссоединение семьи и безработица в стране происхождения.

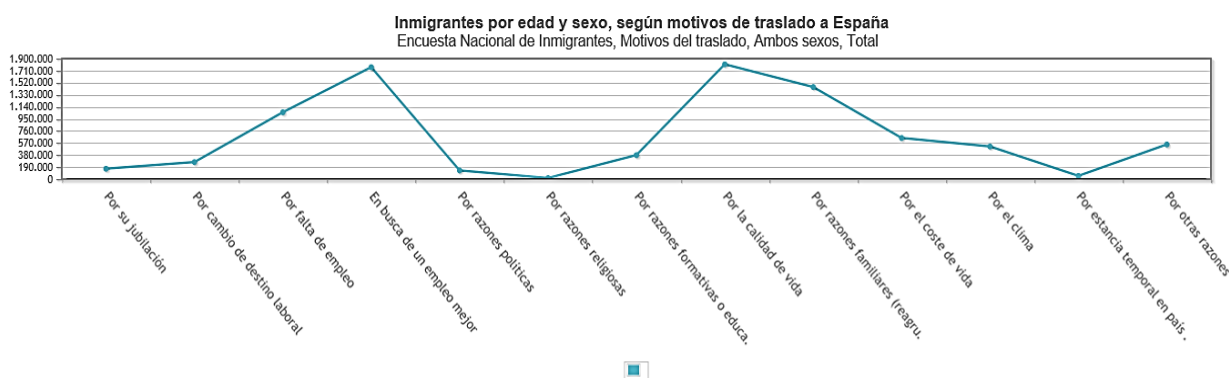


График 1. Иммигранты в зависимости от причин переезда в Испанию. Источник: официальный сайт Национального Института Статистики Испании www.ine.es

Кроме того, как указывают Карраско и Гарсия Серрано (Carrasco, García Serrano, 2012: 39, цитата из Racioppi, V., 2016: 647) в своем более позднем, по сравнению с опросом Национального Института Статистики, исследовании основными причинами переезда в Испанию можно считать семейные обстоятельства, мотивы трудового характера, а также получение образования.

Безусловно, будет справедливо отметить, что за последние годы политическая и экономическая ситуация как в Испании, так и на международной арене значительно изменилась, в связи с чем можно предположить, что доля вынужденных переселенцев по политическим и религиозным мотивам значительно возросла, тем не менее, несмотря на кризис, Испания остается привлекательным государством и для выходцев из стран, экономическое положение которых еще менее стабильно.

При этом, Пелайо Ольмедо и Родригес Мойя (Pelayo Olmedo, D., Rodríguez Moya, A., 2009: 53) отмечают увеличивающееся в последние годы влияние иммиграции на конфигурацию обществ, подчеркивая также, что интерес к миграционным процессам возрос в связи с большим освещением вопроса со стороны СМИ, особенно в том, что касается массовых переселений, причинами которым становятся природные катаклизмы и конфликты; вместе с тем, по мнению упомянутых выше авторов, необходимо выделять в отдельную группу мигрантов, чья мобильность спровоцирована глобализационными процессами, как, например, трудовая и образовательная миграция, которая в меньшей степени влияет на структуру общества.

Что касается стран происхождения иммигрантов, проживающих в Испании, то в соответствии с данными Национального Института Статистики Испании (Instituto Nacional de Estadística, 2017a), отраженными в Графике 2, по состоянию на 1 июля 2017 г. наиболее крупными диаспорами иностранных граждан являются румынская, насчитывавшая на тот момент 679 682 человека, и марокканская, численность которой достигала 669 629 человек. При этом, третье место заняли иммигранты из Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии (289 572 чел.), хотя еще в 2012 по этому показателю представители данного государства находились лишь на шестом месте (Pena Díaz, C., 2016: 626). Кроме того, возросла численность граждан Италии, постоянно проживающих в Испании (211 165 чел.), таким образом, их количество превысило показатели иммигрантов из Китая, которые насчитывают (179 448 чел.), Колумбии, Эквадора и Болгарии (146 730, 140 455 и 126 324 чел. соответственно). И, если доля переселенцев из Китая возросла, то диаспоры трех последних стран, согласно Пена Диас, в 2012 относились к пяти самым многочисленным (там же: 626). В то же время, исходя из данных Национального института Статистики, на 1 января 2018 г. численность граждан РФ, проживающих в Испании, достигает 73 651 чел., тогда как на 1 января 2013 г. данный показатель находился на уровне 59 482 чел., то есть прирост российского населения Испании составил 23 % за последние пять лет (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

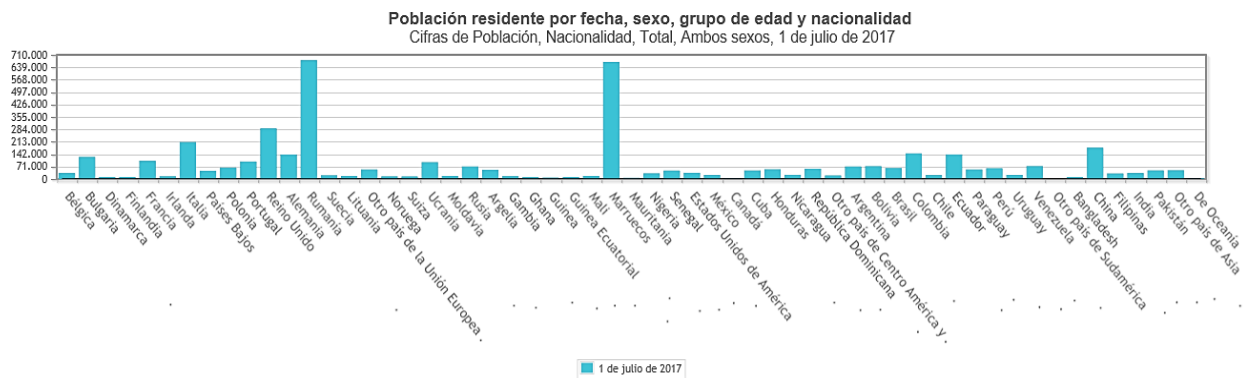


График 1. Население, проживающее в Испании по дате, полу, возрастной группе и гражданству. Источник: официальный сайт Национального Института Статистики Испании www.ine.es

Исходя из приведенных выше данных, можно говорить об изменениях в структуре населения, представленного иммигрантами, по национальному признаку. Причем, при населении Испании на 1 июля 2017 г. в 46 549 045 чел. 4 464 997 чел., то есть 9,6 %, являлись иностранными гражданами, а согласно отчету Генерального Секретариата по иммиграции и эмиграции (*Secretaría General de Inmigración y Emigración*, 2018: 1), к 1 декабря 2017 этот показатель достиг 5 237 710 чел., превысив тем самым показатель в 11 % населения.

Вместе с тем, говоря об иностранной составляющей населения Испании, следует рассмотреть вопрос распределения иммигрантов по регионам страны. Так, две трети иностранных граждан, имеющих действующий вид на жительство, проживают на территории всего четырех автономных сообществ: Каталония, Мадрид, Андалусия и Валенсия (там же: 3). Причем, при сопоставлении этих данных с цифрами, приведенными в статьях, рассматривающих тот же параметр за 2013-2014 гг. (Pena Díaz, C., 2016: 626; Racioppi, V., 2016: 646), становится очевидно, что данная тенденция расселения сохраняется на протяжении, как минимум, уже пяти лет и не зависит от национально-этнической структуры иностранного населения Испании. Что касается россиян, проживающих в Испании, то общая картина схожа с приведенной выше структурой расселения иммигрантов, за исключением некоторых деталей: хотя наиболее высокие показатели, как и в прочих случаях, показывает Каталония (24 125 россиян, проживающих в регионе на конец 2017), провинцией с самой многочисленной российской диаспорой является Аликанте, где зарегистрированы 15 657 чел., в то же время, показатели сообщества Мадрид уступают Каталонии, Валенсии и Андалусии и составляют лишь 4 409 чел. (Instituto Nacional de Estadística, 2017a).

Вместе с тем, необходимо учитывать, что Испания является одним из главных европейских и мировых туристических направлений, в связи с чем, говоря о мультикультурном факторе в сфере предоставления медицинских услуг, нельзя не принимать во внимание количество посетителей станы путешественниками, а также популярность отдельных испанских регионов. Так, в 2017 году Испанию посетили более 53 млн туристов, причем наиболее популярные зоны совпадают с автономными сообществами, которые иммигранты выбирают для постоянного проживания. Наибольший приток туристов отмечается в Каталонии, за которой следуют Андалусия, Мадрид и Валенсия (Instituto Nacional de Estadística, 2017b).

Учитывая массивность иммиграции в Испанию как явления и стремительно развивающегося туризма, государство вынуждено регулировать права и обязанности иностранных граждан на территории страны. Вместе с тем, нельзя забывать, что явление это для Испании относительно новое и относится к постфранкситской эпохе, с чем и связано то обстоятельство, что в том, как одобренный в 1985 году Закон о правах

и свободах иностранных граждан рассматривает связанные с иммиграцией вопросы, проявляется недостаточное знакомство с этим социальным феноменом (Monclús, 2005: 384, цитата из Conejero Paz, E., 2010: 71). При этом, в связи с динамичным изменением ситуации в целый ряд законодательных и нормативных актов Испании, регулирующих положение иностранных граждан в данной стране, были внесены поправки, как, например, в Органический закон 7/1985 от 1 июля, о правах и свободах иностранных граждан в Испании, уже упоминавшийся выше, Органический закон 4/2000, от 11 января, о правах и свободах иностранных граждан их социальной интеграции, а также Органический закон 8/2000, от 22 декабря о поправках к Закону 4/2000 от 11 января, и Королевский указ 155/1996 от 2 февраля, расширяющий права иностранцев, данные им Законом 7/1985 от 1 июля (Belloso Martín, N., 2003). Причем, как указывает Бельосо Мартин (там же), в отношении иммигрантов права могут быть условно разделены на три группы:

- 1) всеобщие права, такие как право на жизнь, физическую и моральную неприкосновенность, а также право на личную жизнь, идеологическую свободу и т.д.;
- 2) права специфических групп, как например, зафиксированные в законах, регулирующих положение иностранных граждан;
- 3) права, связанные с гражданством: некоторые из установленных Конституцией Испании норм прямо оговаривают, что они действуют для граждан страны, то есть, не могут быть применены в отношении иммигрантов.

Важно подчеркнуть, что, по мнению автора статьи, в том, что касается второй группы прав:

ЯО: Esta Ley, conocida como Ley de Extranjería, no ha podido resolver las dificultades que presenta un país como España que recibe muchos millones de turistas cada año y que es un país de tránsito para africanos y latinoamericanos (Belloso Martín, N., 2003).

ЯП: Данный закон, известный как закон об иностранных гражданах не смог решить сложностей, возникающих в такой стране, как Испания, которая принимает ежегодно по многу миллионов туристов и является транзитной страной для африканцев и латиноамериканцев (Belloso Martín, N., 2003).

Другие авторы также говорят о том, что потребности иммигрантов, проживающих в стране, не в полной мере покрываются существующим законодательством (Pelayo Olmedo, D., Rodríguez Moya, A., 2009: 53). Право на охрану здоровья не является исключением. Так, с одной стороны, многие авторы, среди которых Пена Диас, подчеркивают, что оно является одним из основных прав человека (Pena Díaz, C., 2016: 627), что вытекает из таких международных документов, как Всеобщая декларация прав человека и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. С другой стороны, Арбелаес Редас и Гарсия Васкес обращают внимание на то, что зачастую доступ к медицинским услугам в стране пребывания для иммигрантов оказывается ограничен (Arbeláez Redas, M., García Vázquez, S., 2009: 437), что указывает на то, что, несмотря на подписание интернациональных соглашений, оказание медицинской помощи иностранным гражданам во многом зависит от законодательства принимающей страны (Goretti Faia, O., 2016: 558). В случае Испании принимаются во внимание такие факторы, как правовое положение иммигранта, возраст, вид необходимой медицинской услуги и степень срочности ее оказания, а также возраст иммигранта (Arbeláez Redas, M., García Vázquez, S., 2009: 441-444), причем анализ соответствующих испанских нормативных актов делает очевидным сокращение возможностей бесплатного доступа к медицине со

стороны иностранных граждан, а, к примеру, экс-министр здравоохранения Испании Хулиан Гарсиа Варгас, говоря о необходимости пересмотра подходов к финансированию медицинских услуг в Испании, заявил, что нельзя, превратно истолковывая принцип универсальности, одинаково обслуживать всех граждан (Vargas, J.G., 2014: 709).

Учитывая все вышеизложенное,

ЯО: We can conclude that the healthcare system is complicated, extremely bureaucratic and totally inaccessible for anyone unfamiliar with how it operates in Spain [...] or who do not speak the official language (Valero Garcés, C., 2014: 9).

ЯП: Мы можем заключить, что здравоохранительная система сложна, крайне бюрократизирована и совершенно недоступна для любого человека, не знакомого с тем, как она функционирует в Испании [...], или не говорящего на официальном языке (Valero Garcés, C., 2014: 9).

В свою очередь, Пена Диас (Pena Díaz, C., 2016: 628) также акцентирует внимание на том, что нередко, обращаясь за медицинскими услугами, иммигранты не понимают, какие административные требования нужно выполнить, чтобы их получить. Наконец, трудности при доступе к системе здравоохранения может представить и незнание того, как устроено общество принимающей страны в целом (Valero Garcés, C., Wahl-Kleiser, L., 2014: 318).

Как отмечает Бельосо (Belloso Martín, N., 2003), подобные проблемы связаны также с трудностями адаптации, которые являются результатом социальной изоляции, приводящей, в свою очередь к дискриминации меньшинств. В то же время, данное явление характерно не только для Испании. Так, в США:

ЯО: Ethnic minorities generally have much lower rates of participation in prevention programs. A variety of reasons have been proposed for this, including: a) differences in insurance coverage, b) cultural beliefs and practices, c) systemic discrimination, or d) ethnicity as a proxy for socio-economic status (Bowen, S., 2001: p. 62).

ЯП: В целом, доля участия этнических меньшинств в профилактических программах значительно ниже. Тому есть множество причин, включая: a) различия в страховом покрытии, b) культурные мировоззрения и практики, c) системная дискриминация или d) национальность как показатель социо-экономического статуса (Bowen, S., 2001: p. 62).

В связи с этим, в целях гармонизации сложившейся ситуации крайне важно понимание того, что социальная интеграция должна подразумевать не только усилие иммигрантов по перениманию образа жизни населения страны проживания, наоборот, это взаимный, дуальный процесс, требующий шагов навстречу, как со стороны иммигрантов, так и со стороны общества (Felip i Sardà, J.M., 2010: 15).

Сложности адаптации в новой для себя стране приводят к тому, что наиболее востребованными услугами в области медицины среди иммигрантов являются консультации педиатра и скорая помощь, а также вакцинация детей, то есть взрослое население, прибывшее из-за рубежа, обращается к врачу только в крайних случаях (Pena Díaz, C., 2016: 632). Причем, данная тенденция сохраняется и в других государствах, принимающих значительное количество иммигрантов. К примеру, Анджелелли (Angelelli, Claudia V., 2004: 21) указывает на то, что не говорящие по-английски пациенты в США реже обращаются за получением первичной медико-санитарной и профилактической помощи, дожидаясь, пока проблема не потребует срочного медицинского вмешательства.

Рассмотрим подробнее, с какими именно трудностями приходится сталкиваться иммигрировавшему населению в новой для себя стране. Бельосо Мартин говорит о трех видов барьеров:

- 1) психологические, связанные с недостаточным доверием, отсутствием поддержки со стороны семьи при несбывшихся ожиданиях;
- 2) общественные, когда недавно прибывшие в страну лица не знают, какие государственные учреждения располагаются в их районе и как они функционируют или же как определяются и распределяются семейные обязанности и ответственности в отношении воспитания несовершеннолетних детей;
- 3) культурно-религиозные, связанные, к примеру, с определением роли женщины в различных обществах и цивилизациях (Belloso Martín, N., 2003).

Одновременно, справедливо говорить о том, что, испытывая необходимость в медицинской помощи, иностранные пациенты могут столкнуться со всеми тремя видами барьеров. Следуя приведенной выше классификации и анализируя статью Илие, Хайме Перес и Виталару (Ilie, L., Jaime Pérez, A., Vitalaru, V., 2014: 228), мы можем прийти к выводу о том, что в рамках медицинской консультации иммигранты могут предстать перед такими проблемами, как:

1. Психологические:
 - a. связанные с поведением врачей: профессионалы в области медицины часто бывают не подготовлены к работе с данным типом пациентов и не знают, как правильно с ними общаться.
2. Общественные:
 - a. связанные с незнанием того, как функционирует система здравоохранения в Испании;
 - b. связанные с недостаточной организацией помощи по межъязыковому посредничеству при объяснении причин визита в медицинское учреждение.
3. Культурно-религиозные:
 - a. связанные с незнанием официального языка страны пребывания или проживания;
 - b. связанные с табуированными в культуре происхождения темами;
 - c. связанные с различиями в подходе к сообщению плохих новостей.

Кроме того, отмечаются также и проблемы, не зависящие от происхождения пациента, связанные с тенденцией профессионалов к обильному употреблению медицинской терминологии, малопонятной для неспециалистов (там же: 228). Вследствие вышеизложенного иммигранты из стран, в которых нормы, традиции и обычаи, связанные с отношением к здоровью и с здравоохранением в целом, отличаются от испанских, к тому же не владеющие языком страны проживания, чувствуют себя не в полной мере понятыми, либо сетуют на недостаточное к ним внимание со стороны медико-санитарного персонала (Souto Galván, E., 2009: 179). Данное обстоятельство осложняет и без того отличающуюся определенной спецификой коммуникацию между врачом и пациентом. В этой связи многие исследователи отмечают важность качественной коммуникации между врачом и пациентом, а также увеличения объемов предоставляемой больному информации в целях наилучшего соблюдения медицинских предписаний (Frey, 1998, Tebble, 1999; Adler, 2002; Ferguson у Candib, 2002; Zoppy у Epstein, 2002; Heath, 1992; Cordella, 2004, цитата из Hale, S. B., 2010: 39). Причем, Хейл подчеркивает также ведущую роль языка в коммуникации между пациентом и медицинским персоналом, которая, в свою очередь является залогом эффективного медицинского обслуживания (Hale, S. B., 2010: 36).

Лингвистическая составляющая важна также и в контексте преобразований, которые претерпевает модель отношений между пациентом и врачом в последние годы:

ЯО: Historically in medicine, there was a paternalistic approach to deciding what should be done for patient: the physician knew best and the patient accepted the recommendation without question. This era is changing and patients are advised to ask questions and to be informed and to have access to quality information. Patient satisfaction with their care, rests heavily on how successfully this transition is accomplished (Valero Garcés, C., 2014: 2).

ЯП: Исторически в медицине существовал патерналистский подход к решению того, что именно должно быть сделано для пациента: врачу было лучше знать, а пациент принимал рекомендации без единого вопроса. Времена меняются, и пациенты предпочитают задавать вопросы и получать информацию, а также иметь доступ к качественной информации. Удовлетворенность пациента лечением в значительной степени основывается на том, насколько успешно совершается передача этих данных (Valero Garcés, C., 2014: 2).

Изложенное выше утверждение справедливо как для монокультурных и моноязычных коммуникативных ситуаций, так и для ситуаций межкультурного и межъязыкового общения, с той разницей, что в случае иммигрантов важно понимать роль, которую играют этнические и культурные установки при осуществлении коммуникации, принимая во внимание социальную идентификацию, подразумевающую, в том числе, и взаимодействующих индивидуумов, и контекст ситуации общения, и взаимное определение и атрибуцию социальных ролей (Robinson, M., 2002: 199).

Подводя итог изложенному в настоящем разделе, можно говорить о том, что в последние годы Испания столкнулась с новым для себя явлением, превратившись страну растущей иммиграции, когда доля выходцев из других стран и представителей иных культур достигает значительных показателей в некоторых автономных сообществах, не говоря о буме туризма, в связи с чем возникла необходимость как законодательного регулирования их пребывания в государстве, так и разработки стратегий и подходов по их интеграции в испанское общество. Одним из элементов такой ассимиляции в обязательном порядке должно быть медицинское обслуживание, ориентированное на привычки, убеждения и взгляды новых жителей страны. Именно поэтому знание языка и культуры приобретают в этом контексте такое большое значение, из-за чего и возникает необходимость в участии третьей стороны, помогающей осуществлять коммуникацию.

2.1.2 Traductor/ Intérprete “ad hoc” vs. profesionalización de TI en los SSPP

Como se desprende del capítulo 2.1.1 y como resalta Bowen (2001: 65) a partir de numerosas investigaciones, el idioma es una de las barreras más importantes en el acceso a la sanidad hasta en los países que presentan otros problemas, como, por ejemplo, los económicos, de ahí que los inmigrantes suelen acudir al médico solo en casos graves. A la vez, cabe destacar que las dificultades más significativas las tienen los recién llegados, aunque normalmente con el paso de tiempo el problema persiste y no desaparece (Davanzo, 1992, citado en Bowen, S., 2001:65). Chak et al. (1984, citado en Bowen, S., 2001:65) destacan que entre los inmigrantes australianos la causa principal de no acudir a la consulta pediátrica para sus hijos es la barrera lingüística. Por esta causa en el ámbito sanitario, se ha introducido paulatinamente la así llamada mediación natural ejercida normalmente por las personas con experiencias anteriores similares a las vividas por el usuario inmigrante, que se

efectúan en circunstancias cuando el estado no ofrece ninguna solución a un problema social actual (Martín, 2013: 82).

Sin embargo, la intervención en la consulta de una persona que domine los idiomas tanto del personal sanitario, como del paciente, no garantiza una comunicación efectiva. Así, según exponen Montalt i Resurrecció y Shuttleworth (2012:20):

LO: In *The (De)construction of Culture in Interpreter-Mediated Medical Discourse* Felberg and Skaaden address perceived communication problems with minority patients, which are often ascribed to cultural differences. Culture is frequently used as an explanatory tool for most perceived complications. According to the authors, many of the perceived problems have nothing to do with culture, but with a lack of concentration or a lack of language proficiency—often caused by ad-hoc solutions such as using the patient’s relatives, sometimes even children, to deal with situations where a professional interpreter is required. Felberg and Skaaden not only question the real causes of such perceived problems but also warn that resorting to the concept of culture may lead to “othering” minority patients. By “othering”, they mean emphasizing the difference between *Us* and the *Other*, downplaying “their culture” and creating a potential to ascribe the source of the problems to attributes of the *Other*. One consequence of “othering” minority patients is that it makes it possible to disclaim one’s own responsibility for problem solving. Another consequence is that it conceals rather than reveals the problem.

LT: En «The (De)construction of Culture in Interpreter-Mediated Medical Discourse» Felberg y Skaaden tratan problemas de comunicación percibidos con pacientes de minorías que a menudo son atribuidos a diferencias culturales. La cultura se usa a veces como una herramienta para explicar las complicaciones más percibidas. Según los autores, muchos de los problemas percibidos no tienen nada que ver con la cultura, sino con una falta de concentración o falta de la competencia lingüística, causada a menudo por las soluciones ad hoc, como utilizar a los familiares del paciente, de vez en cuando hasta niños para que traten situaciones que requieren la intervención de un intérprete profesional. Felberg y Skaaden no solo hacen preguntas en cuanto a las verdaderas causas de tales problemas percibidos, sino también advierten que el recurso al concepto de cultura puede resultar en el trato a los pacientes de minorías como “los otros”. Por el trato de “los otros” comprenden la acentuación de la diferencia entre *Nosotros* y los *Otros*, reduciendo “*su cultura*” y creando un potencial para atribuir la fuente de los problemas a las cualidades del *Otro*. Una consecuencia del trato a los pacientes de minorías de “los otros” es que hace posible que se niegue la responsabilidad de alguien de la resolución del problema. Otra consecuencia es que esto más bien oculta que revela el problema.

Es evidente que en la nueva realidad multicultural podemos contemplar la aparición de nuevos conceptos, uno de los cuales es la interpretación y traducción *ad hoc*, por ello es importante comprender qué es lo que abarca. Así, Angelelli (2004: 22) explica que se llaman así todas aquellas interpretaciones desempeñadas por pacientes, familiares y amigos que no poseen educación profesional en traducción e interpretación y que suelen conducir a abundantes errores, omisiones, resúmenes o hasta sustituciones, lo que de pie a que se puedan producir conductas poco éticas. A su vez, Martín (2013: 85) explica que la causa de recurrir a los servicios de intérpretes *ad hoc* es el poco dominio del idioma del país meta por los inmigrantes recién llegados y normalmente

esta estrategia responde a la necesidad de superar situaciones puntuales y cotidianas, que suelen resolverse gracias a estas personas que sirven de enlace y que, en definitiva, realizan una intermediación en el plano estrictamente lingüístico. Por otra parte, algunas ONG o asociaciones ofrecen servicios de voluntariado relacionados con la interpretación lingüística, aunque la gran mayoría de estos intérpretes presentan escasa o nula formación específica. Esta actuación «de puente» se realiza en todas aquellas situaciones en que se necesita una comunicación entre el inmigrante y una persona

autóctona, institución pública o servicios sociales como, entre otros, educación, justicia o salud” (Martín, 2013: 85).

Son importantes los datos aportados por Valero Garcés y Wahl-Kleiser (2014: 317), según los cuales los pacientes extranjeros recurren a la ayuda de sus acompañantes en la mayoría de los casos, mientras que solo en un 25 % de ocasiones los centros de salud organizan la comunicación con ayuda de personas no profesionales, mientras que, de conformidad con su estudio, en la totalidad de los casos los centros de salud no disponen de servicios especializados de interpretación.

Por otro lado, no se debe olvidar que las personas sin formación especializada intervienen espontáneamente a partir de su experiencia bilingüe puesto que no lo hacen de forma imparcial, transmitiendo la información que, en su opinión, presenta relevancia (Hale, 2010: 62). Sin embargo, no se pueden equiparar a los bilingües a traductores e intérpretes profesionales, ni pueden ser considerados mediadores interculturales (Martín, 2013: 86), aunque la comunicación en el ámbito sanitario a veces supone no solo la interpretación puramente lingüística, sino intervenciones relacionadas con la interculturalidad. No obstante, no todos los bilingües pueden interpretar de manera profesional y precisa (Roberts, 1997; Valero-Garcés y Lázaro, 2005 citados en Martín, 2013: 86). Tebble (1998: 1) no solo está de acuerdo con los autores mencionados, sino advierte del peligro que conlleva la utilización de amigos y allegados en calidad de intérpretes por la ausencia de garantía de que el texto transmitido en la lengua de acogida sea completo y fiel, tampoco se puede hablar de la confidencialidad en ciertas ocasiones. A la vez, en España, donde hasta la última década, cuando empezaron a acudir a los hospitales cada vez más pacientes alóglotas, no se tomaba en consideración la importancia de la profesionalización de interpretación y traducción en el ámbito sanitario, hoy en día todavía es frecuente la utilización de soluciones *ad hoc* (Martín, 2013: 89) por razones “desde un planteamiento economicista hasta la creencia, bastante común por parte del profesional, de dominar por completo la situación. Se olvida, frecuentemente, que la interpretación en el campo de la salud es tan compleja lingüística y éticamente como lo puede ser en otros ámbitos como, por ejemplo, el jurídico” (Cambridge, 2003: 55-56 citado en Martín, 2013: 89). Además, en su mayoría, los pacientes aprecian la participación de un mediador profesional y no lo consideran como agente que viole su intimidad (Goretti Faya, 2016: 548).

Valero Garcés (2006: 55) detalla el perfil del intermediario interlingüístico, de acuerdo con el cual se dedican normalmente a estas labores las personas de 25 a 40 años, en su mayoría inmigrantes que llevan en España de unos meses a muchos años y que llegaron a este país por causas muy variadas. El nivel de formación no es homogéneo, es decir, mientras unos tienen uno o varios títulos universitarios, otros son analfabetos incluso en su idioma materno; sin embargo, aproximadamente el 50 % tenía conocimientos previos de español antes de su llegada al país y siempre y cuando no se trate de ámbitos de especialidad el nivel de dominio del idioma en general es aceptable. En su mayoría, estas personas tienen experiencia ayudando a sus amigos o familiares, tanto gratuitamente, como de forma remunerada. Algunos consiguen trabajo por medio de ONGs, y otros servicios se solicitan directamente por usuarios. Al final, según los datos indicados, la mayoría trabaja con inmigrantes y solo un 30 %, con refugiados (Valero Garcés, 2006: 55).

Dicho esto, tenemos que aclarar cuál es el papel de traductor/ intérprete como mediador intercultural. Cabe destacar que estos profesionales ya no son considerados simplemente técnicos para transmitir palabras o unidades lingüísticas pronunciadas o escritas de antemano, sino que pueden llegar a convertirse en co-creadores de realidad y del conocimiento, tanto dentro de una lengua, como entre las lenguas en cuestión (Montalt i Resurrecció, V., Shuttleworth, M., 2012: 14). En las últimas dos décadas, la actitud hacia el papel del intérprete en los servicios públicos cambia, haciendo de él un participante activo de

la comunicación intercultural (ibídem: 14). Por un lado, esto se debe a las situaciones de intervención de profesionales de este ámbito, ya que en su totalidad están relacionados con las esferas más íntimas de los usuarios, como consultas médicas, citas con trabajadores sociales y abogados, audiencias judiciales, etc. (Hale, 2010: 24). En este contexto, es decir, en el de los SSPP, “conviene entender que acto de comprensión o comunicación es fundamentalmente una operación hermenéutica por la que somos capaces de asignar un sentido a la acción social del otro. [...] La interpretación-comprensión de un ethos cultural ajeno es algo más que un acto intelectual, es siempre —en mayor o menor medida— un acto de naturaleza empática” (Hernández Sacristán, C., & Grupo CRIT, 2003: 24). A partir de esta especificidad del trabajo de encargados de la mediación interlingüística e intercultural, han sido desarrollados dos modelos de actuación. Uno de ellos, en función del autor, lo suelen llamar el enfoque “abogacía” (Cambridge, 2002: 119-123 citado en Valero Garcés, 2006: 92), “mediador” (Hale, 2010: 41) o “guardián” (Davidson, 2000, citado en Hale, 2010: 41). Así, según Cambridge (2002: 119-123 citado en Valero Garcés, 2006: 92), en este caso, “la/el intérprete está presente para, literalmente, abogar de parte del paciente; toma partido, hace preguntas propias, aconseja al paciente y ofrece su opinión personal sobre los temas tratados durante el transcurso de la visita”, además, como resalta Hale (2010:41), es el intérprete quien decide qué información proporcionada por los participantes debe ser transmitida u omitida en el mensaje traducido al otro idioma. Otro modelo de intervención, llamado normalmente “imparcial” supone que todos los enunciados se interpretan fiel y completamente, sin que decida el intérprete qué información puede ser considerada relevante o no (ibídem).

Comparando dos enfoques, debemos prestar una especial atención a la siguiente diferencia:

El enfoque imparcial no supone que el intérprete sea invisible o no se implique ya que para conseguir una interpretación fiel tiene que implicarse completamente en el complejo proceso interpretativo. La diferencia radica en el sentido que se le dé a la implicación. Mientras que en el enfoque mediador el intérprete se implica a la hora de decidir el contenido de los enunciados (es decir, qué interpretar y qué omitir) en el enfoque imparcial el intérprete se implica a la hora de decidir cómo interpretar, siendo todo lo fiel que pueda, lo que los otros dos participantes han elegido comunicar (Hale, 2010: 42).

Además, cabe destacar que, al optar por el enfoque de abogacía, el intérprete tiende a las omisiones excesivas de información, cumplimiento de tareas que no le corresponden y confusiones (Valero Garcés, 2006: 92), por lo que es más propio de intérpretes ad hoc, mientras que el modelo imparcial es típico de profesionales, aunque ya no invisibles como en otros tipos de interpretación, que son capaces de definir los límites de su intervención, que poseen técnicas y estrategias de este trabajo y que cuentan con conocimientos profundos tanto lingüísticos, como de las dos culturas en cuestión, lo que le permite desarrollar sus actividades profesionales a un alto nivel, siempre respetando las normas deontológicas (Hale, 2010: 61).

Asimismo, Angelelli (2004: 32), a partir de los resultados de una investigación, considera que los profesionales de alta cualificación que son capaces de procesar información compleja son las personas que mejor facilitan la comunicación interlingüística e intercultural, es decir, participan en el proceso de la elaboración de significados junto a otras personas involucradas en la comunicación, reconstruyendo los contextos que se deben a las diferencias culturales y sociales.

De esta forma y como indica Goretti (2016: 548), en caso del ámbito sanitario se destaca la necesidad de no solo formación lingüística sino también la especializada que les permitiría a los profesionales de interpretación operar con los principales términos y conceptos sanitarios y tratarlos en la conversación de tal modo que sean comprensibles para

los usuarios. Es más, como subraya Hale (2010: 47), profesionales de psiquiatría hacen hincapié en la importancia de formación de intérpretes que intervienen en las consultas psiquiátricas a fin de que la interpretación no influya ni perjudique el proceso de evaluación de pacientes, y destacan los principales errores cometidos por los intérpretes ad hoc, que son: omisión, simplificación, intercambio de papeles, sustitución y adición. Por todas estas razones, entre otras, existe un consenso entre los investigadores del ámbito de traducción e interpretación en los servicios públicos en cuanto al menester de la profesionalización de los mediadores interlingüísticos e interculturales relacionado con la complicitad de funciones que se les corresponden y con el número de competencias que debe poseer, ya que una persona sin formación previa especializada no puede llevar a cabo esta labor de una manera eficaz (Pena Díaz, Echauri Galván y Olivares Leyva, 2014: 6).

Por otro lado, como bien destaca Hale (2010: 25), "se exige mucho al intérprete comunitario, sin embargo, la profesión no cuenta con niveles coherentes o con un requisito oficial que determine su formación en ninguna parte del mundo ya que muchos siguen confundiendo el trabajo del intérprete e incluso infravalorándolo". Habitualmente en muchos países existen figuras oficiales cuya labor de traducción e interpretación es puramente lingüística, como es la figura del traductor e intérprete jurado o de los profesionales de este ámbito en el Ministerio de Justicia y del Ministerio del Interior en España (Valero Garcés, 2006: 54). Pero a la vez, según la misma autora, desde hace poco llegó a existir una tercera figura "oficial" que tiene cada vez más peso relacionado con el impulso que tuvo la inmigración en las últimas décadas, en otras palabras, se trata de los servicios de diferentes instituciones que están formados

por personal laboral fijo o contratado para los idiomas más habituales [...] para lo cual no se les suele exigir ninguna preparación específica en relación con la labor que deben desempeñar. Por otro lado, en función de las necesidades, el gobierno efectúa contrataciones temporales y puntuales por medio de un convenio de colaboración con el INEM, y cuando no hay nadie en sus listas que pueda servir de intermediario se contrata a personas cuya única preparación es que conocen el español y el otro idioma lo suficiente como para ayudar a resolver el conflicto (Valero Garcés, 2006: 54).

Mientras tanto, hablando de la profesionalización del desempeño de intérpretes y traductores hay que tener muy claro que su calidad depende en una gran medida del sistema en el marco del cual obtienen su formación, se autorizan para ejercer esta labor y consiguen puestos laborales, aunque hasta cierto grado es responsabilidad de las partes que participan en la comunicación (Hale, 2010: 143).

En el contexto de normalización y profesionalización del papel del traductor e intérprete en el ámbito de los servicios públicos, los autores estadounidenses, como Youdelman y Perkins (2002: 38) no solo apoyan el punto de vista de los autores de otros países en cuanto a la utilización de intérpretes ad hoc no preparados, ya que su baja calidad puede llevar a los resultados anecdóticos, e insisten, en base a su investigación, en la eficiencia y el rendimiento más altos de los intérpretes cualificados en comparación a los familiares y amigos de usuarios, sino que comentan el tema poco estudiado del coste del potencial ahorro gracias al uso de los servicios de profesionales y no de las personas que ejercen traducción o interpretación de forma puntual. Así, según las autoras arriba mencionadas, es posible que al ser excluidas las pruebas e investigaciones innecesarias gracias a la intervención de un intérprete profesional, puede ser reducido el costo de la atención sanitaria en la fase de diagnóstico o en urgencias; además, la comunicación efectiva entre los establecimiento sanitarios y usuarios extranjeros puede influir positivamente en la adherencia de pacientes al tratamiento, ya que, según el estudio, las personas a las que es

imposible comunicarse bien con el personal médico, corren más riesgo de experimentar unas consecuencias negativas para su salud (ibídem).

Al final, es necesario entender que la intervención de los profesionales de interpretación y traducción como formas de la mediación intercultural se efectúa en entornos diferenciados de la mediación natural, por lo cual no puede desempeñarse desde las posiciones de voluntarismo o disposición a ayudar, sino que debe ser reglamentada y normalizada, siendo esta la única manera de visualizar el papel de traductor e intérprete en los servicios públicos (Martín, 2013: 84).

2.2 ¿Qué entendemos por mediación intercultural?

Como se puede concluir de los apartados anteriores, y tal y como resalta Raga Gimeno (2012: 11), la mediación intercultural es un fenómeno que surgió en las últimas décadas en relación con la intensificación de procesos migratorios como medida para alcanzar una comunicación efectiva con extranjeros en los establecimientos públicos. Además, es evidente la necesidad de la normalización y reglamentación del desempeño de traductores e intérpretes como mediadores interculturales, de ahí que es imprescindible analizar los conceptos de interculturalidad y de la mediación intercultural a fin de comprender el marco de actuación de estos profesionales.

En primer lugar, cabe destacar que en numerosas investigaciones se usan dos términos: la interculturalidad y el multiculturalismo. Solé y Cachón (2006: 28) los consideran sinónimos absolutos, siendo el multiculturalismo la acepción anglosajona, y definen el concepto de la siguiente forma:

El multiculturalismo [...] surge en Canadá y los Estados Unidos a principios de los años setenta, se expande por Europa, por Australia y la India en las décadas siguientes. El concepto y su expansión reflejan los cambios demográficos que inducen los flujos migratorios en distintas zonas del planeta, la composición diversa y heterogénea de las poblaciones, desde el punto de vista étnico y cultural. [...] También refleja la debilitación de la adscripción y compromiso con una cultura nacional.

Por otro lado, otros autores, como Iglesias Carrillo y Tercedor Sánchez (2014: 237) contrastan los conceptos, entendiendo el multiculturalismo como “el hecho fortuito de convivencia de culturas”, mientras que la interculturalidad supone “el intercambio de las mismas”.

A su vez, Souto Galván (2009: 151) trata la interculturalidad como el pluralismo cultural, es decir multiculturalismo, basado en principios como la igualdad legal, la interacción, el respeto a posibles diferencias y el fortalecimiento de lo común entre distintos grupos.

En cuanto a la mediación intercultural, Raga Gimeno (2008: 3 citado en Raga Gimeno, 2012: 11) señala que esta persigue el fin de armonizar la comunicación de los inmigrantes, especialmente de los que provienen de los países en vías de desarrollo con los habitantes autóctonos y, además con los profesionales que trabajan en el ámbito de los servicios públicos.

Sales Salvador (2008:78) da una definición al concepto que comprende diferentes vertientes de actuación en este ámbito. Según ella, la mediación intercultural comprende intervenciones desde la posición imparcial que tiene como objetivo servir de puente comunicativo, en las situaciones cuando las partes implicadas “pertenecen a culturas distintas, y hablan lenguas diferentes, desde diversos patrones comunicativos, poseen distintas formas de ver el mundo y quizás no compartan el mismo sistema de valores”.

Según Iliescu, (2007:107), la mediación comprende una especie de interpretación que es necesaria en ciertos contextos, así como en situaciones sociopolíticas que regulan las relaciones de inmigrantes con el poder, que a veces pueden ser estereotipadas o discriminatorias.

Ilie, Jaime Pérez y Vitalaru comprenden la mediación intercultural como “parte del trabajo del traductor/intérprete, añadida al proceso de eliminación de barreras lingüísticas como función principal” (2014: 219). A la vez, es famosa la acepción ofrecida por Giménez Romero (1997: 142), según la cual la mediación intercultural supone intervención de terceros a fin de mediar en situaciones multiétnicas, en primer lugar, en situaciones de diferencias culturales importantes, que se consiga el acercamiento de las partes, siendo posible una comunicación efectiva entre ellos y se superen sus conflictos. Además, otros objetivos de la mediación intercultural son el reconocimiento de la posición de otra parte y adecuación institucional (Souto Galván, 2009: 146).

A pesar de las acepciones arriba citadas, hace falta tener en cuenta la diferencia entre la mediación y la negociación, como indica Six (1990: 64, citado en Martín, 2013: 49) que asimismo divide la mediación en cuatro tipos: “la mediación creativa, y la mediación renovadora, destinadas ambas a hacer nacer o renacer «un lazo» o punto de unión, y las mediaciones preventiva y curativa, destinadas, estas últimas, a prevenir un conflicto. Todas ellas establecen una comunicación, previamente, inexistente o perturbada, entre personas o grupos” (ibídem), de ahí que se deduce que la tarea de la mediación intercultural no consiste en resolver un conflicto, sino que en facilitar una comunicación efectiva entre las partes para que estas expliciten sus opiniones, intereses y motivos, que a su vez ayuda a que surja una solución (Raga Gimeno, 2012: 15). Por estas razones, hay que comprender que en este contexto el término “conflicto” obtiene acepciones más amplias: “si por conflicto también entendemos una forma de encuentro y desencuentro entre las personas que constituyen los grupos y que tienen relaciones, entonces no tendríamos problema en admitir que la mediación debe actuar en la resolución de conflicto” (García Castaño, Barragán Ruiz-Matas, 2004: 125). En otras palabras,

IO: Mediation contributes to both defining the social and cultural conditions of migrants’ problems and providing support for migrants’ cultural understanding and social inclusión (Baraldi 2018: 25).

IT: La mediación contribuye tanto a la definición de las condiciones sociales y culturales de problemas de migrantes, como proporciona apoyo al entendimiento cultural de migrantes y su inclusión social (Baraldi 2018: 25).

En sintonía con los demás autores, Souto Galván (2009: 149) subraya la importancia del aspecto preventivo de la mediación, centrada especialmente en ayuda a los extranjeros recién llegados a España. Esta actitud hacia la percepción del concepto de la mediación intercultural obtiene aún mayor importancia si recordamos que la mayoría de las situaciones conflictivas en el contexto de interculturalidad surgen exclusivamente por falta de comunicación o entendimiento entre las partes y no por discrepancias motivadas, siendo mínima la cantidad de casos así (Martín, 2013: 56). A su vez, Cohen-Emerique (1993, citado en Martín, 2013: 49), además de las intervenciones a fin de resolver y prevenir conflictos, habla de la mediación proactiva que tiene como objetivo la promoción de actitudes y relaciones correctas entre diferentes grupos étnicos.

A partir de lo arriba expuesto, llegamos a la conclusión de que el mediador cultural para cumplir con sus tareas debe contar con:

- Conocimiento histórico, social y cultural: historia, folklore, tradiciones, costumbres, valores y tabúes, sus gentes, su forma de relacionarse, etc.

- Habilidades comunicativas: dominio no sólo del lenguaje escrito y oral sino de otros tipos de comunicación: lenguaje corporal, gestos, signos, símbolos, etc.

- Habilidades técnicas adaptadas a la situación; saber utilizar el ordenador, saber comunicarse por teléfono, vestir adecuadamente, conocer su entorno y como desplazarse, etc.

- Habilidades sociales: conocimiento de las normas que rigen las relaciones sociales y las relaciones emocionales, capacidad de auto-control según requiera la situación y la cultura.

En definitiva, debe poseer un alto grado de sensibilidad intercultural que le permita negociar el significado entre ambas culturas y ser capaz de transmitirlo a los miembros de la otra comunidad en la otra lengua"(Taft, 1981: 73, citado en Valero Garcés, 2006: 94-95).

Actualmente, las actividades de la mediación intercultural en las sociedades occidentales se consideran un ámbito laboral bastante reciente, que todavía carece de profesionalización; sin embargo, al estudiar la historia de muchas culturas del mundo, se hace evidente la presencia de figuras de reconocida autoridad que se dedicaban a la resolución y mediación en situaciones conflictivas (Sales Salvador, 2008: 78). En el continente europeo la comparación de funciones de mediadores interculturales presenta ciertas dificultades por la multitud de enfoques y variedad de figuras que intervienen en esta calidad, aunque cabe destacar que en la mayoría de los países se observa la falta de la regulación de esta categoría profesional (Souto Galvan, 2009: 152). Así, por ejemplo, en Suecia e Inglaterra se llaman *linkworkers*, en otros países, mediadores culturales o mediadores lingüístico-culturales, pero en todos los casos se trata de una persona clave en el sector social que no solo transmite información de un idioma a otro, respetando y teniendo en cuenta las diferencias culturales, sino que la adapta en función del perfil del destinatario que en el caso contrario no sabría comprender o utilizarla (ibídem).

Si concretamos el caso de España, cabe destacar que es cada vez más importante el incremento del conocimiento sobre el ámbito de actuación del mediador intercultural en este país que intenta alcanzar el nivel de países del norte de la UE (Pena Díaz, 2016: 627). Así, el Servicio de Mediación Social Intercultural considera que es una figura que tiene formación profesional en cuestiones de inmigración, interculturalidad y mediación, que forma parte de los servicios sociales de cierto distrito desempeñando su trabajo mediando entre la población inmigrante y autóctona, y los extranjeros e instituciones públicas (Belloso Martín, 2003). En realidad, a veces se trata de traductor o intérprete profesional, especializado o no en la mediación intercultural, que participa en la comunicación con inmigrantes (Rico Pérez, 2011: 117).

A su vez, Llevot Calvet (2006: 159) enumera las siguientes funciones del mediador intercultural que suelen desempeñar en Cataluña:

la información, la interpretación lingüística, la descodificación cultural, la negociación en conflictos de valores, la gestión de conflictos en comunidades diversas, la defensa y promoción de los usuarios, la facilitación de la comunicación, la orientación y el acompañamiento a los usuarios, el refuerzo personal, la dinamización comunitaria, etc., aunque en la práctica no se ocupan de todo ello.

En general, podemos afirmar que en los últimos años en España surgió una nueva práctica de comunicación con la población extranjera, desarrollada en base a los modelos de atención a la población inmigrante realizados en otros países occidentales en relación con el uno de los retos sociales actuales de armonización de convivencia de representantes de culturas distintas (Souto Galván, 2009: 145). Además, como resalta Valero Garcés (2006b: 68), "a nivel institucional, los Servicios Sociales de los Ayuntamientos con un índice alto de población inmigrante cuentan con trabajadores sociales y en algunos casos comienzan a

contratar personas como mediadores interculturales —sobre todo de árabe— que hacen las funciones de mediadores culturales, traductores, intérpretes o cualquier otra función que pueda surgir”.

Hablando de los campos de intervención, se pueden dividir en cuatro grupos:

- 1) asesorar a la población inmigrante para que acceda y se adapte a los servicios públicos esenciales;
- 2) facilitar el trabajo de otros profesionales con los extranjeros;
- 3) desarrollar la actitud positiva y participación ciudadana;
- 4) contribuir a la convivencia multicultural de todos los grupos étnicos (Pérez Crespo, 2005: 252, citado en Martín, 2013: 62).

Asimismo, muchos investigadores, según Valero Garcés (2006a: 94), enfatizan el aspecto lingüístico y traductológico del trabajo del mediador intercultural. En este contexto, Hatim y Mason (1995, pp. 281-282) consideran que los traductores como expertos no solo bilingües, sino también biculturales, se encuentran en un puesto idóneo para mediar entre culturas. Además, como enfatiza Santana Falcón (2013: 38), las actividades de los mediadores interculturales se asocian con el desempeño de traductores e intérpretes desde los años 70 y 80 por autores como Steiner (1975: 45) y Boechner (1981).

Por otro lado, Martín (2013: 92) resalta que no es correcto reducir las funciones del mediador a las del traductor o intérprete, ya que este profesional tiene como tarea facilitar los vínculos y la comunicación entre las personas y grupos caracterizados por hábitos tradiciones culturales distintos; no obstante, según esta autora (ibídem), el mediador no puede actuar en calidad de traductor, ya que no cuenta con formación especializada en este ámbito, lo que supone un perfecto dominio tanto de las lenguas en cuestión, como de las estrategias de desempeño respectivas. Así, analizando a diferentes autores, Pena Díaz, Echauri Galván y Olivares Leyva (2014: 5) llegan a la conclusión que un mediador ideal debe poseer destrezas características tanto para la traducción e interpretación, como para la mediación intercultural como tal, de ahí que el profesional adecuado para el desempeño de estas funciones sea la persona con estudios universitarios en traducción y formación especializada de mediador.

2.3 Особенности устного и письменного перевода в медицинской сфере как форм межкультурного посредничества

Общества перед лицом новой многокультурной действительности вынуждены в большей степени обращаться к теме межъязыковой коммуникации, которая до относительно недавнего времени не представляла значительного интереса для изучения (Valero Garcés, 2006a: 59). При этом, именно среди наиболее частотных задач, возлагаемых на межкультурного посредника как специалиста в вопросах иммиграции, межкультурных отношений и медиации, находятся разработка документов, письменный перевод документов и устный перевод (Valero Garcés, 2006b: 65). В свою очередь, австралийский исследователь Лиддикуот (Liddicoat, 2016: 347-348) считает, что переводчик как посредник выступает в качестве агента межкультурной медиации, являющейся осознанным и преднамеренным вмешательством в акт коммуникации. Причем, если в контексте письменного перевода стали появляться специфические документы, составленные на нескольких языках, хотя их недостаточность остается очевидной, то в том, что касается устного перевода, данная работа, как уже упоминалось в разделе 2.1.2, все еще является прерогативой друзей и родственников заинтересованного лица (Valero Garcés, 2006a: 59).

Таким образом, можно говорить о том, что, устный и письменный перевод являются формами межкультурного посредничества, осуществление которого в Испании все еще не регламентировано, а потому у профессионалов данной отрасли

отсутствуют систематизированные нормы и ориентиры, касающиеся их работы с иммигрантами (Rodríguez Aumente, Riobó, 2016: 260).

В то же время, сфера работы с иммигрантами в государственных учреждениях охватывает огромное количество направлений и жанров устного и письменного перевода, стратегии выполнения которых крайне неоднородны. Более того, бесчисленное количество модальностей, которые предполагают межкультурная коммуникация и перевод в области охраны здоровья, привело к возникновению транскультурной медицины как направления, по которому проводятся междисциплинарные фундаментальные и прикладные исследования, целью которых является обнаружение сходств и различий между культурами в том, что касается лечения и предупреждения заболеваний с учетом ценностей, верований и специфических поведенческих установок пациентов-носителей культур, отличных от страны пребывания (Valero Garcés, 2014: 21). С одной стороны, в рамках такого подхода работа межкультурных посредников направлена на обеспечение доступа иммигрантов к медицинским услугам при помощи пояснений, сопровождения и наблюдения за терапевтическими процессами, но с другой, их работа заключается также в сотрудничестве с врачами в форме учебных семинаров, посвященных культурным особенностям пациентов, и адаптации буклетов, обеспечивающих информирование иностранных пациентов, и т.д. (Souto Galván, 2009: 179).

В связи с этим, в рамках данного исследования возникает необходимость в изучении особенностей работы переводчиков в контексте межкультурного посредничества, обеспечивающего лучшую доступность медико-санитарных услуг, при обращении иммигрантов в медицинские учреждения Испании.

2.3.1 Устный перевод в медицинской сфере: трудности, ограничения и этические нормы

Перевод текстов нередко подразумевает двойное толкование культурного компонента, поскольку речь идет о передаче мыслей и суждений между людьми не только с различным жизненным опытом, но и с различным культурным фоном, в связи с чем, в таком контексте, как, например, медицинское обслуживание, характеризующемся наличием собственных традиций, связанных с отношением к столь важным понятиям, как жизнь и смерть, здоровье и болезнь, пациент и врач, тело и душа и пр., культурные маркеры приобретают релевантное значение (Baixauli-Olmos, 2014: 203).

Кроме того, необходимо понимать, что при оказании медицинской помощи недавно прибывшим иммигрантам получателем услуги является представитель культурного и лингвистического меньшинства, как правило, обладающий более низким уровнем образования, чем местное большинство, а также не знакомый с новой для него социальной реальностью (Santana Falcón, 2013: 41), а значит, заведомо находящийся в уязвимом положении.

При этом, как сторона, предоставляющая услугу, то есть врачи, так и ее получатели, то есть пациенты, сходятся во мнении, что большая часть информации при контакте с медицинскими учреждениями передается устно (García Izquierdo, Muñoz Miquel, 2015: 228). Информация, которая транслируется во время медицинской консультации, является результатом двусторонней коммуникации, при которой необходимо активное участие всех задействованных сторон (Valero Garcés, Wahl-Kleiser, 2014: 316), иными словами, ситуация общения врача с пациентом подразумевает диалог, когда для обеих сторон важно полно и верно понимать реплики собеседника. Вместе с тем, согласно исследованию, проведенному Горетти (Goretти,

2016: 547), ориентированному на иностранных пациентов, имеющими нулевые или близкие к нулевым знания языка страны пребывания, возможны следующие коммуникативные сценарии: (1) врач и пациент изъясняются при помощи паралингвистических средств, в т.ч. жестов, мимики и т.д., а также благодаря скудным знаниям языка со стороны пациента; (2) врач и пациент переходят на какой-либо третий язык, который способствует более эффективному общению; (3) пациент или врач переходят на язык второй стороны; (4) в коммуникации принимает участие третья сторона в лице переводчика или межкультурного посредника, вне зависимости от того является ли он профессиональным или нет. При этом, профессионалы, считают наиболее эффективным последний вариант (Valero Garcés, Wahl-Kleiser, 2014: 326). Пациенты, в свою очередь, также ценят присутствие переводчика на консультации и не считают, что оно нарушает коммуникативный баланс между врачом и пациентом, то есть не рассматривают его работу как стороннее вмешательство и нарушение хода беседы (Valero Garcés, 2014: 196). Кроме того, устный перевод во время медицинских консультаций может привести к повышению качества клинических, терапевтических и профилактических услуг благодаря улучшению взаимопонимания между врачом и пациентом, увеличению степени доверия между ними, а также благодаря большей удовлетворенности пациента (Jacobs et al., 2001, цитата из Angelelli, 2004: 24).

Необходимо отметить, что даже на фоне других типов перевода в социальной сфере работа в медицинских учреждениях обладает своей спецификой. Так, к примеру, в зале судебных заседаний всегда присутствует коннотация противостояния, а языковые средства являются важнейшим инструментом для отстаивания своей или дискредитации чьей-либо еще позиции; устный же перевод в медицине не подразумевает конфронтации, напротив, он направлен на поддержку и улучшение положения пациента (Hale, 2010:40). Таким образом, стратегии и техники перевода, использующиеся в данных ситуациях, будут кардинально различными.

Во время проведения медицинской консультации переводчик не просто транслирует лингвистическую составляющую коммуникации, но также берет на себя функции по координации, медиации, а также комментированию социокультурных особенностей ситуации (Santana Falcón, 2013: 41). Более того, в случаях посещения медицинских учреждений совместно с пациентом переводчику приходится оказывать помощь при заполнении документов, при общении с немедицинским персоналом больниц, а также предоставлять врачам базовую информацию о культурных установках пациента, которые в некоторых случаях могут даже стать препятствием для медицинского обследования (Rodríguez Aumente, M. J., Riobó. A. C., 2016: 255). В целом, многие переводчики, работающие в сфере социальных услуг, признают, что межъязыковое посредничество зачастую выходит за рамки решения лингвистических задач – ожидается, что переводчик станет «катализатором» коммуникации и консультантом по вопросам культуры, ценностей и взглядов для обеих сторон (Raga, 2012: 11). В то же время, врачи иногда требуют от устного переводчика буквальной, дословной передачи сообщения, хотя это не всегда возможно, с точки зрения корректной трансляции смысла сказанного (там же: 13).

Данные особенности работы переводчика как межкультурного посредника в медицинской сфере осложняются, когда, будучи вынужденным нарушать ход беседы, он должен отказаться от своей классической «невидимой» позиции (там же: 18). Именно эта своеобразная характеристика работы устного переводчика в сфере социальных услуг привела к тому, что, как пишет Баиксаули Ольмос (Baixauli Olmos, 2014: 201), как правило, в этических кодексах специалистов этой сферы отсутствует пункт об обязательной «невидимости» переводчика. По мнению данного автора,

ЯО: Parece que la invisibilidad, un objetivo más factible —al menos a primera vista, porque teórica y prácticamente es imposible— en la interpretación simultánea de conferencias, por la configuración espacial y de canal de la situación comunicativa, se convierte en imparcialidad en el terreno de la ISP —aparece con esta denominación en todos los documentos con muy contadas excepciones (Baixauli Olmos, 2014: 201).

ЯП: Кажется, что «невидимость», являющаяся вполне осуществимой целью (по крайней мере, на первый взгляд, поскольку и теоретически, и практически это невозможно) в синхронном переводе конференций благодаря расположению в пространстве, а также каналу передачи коммуникативной ситуации, в рамках устного перевода в сфере социальных услуг превращается в непредвзятость – именно это определение можно обнаружить во всех документах за немногими исключениями (Baixauli Olmos, 2014: 201).

Говоря о ситуациях устного перевода при медицинских консультациях, можно выделить следующие: частные консультации, перевод в больницах, консультации с врачами-специалистами, а также с прочими профессионалами медицинской сферы, например, с логопедами, психотерапевтами и диетологами (Hale, 2010: 35). При этом, нельзя забывать о том, что в последние годы все упомянутые выше контексты не всегда предполагают личное присутствие переводчика, поскольку все более распространенным становится телефонный перевод, при котором работа устного переводчика совершается удаленно и который получает стремительное распространение в случаях, когда другие варианты организации работы невозможны, например, при оказании экстренной помощи или в случаях использования редких языков (Valero Garcés, 2014: 186). Подобные условия делают работу переводчика, выступающего в качестве межкультурного посредника, еще более специфичной, поскольку профессионалы вынуждены регулярно просить дополнительные разъяснения и комментарии в целях обеспечения точности перевода (там же), поскольку единственная информация, на которую они могут опираться, является вербальной.

Что же касается личного участия переводчика в медицинских консультациях, Рага (Raga, 2012: 9) выделяет три основных источника информации, причем все они могут приводить к проблемам коммуникации: так называемая референтная, или основная, информация, которая в основном, передается лингвистическими средствами; культурная информация общего характера, которая выражается в основном посредством отношений к каким-либо объектам; межличностная социальная информация, отражающаяся при использовании тех или иных моделей коммуникационного взаимодействия. Согласно Хейл (Hale, 2010: 144), могут быть выделены следующие основные группы трудностей, которые испытывают переводчики в социальной сфере: (1) проблемы, связанные непосредственно с переводом, (2) проблемы, связанные с контекстом, (3) проблемы, связанные с участниками, и (4) проблемы, связанные с системой. Следуя приведенной выше классификации Рага, можно сказать, что проблемы первого типа связаны с референтной информацией, проблемы второго и четвертого типов – с культурной информацией общего характера, а проблемы третьего типа – с межличностной культурной информацией. Причем, Рага предлагает следующие способы решения культурных и межличностных затруднений:

- ЯО: a. Zonas de transición entre lengua y cultura
 - Aclaración verbal de términos verbales marcados culturalmente
 - Aclaración verbal de actitudes culturales
- b. Zonas de transición entre lengua y modelos de interacción comunicativa
 - Aclaración verbal de expresiones indirectas (metafóricas)
 - Aclaración verbal de restricciones informativas respecto a temas comprometidos
 - Aclaración verbal de desajustes en los aspectos físicos de las interacciones (Raga, 2012: 21).

- ЯП: а. Зоны передачи информации между языком и культурой
- Вербальное пояснение культурно маркированных вербальных терминов
 - Вербальное пояснение культурных отношений
- б. Зоны передачи информации между языком и моделями коммуникативного взаимодействия
- Вербальное пояснение выражений с переносным (метафорическим) значением
 - Вербальное пояснение ограничений информации, касающейся деликатных тем
 - Вербальное пояснение различий в физических аспектах взаимодействия (Raga, 2012: 21).

С другой стороны, другие авторы иначе подходят к вопросу проблем, которые испытывают устные переводчики в социальной сфере, рассматривая более частные случаи. Так, одними из наиболее распространенных считаются постоянные смены регистра, перевод грубых выражений, а также психологические травмы, связанные с выполнением работы (Hale, 2010: 145). Что касается психологического воздействия на переводчика, то, как пишет Валеро Гарсес (Valero Garcés, 2014: 195), от переводчиков в социальной сфере в целом и от тех, которые работают в медицинской отрасли в частности, требуется способность работать в сложных условиях и уметь правильно реагировать на чувствительные темы, что предполагает значительный психологический и эмоциональный стресс, тем более, что во многих случаях таким специалистам приходится сотрудничать с людьми, проявляющими резкое или нервное поведение вследствие пережитого ранее.

Согласно другим исследованиям причинами основных трудностей, по отзывам переводчиков, становятся социальные факторы, такие как необходимость информировать пациента о его заболевании или адаптировать какие-либо данные в зависимости от уровня его знаний, в то время как осложнения лингвистического характера легко разрешимы (исключением являются переводчики с небольшим опытом, испытывающие некоторые страхи перед работой) путем просьбы, адресованной врачу, о том, чтобы он переформулировал высказывание, или же посредством быстрой консультации со словарем (Goretti, 2016: 556).

Еще одной проблемой, с которой регулярно сталкиваются переводчики – это незнание темы предстоящей консультации – по мнению Хейл (Hale, 2010: 151), отказывая в заблаговременном предоставлении этих данных или материалов истории болезни, переводчику отказывают также и в адекватной подготовке к работе. К данному вопросу обращается также и Тэббл, австралийская автор, которая привлекла к этой проблеме внимание со стороны врачей:

ЯО: the interpreter needs a schematic overview of the forthcoming consultation, because interpreters need to have a notional understanding of what to expect. They do not like going into a situation unprepared. Their preparation may include, for example, checking on particular medical terminology or finding out about particular forms that may need to be sight translated. Time spent briefing the interpreter is time well spent, because it establishes or reinforces a good rapport between yourself and the interpreter and enables the interpreter to know in advance what to expect and what to do. Also, it is more efficient and less intrusive when you do not have to brief the interpreter in the presence of the patient (Tebble, 1998: 10).

ЯП: переводчику необходим схематичный обзор предстоящей консультации, поскольку переводчики должны иметь примерное представление о том, чего ожидать. Им не нравится оказываться неподготовленными к ситуации. Их подготовка может включать, к примеру, повторение специфической медицинской терминологии или поиск специальных бланков, которые может понадобиться перевести с листа. Время, затраченное на инструктаж переводчика – это время, проведенное с пользой, поскольку, таким образом, между вами и переводчиком

устанавливается или укрепляется хорошая связь, что позволяет переводчику заранее узнать, чего ожидать и что делать. Кроме того, когда вы не вынуждены инструктировать переводчика в присутствии пациента, работа более эффективна и менее утомительна (Tebble, 1998: 10).

Исходя из всего, изложенного выше, для переводчика, переводящего устную речь в медицинской сфере, крайне важно иметь хорошее образование и обладать специальными знаниями и техниками перевода, так чтобы сочетать в себе навыки межкультурного посредника и переводчика, среди которых необходимо упомянуть хорошую память, технику переводческой записи, владение техниками последовательного и синхронного перевода, а также умение направлять беседу, с точки зрения очередности высказывания (Pena Díaz, Echauri Galván, Olivares Leyva, 2014: 5-6). В свою очередь, Горетти (Goretти, 2016: 548) также высказывает идею о важности для переводчика, сотрудничающего с учреждениями здравоохранения, не только лингвистического, но и медицинского образования, которое позволило бы ему идентифицировать, понимать и оперировать основными специальными терминами и понятиями.

Необходимые для переводчика/ межкультурного посредника навыки также нередко перечисляются в многочисленных этических кодексах и руководствах, которые излагают основные принципы и правила, направляющие профессионалов той или иной отрасли; в случае переводчика в социальной сфере наиболее известными являются кодексы, разработанные Австралийским Институтом Устных и Письменных переводчиков (AUSIT), британским Национальным Реестром Переводчиков в Социальной Сфере (NRPSI), Национальным Советом по Устному Переводу в Сфере Здравоохранения (NCIHC), Международной Ассоциацией Медицинской Информатики (IMIA) и Калифорнийской Ассоциацией Медицинских Переводчиков (CHIA) (все три учреждения являются американскими), а также канадский Стандартный национальный справочник по устному коммунальному переводу (NSGCIS) (Baixauli-Olmos, 2014: 199-200). Анализируя требования, предъявляемые к переводчикам согласно этим документам, можно выделить следующие неотъемлемые качества специалиста, работающего в медицинской сфере:

- обширные знания, касающиеся культурно-политических реалий стран обоих рабочих языков, а также культурных различий;
- понятия биомедицинской культуры;
- знания в области ценностей межличностных отношений, характерных для обеих стран, а также специфических аспектов, которые могут привести к конфликту коммуникации;
- культурно-традиционные взгляды и верования, которые могут оказать влияние на ход лечения заболевания (Baixauli-Olmos, 2014: 206).

Кроме того, многие кодексы и руководства детально оговаривают функции переводчика в медицинской сфере, так, документ CHIA оговаривает следующие: лингвистическое посредничество, пояснение сообщений, межкультурное посредничество и вмешательство ради здоровья и благополучия пациента (CHIA, 2012: 31). И, если первые три обязанности понятны и рассматривались ранее, то последняя требует пояснения. В самом кодексе в этом отношении цитируется Контримас (Kontrimas, 2000, цитата из CHIA, 2012: 33), указывающий на то, что, с одной стороны, переводчик не должен нести ответственности за действия или бездействие третьих лиц, однако, с другой стороны, если он понимает, что что-то идет не так, то от него можно ожидать вмешательства с указанием на то, что необходимо скорректировать, чтобы это не превратилось в настоящую проблему. Тем не менее, согласно документу CHIA

(2012:33), выполнение данной функции не считается обязательным для переводчика, является опциональным и остается на его усмотрение.

Наконец, столь уважаемый в среде переводчиков в социальной сфере документ, как руководство, разработанное AUSIT, исходит из следующих принципов, которых непременно должен придерживаться переводчик: полнота перевода, точность перевода, беспристрастность перевода и конфиденциальность перевода (Tebble, 1998: 16-18).

Подводя итог изложенному в настоящем разделе, можно заключить, что работа переводчика в социальной сфере в целом и в области медицины в частности характеризуется специфической коммуникативной ситуацией и целевыми установками, что приводит к необходимости специальной подготовки переводчика, как с точки зрения профессиональных, так и культурных компетенций, а также с точки зрения этики и психолого-эмоциональной устойчивости.

2.3.2 Жанровые особенности письменного медицинского перевода и соответствующие техники.

Говоря о письменном переводчике как межкультурном посреднике, можно подразумевать различные функции и контексты, так, хотя при первичном рассмотрении вопроса он может быть рассмотрен лишь как способ установления связи между сторонами, когда его работа едва ли имеет отношение к медиации как таковой, более глубокий анализ деятельности профессионалов данной сферы показывает, что письменный перевод, будучи сложным комплексным процессом трансформации значений при их передаче из одной культуры в другую, является осознанным действием в целях того, чтобы коммуникация стала возможной – в этом случае переводчик может считаться межкультурным посредником (Liddicoat, 2016: 347).

Для того, чтобы переведенный текст был воспринят в полной мере, он не должен быть лишь отражением оригинала, напротив, он требует адаптации, которой служат определенные стратегии перевода, поскольку, весьма вероятно, что некоторые концепты и реалии оригинального текста будут непонятны для читателя, что, в свою очередь, может негативно сказаться на функциональности текста (Marnrae, M., 2015: 84-85). Именно в связи с этим исследователи в области переводоведения перешли от рассмотрения роли переводчика как межъязыкового посредника к более глобальному видению – посредника межкультурного, благодаря чему признается, что культура как часть коммуникативного лингвистического акта влияет на создание смыслов и значений (Liddicoat, 2016: 347). Таким образом, перевод ограничивается не текстом, а контекстом, который некоторые авторы, как, например Юсте Фриас (2010, цитата из Liddicoat, 2016: 348) называют паратекстом.

Исходя из написанного выше, переводчик превращается в привилегированного читателя оригинального текста, который в отличие от всех прочих его реципиентов работает с материалом не как целевая аудитория, являющаяся получателем той или иной информации, а как профессионал, осуществляющий воспроизводство текста посредством его рекодификации и использующий оригинал как сырье для получения конечного продукта (Santana Falcón, 2013: 39).

При этом, в сфере социальных услуг переводные тексты, исполняющие, с одной стороны, комплементарную функцию, дополняя работу устных переводчиков, с другой, во многих ситуациях являются единственно возможным решением, превращаясь в инструмент, позволяющий избежать невозможность коммуникации между сторонами (Valero Garcés, 2009: 60). Вновь возникшая социальная реальность, породившая и новый подход к письменному переводу, привела к тому, что данная деятельность стала рассматриваться не только в рамках «собственно перевода», или *translation proper*

(Jakobson, 1959: 233), но и в рамках гетерофункционального перевода, подразумевающего необходимость изменения формулировок и восстановления контекста при работе со специализированным текстом, предназначенным для публики, не владеющей соответствующими знаниями, как, например, в случае с разработкой медицинских буклетов для пациентов, вне зависимости от того, идет ли речь о интер- или интралингвистическом переводе (García Izquierdo, Muñoz Miquel, 2015: 226).

Письменный перевод в сфере здравоохранения объединяет множество разновидностей и отраслей специализации, специфику работы по которым нельзя ограничивать исключительно лингвистическими трудностями, связанными, к примеру, с терминологией. Так, при выполнении письменного медицинского перевода может возникнуть необходимость преодоления следующих коммуникативных проблем: сообщение в направлении «эксперт – широкая публика», перевод специфических жанров, интралингвистический перевод, интердискурсивные и концептуальные замены и др. (Montalt i Resurrecció, Shuttleworth, 2012: 11).

При этом, существуют различные факторы, влияющие на специфичность коммуникации с иммигрантами, такие как сторона-заказчик перевода, способ перевода, а также тип текста (Valero Garcés, 2006a: 202). В том, что касается первого из указанных критериев, необходимо отметить, что в странах с развитыми традициями оказания социальных услуг иностранному населению, инициаторами выполнения переводов являются, как правило, компетентные образовательные, здравоохранительные и административные государственные органы, а также неправительственные организации, этнические объединения и пр.; в зависимости от того, какой именно организацией выполняется тот или иной перевод, а также от того, является ли переводчик носителем доминирующей культуры или культуры меньшинства, переработка текста может включать как лингвистический перевод, так и интралингвистическую адаптацию текста для конкретного культурного сообщества (там же: 202-203).

Что касается трудностей, связанных непосредственно с переводом, то их можно разделить на две большие группы: (1) внутренние, связанные непосредственно со значением, как, например, использование терминов, общепринятых среди специалистов или даже среди испаноязычного населения (e.g.: *empadronamiento*), но непонятных при дословном переводе на другой язык, а также недостаточность вспомогательных материалов, таких как глоссарии, словари и т.д., затрудняющая работу переводчика, и (2) внешние, или структурные, подразумевающие сложности технического или административного характера, как проблемы, связанные с недостаточным владением компьютерными программами и приложениями для работы с текстами, некорректные сроки исполнения перевода и пр. (Valero Garcés, 2009: 62-63).

Анализируя типы текстов, Валеро Гарсес выделяет следующие:

1. Разного рода официальные и полуофициальные документы, издательством которых занимается большей частью правительство, а также государственные органы с целью предоставления, как гражданам, так и иммигрантам информации по вопросам, касающимся интеграции в обществе, например, правовое регулирование положения иностранного гражданина или получение гражданства, кроме того, переводятся бланки различных документов, которые необходимо заполнить для получения какой-либо государственной услуги.

2. Публикуемые государственными органами и неправительственными организациями, ориентированными на работу с иммигрантами, перечни услуг и инструкции по их получению являются документами, распространяющими информацию об услугах, предоставляемых в различных сферах, таких, как здравоохранение, социальное обеспечение, трудоустройство и т.д., причем, все чаще их

издание получает финансовую поддержку со стороны государственных и частных учреждений.

3. Информационные буклеты, заказчиками которых могут быть как официальные органы или неправительственные организации, так и широкий спектр частных компаний и объединений, например, банки, телефонные компании, коммерческие организации, агентства недвижимости или любые другие, желающие обратиться к населению, представленному иммигрантами. Документы, относящиеся к этой группе, могут иметь значительные различия, поскольку, затрагивают разнообразные темы, имеют различное происхождение, цели их также различны, как и их бюджеты, что часто влияет на конечный результат (Valero Garcés 2009, 60-61).

Что касается жанрового разнообразия в медицинском переводе, то множественность коммуникативных ситуаций, характерных для данной сферы, привела к возникновению многочисленных текстовых направлений, которые условно можно поделить на чисто здравоохранительные, как, например, информационная брошюра для пациентов, информационный проспект медикамента, протокол медицинского исследования и прочие, связанные с медицинскими манипуляциями и функционированием больниц, и жанры, встречающиеся не только в медицинских текстах, как научные статьи, научно-популярные тексты, учебники, патенты и т.д. (Muñoz Miquel, 2016: 249).

В рамках настоящего исследования наибольший интерес для нас представляет перевод информационных буклетов, брошюр и инструкций, посвященных вопросам информирования иммигрантов о различных аспектах здравоохранения в Испании, в связи с чем мы считаем необходимым рассмотреть подробнее особенности и трудности перевода именно этого жанра.

Информационная брошюра для пациента – это, согласно Монтальт-и-Ресуррекио и Шаттлворт (Montalt i Resurrecció, Shuttleworth, 2012: 11), обеспечивающий адекватную коммуникацию между врачами, фармацевтическими лабораториями и пациентами жанр, который в идеале должен быть ориентирован и понятен для последних, хотя в реальности это не всегда так, более того, сложное описание некоторых понятий приводит к снижению эффективности таких текстов. Как указывают данные авторы (там же: 11), основной причиной малодоступных пояснений сложных понятий является недостаточная квалификация переводчика. При этом, информационные брошюры являются одним из важнейших типов документов, влияющих на ход лечения больного (Sánchez Castany, García Izquierdo, Montalt i Resurrecció, 2013: 834), а потому их разработка должна быть более активной, чтобы медицинские учреждения располагали как можно более богатым выбором печатных материалов на различных языках, которые бы могли использоваться при коммуникации с иностранными пациентами (Goretti Faya, 2016:560). Необходимость публикации различных информационных медицинских буклетов отмечают как врачи (Valero Garcés, 2006a: 58), так и пациенты (Valero Garcés, Wahl-Kleiser, 2014: 318).

Макроструктура информационных материалов для пациентов весьма разнообразна и зависит от тематики, формата, целевой аудитории и т.д., в связи с чем можно выделить следующие субжанры: инструкции, брошюры, постеры, комиксы, детские сказки, видео, электронные страницы и пр., провести четкие различия между которыми порой бывает непросто (Sánchez Castany, García Izquierdo, Montalt i Resurrecció, 2013: 837). Тем не менее, наибольшее распространение получили брошюры и инструкции, главная разница между которыми состоит в объеме текста, хотя определить грань, отделяющую один жанр от другого в зависимости от длины сообщения, фактически невозможно, поэтому в среде авторов и переводчиков подобных материалов употребляются оба термина (там же: 837).

Кроме того, между идентичными текстами одного жанра могут наблюдаться значительные культурные различия в зависимости от страны и языка, на который выполнен перевод. Примером может служить случай информированного согласия, которое является текстом, типичным для англосаксонской культуры, откуда его заимствовали в других странах, что иногда приводит к тому, что в переводе присутствуют кальки из языка и культуры оригинала (Sánchez Castany, García Izquierdo, Montalt i Resurrecció, 2013: 839).

Как уже указывалось, информационные буклеты, предназначенные для пациентов, не ограничены стандартным форматом, однако общим требованием для всех текстов данного жанра является ясность изложения и соответствие ожиданиям целевой аудитории (García Izquierdo, Muñoz Miquel, 2015: 226). Казалось бы, очевидное условие функционирования жанра нередко становится настоящим препятствием для авторов текстов:

ЯО: Health-care providers, in an effort to save time and assist patients, produce instructional medical texts in-house, sometimes without any real written communication skills. When non-writers write instructional texts, essential background information and procedural steps may be omitted because they seem obvious to the author; data may be reduced to such an extent that the information is rendered incomprehensible to the lay person; technical terms may be left undefined or, in an effort to reach patients who are not highly literate, substituted with jargón or imprecise lay terms. As a result, countless hours are wasted every year at both ends of the writing/Reading communication continuum producing documents which fail to convey information (Albin, 1998: 117, citado en García Izquierdo, I., Muñoz Miquel, A., 2015: 225).

ЯП: Учреждения, предоставляющие услуги в сфере здравоохранения, стремясь сэкономить время и обслужить пациентов, самостоятельно производят образовательные медицинские тексты, иногда не обладая никакими навыками письменной речи. Когда не-писатели пишут образовательные тексты, могут быть упущены основная фоновая информация и методические шаги, поскольку автору они кажутся очевидными; данные сокращены до такой степени, что неспециалисту информация представляется непонятной; технические термины могут остаться без объяснения или же, в целях охвата не очень грамотных пациентов, быть замененными на жаргон или неточные неспециальные термины. В результате ежегодно обеими сторонами коммуникативного процесса бесчисленные часы тратятся как на написание, так и на чтение документов, которые так и не достигают цели передачи информации (Albin, 1998: 117, citado en García Izquierdo, I., Muñoz Miquel, A., 2015: 225).

Подобная ситуация приводит к тому, что круг задач переводчика становится шире, поскольку именно профессионалы в области лингвистики оказываются наиболее подготовленными в том, что касается текстуальной и культурной адаптации текста (García Izquierdo, I., Muñoz Miquel, A., 2015: 225).

В целом же, для медицинского буклета, который с одной стороны является специализированным жанром, а с другой, выполняет функцию научно-популярного текста, что отдаляет дискурс от научного стиля, характерна речь, насыщенная медицинскими терминами, и одновременно тяготеющая к нейтральной литературной норме, что приводит к так называемому лингвистическому гибридизму, который в данном случае более очевиден, чем в других экспериментальных науках; в конечном итоге это отражается на лексике, которая может быть использована в медицинской брошюре: нейтральные слова и выражения, псевдоэквивалентные парафразы, метафорические определения и т.д. (García Izquierdo, 2009: 23-24).

Что касается объема предоставляемой информации, то в последние годы наблюдается эволюция интересов пациентов, которые с каждым разом требуют все более распространенных данных (García Izquierdo, I., Muñoz Miquel, A., 2015: 228).

В заключение данного раздела мы считаем нужным подчеркнуть, что еще в 2006 году Валеро Гарсес (Valero Garcés, 2006a: 203) отмечала, что публикация материалов на нескольких языках – это зарождающаяся реальность по сравнению с другими странами и что Испании предстоит еще долгий путь к производству оригинальных материалов на иностранных языках, и, по мнению автора настоящей работы, изменения в ситуации за прошедшие годы не значительны. А если говорить о медицинском переводе, который занимает одну из главенствующих позиций в рамках устного и письменного перевода в социальной сфере, то необходимо отметить, что и с точки зрения исследовательской деятельности, ему не уделяется достаточно внимания (García Izquierdo, Conde, T, 2014: 159).

2.4 Mediación intercultural en el ámbito sanitario enfocada en los usuarios provenientes de Rusia

El presente trabajo está dedicado al estudio de conceptos que pueden influir en la mediación intercultural en el ámbito sanitario para pacientes rusos. Cabe aclarar qué es lo que entendemos por “ruso”, porque, por un lado, a veces se confunde con el término “rusohablante”/ “rusoparlante” y, por otro lado, no hemos de olvidar de las dificultades a la hora de definir etnia y nacionalidad en la era de globalización, expuestas en el ap. 2.1.

En primer lugar, hemos de comprender que la lengua rusa es una lengua franca para los estados que nacieron en el territorio de exrepúblicas soviéticas. Además, algunos de estos países son culturalmente cercanos en el contexto de hábitos, creencias, tradiciones y religión, por lo cual los suelen identificar como similares y parientes. Sin embargo, el objeto del presente trabajo es el aspecto social de la cultura que va ligado con la realidad económica, política y legal de cada estado, por lo cual, al estudiar fenómenos de la sanidad rusa a partir del derecho de este país, no podemos hacer extensibles nuestras conclusiones a los pacientes provenientes de Ucrania o Bielorrusia.

En segundo lugar, aunque Rusia es un país multiétnico donde conviven representantes de casi 200 nacionalidades como rusos étnicos, tártaros, baskires, chuvasios, judíos, buriatos, yacutas, chechenos, kabardos, daguestanos, komi y muchas otras (Sluzhba gosudarstvennoi statistiki, 2010), con tradiciones culturales y prácticas religiosas muy distintas, tratándose de aspectos sociales, podemos considerar a todos los ciudadanos rusos como un grupo. En este sentido, cabe mencionar que en la misma lengua rusa se usan dos términos: *русский* (“russkii”) y *россиянин* (“rossiyanin”), haciendo el primero la referencia a la pertenencia a la etnia o cultura rusa y el segundo, al estado de la Federación Rusa.

Dados el tema y la especificidad del presente estudio, usaremos el término ruso en el segunda acepción.

2.4.1 Perfil del paciente ruso

Si analizamos detenidamente los estudios dedicados a la especificidad cultural de trabajo con los inmigrantes rusos en España, descubriremos que la mayor parte de las investigaciones dedicadas al ámbito cultural de los inmigrantes rusos en España se circunscriben fundamentalmente a aspectos lingüísticos más que culturales. Por un lado, esto se debe al número reducido de inmigrantes rusos en comparación con los representantes de otros países (véase el apartado 2.1). Por otro lado, tal y como expone el Grupo CRIT en relación con los rusos residentes en la Comunidad Valenciana, no existen graves problemas

causadas por el comportamiento de estos debido a su perfil, ya que normalmente se trata tanto de las mujeres, como hombres, de mediana edad o jóvenes en su mayoría que provienen de zonas urbanas, poseen estudios universitarios y suelen ser educados y cultos, y además, aunque desempeñen labor de baja cualificación que no corresponde a su calificación y experiencia previa, se integran bastante fácilmente a la sociedad (Grupo CRIT, 2006: 181-182).

Sin embargo, a pesar de que a primera vista parece que el contacto entre españoles y rusohablantes no puede causar problemas comunicativos graves y, como resalta el Grupo CRIT (2006: 183), en general “no hay situaciones a destacar de incomodidad u ofensa”, pueden tener lugar malentendidos derivados de diferencias en normas de comportamiento o sociales. Así, a los españoles los rusos en muchas ocasiones les parecen demasiado reservados, serios y hasta antipáticos, aunque en el entorno de sus amigos y allegados ya no parecen tan fríos, sino que resultan amables, alegres y acogedores lo que crea un contraste fuerte con su compostura en público (ibídem: 180). En este contexto, nos parecen interesantes los estudios de la comunicación no verbal, llevados a cabo por Edward T. Hall, entre otros, que introdujo términos como “proxémica” y “crónemica” (Rulicki, Cherny, 2010: 38, 41). El primero refiere al estudio de patrones usados por representantes de una u otra cultura para manejar el espacio, tanto en el entorno social, como en la vida privada, siendo las distancias en las culturas noreuropeas y norteamericanas bastante estables:

Distancia o espacio de interacción pública: entre 3,5 y 7,5 metros. Un ejemplo es la distancia entre un conferenciante y la audiencia.

Distancia o espacio de interacción social: entre 1,2 y 3 metros. Es utilizada entre asociados comerciales, y entre desconocidos en espacios públicos.

Distancia o espacio de interacción personal: entre 0,6 y 1,2 metro. Se mantiene entre amigos y familiares.

Distancia o espacio de interacción íntima: hasta 0,6 metro. Incluye una alta probabilidad de contacto físico [...]

Para las culturas latinas, estas distancias son en promedio un tercio más cortas. En la comunicación entre personas que pertenecen a culturas con patrones proxémicos antagónicos aparecen conflictos inconscientes por el control del espacio (Rulicki, Cherny, 2010: 38-39).

En cuanto a la cronémica, en los estudios de la comunicación no verbal refiere, este concepto hace alusión a las formas de organizar inconscientemente el tiempo, de las cuales las principales son dos: la monocrónica y la policrónica. El comportamiento monocrónico comprende una segmentación rígida del tiempo y los horarios entre diferentes actividades, mientras que el policrónico permite combinar el ejercicio de varios asuntos en el marco de un periodo de tiempo, siendo posible la dedicación a varias actividades hasta antagónicas simultáneamente. Las culturas noreuropeas y norteamericanas pertenecen al primer tipo, mientras que los representantes de las culturas latinas tienden al segundo, lo que conduce que aparezcan prejuicios de las personas de un comportamiento cronémico contra las de hábitos contrarios, de ahí que latinos o árabes pueden parecer a los noreuropeos emocionales y abiertos, pero poco organizados y puntuales, mientras que ellos mismos serán considerados fríos y demasiado disciplinados (ibídem: 41).

Evidentemente, dentro de los estudios de la comunicación no verbal, la cultura de comportamiento ruso será considerada monocrónica y de distancias grandes, desde el punto de vista de la proxémica. La cultura española, al revés, se aproxima al concepto del comportamiento policrónico y de distancias reducidas en comparación con las típicas para los rusos. De esta manera, se argumenta y se explica la opinión arriba expuesta sobre la impresión que dan los rusos a los españoles. Es esta la razón por qué a los españoles les parece distante y muy respetuosa la relación entre el médico y el paciente ruso, por muchas y exhaustivas que sean las preguntas por parte del último (Grupo CRIT, 2009: 148).

Por otro lado, las diferencias en el comportamiento cronémico explican la importancia que otorgan los eslavos, incluidos los rusos al periodo de estancia en el establecimiento sanitario, en caso de estar hospitalizados, que normalmente es más duradero que en España (Grupo CRIT, 2009: 152).

En cuanto a otros aspectos de la comunicación no verbal, el Grupo CRIT (2006: 195) enfatiza que entre los eslavos, el paralenguaje no es muy expresivo, pero posee otras entonaciones y modulaciones que también puede contribuir a la interpretación errónea de las intenciones comunicativas del hablante de origen ruso.

Centrándonos en el ámbito sanitario, recurriremos a otra obra del grupo CRIT, *Culturas y atención sanitaria: guía para la comunicación y la mediación intercultural* (2009), que es una de las pocas fuentes que tratan el componente cultural de la comunicación con inmigrantes rusos en el contexto de la sanidad. No obstante, hemos de resaltar que los autores hablan de la población proveniente de Europa de Este, considerando que “existen, por encima de todos los matices y diferencias que se pueden encontrar, características culturales y sociales comunes a los países de Europa del Este” (Grupo CRIT, 2009: 143). A nuestro parecer, esta generalización, que tenía sólidos fundamentos en la época soviética y postsoviética, con paso de años es cada vez menos pertinente, especialmente en el contexto social, debido al alejamiento sociopolítico de estos países, un detalle que se tratará en el apartado 2.4.2. Por otro lado, explicamos el estudio de las particularidades de los países del este de Europa como una región por el deseo de los autores de hacer el primer acercamiento a las realidades de estos estados al público español, dada la escasez de investigaciones sobre el tema. De esta forma, mientras que algunas observaciones hechas en el libro tienen vigor, otras ya han dejado de ser actuales.

Así, según el Grupo CRIT, los inmigrantes de la región en cuestión acuden al médico solo en casos graves cuando ya es necesaria una atención urgente y efectiva (Grupo CRIT, 2009: 143). Es más, como exponen los autores (ibídem: 149), los rusos suelen ser bastante autónomos en cuanto a las cuestiones relacionadas con su salud, especialmente si no se trata de un problema muy grave, por ejemplo, un catarro o cefalea, de ahí que en vez de acudir a una cita con médico, piden consejo a sus familiares o actúan a partir de su previa experiencia, optando por automedicación hasta en casos de previa consulta con médico y recetación de los respectivos fármacos. Desde nuestro punto de vista, en principio es una observación acertada, puesto que la automedicación es un fenómeno altamente extendido en la Rusia de hoy, aunque su motivación no es del todo correcta, por lo menos en cuanto a este país, resida, según nuestra hipótesis no tanto en estar los rusos tan seguros de sus conocimientos y experiencias en el ámbito sanitario, sino en los problemas de acceso a la sanidad pública y normativas de recetación de fármacos, que altera considerablemente el contexto de la cuestión, por lo que serán estudiados detenidamente estos aspectos en el capítulo 4. En lo que se refiere a la medicación, lo que es cierto es que es una práctica habitual complementar el tratamiento prescrito con “remedios caseros o de medicina natural o alternativa” (Grupo CRIT, 2009: 146). En relación con este detalle parece llamativo el párrafo (Grupo CRIT, 2009: 149) que estipula la adherencia de los eslavos a la medicación administrada por inyección, que, siendo una medida extrema, difícilmente se combina con las tendencias a usar medios caseros de poca intensidad. Es más, la búsqueda por parte de la autora del presente trabajo de pruebas a la afirmación, según la cual “en tiempos soviéticos en la URSS los niños recibían vitaminas por inyección durante varios años” (ibídem) no ha dado resultados.

En relación con lo expuesto en el párrafo anterior en cuanto a la autonomía de pacientes rusos y su actitud hacia la enfermedad, los autores del Grupo CRIT (2009: 143) consideran que los rusos acuden al médico solo en casos graves, por lo cual a veces se dirigen a las urgencias. No obstante, en nuestra opinión este hecho forma parte de la tendencia típica de inmigrantes, descrita en el apartado 2.1.1 por un lado, y por el formato habitual de

prestaciones sanitarias en Rusia, por otro, de ahí que nos parezca imprescindible estudiar la legislación rusa que regula el servicio de urgencias en este país.

Asimismo, en la obra arriba mencionada, se insiste en la falta de hábitos saludables, como seguir una dieta sana, dejar o reducir el consumo de alcohol o tabaco, practicar deporte, etc., además casi no existe el concepto de atención preventiva, siendo importantes exclusivamente los síntomas visibles (ibídem). Hace varios años, ésta era una afirmación verdadera, pero según los datos del Ministerio de Sanidad de Rusia, citados por la Agencia de Información TASS (2016), durante el período de 1991 a 2016 el nivel del tabaquismo ha reducido en un 17 %, y el del alcoholismo, en un 19 %, a la vez se realiza la popularización de deporte. Esta tendencia junto con los reconocimientos médicos que, de conformidad con la Disposición del Ministerio de Sanidad de la Federación de Rusia del 06.12.2012, son obligatorios, ha contribuido a la difusión de estilo de vida sano en el país, lo que vuelve a fundamentar la necesidad de nuevos estudios sobre los hábitos sociales de inmigrantes rusos en el ámbito sanitario.

Según los autores del Grupo CRIT:

Los inmigrantes de Europa del Este consideran importante que se les argumente y razone, con un lenguaje no excesivamente técnico el diagnóstico de sus problemas de salud, qué tipo de tratamiento deben seguir, o los plazos razonables de curación. Insistimos en que pueden dar más importancia a las causas de la enfermedad que quizá a la terapia elegida para su curación. En consecuencia, estos pacientes entienden que el tratamiento también debería estar enfocado a combatir dichas causas, ms que, por ejemplo, a los síntomas o a la enfermedad propiamente dicha. Los pacientes de estos países sienten a menudo que en España los médicos no se interesan lo suficiente por la causa de su enfermedad, insisten solo en tratar los síntomas. Pero sin conocer la causa no se puede curar correctamente, según eslavos (Grupo CRIT, 2009: 148).

Nosotros consideramos que esta tendencia, no tan notable durante los primeros contactos con el médico, puede intensificarse en caso de una enfermedad duradera o por falta de mejoría de estado del paciente.

Al final, podemos concluir que los estudios dedicados al perfil sociocultural del paciente ruso son escasos y los existentes se basan en parte en los datos antiguos y algunos poco probados. Por esto, observándose un aumento estable del número de inmigrantes rusos en España, nos parece importante que se realicen más investigaciones dedicados a este grupo de población, fundados en la realidad actual de Rusia.

2.4.2 La mediación intercultural en el ámbito sanitario español para inmigrantes rusos

Como ya se ha mencionado en los apartados anteriores, los estudios en el ámbito de la mediación intercultural son bastante recientes en todo el mundo y España no es una excepción, siendo evidente que queda mucho camino por recorrer en esta área. Aún así, si hablamos de temas tangibles e íntimos debe tener la intervención de profesionales sólidos fundamentos teóricos, tanto los generales, como aplicados, como es el caso de atención a un grupo de población concreto en una serie de situaciones específicas. En esta relación, nos parece adecuado comprender qué lugar ocupan los estudios y la elaboración de materiales informativos enfocados a los pacientes de procedencia rusa en España.

En primer lugar, cabe hablar de estudios académicos desarrollados por grupos de investigadores que se dedican a los estudios de la mediación intercultural, traducción e interpretación en los servicios públicos.

Así, el Grupo CRIT ha publicado varias obras, citadas en el apartado 2.4.1 (Grupo CRIT, 2006; 2009) dedicadas a la especificidad de mediación para algunos grupos étnicos de

inmigrantes. Reconociendo la importancia de estos estudios y su aportación en el fomento de la cultura y profesionalización de la mediación intercultural en España, por otro lado, hemos de resaltar las dificultades que hemos revelado, analizándolos. Ante todo, como ya se ha dicho antes, son estudios dedicados a los eslavos en general, que podría ser justificado para un primer acercamiento, como es el caso de los trabajos del Grupo CRIT, pero para profundizar las investigaciones hace falta distinguir las culturas eslavas, ya que durante las últimas décadas se han alejado considerablemente en los sentidos político, económico y social, lo que ha tenido una gran repercusión en la sanidad de la mayoría de los países eslavos y, a su vez, en los hábitos de sus habitantes referentes a la salud. Tras los cambios políticos de los noventa, estos países, la gran parte de los cuales seguían el modelo sanitario de Semashko (Antoun, Phillips, Johnson, 2011: 436), han reformado sus sistemas de sanidad o están en un largo y continuo proceso de cambios, que una vez realizados en cada uno de los países y a partir de diferentes modelos sanitarios, las situaciones en cuanto a la sanidad ahora son muy distintas.

Según el grupo CRIT,

durante buena parte del siglo XX, el método de interrupción del embarazo más generalizado en estos países ha sido el aborto, que era de acceso libre, fácil y gratuito. Todavía hoy en día en algunas regiones de Rusia, por ejemplo, los abortos igualan o superan a los nacimientos, y es el método más común y efectivo de planificación familiar tanto desde la perspectiva privada o particular de las familias como desde el sistema, sea público o privado, de salud (2009: 154).

Incluso los propios autores reconocen que había bastante variedad en los países de la región por lo que respecta a esta cuestión. Pero si echamos un vistazo al estado actual del tema, observaremos que en Polonia que forma parte de la UE y donde durante el periodo comunista eran legales los abortos, ahora están prohibidos salvo los casos excepcionales, y su gobierno busca posibilidades de endurecer la legislación respectiva. Mientras tanto, en Rusia tanto durante la época soviética como hoy en día se puede abortar legal y gratuitamente; sin embargo, no se puede decir que es la forma principal de planificación de familia, ya que de 1988 a 2014 se redujo su cantidad anual 5 veces (Sakevich, 2016). A partir de estos datos, podemos llegar a una conclusión de que la situación actual en este ámbito difiere tanto de un país a otro que no se puede unirlos en un grupo, estudiando aspectos sociales y legales de la sanidad.

Otro problema es que estas obras fueron publicadas hace casi 10 años, y en ese periodo de tiempo se han producido muchos cambios en las relaciones políticas de países tan cercanos como Rusia y Ucrania. La profunda crisis política y económica en la última condujo al déficit de fármacos y varias epidemias en los últimos cinco años (Akimova, Maksimchuk, 2018). Sin duda, esos cambios drásticos en la medicina nacional influyen en la expectativa de la población y en su comportamiento, de ahí que no se puede hablar indistintamente de los pacientes rusos y ucranianos. Además, el propio sistema nacional de sanidad rusa se ha reformado considerablemente durante la última década, puesto que se ha alejado más del sistema de Semashko, cuando todos tenían acceso a la sanidad gratuita, siendo introducido el concepto del seguro sanitario. A la vista de estos cambios en la sanidad de países postsoviéticos nos parece indispensable actualizar los conocimientos sobre estos a fin de hacer la mediación intercultural destinada a los inmigrantes más efectiva.

Otra de los fenómenos que hemos podido observar es la necesidad de realizar, por un lado, investigaciones basadas en el análisis de documentos, leyes, normativas y estadísticas, que pueden ser útiles a la hora de estudiar las expectativas de pacientes inmigrantes y determinar los posibles problemas del carácter social que pueden ser el objeto de la mediación intercultural, y por otro, realizar experimentos en campo por medio de encuestas y entrevistas,

estudiando los hábitos, creencias y actitudes de inmigrantes. En este último contexto, el grupo FITISPos que desarrolla sus actividades desde la Universidad de Alcalá y que se dedica a las actividades de formación e investigación, dedicados algunos trabajos fin de máster de este grupo a las cuestiones de las diferencias socioculturales de inmigrantes rusos. Sin embargo, estos trabajos, normalmente tratan temas muy específicos y se inclinan más al aspecto traductológico de la comunicación con el grupo meta.

Llegados a este punto, cuando sabemos que estudios centrados en el aumento de la mediación intercultural para los pacientes rusos no ocupan el lugar central en la investigación española, analizaremos aquellos materiales elaborados para los rusos a fin de acercarlos a la realidad de la sanidad nacional española.

Conforme a los resultados de investigación, llevados a cabo por Marnpae (2014: 267-273) en las cuatro CCAA con el mayor número de inmigrantes, que son Cataluña, Madrid, Andalucía y Valencia algunos de los materiales divulgativos en el ámbito de la salud se traducen a las lenguas que con más frecuencia se hablan en estas regiones. Los temas más recurrentes son la salud sexual y reproductiva y la salud perinatal, siendo la única excepción Cataluña donde la mayor parte de los textos está dedicada a la salud pública. Evidentemente, los temas mencionados son de una gran relevancia, sin embargo, llama nuestra atención la escasa cantidad de materiales sobre la salud pública y acceso a la sanidad nacional en Madrid y Andalucía y su completa ausencia en Valencia. Por otro lado, según el mismo estudio (ibídem) en esta misma comunidad autónoma no se publican materiales en ruso, aunque una de sus provincias, Alicante, es la provincia que cuenta con el mayor número de rusos en España. A fin de analizar la dinámica de la situación en cuanto a la traducción y adaptación de los materiales informativos para inmigrantes rusohablantes, hemos estudiado las páginas web de las autoridades responsables de las cuatro regiones y hemos comprobado lo siguiente:

1. El 100 % de los recursos de la Guía de Acogida elaborada por la Generalitat de Cataluña están publicados en su web oficial, lo que en principio no presenta ningún cambio en comparación con los datos averiguados por Marnpae (2014: 267). Al parecer, los contenidos no han sido ampliados, ni modificados, ya que los temas que se pueden consultar coinciden con los mencionados por dicha autora (ibídem), es decir, la salud pública, la salud perinatal, la salud sexual y reproductiva y la salud infantil. Asimismo, está disponible un glosario de términos sanitarios y vocabulario de expresiones más usadas en catalán.
2. A partir de la consulta que hemos realizado del catálogo de la Dirección General de Salud Pública de Madrid, hemos encontrado información sobre la publicación de materiales dedicados a los temas de salud sexual y reproductiva (5 folletos), tabaquismo (1), información a la mujer (1) y nutrición infantil (1). El material más reciente se fecha en 2010.
3. En la página web de la Consejería de Salud de Andalucía aparecen dos folletos, uno dedicado a la salud sexual y otro es la hoja de entrevista clínica. Según Marnpae (2014: 271), en 2014 aparecía en la misma página cuatro folletos en lengua rusa. Suponemos que se ha reducido la cantidad de materiales debido a algunas renovaciones del recurso electrónico. No obstante, podemos deducir que en los últimos cuatro años no han sido publicados materiales en ruso.
4. En cuanto a la Comunidad Valenciana, no nos ha sido posible encontrar algún material en ruso, de ahí que se deduce que este idioma no se ha convertido en una de las lenguas prioritarias para esta región a partir de 2014.

En general, podemos resumir que la cantidad de materiales orientados al paciente ruso es mínima y en su totalidad trata los problemas sexuales, mientras que no se elabora ninguna información para dar pautas o explicar cómo funciona el sistema sanitario en España que podría facilitar el acceso de inmigrantes rusos al SNS español.

3. Metodología

Aunque numerosos autores suelen hablar de contrastes culturales o socioculturales, este trabajo se centra en las diferencias de naturaleza social e institucional, partiendo de que las diferencias en el comportamiento de pacientes españoles y rusos, se deben no tanto a las diferencias entre paradigmas culturales, como a las de carácter institucional y legislativo, de tal forma que pueden prevenirse de forma relativamente fácil los conflictos provocados por tales causas, ya que dichos patrones de comportamiento no son arquetípicos, ni forman parte de la cultura o mentalidad.

La mediación intercultural es un campo de estudio nuevo, emergido en la segunda mitad del siglo XX por incremento considerable de flujos migratorios en diferentes partes del mundo. No es de extrañar que poseyendo un carácter interdisciplinar, adopta la metodología de diferentes ciencias como la lingüística, sociología, antropología, etnología, etc.

Para revelar dichas diferencias hemos aplicado el método contrastivo. Mientras que el método comparativo ampliamente usado en lingüística y antropología tiene como objetivo buscar tanto las similitudes, como las diferencias, haciendo un especial hincapié en las primeras para revelar tendencias comunes, el método contrastivo, se centra exclusivamente en las diferencias, considerando irrelevantes las similitudes a partir de los objetivos de la investigación. Estudios comparativos que ayudan a formular problemas y, además, proporcionan “material mediante el cual se pueden dar los primeros pasos hacia la solución” (Fernández Moreno, 2012).

Por las limitaciones del presente trabajo nos ha sido imposible comparar todos los aspectos legales de las prestaciones sanitarias en el marco de los sistemas nacionales de sanidad de Rusia y España, por lo cual han sido elegidos cinco aspectos principales que son los más recurridos e importantes para los inmigrantes recién llegados que por defecto son los que más necesitan la mediación intercultural respecto a las diferencias culturales, ya que son los que desconocen cómo funciona la salud pública en el país de acogida. Estos cinco aspectos son los siguientes:

1. Cartera de servicios que comprende la sanidad nacional.
2. Vías de acceso a la sanidad pública
3. Atención en urgencias
4. Formato de atención a domicilio
5. Recetación de fármacos

A fin de lograr este objetivo, hemos analizado un cuerpo de documentos que se pueden dividir en primarios y secundarios. El primer grupo está formado por las normativas y leyes que regulan el funcionamiento de establecimientos sanitarios de atención primaria en España y Rusia y el acceso al conjunto de servicios sanitarios, así como el abanico de los servicios que comprende el sistema de sanidad pública. Es decir, han sido estudiados tanto las respectivas leyes y decretos, como instrucciones, documentos locales y procedimientos de ambos países. Asimismo, con el fin de analizar la aplicación de dichas normas, fueron analizadas fuentes como páginas web de diferentes establecimientos sanitarios y artículos de prensa rusa.

La segunda parte de la investigación supone una clasificación de diferencias reveladas a partir de su tipo y métodos adecuados de mediación. A continuación, se analiza el contenido de varios folletos publicados en la Comunidad de Madrid en los últimos años a fin de averiguar si los datos concedidos en ellos corresponden a las necesidades de información de inmigrantes rusos y si pueden disipar las dudas de este grupo sobre las prestaciones y funcionamiento de SNS en España.

Al final, se dan pautas y propuestas de uso de resultados de análisis en función de posibles problemas originados de las diferencias encontradas entre el orden sanitario español y el ruso.

De esta forma, a lo largo del trabajo práctico se seguirán los siguientes pasos:

1. Definición de documentos que regulan uno de los aspectos de sanidad objeto del presente estudio.
2. Extracción de las diferencias relevantes en el contexto de la mediación intercultural.
3. Clasificación según el tipo de diferencia y estrategia de mediación.
4. Elaboración de pautas a seguir a fin de mediar problemas concretos.

4. Análisis contrastivo del acceso a los principales servicios de asistencia sanitaria

Como hemos indicado anteriormente, una de las principales causas de malentendidos entre españoles e inmigrantes son diferencias culturales que influyen en su comportamiento y en sus reacciones lingüísticas y paralingüísticas, y de las que dependen sus expectativas en una u otra situación. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, en este contexto el término “diferencias culturales” abarca un conjunto de factores que diferencian opiniones, convicciones, hábitos y valores de inmigrantes de los habituales en el país de su residencia. Algunos de estos factores son persistentes, por ejemplo, los valores, que llegan a formar parte de la mentalidad de una u otra nacionalidad. Por otro lado, otros condicionantes como opiniones sobre sistema social o hábitos alimenticios pueden ser más flexibles y dependen del entorno. Así, es un hecho bien conocido que los musulmanes no comen cerdo. Sin embargo, muchos musulmanes en Rusia, que es un país laico aunque con una presencia predominante de la Iglesia ortodoxa, pueden consumir este tipo de carne y hasta alcohol, pero se consideran a sí mismos musulmanes (Inosmi.ru. Rossia segodnia, 2016).

De la misma forma, pueden ser flexibles sus visiones del funcionamiento de algunos institutos sociales. El sistema de sanidad no es una excepción. En este contexto cabe destacar que los rusos nacidos antes de los noventa han sido testigos de la transición del sistema de sanidad soviético al nuevo sistema ruso.

El sistema de sanidad en la URSS, basado en el modelo de Semashko, fue efectivo hasta los 70, cuando la aparición de nuevas tecnologías en el ámbito sanitario empezó a debilitar el sistema, haciéndolo cada vez menos eficiente. No obstante, funcionó sin reforma durante años tras la caída de la URSS y experimentaron una importante decadencia, lo que supuso un cambio de la opinión de la población al respecto de la sanidad nacional. La reforma de Sanidad en Rusia que se ha realizado en la última década ha provocado que en los últimos años los rusos hayan empezado a adquirir nuevos hábitos y modelos de comportamiento referentes a la salud.

Sin embargo, como se resalta en el capítulo 2.3.2, los autores españoles, describiendo la conducta típica de pacientes rusohablantes y problemas relacionados con el entendimiento en centros sanitarios, a veces se rigen por los estándares soviéticos de prestaciones sanitarias.

Con relación a lo anteriormente expuesto, en el presente estudio se investigan los aspectos de la sanidad rusa que, por un lado, pueden depender de factores sociales, y por otro, se describen fenómenos que forman parte de la nueva realidad social rusa, que ayudará a mediadores interculturales, traductores e intérpretes en los servicios públicos a desempeñar su trabajo más efectivamente en el ámbito sanitario.

4.1 Cobertura de servicios sanitarios públicos garantizados en Rusia y España

Antes de analizar el conjunto de servicios sanitarios prestados en España y Rusia gratuitamente, es necesario comprender cómo se definen en la legislación de los dos países aquellos conceptos fundamentales para la presente investigación como la salud pública, la prestación sanitaria y el paciente.

Así, el art. 2 de la Ley Federal “De los Fundamentos de Salud Pública de Ciudadanos en la Federación de Rusia” define la salud pública como:

Система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, ст. 2).

El sistema de medidas de carácter político, económico, legal, social, científico y sanitario, incluidas las sanitarias antiepidémicas (preventivas), realizadas por los órganos del poder de sujetos de la Federación de Rusia, administraciones autónomas locales, entidades, sus funcionarios y otras personas y ciudadanos a fin de prevenir enfermedades, proteger y promover la salud física y psíquica de toda persona, mantener su vida activa durante muchos años y concederle prestaciones sanitarias (Federalny Zakón del 21 de noviembre de 2011 № 323-FZ, art. 2).

A su vez, la legislación española (Ley 33/2011, de 4 de octubre, Art. 1) define este término como “el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”.

Evidentemente, la definición española de la sanidad es más general, mientras que la legislación rusa extiende más el concepto de la “salud” que es objeto de las medidas tomadas. Además, cabe resaltar que el abanico de órganos y entidades responsables se detalla más en la definición rusa. No obstante, en el marco del presente trabajo las consideramos como equivalentes, porque:

- 1) en ambos casos se comprende el conjunto de medidas dirigidas a la protección de la salud de la población;
- 2) las dos definiciones comprenden que las medidas se adoptan en las fundaciones públicas o, dicho de otra forma, se garantizan por el estado;
- 3) a pesar de que la definición española subraya que dichas medidas se dirigen tanto a la protección de la salud individual, como de la pública, en el contexto del presente estudio es importante que los dos términos abarcan la salud individual.

En cuanto a la definición del concepto “prestación sanitaria”, la legislación rusa lo entiende como:

...медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение” (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, ст. 2).

...intervención sanitaria o conjunto de intervenciones sanitarias, dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, rehabilitación sanitaria que tienen significado autónomo completo” (Federalny Zakón del 21 de noviembre de 2011 № 323-FZ, art. 2).

La Ley española que regula la autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) comprende la prestación sanitaria como “la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias”.

A primera vista estas definiciones parecen diferentes, pero teniendo en cuenta cómo la legislación rusa interpreta el concepto de la intervención sanitaria (Federalny Zakón del 21 de noviembre de 2011 № 323-FZ, art. 2), por medio del cual se define la prestación sanitaria, los términos ruso y español pueden considerarse sinónimos, aunque no equivalentes.

Al final, de acuerdo con la ley rusa arriba mencionada, el paciente es la persona física sujeta a la atención sanitaria o que acude a un centro médico para que le presten ayuda sanitaria independientemente de si tiene o no una enfermedad o estado patológico (ibídem). Es importante que el término ruso abarca dos conceptos españoles (Ley 41/2002, de 14 de noviembre): “Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud. [...] Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria”.

Sin embargo, cabe destacar que aunque la definición rusa no trata directamente la prevención de enfermedades y promoción de salud, no es relevante para nuestra investigación ya que estudia casos de acceso a los establecimientos sanitarios a fin de recuperar o mejorar la salud, de ahí que en este estudio se usarán los términos “paciente” y “usuario” como universales y sinónimos.

Tomando en consideración las similitudes y diferencias en las definiciones de los términos fundamentales para el presente trabajo, procedemos a llevar a cabo el análisis contrastivo de las prestaciones sanitarias garantizadas por los sistemas sanitarios de ambos países.

En la legislación rusa la relación de estas prestaciones se regula por el Decreto del Gobierno de la Federación de Rusia №1492 de 8 de diciembre de 2017 “Del Programa de Garantías Estatales para la Prestación Gratuita de la Atención Sanitaria al Ciudadano para el año 2018 y para el periodo de 2019 y 2020” (Postanovlenie Pravitelstva RF № 1492 del 8 de diciembre de 2017). En España el documento equivalente es el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Hace falta destacar que como los dos sistemas están basados sobre principios semejantes y siguen preceptos de la Organización Mundial de Salud, cuentan con bastantes similitudes. Sin embargo, nuestro objetivo es revelar divergencias, que centrarán nuestra atención.

En primer lugar, es menester resaltar el ámbito de aplicación de las relaciones arriba indicadas. Así, el artículo 11.1 del mencionado Real Decreto establece la obligatoriedad de cumplir plenamente con los requisitos de la cartera en todo el territorio español y menciona explícitamente la posibilidad de ampliar la cartera de servicios por las comunidades autónomas a nivel de carteras regionales (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, art. 11.1). En cuanto a la legislación rusa, según estipula el capítulo V “Financiación del Programa”, se prevé la posibilidad de conceder servicios adicionales, que no forman parte de la relación, a cuenta del presupuesto federal, pero delimita los tipos de tales prestaciones (Postanovlenie Pravitelstva RF № 1492 del 8 de diciembre de 2017).

Desde el punto de vista de pacientes de los sistemas nacionales de sanidad de España y Rusia, la principal diferencia reside en una mayor variedad potencial del conjunto de servicios prestados entre diferentes comunidades autónomas. En otras palabras, a pesar de la enorme cantidad de los así llamados sujetos federales en Rusia, la relación de servicios prestados está

más unificada, lo que puede producir cierta confusión para los emigrantes rusos que acuden a la atención sanitaria en España, y a veces actúan a partir de las experiencias de sus amigos y compatriotas de otras regiones españolas, compartidas en numerosos foros de inmigrantes.

Otra diferencia que atrae nuestra atención es el precepto del Real Decreto, que prevé la opción de pago de prestación por usuario en caso de ser imposibilitado el acceso a los centros sanitarios públicos para obtener la atención de emergencia con la indemnización posterior de los gastos por el Sistema Nacional de Sanidad de España (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, art. 4.3). La normativa rusa no establece posibilidad semejante y, a partir de la experiencia de la autora del presente trabajo que es ciudadana de la Federación de Rusia, no se hacen usos de la misma. De esta forma, en caso de surgir tal situación a un paciente ruso en el territorio de España, pueden ser necesarias aclaraciones adicionales sobre la forma y procedimiento de pago e indemnización de gastos por la falta de confianza en este formato de prestación por parte del paciente ruso.

Comparando tipos de atención sanitaria, incluidas en la relación de prestaciones gratuitas, en primer lugar, se hacen evidentes enfoques distintos hacia su clasificación, por lo cual fue elaborado un cuadro comparativo (Véase Tabla 1, Anexo 1) que hace evidente la estructura distinta de las prestaciones sanitarias, más sofisticada y detallada en caso de España, aunque a primera vista puede parecer que el abanico de servicios casi coincide, siendo más rico y completo en el Reino de España. Por otro lado, las diferencias reveladas de la clasificación están relacionadas, entre otras causas, con el que el volumen de prestaciones garantizadas equivalentes no siempre coincide, más aún, mientras la normativa española describe detalladamente las prestaciones de cada tipo de servicio sanitario, la relación de prestaciones rusa comprende una lista general de problemas de salud en el caso de los cuales las autoridades rusas garantizan la atención sanitaria gratuita. Si comparamos la lista unificada rusa de problemas de salud expuesta en la parte III “Relación de afecciones y estados, en los cuales los servicios sanitarios se prestan gratuitamente, así como categorías de ciudadanos a los que les prestan gratuitamente los servicios sanitarios” del Programa de Garantías Estatales de prestación gratuita de servicios sanitarios al ciudadano para el año 2018 y el periodo planificado de los años 2019 y 2020 (Postanovlenie Pravitelstva RF № 1492 del 8 de diciembre de 2017) y la descripción de enfermedades y estados mencionados en los anexos de la cartera española (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre), podremos comprobar que la mayoría de prestaciones garantizadas coinciden en los dos países. Sin embargo, el carácter generalizador del documento ruso es evidente. Así, la mayor parte del documento ruso está dedicada a la financiación del programa y de las prestaciones que cubre el programa de seguro sanitario obligatorio y anexos, en los cuales se detalla la lista de prestaciones de alta tecnología que forman parte del dicho programa, mientras que así llamada “Relación de afecciones y estados en los cuales servicios sanitarios se prestan gratuitamente, así como categorías de ciudadanos a los que se prestan gratuitamente los servicios sanitarios” ocupa menos de una página del documento. A su vez, la parte principal del Real Decreto la integran anexos que describen detalladamente afecciones, tipos de prestaciones y manipulaciones sanitarias que se cubren por el SNS, y son gratuitos para los asegurados y beneficiarios. En lo que se refiere a las manipulaciones, tanto las que son necesarias para diagnóstico, tratamientos, como las preventivas y con la única excepción de las prestaciones de alta tecnología, no se mencionan en el Decreto ruso.

Eso no significa que la legislación rusa carezca de documentos que establecieran una lista de tratamientos e intervenciones. Así, el Ministerio de Sanidad de la Federación de Rusia ha elaborado una serie de decretos de estándares de atención sanitaria especializada (e.g.: Decreto del Ministerio de Sanidad de la Federación de Rusia del 9 de noviembre de 2012, № 842H “De la aprobación del estándar de atención sanitaria en gripe grave”, Decreto del Ministerio de Sanidad de la Federación de Rusia del 28 de diciembre de 2012 № 1611H “De

la aprobación del estándar de la atención sanitaria en lupus discoide (en hospitales de día)”, Decreto del Ministerio de Sanidad de la Federación de Rusia del 7 de noviembre de 2012 № 614H «De la aprobación del estándar de la atención sanitaria en síndrome nefrítico agudo, hematuria recurrente y persistente, síndrome nefrítico crónico, otros síndromes específicos de anomalías congénitas no clasificadas en otros desgloses”, Decreto del Ministerio de Sanidad de la Federación de Rusia del 20 de diciembre de 2012 № 1076H “De la aprobación de estándar de la atención sanitaria especializada en la deformidad escoliótica rígida grave” y otros) que detallan los tipos de servicios diagnósticos y terapéuticos previstos para uno u otro caso. A pesar de ello, estos estándares han sido elaborados para un número limitado de enfermedades, además, la responsabilidad por la implementación de dichos preceptos, así como la prestación de servicios de alta tecnología mencionados en el Decreto del Gobierno de la Federación de Rusia del 08 de diciembre de 2017 № 1492 se atribuye a los órganos regionales de administración de sanidad que, a partir del presupuesto aprobado para el ejercicio, determinan el volumen de las prestaciones. Esto hace el sistema ruso mucho menos transparente en comparación con España, donde a pesar de que el cumplimiento de programas de salud pública también es responsabilidad de autoridades regionales, toda la cartera de prestaciones y manipulaciones está fijada en un documento nacional.

Así, cada región de la Federación de Rusia debe elaborar anualmente el Acuerdo de Tarifas de pagos de las prestaciones sanitarias en sistema de seguros sanitarios obligatorios, cuyos anexos tienen que detallar la relación de servicios que se garantizan por el estado. Para dar un ejemplo, hemos estudiado los Acuerdos de Tarifas de la ciudad de Moscú (Tarifnoe soglashenie, Moscú, 2017), de la ciudad de San Petersburgo (Generalnoe tarifnoe soglashenie, San Petersburgo, 2017), República de Tataristán (Tarifnoe soglashenie, Tataristán, 2017), región de Kemerovo (Tarifnoe soglashenie, Óblast de Kemerovo, 2017) y región de Kursk (Soglashenie, Óblast de Kursk, 2017) para el año 2018. En tres primeros casos, hemos podido acceder libremente tanto al Acuerdo mismo, como los Anexos que describen las prestaciones cubiertas por los seguros sanitarios obligatorios. Sin embargo, en las páginas web oficiales de las Fundaciones de seguros sanitarios obligatorios de regiones de Kemerovo y Kursk no están publicados los anexos que detallaran los servicios garantizados.

La cuestión del difícil acceso de la población hacia la información sobre las prestaciones cubiertas por seguros sanitarios obligatorios estriba en que se da pie a que se produzcan casos ilegítimos cuando los médicos recomiendan consultas pagadas a pacientes. Así, de conformidad con los resultados de un sondeo realizado por el Centro de estudio de opinión pública de toda Rusia, realizado en 2017, el 31 % de participantes indica que en caso de acudir a los establecimientos públicos tuvieron que afrontar demandas de pago por los servicios y medicamentos que tenían que ser concedidos gratuitamente. (VTsIOM, 2017). Al final, va disminuyendo considerablemente el nivel de confianza a la atención sanitaria pública, y muchos usuarios prefieren acudir a establecimientos privados. De acuerdo con los datos del periódico "Rossiiskaya gazeta", en 2016 este índice alcanzó el 40 % («Rossiiskaya gazeta», 2016). En una situación corriente los pacientes rusos preguntan varias veces sobre gratuidad de la consulta o del servicio médico incluso cuando se les da volante, a pesar de que el volante en Rusia implica la gratuidad de los mismos.

Asimismo, a causa de la falta de confianza en médicos y en el sistema de sanidad como tal, pacientes rusos tienden de una parte, a hacer más preguntas, tratando de precisar el diagnóstico y revelar los factores desencadenantes de enfermedad, y de otra, no quieren fiarse de la información concedida y piden que les prescriban más pruebas, hasta cuando el cuadro clínico es evidente. En muchos casos, el rechazo de empleado a dar tales indicaciones resulta en la iniciativa del paciente a cambiar del médico. La práctica de la “segunda opinión” existe en España, pero en la Rusia hoy en día está mucho más extendida.

Otro contraste bastante importante son los plazos de prestar uno u otro servicio sanitario en los dos países. Así, la parte VII “Requisitos hacia el programa territorial en parte de definir el orden y condiciones de prestación de asistencia sanitaria, criterios de accesibilidad y calidad de asistencia sanitaria” del Decreto del Gobierno de la Federación de Rusia "Del Programa de Garantías Estatales para la Prestación Gratuita de la Atención Sanitaria al Ciudadano para el año 2018 y para el periodo planeado de 2019 y 2020” establece las siguientes normas referentes a los plazos a la hora de prestar servicios sanitarios:

LO: Сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями - не должны превышать 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния);

сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения;

сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня назначения.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. В территориальных программах время доезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов (Постановление Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. № 1492).

LT: Los plazos de espera de la atención primaria en urgencias no deben superar dos horas desde el momento del primer contacto del paciente con el establecimiento sanitario;

Los plazos de espera de la atención sanitaria especializada (salvo la atención con uso de altas tecnologías) no deben superar 30 días naturales a partir del día cuando el médico entregue el volante de hospitalización, y para los pacientes con enfermedades oncológicas, no deben superar 14 días naturales desde el momento de verificación histológica de tumor o desde el momento de diagnosticar la enfermedad (estado);

Los plazos de espera de consulta a terapeutas de la zona, médicos generalistas (médicos de familia) y médicos pediatras de la zona no deben superar 24 horas desde el momento de acudir al establecimiento sanitario;

Los plazos de realización de consulta a médicos especialistas no deben superar 14 días naturales a partir del día de acudir el paciente al establecimiento sanitario;

Los plazos de realización de investigaciones de diagnóstico instrumentales (radiografía, incluida mamografía, diagnóstico funcional, ecografías) e investigaciones de laboratorio en la atención primaria no deben superar 14 días naturales a partir del día de prescripción;

Los plazos de realización de tomografía computarizada (incluida la tomografía computarizada por emisión de fotón único), resonancia magnética y angiografía en atención primaria no deben superar 30 días naturales;

El plazo de llegada de equipo de emergencias hasta el lugar donde se encuentra el paciente no debe superar 20 minutos desde el momento de llamada. En los programas territoriales el plazo de llegada de equipos de emergencias puede ser corregido de forma argumentada teniendo en cuenta la accesibilidad de transporte, la densidad de población, así como las particularidades climáticas y geográficas de regiones (Postanovlenie Pravitelstva RF del 08 de diciembre de 2017 № 1492).

Al mismo tiempo, el Real Decreto 1030/2006 del 15 de septiembre no regula de ninguna manera los plazos de prestación de servicios garantizados, delegándolo a las autoridades regionales, de conformidad con el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. En el marco de la presente investigación hemos estudiado documentos normativos de comunidades autónomas de España, los resultados obtenidos están expuestos en la Tabla 2 (Véase Anexo 2). Si comparamos los plazos de espera de servicios equivalentes, podemos llegar a la conclusión de que el tiempo medio de espera de atención sanitaria en Rusia es considerablemente más reducido, más aún, en algunos casos el plazo máximo de espera en Rusia es más corto que el mejor índice español, por ejemplo, en Galicia se establece el plazo máximo de espera de intervención quirúrgica de 60 días, mientras que en Rusia este plazo no debe superar 30 días. Además, aunque el tiempo máximo de espera de primera consulta a especialista, 14 días, es comparable con su equivalente en Castilla-La Mancha (15 días), cabe subrayar que es la única región española que ha establecido un plazo tan reducido, mientras tanto otras regiones siguen la media de 45-60 días.

Una diferencia tan importante asimismo influye en las expectativas de los pacientes. Mientras los españoles están acostumbrados a los tiempos de espera existentes en el país, los inmigrantes rusos, recién llegados a España, resultan no preparados al cambio de paradigma de atención sanitaria, que provoca preguntas de por qué tienen que esperar tanto y si se puede acelerar el proceso de alguna manera, lo que puede ser valorado por los médicos y personal sanitario españoles como una impaciencia y hasta falta de educación. En realidad, no es así: desde el punto de vista cultural, los rusos están acostumbrados a la espera y a las colas; sin embargo, la realidad social, que cultiva el hábito de la sanidad “rápida”, influye en las expectativas y conducta de pacientes rusos, que puede ser prevenido gracias a la medicación intercultural adecuada.

A partir del análisis realizado con relación al conjunto de servicios garantizados en España y Rusia, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1. Dada la diferencia en la forma de prestar servicios y gestionar pagos, los pacientes de procedencia rusa pueden hacer un número elevado de preguntas y parecer confundidos.
2. La falta de transparencia del sistema nacional de salud ruso en cuanto a la relación de servicios garantizados lleva a la disminución de confianza de la población en la sanidad que puede provocar preguntas sobre el posible precio de prestaciones hasta en el caso cuando en el marco del Sistema Nacional de Sanidad de todas formas se conceden gratuitamente.
3. Asimismo, la falta de confianza hacia el sistema de sanidad ruso fue determinante para que se extendiera en Rusia de la práctica de “segunda opinión” incluso en aquellos casos en los que desde el punto de vista de la sanidad española no es conveniente.
4. Los plazos de espera más reducidos en Rusia pueden llevar a la percepción errónea de la conducta de pacientes rusos por el personal sanitario español que puede considerarlos maleducados.

Todos estos matices pueden ser objeto de una exitosa mediación intercultural, pudiendo prevenir algunos de ellos, lo que será estudiado detalladamente en el capítulo 5 del presente trabajo.

4.2 Acceso a la asistencia sanitaria para extranjeros en España y Rusia: relación entre la normativa del país de procedencia y expectativa del usuario en el país de destino

Una vez que hemos analizado el conjunto del sistema nacional de salud pública pasamos a determinar los casos en los cuales ciudadanos de países extranjeros tienen derecho a las prestaciones gratuitas y cómo estas normativas se correlacionan con la legislación del país de procedencia, de Rusia en este caso.

Para ello vamos a comentar previamente las normativas españolas determinan varias categorías de ciudadanos extranjeros, formando los ciudadanos de los países de la Unión Europea, Comunidad Económica Europea y Suiza un grupo especial, por lo que en el contexto del presente trabajo el término “ciudadanos de países extranjeros” se referirá a los ciudadanos no comunitarios.

De conformidad con el art. 12 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en España tienen derecho a la protección de salud y atención sanitaria en el marco de la sanidad nacional, los extranjeros residentes de España, entre otros. Al mismo tiempo, para acceder a los servicios sanitarios gratuitos, es menester estar dado de alta en la Seguridad Social, en otras palabras, ser asegurado, que es posible en condiciones, previstas en el art. 3.2 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud:

- a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza, encontrarse en situación de desempleo, no acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título y residir en España (Ley 16/2003, de 28 de mayo).

A partir de la cita arriba indicada, se refiere en la mayoría de los casos a los inmigrantes recién llegados a España el apartado a), y en menor grado los b) y c).

La legislación rusa establece el derecho de los residentes temporales y permanentes de Rusia a las prestaciones sanitarios igual que ciudadanos rusos, pero a la vez se indica que la prestación de servicios sanitarios garantizados por el estado se realiza en base al programa de garantías públicas para los servicios gratuitos, que a su vez estipula que la atención sanitaria a los asegurados en el sistema de seguros sanitarios obligatorios es posible en casos indicados en los apartados 1-5 del art. 10 de la Ley Federal de 29 de noviembre de 2010 № 326-FZ “De seguros sanitarios obligatorios en la Federación de Rusia” (Federalny Zakón de 21 de noviembre, № 323-FZ, art. 19.3).

De esta forma, para comprender en qué casos precisamente los ciudadanos extranjeros tienen derecho a la atención sanitaria gratuita en el marco de la seguridad social o seguro sanitario obligatorio (en España y Rusia respectivamente), es necesario aclarar qué significa “residencia temporal” y “residencia permanente” en cada uno de estos países.

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, determina los estatutos de estancia (art. 30), residencia temporal (art. 31) y residencia permanente (art. 32) a través de los plazos de su permanencia en el territorio español:

- 1) estancia supone permanencia en España por un plazo que no supere 90 días;

2) estatuto de residente temporal comprende permanencia en España de 90 días a 5 años;

3) estatuto de residente permanente no tiene plazos, y permite residir y trabajar en España al igual que los ciudadanos de este país.

De esta forma, en muchos casos en España el acceso de los inmigrantes, la mayoría de los cuales son personas en edad laboral (el caso de los inmigrantes menores se analiza a continuación), a los servicios garantizados en el marco del sistema sanitario nacional depende de la obtención, por un lado, de permiso de residencia y, por otro lado, de trabajo oficial. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, de conformidad con la legislación vigente en España, es imposible conseguir un puesto de trabajo si no se cuenta con el permiso de residencia temporal o permanente, es decir, la persona, que tiene trabajo oficial, automáticamente obtiene el derecho a darse de alta en la Seguridad Social de España. Es especialmente importante si comparamos estos datos con los fenómenos típicos exclusivamente de la cultura rusa, ya que el permiso de trabajo para inmigrantes no está relacionado con la obtención del estatuto de residencia temporal o permanente. Así determina estos conceptos la legislación rusa:

LO: Разрешение на временное проживание - подтверждение права иностранного гражданина или лица без гражданства временно проживать в Российской Федерации до получения вида на жительство, оформленное в виде отметки в документе, удостоверяющем личность иностранного гражданина или лица без гражданства, либо в виде документа установленной формы, выдаваемого в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

вид на жительство - документ, выданный иностранному гражданину или лицу без гражданства в подтверждение их права на постоянное проживание в Российской Федерации, а также их права на свободный выезд из Российской Федерации и въезд в Российскую Федерацию. Вид на жительство, выданный лицу без гражданства, является одновременно и документом, удостоверяющим его личность (Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ, ст. 2).

LT: El permiso de residencia temporal es la acreditación del derecho del ciudadano extranjero o persona apátrida a residir temporalmente en la Federación de Rusia hasta que obtenga el permiso de residencia permanente, presentado en forma de una nota en el documento de identidad de ciudadano extranjero o persona apátrida o en forma de un documento de forma establecida, expedido por la Federación de Rusia a la persona apátrida que no cuenta con un documento de identidad;

El permiso de residencia permanente es un documento expedido al ciudadano extranjero o persona apátrida que acredita su derecho a residir permanentemente en la Federación de Rusia, así como su derecho a la salida libre de la Federación de Rusia y entrada en la Federación de Rusia. El permiso de residencia permanente, expedido a una persona apátrida es, al mismo tiempo, el documento de identidad (Federalny Zakón de 25 de junio de 2002 № 115-FZ, art. 2)

Como se deduce de la cita, en Rusia estos estatutos no están relacionados de ninguna manera con la posibilidad de encontrarse en el territorio nacional como tal, así como no se establecen los plazos de estancia en Rusia, una vez superados los cuales el ciudadano extranjero estaría obligado a formalizar el permiso de residencia temporal o permanente. Más aún, el derecho de extranjeros a trabajar en la Federación de Rusia no está vinculado con la tramitación de estos documentos, sino con la necesidad de obtener un permiso de trabajo.

Asimismo, como se desprende de las leyes indicadas, a diferencia de España, en Rusia la ocupación de un puesto laboral por un extranjero todavía no garantiza el derecho a obtener prestaciones sanitarias gratuitas. Es más, si estudiamos detenidamente las normativas que regulan la tramitación de permiso de residencia temporal y de permiso de residencia permanente, resultará que la obtención de cualquiera de los dos estatutos en cuestión es muy

complicada, por lo cual pocos inmigrantes que trabajan en Rusia inician la tramitación de estos documentos, que favorece la divulgación del estereotipo de que los extranjeros de hecho no tienen derecho a la atención sanitaria gratuita.

Contrastes aún más importantes afectan a otros casos como el derecho a las prestaciones garantizadas. Así, la legislación española, además del concepto de “asegurado”, prevé el término “beneficiario” como forma de acceso a los servicios sanitarios gratuitos. Según la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, puede ser beneficiario de un asegurado cualquier residente español si cumple alguno de los siguientes requisitos:

a) tiene cónyuge o persona con análoga relación de afectividad que es asegurado de la Seguridad Social;

b) está a cargo de su excónyuge que es asegurado;

c) es pariente descendiente o persona asimilada, menor de 26 a cargo de asegurado;

d) es pariente descendiente o persona asimilada con discapacidad en grado igual o superior de 65 % a cargo de asegurado (Ley 16/2003, de 28 de mayo, art 3.4).

Con todo, de acuerdo con el art. 3-bis.2, tanto las personas aseguradas, como los beneficiarios tienen derecho a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, una vez acreditado su estatuto (ibídem, art. 3-bis.2).

Mientras tanto, la legislación rusa no opera con el concepto de beneficiario. Esta diferencia en el derecho es extremadamente importante para los inmigrantes, que muy probablemente no estén familiarizados con las oportunidades que ofrece la Seguridad Social española en caso de que un pariente esté asegurado, de ahí que este tema debe ser objeto de la mediación intercultural por medio de traducción e interpretación.

Más aún, la información sobre la diferencia en el orden de prestar gratuitamente servicios sanitarios a extranjeros en ocasiones excepcionales que no exigen el alta en la Seguridad Social de España o el seguro sanitario obligatorio en Rusia, asimismo es de suma importancia para los pacientes inmigrantes en España. Así, de conformidad con el art. 3-ter de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, menores de edad independientemente de su estatuto legal tienen derecho a las prestaciones del SNS igual que los ciudadanos de España. La legislación rusa no considera a los menores una categoría aparte en el contexto de la asistencia sanitaria, lo que significa que están sujetos a los artículos anteriormente indicados, en otras palabras, para acceder a la atención sanitaria necesitan el permiso de residencia temporal o permanente. De esta forma, volvemos a afrontar la situación cuando en la legislación española existe un concepto legal ausente en Rusia, que puede resultar en la falta de información por parte del paciente si no es experto en el ámbito de derecho sanitario.

Además, el art. 3-ter de la Ley 16 de 28 de mayo prevé la prestación gratuita de servicios sanitarios a los extranjeros que no tienen permiso de residencia en dos ocasiones más: 1) urgencias por enfermedad grave o accidente, 2) cuidados en el periodo embarazo, parto y posparto. En cuanto al primer punto, en Rusia, según rigen los artículos 3 y 5 de las Normas de Atención Sanitaria a los Ciudadanos Extranjeros en el Territorio de la Federación de Rusia, aprobadas por el Decreto del Gobierno de la Federación de Rusia de 6 de marzo de 2013 № 186, la asistencia de emergencia en estados que ponen en riesgo la vida se presta gratuitamente, y la asistencia de urgencias, incluida la especializada, está prestada gratuitamente en establecimientos sanitarios públicos y municipales, cuando hace falta la intervención sanitaria urgente. Es decir, en este caso la normativa es equivalente en ambos países, aunque no el formato de la prestación que se estudia detalladamente en el capítulo 4.3.

A su vez, en la legislación rusa no existe ningún precepto, equivalente al segundo caso, es más, de acuerdo con Ley Federal “De los fundamentos de la protección de salud de ciudadanos en la Federación de Rusia”, la atención durante el embarazo forma parte de la asistencia primaria, es decir, se cubre por el seguro sanitario obligatorio (Federalny Zakón de 21 de 2011 № 323-FZ, art. 33). Asimismo, en algunas regiones los centros perinatales exigen

documentos adicionales además del seguro sanitario obligatorio si la mujer embarazada está empadronada en otra región, de ahí que en Rusia existe el estereotipo de que la atención en el periodo perinatal se presta o bien en la región de residencia permanente, o bien debe ser pagada, que por un lado, contribuye a la formación de expectativas de mujeres inmigrantes y, por otro, puede llevar a unas consecuencias graves en caso de la información insuficiente proporcionada a las mujeres extranjeras.

Para concluir, con el fin de la mediación intercultural en el marco del tema del acceso a las prestaciones sanitarias gratuitas hay que tener en cuenta las siguientes diferencias:

- 1) en España a diferencia de Rusia, la posibilidad de acceder a los servicios del Sistema Nacional de Salud existe no solo para los asegurados, sino también para sus beneficiarios;
- 2) un trabajo o negocio oficial significan la posibilidad de acceder a los servicios garantizados de SNS español;
- 3) todos los inmigrantes menores de edad tienen en España el derecho a la atención sanitaria al igual que los españoles;
- 4) las ciudadanas de países extranjeros tienen derecho a la atención durante el embarazo, parto y posparto independientemente de su situación legal.

Si se da la información adecuada a los inmigrantes, es posible aumentar considerablemente la calidad de vida, así como ayudará a evitar intentos de automedicación. El deficiente conocimiento de sus derechos puede en el incumplimiento de las prescripciones médicas, incomparecencia a las citas de seguimiento, especialmente si la primera cita no es gratuita, y en general puede afectar al seguimiento adecuado del tratamiento.

4.3 Оказание скорой помощи: формат медицинской услуги

Как следует из предыдущего раздела, скорая помощь оказывается бесплатно вне зависимости от правового статуса пациента как в Испании, так и в России. Тем не менее, это не означает, что при ее оказании невозможно возникновение каких-либо социокультурных конфликтов и недопониманий. Дело в том, что распространенность различных форм оказания этого вида медицинской помощи в рассматриваемых нами системах здравоохранения не совпадает, а потому способ оказания услуги в Испании зачастую не отвечает ожиданиям российских пациентов. Итак, в первую очередь, необходимо понять, что именно понимают под скорой помощью в обеих странах.

Как следует из ст. 2 Порядка оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н, «Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства». При этом, согласно ст. 5 того же документа, скорая помощь предоставляется в двух формах: экстренной, когда речь идет о «внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента» (там же), и неотложной, когда при острых состояниях нет прямых признаков угрозы жизни пациента.

В то же время Приложение IV испанского Королевского указа 1030/2006 от 15 сентября, устанавливающего перечень общих услуг Системы Национального Здравоохранения и процедуру его актуализации указывает на то, что скорая помощь предоставляется в случаях, когда сложившаяся клиническая ситуация требует безотлагательного медицинского вмешательства, не разделяя при этом данный вид медицинских услуг на экстренную и неотложную. Тем не менее, как следует из текста документа далее (раздел 1), в Испании, как и в России, скорая помощь, подразумевает,

как экстренную, так и неотложную, в связи с чем мы считаем возможным пользоваться в рамках настоящей работы именно такой терминологией.

Если говорить о контексте оказания медицинских услуг, то законодательство обеих стран прямо предусматривает их предоставление вне медицинской организации, то есть по месту вызова, и в медицинских учреждениях (в Испании: Приложение IV испанского Королевского указа 1030/2006 от 15 сентября, устанавливающего перечень общих услуг Системы Национального Здравоохранения и процедуру его актуализации; в России: ст. 4 Порядка оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н). Тем не менее, это не означает, что порядок оказания этой услуги идентичен.

Порядок оказания помощи амбулаторно и стационарно схож в обеих странах, однако оказание скорой помощи вне медицинского учреждения различен. Изучение статей 10 и 12 указанного выше российского документа приводит к выводу о том, что вызов бригады скорой помощи по месту происшествия, в том числе на дом, прибывают как в случае необходимости экстренной, так и неотложной помощи. При этом, разница заключается в том, что согласно Порядку оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи на экстренный вызов (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н, art 10; Anexo 2, ap. 5) в целях обеспечения наискорейшего оказания помощи «...направляется ближайшая свободная общепрофильная выездная бригада скорой помощи или специализированная бригада скорой медицинской помощи», а для оказания неотложной помощи – «...ближайшая свободная общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи при отсутствии вызовов скорой медицинской помощи в экстренной форме». Таким образом, можно говорить о том, что в России вызов бригады скорой помощи на дом возможен даже в тех случаях, когда нет явной угрозы жизни. Кроме того, необходимо отметить, что выезжающие исключительно на экстренные вызовы специализированные бригады, в отличие от общепрофильных, подразделяются на бригады анестезиологии-реанимации (общие и педиатрические), педиатрические, психиатрические, акушерско-гинекологические.

Что касается испанского законодательства, то Королевский указ 1030/2006 от 15 сентября, устанавливающий перечень общих услуг Системы Национального Здравоохранения и процедуру его актуализации, не устанавливает прямо случаи, в которых возможно оказание скорой помощи вне медицинской организации, однако, с одной стороны, ст. 2.1 Приложения IV указанного документа постановляет, что определение формата оказания помощи возлагается на координационные центры скорой помощи (RD 1030/2006 de 15 de septiembre, Anexo IV, art. 2.1), а с другой стороны, в ч. 1 того же приложения указано, что организационная модель данной медицинской услуги должна определяться компетентными органами здравоохранения (*ibidem*, Anexo IV, Parte 1). Поиск автором настоящей работы соответствующих нормативных документов как в национальном, так и в региональном законодательстве к результату не привел, в связи с чем, мы были вынуждены обратиться к электронным ресурсам официальных органов и больниц скорой помощи в различных автономных сообществах Испании и размещенной на них информации. В частности, была изучена информация об услуге скорой помощи в четырех автономных сообществах с наиболее многочисленными русскими диаспорами.

Так, согласно информации на сайте Каталонской службы Здравоохранения (CatSalut, дата консультации: 11.05.2018) в случае необходимости получения скорой помощи пациенту следует обратиться в центр оказания первичной медико-санитарной помощи или же позвонить по консультационному номеру 061, при этом, никакой

информации о вызове бригады скорой помощи, кроме телефона экстренной помощи, не предоставлено.

На электронной странице Университетской клинической больницы Валенсии (Clínica Malvarrosa, дата консультации: 11.05.2018) в разделе информации об услуге скорой помощи предоставлены разъяснения о том, куда должен обратиться пациент и какие документы иметь при себе, причем, особенно привлекает внимание рекомендация предварительно взять у своего врача первичной медико-санитарной помощи предварительную справку. Никакие данные об оказании услуг вне больницы или же об услуге экстренной помощи не предоставлено.

Что касается Мадрида, то изначально нами были изучены электронные страницы двух медицинских учреждений: Университетской Больницы Рамон-и-Кахаль и Университетская больница Ла Принсеса. И, если на сайте первого (Hospital Universitario Ramón y Cajal, дата консультации: 11.05.2018) предоставлена информация лишь о том, где находится отделение скорой помощи, в которое необходимо обратиться пациентам, то на ресурсе второго учреждения (Hospital Universitario de La Princesa, дата консультации: 11.05.2018) прямо указано, что скорая помощь на дому не предоставляется. В то же время, согласно информации на той же странице, данная услуга входит в компетенцию служб SAMUR и SUMMA 112, вследствие чего были изучены пояснения, предоставленные также и на сайтах этих сервисов. Так, на странице первого из них (SAMUR – Protección Civil, дата консультации: 11.05.2018) указано, что миссия службы состоит в оказании экстренной помощи, а на сайте второго (SUMMA 112, дата консультации: 11.05.2018) опубликован Директивный план экстренной и скорой медицинской помощи в Сообществе Мадрид на 2016-2019, в котором предоставлена информация о следующих видах внебольничной помощи:

- 1) Мобильные станции, использующиеся как для оказания экстренной, так и неотложной помощи, когда по объективным причинам доступ пациента к медицинским учреждениям невозможен;
- 2) Неотложная помощь в медицинских центрах вне рабочего времени;
- 3) Внебольничные пункты скорой помощи, являющиеся центрами, открытыми круглосуточно и не являющиеся подразделением какой-либо больницы (Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid 2016-2019, 24, дата консультации: 11.05.2018).

Наконец, наиболее доступные для пациентов разъяснения предоставлены на сайте Хунты Андалусии, где указано:

ТО: La atención urgente se hace necesaria en casos como fiebres, dolores, vómitos, etc., en los que es necesaria la asistencia sanitaria lo antes posible pero no corre peligro la vida de ninguna persona. Mientras que las emergencias suponen un riesgo en la vida de la persona, por ejemplo, pérdida de consciencia, infarto o paro cardíaco, pérdida abundante de sangre, etc. [...] En Andalucía los servicios de urgencia se prestan tanto en hospitales como en centros de salud (Junta de Andalucía, дата консультации: 11.05.2018).

ТП: Неотложная помощь необходима при повышенной температуре, болях, рвоте и т.д., когда оказать медицинскую помощь необходимо как можно раньше, однако, при этом, ничья жизнь опасности не подвергается. В то же время, необходимость экстренной помощи предполагает наличие риска для жизни человека, например, потеря сознания, остановка сердца, значительная потеря крови и т.д. [...] В Андалусии неотложная помощь предоставляется как в больницах, так и в медицинских центрах (Хунта Андалусии, дата консультации: 11.05.2018).

Таким образом, исходя из всех обнаруженных данных, можно прийти к выводу, что неотложная помощь в Испании на дому не оказывается. В России же эта услуга весьма востребована, а потому необходимо более подробно остановиться на функциях

выездной бригады скорой помощи и пояснить, в каких именно случаях пациент может прибегнуть к вызову неотложной помощи, что важно в целях межкультурного посредничества при попытках российских иммигрантов вызвать карету экстренной помощи на дом, а также при поступлении пациентов данного профиля в отделения скорой помощи.

«Правилами организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи», помимо прочих, носящих организационный характер, установлены следующие функции выездной бригады скорой помощи, связанные непосредственно с обслуживанием пациента:

- незамедлительный выезд на место, где находится пациент;
- оказание медицинской помощи на основе соответствующих стандартов, при этом, должен быть выявлен преобладающий синдром и поставлен предварительный диагноз, приняты меры по стабилизации и улучшению состояния больного;
- определение медицинского учреждения для оказания медицинской помощи пациенту и, в случае наличия показаний, его медицинская эвакуация;
- передача врачу приемного отделения пациента и всей медицинской документации (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 № 388н, Анехо 2, ар. 16).

Как уже упоминалось ранее, оказание неотложной медицинской помощи предоставляется в ситуациях и при состояниях, не угрожающих жизни пациента. Законодательство Российской Федерации никак более данную формулировку не распространяет, а потому во избежание субъективной трактовки данного понятия нами были изучены инструкции нескольких российских учреждений скорой помощи.

В частности, по результатам анализа информации на сайтах ГБУЗ СО Самарская городская поликлиника №9 Октябрьского района, ГУЗ Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ванькина и ОГАУЗ «Поликлиника №1» г. Томска можно составить следующий примерный список поводов для вызова выездной бригады неотложной помощи:

- боли в животе при обострении хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- пищевые отравления, рвота, понос;
- многочасовая икота;
- боль в пояснице с отдачей паховую область, нарушение мочеиспускания, повышение температуры (почечная колика);
- желтушность кожных покровов, изменение цвета мочи;
- аллергические реакции;
- сильные головные боли на фоне мигрени, когда при приеме лекарственных препаратов не наступает облегчение;
- головокружение, головная боль у больных с гипертонической болезнью, вегетососудистой дистонией, атеросклерозом сосудов мозга;
- колебания артериального давления на фоне сердечно-сосудистых заболеваний.;
- болевой синдром у больных с ишемической болезнью сердца.;
- поверхностные ожоги, за исключением химических ожогов глаз, ротовой полости, пищевода;
- ухудшение состояния при травмах после оказания больному медицинской помощи;
- боли в суставах и мышцах, когда при приеме лекарственных препаратов не наступает облегчение;
- боль в каком-либо из отделов позвоночника;

- повышение температуры тела выше 38°C в сочетании с прочими симптомами ОРВИ, гриппа, обострения хронических заболеваний;
- ухудшение состояния больных с хроническими заболеваниями без явной угрозы жизни.

Как видно, охват состояний, при которых в России можно вызвать медицинскую помощь на дом, достаточно значителен и подразумевает многие случаи, при которых в Испании обязательно самостоятельное обращение в отделение скорой помощи. Тем не менее, для россиян такая форма оказания услуги удобна и привычна, а потому кажется совершенно естественной. Отсюда в свою очередь, следующие ожидания от службы скорой помощи:

- 1) при ухудшении состояния здоровья медики могут оказать помощь на дому;
- 2) если госпитализация, все же, понадобится, медицинский персонал возьмет на себя обязанность по эвакуации больного.

Безусловно, в испанских реалиях оба эти пункта в рамках государственной медицины не выполнимы, что вызывает недоумение, а в некоторых случаях и раздражение со стороны пациентов, являющихся российскими эмигрантами. С другой стороны, испанские врачи, не будучи знакомы с российской здравоохранительной системой, не понимают подобной требовательности обратившихся за помощью выходцев из России и также начинают воспринимать их через призму социокультурного конфликта. Подобные случаи должны являться предметом обязательной межкультурной медиации, причем, как превентивной, выражающейся в информировании разными способами целевой аудитории, то есть потенциальных пациентов, о формате работы службы скорой помощи в Испании, так и посредничества в момент поступления пациента в соответствующее отделение. Более подробно возможные пути разрешения конфликтов данного типа будут рассмотрены в следующей главе.

4.4 Медицинское обслуживание на дому в Испании и в России: один термин, разные понятия

В предыдущем разделе основное различие между оказанием скорой помощи в Испании и в России касалось предоставления данной услуги на дому. Тем не менее, необходимо отметить, что это не единственный случай, когда надомное оказание медицинской помощи может стать причиной социокультурного недопонимания.

Закон об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации гласит, что медицинская помощь может оказываться в том числе и на дому (Federalny Zakón de 21 de noviembre de 2011 № 323-FZ, art. 32.3, ap. 2). В то же время согласно Королевскому указу, устанавливающему перечень общих услуг Национальной системы здравоохранения и процедуру его актуализации, оказание как плановых, срочных, так и медицинских услуг по требованию, возможно как в виде консультации в медицинском учреждении, так и на дому у больного (RD 1030/2006 de 15 de septiembre, Anexo II, ap. 1). Одним из общих для обеих стран случаев является оказание экстренной медицинской помощи, изученное в предыдущем разделе.

Анализ испанского и российского законодательства помог выявить также прочие схожие случаи, когда возможно медицинское обслуживание на дому, такие как работа стационаров на дому, а также оказание паллиативной помощи. Тем не менее, в России вызов медицинской помощи на дом ассоциируется, в первую очередь, либо со скорой помощью, рассмотренной ранее, либо с вызовом участкового врача.

Для того, чтобы понять, каков формат этой услуги, необходимо рассмотреть, какое место занимает эта фигура в российской медицине и с медиком какой специальности в Испании следует сопоставлять его функции.

Согласно Закону об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Federalny Zakón de 21 de noviembre de 2011 № 323, art. 33.2), «организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях». Каждая такая группа называется участком, который курируется назначенным врачом-терапевтом (или врачом-педиатром в случае детей), которого и называют участковым (Federalny Zakón de 21 de noviembre de 2011 № 323, art. 21.2). Таким образом, эта должность примерно соответствует испанским “médico de familia” – семейный врач, хотя стоит отметить, что в российской системе здравоохранения также существует данное понятие, но широкого распространения семейная медицина не получила, а также “médico de medicina general” – врач общей практики. Следует понимать, что между всеми этими терминами, безусловно, существуют различия, однако все эти профессионалы являются терапевтами, регулярно наблюдающими состояние здоровья определенной группы населения с целью профилактики и лечения болезней, просвещения в сфере медицинских знаний, кроме того, в обеих странах в случае возникновения или подозрения на какое-либо специфическое заболевание именно участковые, семейные врачи и врачи общей практики направляют к врачам-специалистам.

Как следует из изложенного выше, в данном контексте под вызовом на дом понимается первичная медико-санитарная помощь, оказываемая терапевтом по месту жительства пациента и не являющаяся скорой. Испанский Королевский указ, устанавливающий перечень общих услуг Системы Национального Здравоохранения и процедуру его актуализации в разделах 1 («Медицинское обслуживание по запросу, а также плановое и срочное как в медицинском учреждении, так и на дому у пациента») и 3 («Мероприятия в сфере предупреждения, укрепления здоровья населения, а также семейного и общественного медицинского обслуживания») Приложения II указывает на возможность надомного оказания медицинских услуг (RD 1030/2006 de 15 de septiembre, Апехо II), однако не распространяет, в каких именно случаях, более того, никаких указаний на возможность вызова терапевта на дом нет, следовательно, данная практика в настоящее время в Испании не распространена.

Тем не менее, п. 17 российского Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению прямо указывает, какие специалисты обслуживают пациентов непосредственно на участке, то есть с выездом на дом; среди них указаны и врач-терапевт участковый, и врач общей практики (семейный врач), а также помощник врача общей практики и медицинская сестра врача общей практики (Prikaz Ministerstva zdravoojraneniia i sotsialnogo razvitiia RF de 15 de mayo de 2012 № 543н). Таким образом, можно говорить о том, что для России практика вызова участкового врача на дом является более частотной. Впрочем, российское законодательство не конкретизирует порядок предоставления данной услуги, в связи с чем нами были изучены правила внутреннего распорядка нескольких медицинских учреждений в различных субъектах федерации: ОБУЗ «Курская городская больница №1 имени Николая Сергеевича Короткова», БУЗ ВО «Череповецкая городская поликлиника № 2», Городская клиническая больница № 5 г. Уфа, МБУЗ «Городская поликлиника № 25 муниципального образования город Краснодар», - размещенные на их электронных страницах.

Содержание всех четырех документов весьма схоже и однородно, все они имеют раздел, посвященный правам и обязанностям пациента, в котором описаны возможности по вызову врача на дом. Условия предоставления данной услуги идентичны, а именно:

1) существует возможность вызова по телефону участкового врача-терапевта;

2) согласно указанному во всех рассмотренных нами правилах внутреннего распорядка показаниями к вызову являются внезапные ухудшения здоровья, обострения хронических заболеваний и необходимость соблюдения постельного режима; кроме того, в Правилах поликлиники № 25 г. Краснодар отдельно выделены состояния, которые могут заключать в себе угрозу для прочих лиц, например, инфекционные заболевания, передающиеся воздушно-капельным путем;

3) Вызов участкового врача осуществляется в рабочие дни, при этом по субботам существует возможность вызвать дежурного врача;

4) Вызов обслуживается в день обращения.

На первый взгляд, может показаться, что данная медицинская услуга дублирует вызов неотложной помощи, однако это не так. Во-первых, в данном случае на вызов прибывает участковый врач, знакомый с анамнезом пациента и имеющий при себе его медицинскую карту, тогда как на вызов неотложной помощи реагирует ближайшая свободная бригада. Во-вторых, круг показаний для вызова участкового терапевта несколько шире, чем для обращения в неотложную помощь: так, в пояснениях к показаниям к вызову курского и череповецкого медицинских учреждений указано, что вызвать участкового врача на дом можно, к примеру, при температуре от 38 градусов, тогда как согласно списку приведенному в предыдущем разделе, вызов неотложной помощи при такой температуре возможен лишь в случае, когда она сочетается с другими симптомами. Другим примером могут служить головокружения без иных симптомов как повод для вызова на дом участкового врача. Также, как уже писалось ранее, бригада скорой помощи ставит только предварительный диагноз, а потому не назначает полноценный курс лечения, лишь облегчая симптомы, - врач неотложной помощи должен, при необходимости, направить больного в стационар или передать лечащему врачу, то есть участковому. Наконец, в отличие от бригады неотложной помощи, вызванный на дом участковый врач-терапевт может открыть больничный лист, в связи с чем данная услуга очень востребована среди работающего населения, а также в случаях заболевания детей, в связи с чем один из родителей вынужденно отсутствует на рабочем месте.

Таким образом, вызов врача на дом является весьма удобной для населения услугой, когда при плохом самочувствии не нужно заботиться о том, чтобы добраться до лечебного учреждения. Выше рассмотрены правила внутреннего распорядка четырех медицинских учреждений, однако необходимо отметить, что подобная система вызова участкового терапевта на дом существует во всех поликлинических учреждениях России, организованных по территориально-участковому принципу, является привычной для россиян и составляет для них часть естественной для них медико-санитарной картины мира.

Невозможность в Испании вызвать врача на дом удивляет иммигрантов из России при первых обращениях к испанской системе здравоохранения, особенно в случаях, когда проблемы со здоровьем возникают у детей. Задача межкультурного посредника в данном случае – предупредить конфликт еще на стадии первого контакта с медицинским учреждением, предотвратив таким образом межкультурный конфликт и приведя в соответствие ожидания пациента с нормами работы испанской системы здравоохранения.

4.5 Выписка и отпуск лекарств: медицинский контроль против самолечения

Целью данной работы является рассмотрение наиболее общих проблем, которые могут возникнуть при первых контактах российского иммигранта с испанской системой здравоохранения. И, если предыдущие разделы были посвящены вопросу доступа к бесплатной медицине Испании как таковой и к наиболее частотным и привычным для выходцев из России медицинским услугам, то в данной части нашей работы будет рассмотрена проблема, которая может возникнуть в ходе медицинской консультации или даже уже после нее. Тем не менее, характер ее настолько всеохватывающий и не зависящий от типа конкретной медицинской услуги, что мы посчитали необходимым рассмотреть этот вопрос в рамках данного исследования.

Выписка рецепта является логичным завершением многих медицинских консультаций и обследований. Эта, с одной стороны, рутинная процедура, с другой стороны, совершенно по-разному организована в России и Испании.

Прежде, чем перейти к контрастивному анализу данной темы, необходимо сделать оговорку о том, что поскольку нас интересуют различия с точки зрения межкультурного посредничества, целью которого является повышение эффективности работы с российскими иммигрантами в сфере здравоохранения, мы рассмотрим лишь аспекты, которые могут непосредственно повлиять на ожидания пациента и привести к межкультурному недопониманию. Таким образом, в данном разделе будут изучены следующие вопросы:

1. Покрытие стоимости лекарств за счет средств обязательного медицинского страхования или из фондов социального обеспечения.
2. Выписка медицинских препаратов по международному непатентованному и по торговому наименованию.
3. Формат рецепта.
4. Контроль отпуска лекарств по рецепту.

Согласно «Переченю видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно»:

При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека (Postanovlenie Pravitelstva RF de 8 de diciembre de 2017 № 1492, parte II).

Следовательно, можно говорить о том, что российское законодательство не предусматривает всеобщего покрытия расходов на приобретение выписанных лечащим врачом медицинских препаратов при амбулаторном лечении. Тем не менее, Раздел V того же постановления предусматривает обеспечение отдельных групп населения, а также лиц, страдающих от заболеваний определенных категорий, лекарствами из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов бесплатно или с 50 процентной скидкой (Postanovlenie Pravitelstva RF de 8 de diciembre de 2017 № 1492, Parte V). Состав данных групп населения определяется многочисленными законодательными и подзаконными актами; к ним относятся, среди прочих, ветераны Великой отечественной войны, инвалиды (Federalny Zakón de 17.07.1999 N 178-FZ,

artículos 6.1-6.2), дети в возрасте до шести лет из многодетных семей в случае, когда лекарства приобретаются по рецепту (Ukaz Prezidenta RF de 5 de mayo de 1992 № 431, ар. 1b), Герои Соц. труда, Герои труда РФ и кавалеры всех степеней Ордена Славы (Federalny Zakón de 9 de enero de 1997 № 5-FZ, art. 2 pte. 2) и др., а также лица, страдающие от ВИЧ (Prikaz Minsotsrazvitiia Rossii № 757 de 5 de diciembre de 2005, Anexo 1, ар. 1), туберкулеза (Federalny Zakón de 18 de junio de 2001 № 77-FZ, art. 140.4), пациенты, имеющие злокачественные опухоли, страдающие от муковисцидоза, рассеянного склероза и др. заболеваний (Federalny Zakón de 21 de noviembre de 2011 № 323-FZ, art. 15.1), в том числе редких (ibídem, art. 83.9) и др. В зависимости от группы льготы или категории заболевания финансирование лекарственных препаратов осуществляется за счет средств федерального или регионального бюджетов. Тем не менее, необходимо понимать, что в общем порядке лица, застрахованные по системе ОМС, обязаны самостоятельно нести расходы по приобретению лекарственных средств, прописанных лечащим врачом.

Испанское же законодательство предусматривает бесплатное обеспечение лекарственными средствами инвалидов на основании соответствующих нормативов, пациентов, находящихся на стационарном лечении, а также в случаях производственной травмы или профессионального заболевания (RD 1030/2006 de 15 de septiembre, Anexo V, art. 3.3).

Что касается амбулаторного лечения, то пациенты, являющиеся застрахованными лицами или бенефициарами системы Социального обеспечения Испании, оплачивают ту или иную часть стоимости лекарства, приобретаемые по рецепту лучшего врача, в зависимости от уровня годового дохода. Так, согласно Закону о гарантиях и рациональном использовании медикаментов, лица трудоспособного возраста с годовым доходом до 18000 евро вносят 40 % розничной цены лекарственного препарата, с доходом от 18000 до 100000 евро – 50%, свыше 100000 – 60%. В то же время лица, получающие пенсию Социального обеспечения Испании (то есть, как пенсионеры по старости, так и группы населения, получающие какие-либо государственные пособия), а также их бенефициары вносят лишь 10 % розничной цены медицинского препарата, за исключением лиц, чей годовой доход превышает 100000 евро. Кроме того, в зависимости от уровня годового дохода для лиц, получающих государственную пенсию, назначается верхний предел ежемесячных расходов на медицинские препараты, при превышении которого остальные расходы на лекарства в течение месяца покрываются за счет государственных средств (Ley 29/2006, de 26 de julio, art. 94 bis.5-6).

Таким образом, можно говорить, что системы страхового покрытия и оплаты приобретаемых по рецепту медикаментов кардинально различаются в рассматриваемых нами системах здравоохранения. В то время, как в Испании фактически все лица, так или иначе имеющие доступ к медицинским услугам Национальной системы здравоохранения, получают возможность на частичное или полное покрытие рецептурных препаратов, прописанных для амбулаторного применения, в России, хотя и существуют отдельные группы населения, которым как и в Испании, лекарственные препараты должны предоставляться бесплатно, основная часть населения вынуждена нести расходы на лекарственные средства самостоятельно, что в конечном счете, в сочетании с обстоятельствами, которые будут проанализированы далее, приводит к таким нежелательным эффектам, как попытки сэкономить на лекарствах, проявляющиеся в приобретении неправильной дозировки, отказе от рецептурного препарата в пользу более дешевых лекарств, продающихся без рецепта, попытках самолечения народными методами и даже полном отказе от лечения.

Ситуация в России, касающаяся возложения на пациента обязанности по оплате полной стоимости, усугубляется еще и тем, что благодаря оговоркам в нормативных актах, а также недостаточному контролю со стороны государства, врачи нередко в рецепте указывают не международное непатентованное название, а торговое название какого-либо бренда. Дело в том, что Приказ Министерства здравоохранения РФ Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков их учета и хранения» устанавливает, что при отсутствии международного непатентованного наименования, необходимо применять группировочное название, а за отсутствием обоих разрешается использование в рецепте торгового названия (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 № 1175н). Поскольку, как будет показано далее, проверка выписанных рецептов в реальности не осуществляется, у врачей остается достаточно свободы для выписывания препаратов конкретной марки.

В Испании же согласно ст. 3b Королевского указа о медицинском рецепте и порядке отпуска лекарств, в соответствующем документе, в первую очередь, обязательно должны быть указаны действующие вещества. И лишь в том случае, когда назначается препарат биологического происхождения или же врач сочтет необходимым, с точки зрения медицины, указывается название конкретного медикамента. При этом, согласно той же статье в рецепте должны быть кратко обоснована необходимость указания торгового наименования (Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, art. 3b).

Может показаться, что требования к формату указания медикамента в рецепте не имеют прямого отношения к пациенту и в большей степени затрагивают работу врачей и фармацевтов. Тем не менее, именно это обстоятельство становится причиной типичных для российских поликлиник диалогов, когда-либо врач спрашивает «подороже» или «подешевле» ему лекарство или же пациент при выписывании врачом рецепта пытается сразу же оговорить свои финансовые возможности. В Испании, где врач обязан указать действующее вещество, подобный диалог попросту не имеет смысла, а потому на консультациях пациентов, эмигрировавших из России, могут возникнуть недоразумения, связанные с попытками пациента вмешаться в работу лечащего врача.

Существуют также и иные различия в оформлении рецепта, которые в конечном счете влияют на уровень контроля со стороны государства за отпуском рецептурных препаратов. Так, в отличие от России, где в разделе данных о пациенте указываются лишь его имя, фамилия, отчество и возраст (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 № 1175н, Anexo 1), в Испании также указывают идентификационный номер санитарной карты и код скидки на оплату, о котором говорилось ранее в данном разделе (Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, art. 2a). Также в Испании врач, выписывающий рецепт должен, помимо своих имен и фамилий, а также адреса медицинского учреждения, указать прямые контактные данные (номер телефона или адрес электронной почты), коллегиальный номер или идентификационный код, подтверждающий право на осуществление деятельности (Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, art. 3.2c), тогда как в России медик, заполняющий бланк рецепта, должен указать лишь свои личные данные и адрес учреждения здравоохранения, сотрудником которого он является (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 № 1175н, Anexo 1). Кроме того, существуют и некоторые различия в том, что касается срока годности рецепта. В России этот показатель зависит от типа лекарства и группы населения. Так, рецепт на наркотические и психотропные вещества действителен в течение 15 дней, рецепты для

граждан, имеющих право на бесплатное получение медикаментов, годны в течение 30 дней, однако срок их годности для пенсионеров, инвалидов и лиц, страдающих хроническими заболеваниями, может быть продлен до 60 дней. Наконец, отпуск по рецепту лекарств, не содержащих или содержащих малые дозы наркотических средств, физическим лицам возможен в течение 60 дней, однако, если врач ставит пометку о наличии хронического пациента, срок действия рецепта продляется до одного года (Prikaz Ministerstva zdravoojraneniia RF de 20 de diciembre de 2012 № 1175н, arts. 20-23). Такая система достаточно запутанна и благодаря множеству оговорок способствует несоблюдению контроля над рациональным использованием рецептурных препаратов. В Испании же рецепт действует в течение 10 дней со дня отпуска рецепта, для пациентов с хроническими заболеваниями данный период может быть продлен до 3 месяцев или до 6 месяцев в исключительных случаях (Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, Cap. II, arts. 5.5.b, 5.5.c.1).

Из изложенного выше становится очевидным, что в Испании, с одной стороны, рецепт содержит гораздо более распространенную информацию и о враче, и о пациенте, и о лекарственном препарате, а с другой, сроки отпуска медикаментов значительно ниже, чем в России. Это связано с тем, что в Испании контроль за отпуском лекарств по рецепту значительно строже, чем в РФ. Так, при том, что в обеих странах после продажи лекарства рецепт возвращается с соответствующими пометами, в Испании фармацевт, обязан занести все указанные в документе данные о пациенте, враче, выписавшем рецепт, а также дату, регистрационный номер рецепта, его содержание и количество единиц лекарственного препарата в Книгу рецептов, авторизованную соответствующими контролирующими органами (Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, Cap. VI, art. 15). Более того, в Испании наравне с бумажными рецептами уже используются электронные рецепты, содержащие всю ту же информацию, что и бумажные, однако предоставляющие больше возможностей для контроля за оборотом лекарственных средств, а также за контролем со стороны врача за ходом лечения пациента (Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, Cap. II, art. 3.1).

В России подобной процедуры регистрации каждого рецепта не существует, за исключением случаев, когда рецепт, выписанный для определенных групп лекарств, таких как наркотические и психотропные препараты, должен быть сдан в аптеку. Это приводит к тому, что, согласно наблюдениям автора данной работы, а также многочисленным материалам российских СМИ (bfm.ru, 2017; Moskva 24, 2017), с одной стороны, к тому, что врачи пренебрегают установленными рецептурными формами, выписывая конкретные торговые марки в обход действующего законодательства, а с другой стороны, снижается уровень доверия пациентов к медикам, о чем уже упоминалось ранее, в связи с чем они предпочитают пойти в аптеку и спросить совета у фармацевта, занимаясь, таким образом, самолечением. Такая ситуация типична для многих регионов России, однако совершенно невозможна в Испании, где, столкнувшись с невозможностью купить тот или иной препарат, российские иммигранты бывают крайне удивлены, не понимая, зачем для покупки столь привычных для них лекарств необходимо предварительно сходить к врачу. Таким образом, формат приобретения лекарств в Испании вызывает множество вопросов со стороны недавно прибывших в Испанию россиян, их поведение при возникновении данной темы может показаться странным сотрудникам испанских медицинских учреждений и аптек, а потому, безусловно, вопрос отпуска рецептурных лекарств должен являться предметом межкультурного посредничества в следующих контекстах:

1. Стоимость лекарств и их оплата для лиц, застрахованных и пользующихся услугами Национальной системы социального обеспечения.

2. Строгая необходимость посещения врача и получения рецепта, а также сроки и правила его использования, для приобретения лекарственных средств.

5. Propuestas y pautas para mejorar el servicio sanitario destinado a usuarios rusos

5.1 Clasificación de las diferencias reveladas en el derecho sanitario ruso y español

Gracias al análisis de preceptos de la legislación española y rusa hemos detectado diferencias significativas que, a su vez, influyen evidentemente en los modelos de conducta tanto de los pacientes, como de los profesionales del ámbito sanitario que pueden dificultar la comunicación entre ellos.

Por otro lado, entendemos que los resultados obtenidos permiten pronosticar las situaciones conflictivas y así pueden ayudar a resolver y prevenirlas.

Asimismo, el trabajo contrastivo realizado es importante para encontrar soluciones para la adaptación óptima de los usuarios rusohablantes en el contexto de temas estudiados. Para determinar la mejor manera de tratar los contrastes revelados en el contexto de la mediación intercultural es preciso clasificarlos a partir de varios criterios que permitan comprender el carácter y la importancia de cada caso de diferencias. Los criterios que caracterizan cada contraste ayudan a entender si es importante y posible la prevención de conflicto por vía de traducción y difusión de materiales al usuario en forma de folletos o, en caso de diferencias menos relevantes o temas delicados para una de las culturas en cuestión, se puede mediar en el marco de una interpretación sin perjudicar la calidad de comunicación entre las partes. Además, una clasificación así ayuda a comprender que conocimientos socioculturales debe poseer el profesional de traducción e interpretación en los servicios públicos para que su intervención sea más eficaz.

De esta manera, las diferencias y contrastes detectados pueden ser clasificados a partir de las siguientes características:

1. Si se trata de un fenómeno que existe solo en uno de los sistemas estudiados o en los dos.
2. Si son diferencias de un criterio o de varios.
3. Si son contrastes sistémicos o no sistémicos.

En cuanto al primer punto, nos importa si un concepto existe tanto en la cultura rusa, como en la española, o solo en una de ellas. En el primer caso el usuario tiene una imagen del concepto distinta de la realidad del país meta, mientras que en el último se trata de un fenómeno que no existe en la realidad jurídica de otro país. Puede servir de ejemplo de un contraste así el concepto de “beneficiario”, estudiado en el capítulo 4.2, que existe en la legislación sanitaria española pero no se usa en el ámbito de seguridad sanitaria ruso.

No obstante, es necesario diferenciar contrastes relacionados con la presencia de un concepto en la legislación rusa y su ausencia en el derecho español y viceversa, cuando un término existe en España sin que se utilice en Rusia. Las conductas de pacientes, a partir de las realidades propias de Rusia, pueden parecer irracionales cuando recurren ellos a la asistencia sanitaria en España, mientras que la falta de información sobre conceptos específicos españoles puede resultar en un uso deficiente de los servicios del Sistema Nacional de Salud.

A la vez, desde el punto de vista de la traducción e interpretación como formas de la mediación intercultural, tiene sentido distinguir contrastes hechos por un criterio o por varios (punto 2), puesto que en estos casos las estrategias de transferencia de idea al idioma meta serán diferentes. Si hablamos de diferencias a partir de un criterio, contraponemos conceptos

que se comparan solo en un plano, como, por ejemplo, visitas del médico de familia a domicilio, que en Rusia existen y en España no, mientras que conceptos distintos en contexto de varios criterios, como la receta de medicamentos en España y Rusia, pueden ser contrastados en función de plazos, formato de documentos, condiciones económicas, etc. Las diferencias producidas en por un criterio, pueden ser explicadas con un comentario breve, y los contrastes derivados de varios criterios pueden suponer una aclaración más extensa que a veces no es oportuno en el marco de la interpretación.

Al final, es importante distinguir entre los contrastes sistémicos, que suponen diferencias importantes en la legislación, como por ejemplo inclusión o no inclusión de servicios farmacéuticos en la cartera de servicios garantizados, y no sistémicos que refieren a ciertos detalles, e.g.: la relación de servicios sanitarios gratuitos es un término aplicable en los dos países, sin embargo, existen diferencias que tienen que ver con detalles como el conjunto de servicios sanitarios a los que pueden acceder personas no aseguradas, ni beneficiarias en España, del Sistema Nacional de Salud.

Entendemos que es más difícil tratar las diferencias generadas a partir de los contrastes cuando en uno de los sistemas existe un concepto, ausente en el otro sistema, especialmente si se trata de realias del país de estancia de los inmigrantes, en nuestro caso, España. Un ejemplo fuera del contexto de la presente investigación puede ser el del “arraigo” usado en el tema de legislación de extranjería ya que en Rusia no existe, de ahí que intérpretes deben buscar una forma efectiva para explicarlo breve y fielmente, sin perder matices y dejarlo claro a la vez al usuario. Además, los contrastes hechos a partir de varios criterios, como ya se ha mencionado, también pueden presentar ciertas dificultades en el marco de interpretación. Por esta razón nos parece adecuado prevenir las posibles dificultades, siendo una buena solución en este caso la traducción de folletos temáticos para el usuario rusohablante con la respectiva adaptación del texto traducido. En este caso se podría hablar de la traducción como forma de mediación intercultural. Por otro lado, las diferencias sistémicas pueden ser más fáciles de explicar, especialmente si se contrastan a la vez por un solo criterio y el concepto tratado existe en los dos sistemas sanitarios. Eso sí, normalmente los contrastes sistémicos son los más arraigados en la cultura social, por lo que es importante el trabajo constante de ayudar a los inmigrantes a familiarizarse con el Sistema Nacional de Salud español, por eso consideramos la traducción de materiales de información al usuario una forma efectiva de hacerlo. Sin duda, la traducción no puede ser considerada una solución universal y debe ser adecuadamente apoyada en todo momento por trabajo eficiente de intérpretes en los servicios públicos, resueltas de esta forma dificultades puntuales. Basándonos en los criterios de clasificación mencionados, podemos identificar las diferencias reveladas en el capítulo anterior de la siguiente manera:

1. Diferencia en los pagos de servicios sanitarios garantizados, comentada en el capítulo 4.1. La posibilidad de pago por prestaciones garantizadas en principio está prevista en los dos países, de ahí que sea un concepto familiar para los usuarios de ambos sistemas de sanidad. Además, en este caso se compara solo un criterio, siendo imposible la indemnización en Rusia. Sin embargo, es un contraste que no puede ser considerado sistémico. De esta forma, se puede considerar esta diferencia puntual y puede ser tratada durante una intervención de intérprete para los servicios públicos en caso de que surja alguna duda al usuario.

2. Transparencia insuficiente de la relación de servicios sanitarios garantizados en Rusia en comparación con la cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad español. El concepto de cartera de servicios garantizados se usa en la legislación de ambos países, con lo que el usuario ruso no lo percibirá como extraño. A su vez, las diferencias refieren a diferentes criterios, porque tratan varias prestaciones o sus formas. No obstante, estas diferencias no son sistémicas, ya que en general el contenido de las carteras es parecido y coincide en cuanto a las prestaciones más reclamadas. Con todo, se recomendaría la

traducción de folletos que presentaran las prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad a los inmigrantes y mediación de intérprete en caso de ser necesario en ciertas situaciones puntuales. Además, en este caso hay que prestar una atención especial al hecho de que, como se exponía en el capítulo anterior, la falta de transparencia de las garantías públicas con respecto a los servicios sanitarios influyó negativamente en la confianza de usuarios en la sanidad rusa, un tema que debe ser cautelosamente tratado por parte de mediadores interculturales. Por un lado, la solución puede ser la prestación de información detallada sobre diferentes prestaciones de SNS. Por otro, el aspecto económico, relacionado con los pagos por la atención es una cuestión tangible para los rusos, que preferiblemente debe ser mediada oralmente con la máxima discreción.

3. Plazos de espera de prestaciones sanitarias. Al igual que ocurre en los apartados anteriores, es obvio que el concepto como tal existe en ambos países y, aunque se trata de una serie de diferencias que comprenden diferentes periodos en función de la prestación concreta, sin coincidir estos plazos en ninguno de los grupos de prestaciones, según se ha revelado en la parte 4.1., el criterio de comparación siempre es el mismo. Cabe destacar que, en este caso, aunque el criterio es único, el resultado de la comparación supone una multitud de respuestas, de ahí que, a pesar de la tendencia general, puede hacer falta un comentario extendido para explicar el contraste. Al final, es una diferencia sistémica. Parece adecuado prevenir malentendidos provocados por esta divergencia, acudiendo a la elaboración, traducción y difusión de folletos correspondientes.

4. Condición de beneficiarios de la Seguridad Social y acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad en España. En Rusia este concepto no existe, ni tiene equivalentes, puesto que se trata de un término ajeno a los usuarios rusos en el contexto estudiado. Por otro lado, es una diferencia de un solo criterio, ya que se trata de un concepto con una única acepción. Dada la importancia de esta divergencia, aunque solo una de las formas de acceso a las prestaciones garantizadas, puede ser considerada sistémica. La mediación adecuada en este caso debe comprender la explicación del concepto, de ahí que es recomendable incluirla tanto en la información al usuario traducida, como de la interpretación en este contexto.

5. Acceso a las prestaciones sanitarias en el marco del Sistema Nacional de Salud para extranjeros. Como se detalla en el apartado 4.2 del presente estudio, en la legislación de ambos países están previstas modalidades de acceso al SNS para inmigrantes. Asimismo, son diferencias originadas de distintos criterios que comprenden varios casos dentro de este concepto. Además, en este caso, son diferencias sistémicas, por lo que es recomendable incluir esta información en los folletos traducidos.

6. Formato de las prestaciones a domicilio en Rusia. En realidad, en este apartado unimos dos servicios completamente diferentes, ya que la asistencia primaria y la de urgencias no son iguales en el sistema sanitario ruso, sin embargo, dentro de la clasificación que proponemos poseen características parecidas, puesto que los dos conceptos no existen en la realidad actual de España tal y como son en Rusia, son de un criterio y son sistémicas. Además, como se ha explicado en el capítulo 4 las dos prestaciones son muy recurridas y muy habituales en Rusia, por lo que se recomienda la traducción de folletos describiendo el funcionamiento de atención primaria y de urgencias en España. Sin embargo, dado el uso extenso de estas prestaciones en Rusia, hacen falta asimismo comentarios de intérpretes en los SSPP.

7. Administración de recetas y dispensación de fármacos en España y en Rusia. El concepto está presente en los dos sistemas sanitarios y una varios criterios, ya que comprende tanto cuestiones relativas al periodo de vigencia de la receta, como los precios para el paciente, etc. Las divergencias son sistémicas y bastante profundas, además teniendo en cuenta la tendencia de los rusos a automedicarse, la mediación intercultural obtiene un

significado especial y debe llevarse a cabo por medio de traducción de materiales informativos y en el marco de la interpretación como forma de mediación.

5.2 La adecuada traducción de folletos como forma de prevenir conflictos socioculturales en el ámbito sanitario provocados por las diferencias en la legislación rusa y española

Según se consta en la clasificación, los fenómenos objeto de la presente investigación en su mayoría suponen una traducción de información adaptada al paciente, es decir, de folletos sanitarios como la forma más efectiva de la mediación y prevención de conflictos interculturales. Como se ha mostrado en el capítulo 2.4.2, la cantidad de folletos publicados en ruso es extremadamente reducida, casi inexistente, de ahí que nos centremos en el estudio del contenido de varios folletos, publicados en español en la Comunidad de Madrid a fin de analizar si la información expuesta en los mismos es suficiente y adecuada para el usuario ruso y cuál es la especificidad de traducción de textos que tratan los temas en cuestión. Lamentablemente, ha sido imposible encontrar materiales excepcionalmente de los últimos tres-cinco años, que, como podremos comprobar a continuación, es importante cuando se trata de materias legales, por lo que los textos de folletos refieren al período de 2009 a 2018.

Así, el folleto “Información para extranjeros. Salud Pública y Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid”, publicado en 2009, es una guía para inmigrantes que, entre otros, trata temas como el acceso de extranjeros a la sanidad pública, cartera de servicios básicos, incluida la atención urgente, medicamentos, embarazo y salud para los niños. De esta forma, el contenido de estos apartados corresponde a los temas estudiados en los capítulos 4.1, 4.2, 4.3 y 4.5. A continuación, los analizamos desde el punto de vista del contenido y adaptación terminológica a fin de contextualizar el texto traducido al inmigrante, siempre teniendo en cuenta que el público meta no es especialista de derecho español, ni del ámbito sanitario y que no habla castellano.

El apartado dedicado a las materias del acceso a la asistencia sanitaria se expone lo que establece la Ley en cuanto al derecho de los extranjeros a los servicios sanitarios. Sin embargo, como el folleto es de 2009, la información concedida no corresponde a la normativa vigente dadas las enmiendas introducidas en la legislación. Esto significa que, con respecto de aspectos jurídicos de la atención sanitaria, es trascendental actualizar a tiempo los datos contenidos en folletos a fin de mantener a los usuarios extranjeros correctamente informados. Es un detalle bastante específico, ya que mientras textos de otros tipos de folletos que describen riesgos de algunas enfermedades o medidas de su prevención, pueden ser usados prácticamente sin cambios para varias ediciones a lo largo de muchos años, los textos de naturaleza jurídica, aunque en el ámbito sanitario, deben ser detenidamente revisados antes de cada edición. Por otro lado, cabe destacar que aunque nos parezca muy importante la difusión de materiales sobre prevención de enfermedades, hábitos saludables, dietas, etc., consideramos primordial la difusión de materiales sobre las condiciones de acceso a las prestaciones gratuitas. Según la página web del Centro Regional de Documentación de Educación Sanitaria, fue en 2009 cuando se publicó la última vez la información de este tipo en español, y nunca ha sido traducida al ruso. De este modo, es evidente la necesidad de elaboración de un folleto con información actual sobre los aspectos legales de atención sanitaria para inmigrantes. Asimismo, aunque el género de folleto tiende a la generalización, llama la atención que cuenta con la información adecuada sobre el acceso gratuito a la atención sanitaria para mujeres embarazadas y menores de edad, pero la explicación del procedimiento de tramitación de la tarjeta sanitaria necesaria para otras categorías de inmigrantes carece de enumeración de grupos de población que pueden acceder a la sanidad nacional, ni se detalla la información sobre la situación de asegurado o beneficiario, que,

como ya se ha indicado, es importante para inmigrantes rusos recién llegados ya que supone un concepto completamente nuevo para ellos.

A pesar de no estar actualizado el texto de este apartado, cabe resaltar varios detalles relevantes desde el punto de vista de la adaptación del texto al usuario a la hora de traducirlo. En primer lugar, se aprecia una baja concentración terminológica; no obstante, para explicitar ciertos procedimientos legales y requisitos, se usan términos como tarjeta sanitaria y NIE que pueden provocar dificultades a la hora de su traducción en este tipo de textos. En el primer caso, hay que tener en cuenta que la traducción literal del concepto al ruso, «медицинская карточка», tiene en Rusia otro significado, correspondiendo al término español “historial médico”. A la vez, como hemos comprobado, desde el punto de vista legal, el equivalente ruso de la tarjeta sanitaria es “полис обязательного медицинского страхования», por lo que nos parece la opción más adecuada de la traducción “полис медицинского страхования», que, por una parte, no coincide plenamente con el término ruso, por lo que no se produce confusión, y por otra parte, suena bastante natural y comprensible para usuario rusoparlante.

La naturaleza de la dificultad relacionada con la traducción de la sigla NIE es distinta. Como se trata de personas legas, que llevan poco tiempo en España, no suelen saber que la sigla corresponde al número de identificación de extranjero y suelen llamarlo “NIE” hasta cuando hablan ruso con sus compatriotas, puesto que se aconseja dar la traducción al ruso, poniendo el equivalente español entre paréntesis: “идентификационный номер иностранного гражданина (NIE)”.

El apartado que describe las prestaciones básicas de SNS, consiste de varias partes dedicadas a los servicios de centros de salud, urgencias, centros de especialidades y prestaciones de salud pública que dan información general sobre las prestaciones de cada tipo de establecimiento, modo de acceso y horarios. Sin embargo, no se indican plazos aproximados de espera, que podría prevenir muchos malentendidos con los pacientes que emigraron de Rusia. Además, si en caso de urgencias se indica que las visitas a domicilio se hacen solo cuando esté imposibilitado el desplazamiento del paciente, la información sobre servicios a domicilio prestados por los centros de salud no está detallada, aunque en caso de folletos dirigidos al paciente rusoparlante es necesaria. Por otro lado, en la página dedicada a las instrucciones al paciente para las ocasiones cuando hace falta atención urgente, aparece el siguiente comentario: “En caso de situaciones de urgencia médica grave, puedes acudir a cualquier hora al Centro de Urgencias más próximo, llamar al 112, o acudir a los Servicios de Urgencia de los Hospitales”. Como hemos constatado en el capítulo 4.3, la atención urgente en Rusia supone una más de las modalidades de asistencia dependiendo del estado del paciente, puesto que la frase puede ser erróneamente comprendida por el usuario ruso que considera una fiebre un estado bastante grave para llamar al servicio de urgencias y pedir que llegue a su domicilio un equipo de médicos. De esta forma, a fin de contextualizar el folleto para el usuario ruso, debe ser extendida la información de las instrucciones así que no surjan dudas al paciente de los pasos a seguir en una u otra ocasión, aunque en general la descripción de diferentes prestaciones es bastante detallada y, agregada la información arriba indicada, puede ser considerada adecuada para contextualización y traducción para los pacientes rusos.

Es distinta la naturaleza del apartado dedicado a la medicación. Aunque el primer consejo que podemos contemplar en la p. 20, trata la importancia de no automedicarse, podemos caracterizar la información expuesta en esta parte como demasiado general y no contextualizada para el público no familiarizado con las normas españolas de recetación y dispensación de medicamentos.

Al analizar el presente folleto en función de su contenido, hemos llegado a la conclusión de que, aunque trata casi todos los temas relacionados con las cuestiones legales estudiadas en el capítulo 4, el enfoque no está orientado a la información de pacientes y

usuarios en cuanto a sus derechos y normativas vigentes en España en el ámbito sanitario, por lo que hemos estudiado varios folletos más, dedicados a diversos aspectos que abordamos en la presente investigación.

Así, el folleto “Información Sobre la Atención en el Servicio de Urgencias” (véase Anexo 3) describe este tipo de atención en todas sus etapas. Sin embargo, lo que nos interesa más es la información sobre la prestación de este servicio en domicilio. En la segunda página del folleto aparece un cuadro con el siguiente texto: “¿Qué debe hacer antes de ir a un servicio de urgencias del hospital? Llamar al teléfono 112 donde le indicarán qué debe hacer y, en caso de ser necesario, le enviarán los recursos más adecuados para su atención”. La expresión *en caso de ser necesario* usada en este contexto no acerca al lector recién llegado a Rusia al entendimiento de cuáles son los casos cuando puede ser dirigido un equipo de médicos al lugar dónde se encuentra el enfermo. Hablando de la adaptación de la oración, habría que precisar que se trata de estados muy graves, siendo la traducción de la frase al ruso: “*Что Вы должны делать до того, как обратиться в службу скорой помощи при какой-либо больнице? Позвонить по телефону 112 по которому Вам укажут, что Вам необходимо сделать, а в случае, если Ваше состояние крайне тяжелое, направят Вам соответствующую помощь*».

Además, la tercera página del folleto motiva los periodos de espera de prestación, a partir de varios niveles de prioridad. Sin embargo, la cultura rusa es monocrónica y, además, la legislación rusa establece plazos más cortos de espera de servicios sanitarios, por lo que adaptando el texto para el lector rusohablante, se recomendaría indicar el tiempo estimado de espera, como en el folleto analizado en el capítulo 5.2.

Otro folleto que conseguimos en la página web del Centro regional de documentación de educación sanitaria, se llama “¡Estamos cambiando a receta electrónica!” (véase Anexo 4). Aunque el objetivo principal de este material es difundir información sobre el formato electrónico de recetas como bien consta del título, contiene algunos datos que hemos considerado relevantes para la mediación en el capítulo 4.5. Así, en la página dos recoge datos detallados sobre los plazos de vigencia de recetas, aunque hay que tener en cuenta que estos no siempre coinciden con los de recetas en papel. Por otro lado, es evidente que el público receptor del tríptico son españoles y el objetivo del texto es informarlos de las novedades en el sistema de recetación. Por este motivo, no contempla información alguna de cuestiones que son de suma importancia para los inmigrantes, como son los descuentos en los precios de medicamentos a partir de la categoría de población e ingreso. En caso de los inmigrantes rusos, esta información puede servir como motivación fuerte para no automedicarse. No obstante, en el catálogo de la página web del Centro arriba mencionado no constan materiales dedicados a este tema.

Desgraciadamente, tampoco nos ha sido posible encontrar folleto explicativo sobre la tarjeta sanitaria individual y acceso a los servicios del Sistema Nacional de Salud en los hospitales de Madrid, ni en la página web del Centro regional de documentación de educación sanitaria, aunque en el catálogo constan varios folletos dedicados a la tarjeta sanitaria europea lo que significa que no están destinados al usuario extracomunitario, sino más bien a españoles y ciudadanos de la UE. Esto significa que como la situación legal de inmigrante es diferente a la de europeo, el contenido de folletos que tratan temas específicos, como el acceso al SNS o condiciones de dispensación de fármacos, deben ser especialmente elaborados a partir de lo estipulado en la normativa y no pueden limitarse a una simple traducción. De ahí que la especificidad del texto hace indispensable la mediación, el análisis intercultural de las realidades de dos países y diseño de un material original orientado al inmigrante, siendo la traducción en este caso una herramienta clave en todas las etapas de trabajo y no solo en la final.

Asimismo, el análisis de folletos indicados nos hace pensar que incluso los materiales diseñados especialmente para inmigrantes no tienen en cuenta los contrastes legales e institucionales tratando los servicios sanitarios, lo que hemos podido comprobar, analizando “Información para extranjeros. Salud Pública y Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid”. Mientras tanto, las divergencias en la legislación reveladas comprueban la necesidad de desarrollar materiales a fin de prevenir malentendidos y armonizar el acceso de inmigrantes a los servicios sanitarios, a partir de su experiencia en el país de procedencia. Este paso en ocasiones no contempla aclaraciones, como en caso de la asistencia primaria a domicilio, cuando se podrían disipar las dudas de los inmigrantes explicando que las visitas de médicos de familia a domicilio de pacientes se efectúan exclusivamente en casos excepcionales, lo que podría hacer más efectiva la publicación de materiales de atención al usuario rusohablante.

Al final, aunque no sea objeto de nuestra investigación, nos parece apropiado hacer un comentario sobre el registro y estilo de los materiales mencionados. Cabe destacar que aunque los trípticos “Servicio de urgencias. Información para usuarios y acompañantes” y “¡Estamos cambiando a receta electrónica!” emplean la forma de Usted para referirse al lector, tanto en el folleto “Información para extranjeros. Salud Pública y Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid”, como en otros numerosos folletos españoles se usa la segunda persona, singular, mientras que en ruso suele ser usado el trato más formal en «Вы» (Usted). El trato en tú en los textos de este tipo en ruso puede ser considerado poco serio y resultar en la falta de confianza en la información ofrecida. Asimismo, en la p. 3 del folleto, el título está hecho en forma de pregunta en primera persona, singular, y respuesta en la segunda persona, singular: “Si soy extranjero y vivo en la Comunidad de Madrid, ¿tengo derecho a asistencia sanitaria? – Sí, tienes” (1), y, en la p. 11, el título de uno de los apartados también usa la forma gramatical de primera persona: “¿Cómo puedo acudir al centro de salud en caso de necesitar consulta?” (2). En ruso no es muy habitual este uso en el género de folletos. Será más apropiado el uso de la forma de Usted, que corresponde a la segunda persona, plural, en ruso «Вы» o de la forma impersonal, en particular de infinitivo. Veamos las traducciones:

- (1) Если Вы иностранец, проживающий в Сообществе Мадрид, есть ли у вас право на медицинское обслуживание? – Да, есть.
- (2) Как попасть в поликлинику, если необходима консультация врача?

Tanto en español como en ruso el objetivo principal de estos títulos es hacer que el lector se identifique con la información concedida. Sin embargo, al ser la cultura española menos formal y distante en comparación con la rusa, surgen estos cambios en las formas gramaticales a la hora de traducir. Toda vez que la mediación intercultural se refiere al ámbito del derecho sanitario, es preciso seguir la tendencia del idioma meta de exponer la información en un registro más elevado para que suene fidedigna.

Asimismo, la comparación de la sintaxis de los folletos con la de las leyes, tanto las españolas como las rusas, hace evidente la importancia de la adaptación de la información para el ciudadano lego, en nuestro caso inmigrante ruso.

5.3 Modelo de traducción adaptada de un folleto

El folleto “Servicio de urgencias. Información para usuarios y acompañantes” (véase Anexo 5) publicado por el Hospital Ramón y Cajal, Madrid y encontrado por la autora de este trabajo en el centro de información al usuario de establecimiento en marzo de 2018, recoge una descripción detallada de los procedimientos que comprende el servicio de urgencias, empezando de la acogida y terminando con el alta, y está confeccionado en formato de

tríptico. Es el que más se adapta a las necesidades del paciente extranjero, por lo que consideramos necesario traducir, introducir respectivos cambios a fin de adaptar el texto para el paciente rusohablante y analizar las estrategias y métodos utilizados más detalladamente.

El objetivo de la presente traducción es argumentar la necesidad de adaptación textual de traducción en contexto de la mediación intercultural y la importancia de conocimientos previos de la legislación de los países de idiomas de trabajo en el ámbito profesional.

A continuación se propone la traducción ampliada con comentarios que hemos realizado a fin de adaptar el texto, con respectivos comentarios.

Original	Traducción
(1) SERVICIO DE URGENCIAS (2) INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA USUARIOS Y ACOMPAÑANTES	СЛУЖБА СКОРОЙ ПОМОЩИ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И СОПРОВОЖДАЮЩИХ
(3) Todo el personal del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, está interesado en atenderle con la máxima calidad asistencial. Queremos informarle que Urgencias está orientado, en especial, a procesos de pacientes con afecciones graves o urgentes, al cual puede acudir siempre que realmente lo necesite.	Весь персонал Службы скорой помощи Университетской больницы Рамон-и-Кахаль заинтересован в оказании Вам медицинских услуг наивысшего качества. Мы хотели бы сообщить Вам о том, что Служба скорой помощи ориентирована, в первую очередь, на обслуживание пациентов с тяжелыми заболеваниями или заболеваниями, требующими срочного лечения, к которому они всегда могут прибегнуть в случае, когда это действительно необходимо.
(4) Cuando precise atención urgente, puede consultar en su Centro de Salud, Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP). También puede contactar con el teléfono de Urgencias 112	Если Вам понадобится скорая помощь, вы можете получить консультацию в медицинском центре Вашего участка, а также в Службе скорой первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, вы можете позвонить по телефону скорой помощи 112.
(5) Si se le presenta un caso grave de salud, o si tras consultar a su médico éste se lo indica, no dude en acudir al Servicio de Urgencias.	Если у вас возникла серьезная проблема со здоровьем или если по результатам консультации Вам даст соответствующие указания Ваш врач, обязательно обратитесь в Службу скорой помощи.
(6) Su Colaboración es necesaria para un óptimo funcionamiento del Servicio de Urgencias; no lo utilice sin motivo, ni en sustitución del médico de familia o del médico del hospital. Contribuya a su correcta utilización, sea respetuoso con los profesionales. Todos trabajamos para usted.	Ваше содействие необходимо для наилучшей работы службы скорой помощи - не прибегайте к ней без причины или вместо того, чтобы обратиться к семейному врачу или врачу больницы. Способствуйте правильному использованию службы скорой помощи, уважайте труд профессионалов. Мы работаем для Вас.
(7) Servicio de Información, Trabajo Social y Atención al Paciente Dirección Gerencia Hospital Universitario Ramón y Cajal	Клиентская служба информации и социальной работы Управляющая дирекция Больницы Рамон-и-Кахаль
(8) ADMISIÓN	В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ
(9) A su llegada, un informador le indicará los trámites necesarios para su admisión. La Unidad de Atención al Paciente e Información será el nexo entre sus allegados y usted. Los informadores (Chaquetas Verdes) le comunicarán aquellos detalles que consideren necesarios, para su correcta información sobre el desarrollo del proceso asistencial.	Когда Вы придете, сотрудник службы информации расскажет Вам о шагах, необходимых для поступления в приемное отделение. Информационная клиентская служба станет связующим звеном между Вами и Вашими близкими. Сотрудники информационной службы (работники в зеленых жакетах) сообщат Вам всю необходимую информацию, чтобы Вы были в курсе того, как проходит процесс оказания медицинских услуг.

(10) ADMISIÓN

(11) Para su admisión, deberá venir provisto de algún documento que acredite su identidad y filiación a la Seguridad Social, como:

- Tarjeta sanitaria
- Documento de identidad
- Tarjeta de residencia
- Tarjeta Sanitaria Europea
- Documento de afiliación a entidades gestoras de mutualidades o aseguradoras sanitarias privadas
- Parte de accidente, deportivo, de transporte público de viajeros, de tráfico o laboral

(12) Dichos documentos son importantes, ya que permiten:

- Comprobar fielmente su identidad
- Regularizar el cargo por gastos de asistencia y pruebas diagnósticas

(13) Una vez completados los trámites de admisión, la enfermera le realizará un primer examen, basado en un protocolo de triaje, mediante el cual se evalúa la inmediatez necesaria en la asistencia, según la afección de cada paciente. Para procesos leves el tiempo de espera puede ser de hasta cuatro horas.

(14) Los familiares permanecerán hasta el final del proceso en la sala de espera en casos leves o junto al enfermo, en caso más grave o que precisen acompañamiento a determinar por enfermería.

(15) EN EL ÁREA DE CONSULTAS PARA PROCESOS NO URGENTES NI GRAVES

(16) Le recibirá, un profesional de enfermería que:

- La atenderá en la sala de consulta o exploración.
- Le informará de la consulta y especialidad en la que será atendido.

(17) A continuación, cuando sea avisado, pasará a la sala de consulta donde le examinará un médico de urgencias, que le solicitará, si fuera preciso, las pruebas necesarias para su diagnóstico. Le informamos que en momentos de alta saturación la asistencia en esta área puede prolongarse hasta cuatro horas.

(18) ESPERA

ПОСТУПЛЕНИЕ В ОТДЕЛЕНИЕ

Для того, чтобы поступить в отделение, Вы должны будете прийти, имея при себе документ, удостоверяющий личность, а также документ, дающий право на получение услуг социального обеспечения, например:

- Карта медицинского страхования
- Документ, удостоверяющий личность
- Вид на жительство
- Европейская карта медицинского страхования
- Документ частного медицинского страхования или страхового объединения
- Справка о спортивном несчастном случае, о несчастном случае на общественном транспорте, о ДТП или о производственной травме.

Указанные выше документы важны, поскольку позволяют:

- Подтвердить Вашу личность
- Урегулировать, за чей счет будут понесены расходы на медицинский осмотр и исследования, необходимые для диагностики

Как только будут совершены все процедуры по поступлению в отделение, медсестра совершит первичный осмотр, основанный на специальном протоколе, при помощи которого определяется срочность необходимой помощи в зависимости от заболевания каждого пациента. Для наименее опасных процессов время ожидания может достигать четырех часов.

Родственники до окончания обслуживания будут оставаться в зале ожидания при неопасных случаях или же рядом с пациентом при более серьезных случаях или когда это сочтет необходимым сестринская служба.

В ЗОНЕ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПО НЕТЯЖЕЛЫМ И НЕСРОЧНЫМ ПРОЦЕССАМ

С Вами будет работать сотрудник сестринской службы, который:

- Проконсультирует Вас в зале консультации или проведения медицинских исследований.
- Проинформирует вас о консультации и специальности врача, к которому Вас направят.

Затем, когда Вас пригласят, вы пройдете в зал медицинских консультаций, где Вас осмотрит врач скорой помощи, который, в случае необходимости, назначит Вам исследования, необходимые для диагностики. Сообщаем Вам, что в моменты наибольшего количества посещений ожидание помощи может достигать четырех часов.

ОЖИДАНИЕ

(19) Conscientes de la dificultad de la espera tanto para los pacientes como para los familiares, deben saber que, en cualquier caso, el personal hará todo lo posible para limitar dicha espera.

(20) La espera no sólo está sujeta a tiempos determinados, hay que tener en cuenta que también depende de la frecuentación del momento – afluencia de pacientes; de la gravedad del resto de los enfermos; de la espera de los resultados de los exámenes de laboratorio – alrededor de dos horas-; de la espera en el servicio de radiología – alrededor de 1h-; de la realización de consultas a otros facultativos especialistas solicitadas por el médico de urgencias – neurología, cardiología, ginecología... - así como de la búsqueda y adjudicación de camas de hospitalización.

(21) HOSPITALIZACIÓN

(22) Si requiere ser hospitalizado:

- Se le indicará el servicio en el que va a ser ingresado.
- Si su familia se encuentra en la sala de espera, será avisada de su ingreso.
- Si está usted sólo, el personal de información realizará los trámites administrativos por usted y, en caso de que lo requiera, se pondrá en contacto con su familia o allegados.
- Si permanece en la unidad de hospitalización de urgencias o preingresos, se autoriza un acompañante durante las 24 horas, si el equipo asistencial lo considera necesario.
- Cuando esté preparada la habitación donde va a ser ingresado, un celador le conducirá hasta la unidad de hospitalización adjudicada según su patología.

(23) ALTA MÉDICA

(24) Antes de finalizar su asistencia, el médico le explicará los cuidados necesarios para la adecuada continuidad del proceso, entregándole el informe de alta, en el que figurarán las pruebas que se le han realizado y el tratamiento a seguir.

(25) Es muy importante que lea atentamente el informe y verifique que está todo correcto.

(26) Conserve este informe y no abandone el Centro sin él, salvo que sea ingresado, ya que:

- Contiene el tratamiento indicado y las pautas a seguir.
- Es necesario para que su médico de Atención Primaria realice el seguimiento.

(27) En caso de pérdida u olvido, deberá ponerse en contacto con la Secretaría de Urgencias,

Мы понимаем трудности ожидания как для пациентов, так и для членов их семьи, но Вы должны понимать, что как бы там ни было персонал делает все возможное, чтобы уменьшить время ожидания.

Ожидание зависит не только от конкретных сроков, необходимо иметь в виду также текущую ситуацию – наплыв пациентов, тяжесть состояния прочих больных, длительность ожидания результатов лабораторных анализов (около двух часов), ожидание очереди для проведения рентгенологических исследований (около одного часа), проведение консультаций с дополнительными специалистами по рекомендации врача скорой помощи (в области неврологии, кардиологии, гинекологии и т.д.), а также распределение свободных больничных коек.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Если необходима госпитализация, то:

- Вам укажут, в какое отделение Вы поступите.
- Если Ваша семья в зале ожидания, им сообщат о Вашей госпитализации.
- Если Вас никто не сопровождает, персонал информационной службы проделает все административные процедуры за Вас и, в случае необходимости, свяжется с Вашей семьей или близкими.
- Если Вас госпитализируют в отделение скорой помощи или для оказания предварительной помощи, Вам разрешат круглосуточное присутствие одного сопровождающего, если это сочтет необходимым медицинский персонал.
- Когда будет подготовлена Ваша палата, санитар отвезет Вас в соответствующее вашей патологии отделение.

ВЫПИСКА

Перед тем, как Ваше медицинское обслуживание будет окончено, врач объяснит, какой уход Вам будет необходим в дальнейшем, а также выдаст отчет о выписке, в которой будут указаны все анализы, сделанные во время лечения.

Крайне важно, чтобы вы прочитали отчет о выписке и проверили, что бы все было правильно. Сохраните этот отчет и не покидайте медицинский центр без него за исключением случая, если вы будете госпитализированы, поскольку:

- Он содержит прописанное лечение и последующие шаги.
- Необходимо, чтобы врач первичной медико-санитарной помощи мог проводить наблюдение.

В случае утери или если Вы забудете медицинский отчет, вы должны будете позвонить

Telf.: 91 336 80 67, donde podrán realizarle un duplicado del informe, previa aportación de su documento de identidad o de autorización firmada a otra persona designada por usted.

- (28) ALTA VOLUNTARIA
- (29) Si usted no está de acuerdo con la atención que se le está dispensando, puede solicitar el alta voluntaria. En este caso, se le entregará un informe con las actuaciones realizadas hasta ese momento.
- (30) TRANSPORTE SANITARIO
- (31) Es importante recordar que la prestación de transporte sanitario, es una prescripción médica, según las condiciones de paciente, quedando, según la normativa vigente, a criterio clínico tal prestación según las condiciones del paciente.
- (32) DEBERES DE LOS PACIENTES
- (33) Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid,
- (34) Artículo 30. Los ciudadanos, respecto a la utilización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid tienen los siguientes deberes individuales:
- (35) 1. Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
2. Utilizar las instalaciones de forma adecuada, a fin de que las mismas se mantengan en todo momento en condiciones de habitabilidad.
3. Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se otorgan a través de la presente Ley.
4. Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en los mismos.
- (35) ¿Qué es más urgente, una gripe o un infarto? No saturemos las Urgencias Hospitalarias. Tienes un Centro de Salud a menos de 15 minutos de tu casa. Y recuerda, las Urgencias Hospitalarias salvan vidas. ¿Hay algo más urgente?

в секретариат скорой помощи по телефону: 91 336 80 67, где Вам смогут подготовить дубликат отчета при заблаговременном предоставлении документа, удостоверяющего личность, или письменного разрешения на имя лица, получающего отчет за Вас.

ВЫПИСКА ПО СОБСТВЕННОМУ ЖЕЛАНИЮ

Если Вы не согласны с предоставленным Вам обслуживанием, вы можете запросить добровольную выписку. В этом случае Вам будет выдан отчет о выполненных до этого момента действиях.

МЕДИЦИНСКАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА

Важно помнить, что предоставление медицинского транспорта и вызов скорой помощи на дом производится по назначению врача на основании крайне тяжелого состояния пациента, которое согласно действующим нормам, определяется в соответствии с клиническими критериями.

ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Закон 12/2001 от 21 декабря о Распорядке в сфере здравоохранения в Сообществе Мадрид.

Статья 30. Граждане имеют следующие персональные обязанности по отношению к пользованию услугами Системы здравоохранения Сообщества Мадрид:

1. Выполнять общие предписания, касающиеся здоровья всего населения, а также особые указания медицинских служб.
2. Использовать учреждения здравоохранения и их оборудования по назначению, так чтобы они всегда находились в надлежащем состоянии.
3. Соблюдать нормы и процедуры использования и доступа к правам, предоставляемым этим Законом.
4. Уважительно относиться к установленным нормам в каждом медицинском центре, а также к персоналу, предоставляющему в них услуги.

Что важнее: грипп или инфаркт?

Не будем злоупотреблять Службой скорой помощи.

На расстоянии не более 15 минут от Вашего дома расположен Медицинский центр.

И помните, Служба скорой помощи спасает жизни. Есть ли что-то более срочное?

En el párrafo (2), la palabra *usuario* se traduce como *пациент*, aunque en ruso el equivalente más preciso es *пользователь*. Sin embargo, como se ha indicado en el capítulo 4.1, al término jurídico *пациент* le corresponden dos términos españoles, *usuario* y *paciente*,

siendo habitual este uso en el lenguaje común, de ahí que la traducción *пользователь* no se entendería bien en este contexto.

La expresión *su Centro de Salud* del párrafo (4) se traduce como Медицинский центр Вашего Участка, aunque en el original español no se menciona zona, pero Centro de Salud/ Медицинский центр no corresponde a ningún establecimiento sanitario público ruso, mientras que, agregando las palabras *Вашего участка (de su zona)* que corresponden a la idea de la oración, ayudamos a familiarizar al usuario rusohablante con la realidad española.

La frase *le comunicarán aquellos detalles que consideren necesarios* del párrafo (9) que literalmente se traduce como *Вам сообщат все подробности, которые сочтут необходимыми* no suena bien para un usuario de procedencia rusa con relación a lo expuesto sobre el bajo nivel de confianza en el sistema sanitario ruso en el capítulo 4.1, por lo cual es recomendable cambiarla por una más neutra *Вам сообщат всю необходимую информацию*.

Como se ha indicado en el capítulo 5.2, el término *tarjeta sanitaria* usado en el párrafo (11) se aconseja traducir como *карта медицинского страхования*. Asimismo, en este párrafo se mencionan *entidades de mutualidades*, una forma de gestionar seguros que no existe en Rusia, por lo que en el marco de un folleto el tema del cual no son seguros, sugerimos evitar definiciones muy literales y optar por una generalización como *страховое объединение*.

La información proporcionada en los párrafos (13) y (17) *el tiempo de espera puede ser de hasta cuatro horas* y debidamente traducida al ruso, es muy importante desde el punto de vista de contextualización de asistencia sanitaria para el paciente ruso en España y es necesario incluirla en todos los materiales de información al usuario. Además, se acompaña por la explicación de las causas de por qué puede ser prolongado el periodo de espera e indicación de las horas aproximadas en función del tratamiento y servicios prestados (párrafo (20)). Nos parece oportuno indicar estos datos en folletos dedicados a diferentes prestaciones, acompañándolos con un comentario como el que aparece en el párrafo (19) del tríptico: “Conscientes de la dificultad de la espera tanto para los pacientes como para los familiares, deben saber que, en cualquier caso, el personal hará todo lo posible para limitar dicha espera”.

Omitiendo el análisis estilístico y sintáctico del párrafo (31), ya que no es el tema del presente trabajo, nos centraremos en la idea expuesta, de acuerdo con la cual las condiciones del paciente deben cumplir con un criterio clínico de la normativa vigente para que se les preste el transporte sanitario. En nuestra opinión, enfocando el texto al usuario ruso, y de conformidad con las conclusiones del capítulo 4.3, hace falta contextualizar esta información de la siguiente manera:

LO: Transporte sanitario

Es importante recordar que la prestación de transporte sanitario y servicio de urgencias a domicilio es una prescripción médica, según las condiciones de paciente extremadamente graves, quedando, de acuerdo con la normativa, a criterio clínico.

LT: Медицинский транспорт

Важно помнить, что предоставление медицинского транспорта и вызов скорой помощи на дом производится по назначению врача на основании крайне тяжелого состояния пациента, которое согласно действующим нормам, определяется в соответствии с клиническими критериями.

Al ser introducida la información subrayada, el texto, por un lado, se adapta más a la experiencia del usuario ruso, y por otro, delimita los casos de acudir a esta prestación, ayudando a prevenir los casos de su abuso.

5.4 Pautas para la interpretación de conceptos que comprenden diferencias jurídicas

Como se ha señalado en la clasificación de las diferencias reveladas en la legislación de España y Rusia, no todas ellas pueden ser mediadas a través de elaboración y traducción de folletos temáticos, siendo las causas principales las siguientes:

1. Algunas particularidades son muy específicas y puntuales, de ahí que por carácter generalizador de los folletos, no puedan ser comentadas en los mismos. Este es el caso de prepago de asistencia sanitaria en caso de emergencia con la indemnización posterior de los gastos en España. Cabe subrayar que se usa esta forma de prestación en casos muy poco frecuentes y específicos, así que la inclusión de esta información, aunque fidedigna, ya que está prevista esta opción en la ley, puede llevar a la confusión de los pacientes. Por este motivo nos parece adecuada la intervención del intérprete en calidad de mediador intercultural en casos cuando sea preciso un comentario sobre el tema.

Otra es la razón de la necesidad de comentarios puntuales con respecto a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Mientras nuestra recomendación es dar la información general sobre las prestaciones garantizadas en forma de folletos, es necesario tener en cuenta que el abanico de manipulaciones e intervenciones sanitarias es tan extenso que no puede ser explicitado en un tríptico o folleto de otro formato. Por eso, la tarea de intérprete es estar al tanto de la relación de servicios principales garantizados en los dos países para poder en todo momento intervenir precisando la información al médico u otro profesional sanitario en su debido caso y comentándola al paciente.

Asimismo, como se deduce del punto tres de la clasificación de contrastes legales que deben ser mediados, puede ser necesaria la mediación cuando se tratan conceptos nuevos para el usuario, como el beneficiario. Como hemos comprobado, esta información no está normalmente incluida en textos de folletos, aunque nos parece imprescindible en caso de usuarios no familiarizados con las normas de la Seguridad Social y SNS españoles. Sin embargo, a la hora de tramitar la tarjeta sanitaria puede surgir esta cuestión, debiendo el intérprete poder transmitir el significado del concepto al usuario, que exige su información previa al respecto y elaboración de estrategias de interpretación, ya que la traducción directa del término “beneficiario” por «бенефициар», no es óptima, puesto que en ruso se usa normalmente el ámbito bancario y no se acerca a la idea en el contexto de la seguridad social, por lo cual nos parece más adecuada la interpretación «получатель услуг», aunque también exige un comentario adicional.

2. Por otro lado, en algunos casos la mediación intercultural puede deberse a la discreción de los temas tratados, de ahí que no es oportuno tratarlos en folletos. De acuerdo con lo expuesto en el capítulo 2.4.1, la cultura rusa es más formal y distante que la española, de ahí que el intérprete deba contar con respectivos conocimientos sobre este aspecto de la comunicación. Estos son casos de expresión de falta de confianza en el servicio prestado por parte de paciente ruso y comentarios sobre los costes de las prestaciones y precios de los medicamentos.

En primer lugar, el profesional de mediación intercultural debe estar al tanto de la situación actual en el ámbito sanitario ruso para poder atender bien las dudas del paciente. En caso de que el último muestre cierta desconfianza de los médicos puede ser oportuno explicar un poco el contexto de la asistencia sanitaria en España, familiarizarlo con aspectos básicos de su funcionamiento. Es importante comprender que puesto que en los servicios públicos el intérprete deja de ser invisible, convirtiéndose en el participante activo del proceso de mediación, es frecuente la situación en la que el paciente dirige directamente sus preguntas al intérprete sin que estén presentes profesionales del ámbito sanitario, por ejemplo, durante la espera de consulta. En este caso, es fundamental buscar el equilibrio entre, por una parte, un

comentario oportuno que ayude al usuario a sentirse más cómodo, y, por otra parte, no dar respuestas a cuestiones que no forman parte de sus competencias, ni son propias de su actividad profesional.

Además, en caso de las dudas de carácter económico, cabe destacar que para los rusos es un tema delicado y para algunos, hasta vergonzoso, puesto que, tratando este tema, es imprescindible cuidar bien la forma de expresar ideas, siempre siendo respetuoso y evitando mencionar la situación económica del paciente. Todos los comentarios deben ser impersonales y generales.

3. A fin de cuentas, no hay que olvidar que la comunicación es siempre un proceso multilateral, por lo que el desempeño del mediador intercultural no se limita al trabajo con el usuario, es más, en algunas situaciones, son los comentarios acerca de ciertas realias rusas hechos al médico los que pueden ayudar a superar un malentendido. Así, aunque estén comentadas las normas de atención de urgencias o de consultas al médico de familia en los folletos, son tan habituales estos servicios en Rusia, que en reiteradas ocasiones pueden surgir preguntas de si en este u otro caso concreto puede acudir el médico a domicilio, puesto que es recomendable no solo explicar al paciente cómo funcionan estos servicios en España, sino hacer un breve comentario para el profesional, motivando el interés insistente del usuario. Asimismo, esta estrategia puede funcionar a la hora de preguntas del paciente de si tiene que pagar por una u otra prestación o sus peticiones de prescribirle un medicamento más barato. Un breve comentario sobre la abundancia de servicios sanitarios privados en Rusia o sobre la falta de regulación de recetación y dispensación de fármacos puede influir positivamente la actitud del profesional hacia las preguntas y motivarlo a dar respuestas más extendidas.

Es evidente que para hacer intervenciones como las mencionadas arriba, el intérprete debe conocer los contextos de la atención sanitaria tanto en España, como en Rusia, siempre manteniendo actualizada su información y sabiendo elegir la estrategia más oportuna en cada caso, porque, al fin y al cabo, cada situación es diferente y depende de muchos factores, puesto que una persona que no tiene la formación profesional adecuada, es decir, un intérprete ad hoc, puede resultar no efectivo, ya que, como lo han resaltado muchos autores, es poco dominar dos idiomas para ser capaz de mediar entre culturas.

6. Conclusiones

El presente trabajo nos ha permitido comprobar que la mediación intercultural es una realidad de la sociedad moderna, que parte de los flujos migratorios crecientes hacia España. Como se desprende del apartado 2.1.1 del presente trabajo, a 1 de enero de 2018 la población rusa de España asciende a 73.651 personas, residentes principalmente en Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía y Comunidad de Madrid, siendo Alicante la provincia que más rusos acoge.

Así mismo, como resaltan numerosos autores, entre los cuales cabe mencionar a Angelelli, Bowen, Valero Garcés, Hale, Pena Díaz, Arbeláez Redas y García Vázquez, entre otros, con respecto a los servicios públicos, y en el ámbito sanitario en particular, los inmigrantes deben ser considerados un grupo especial, ya que su acceso a las prestaciones sanitarias a veces viene dificultado por numerosas causas, entre las cuales se encuentran restricciones legales del acceso a la sanidad, falta de información concedida a los extranjeros sobre los requisitos a cumplir para acceder al SNS, escaso conocimiento de cómo funciona la sociedad en España, así como razones más bien culturales como la barrera lingüística, diferencias en las prácticas culturales y discriminación por distintos motivos.

Debido a todas estas razones surgió de forma natural una nueva figura en el mundo profesional que es el mediador intercultural. Sin embargo, la falta de profesionales en este

ámbito ha derivado en la intervención frecuente de así llamados traductores e intérpretes ad hoc, que al no contar con la formación adecuada, cometen numerosos errores de todo tipo, que no favorecen la solución del problema a nivel institucional, de ahí que la profesionalización de estos servicios es una de las tareas fundamentales en un país multicultural que procura armonizar relaciones entre diferentes grupos de la población y facilitar la integración de inmigrantes a la sociedad.

En este sentido, es necesario aclarar que en el marco de su desempeño los intérpretes y traductores en el ámbito sanitario como mediadores interculturales tienen que enfrentarse dificultades muy específicas. Así, en este caso los intérpretes no sólo transmiten frases en la lengua meta, sino que se responsabilizan de la coordinación y mediación de la comunicación y de la intervención con comentarios que explicitan las diferencias culturales en caso de ser necesario. Además, ejercen tareas adicionales como ayudar a rellenar documentos, facilitar la comunicación con el personal administrativo y en principio ser, en términos de Raga (2012: 11), “catalizador” del diálogo en los establecimientos sanitarios. Trabajando en contextos de consultas médicas de todo tipo, en hospitales y durante las citas con especialistas como logopedas, psicoterapeutas, etc., se ven obligados a resolver problemas lingüísticos relacionados con el contexto, con los participantes y con el sistema. Los malentendidos culturales pueden derivar de cualquier tipo de dificultad por su carácter variado y dependen por lo general de la distancia entre culturas. Además, son frecuentes cambios de registro, necesidad de tratar el léxico obscuro, carga emocional, etc., lo que exige un alto nivel profesional del interprete-mediador intercultural. En cuanto a la traducción sanitaria, que abarca género de informes muy especializados a patentes, y de información de prescripción de un fármaco a un texto divulgativo, el caso clásico de la mediación intercultural es la traducción de folletos informativos orientados al paciente. A fin de que el texto traducido se perciba correctamente y en su totalidad, hace falta una adaptación para el lector, puesto que es importante no solo el texto como tal, sino el paratexto, mientras que la tarea del profesional es recodificarlo, reformulando las definiciones y reconstruyendo el contexto dependiendo de los conocimientos previos del público meta, de ahí que se trata no simplemente de la traducción propia, sino de la heterofuncional, que exige una competencia alta por parte del traductor en cuanto a las lenguas y culturas de trabajo.

Dicho esto, cabe resaltar que a pesar del constante aumento de la población rusa en España, es una cultura desconocida, especialmente en el contexto de la sanidad, y hay muy pocas obras destinadas a tratar las particularidades del paciente ruso. Gracias al estudio que hemos llevado a cabo podemos concluir que además, se basan generalmente en las experiencias personales y no en materiales documentales o estudios imparciales. Asimismo, por la escasez de información, los autores tienden a unir a todos los eslavos y ciudadanos de exrepúblicas del bloque comunista, extrapolando sus conclusiones referidas a un país a todo el grupo. Otro problema de los estudios dedicados al paciente ruso, o más bien eslavo, es que se respaldan en los datos que ya no son actuales, dados los cambios políticos, económicos y sociales de las últimas décadas en estos países, mientras que los estudios actuales se enfocan más en las estrategias y técnicas de mediación intercultural en las situaciones concretas que en la investigación de los aspectos culturales que diferencian a los rusos de los españoles en el contexto de la sanidad. Los materiales destinados al paciente ruso publicados en los últimos años tampoco son abundantes y se limitan, en la mayoría de los casos a los temas de salud sexual y perinatal, a pesar de las voces de numerosos investigadores que defienden la opinión de que los inmigrantes evitan acudir al médico por falta de conocimiento sobre los pasos a seguir para hacerlo.

Todo lo anteriormente expuesto ha fundamentado la necesidad y la importancia de estudiar y contrastar los aspectos de la legislación rusa y la española que permitan el acceso a

las prestaciones sanitarias principales en estos países a fin de incrementar el nivel profesional de la mediación intercultural orientada a este grupo de pacientes.

A partir del análisis contrastivo que ha sido el método principal utilizado en el marco del presente TFM de leyes, decretos, órdenes, normativas y otros documentos, información de las páginas web de autoridades locales y establecimientos sanitarios, artículos de medios rusos y españoles y datos estadísticos, hemos obtenido los siguientes resultados:

1. Son diferentes los grupos de la población que pueden acceder a las prestaciones gratuitas del sistema nacional de salud en Rusia y España.
2. Existen importantes contrastes en la organización de la prestación de servicios sanitarios y en los plazos respectivos de espera, siendo los rusos mucho más cortos.
3. El sistema nacional sanitario ruso es mucho menos transparente lo que condiciona el nivel de confianza bajo en la sanidad gratuita por parte de los rusos.
4. El concepto y formas de la atención en urgencias en España y Rusia son diferentes, siendo en el último país muy recurrida la atención a domicilio.
5. La atención primaria en Rusia asimismo puede ser prestada a domicilio, siendo este servicio muy recurrido en este país, un concepto que no existe en España hoy en día.
6. Las normas de administración de recetas en Rusia son mucho menos rígidas, por lo cual está muy extendida la práctica de automedicación; asimismo influye en el comportamiento de los pacientes rusos durante las consultas que puede parecer poco aceptable a los médicos españoles.

Mayores dificultades presenta la traducción y/ o interpretación de los conceptos que, siendo habituales en un sistema, no existen en el otro y de las diferencias contrastadas a partir de varios criterios a la vez (por ejemplo, diferencias en el volumen, forma y plazos de una prestación), por lo cual se recomienda la introducción de comentarios correspondientes en la traducción adaptada a las necesidades del paciente ruso.

El análisis de folletos redactados en español llevado a cabo en base a las diferencias encontradas en la legislación rusa y española nos ha permitido comprobar que es necesario adecuar el texto original, ya que la información concedida no corresponde a la experiencia previa del inmigrante recién llegado a España en su país de procedencia.

Asimismo, hemos llegado a la conclusión que es recomendable mediar en las situaciones de incomprensión por medio de la interpretación en los casos de que deriven estas de diferencias muy específicas y puntuales o de que se trate de temas íntimos o delicados. Además, no se puede descartar el papel del intérprete como mediador intercultural en el contexto de trabajo e información a los médicos y resto de personal sanitario.

No obstante, debemos reconocer que, debido a las limitaciones inherentes al formato del presente trabajo, hemos estudiado los aspectos que rigen solo los primeros contactos del inmigrante recién llegado con el SNS español, queda mucho camino por recorrer a fin de estudiar las diferencias en la legislación sanitaria rusa y española que puede ser un buen punto de partida para la comparación de hábitos sociales de inmigrantes provenientes de Rusia. Asimismo, nos parece idónea la realización, a partir del presente trabajo, de investigaciones de campo que permitirán determinar el grado de influencia de las diferencias reveladas en la comunicación médico-paciente.

7. Bibliografía

- Akimova, I., Maksimchuk, M. (2018) “Riski v sisteme zdravoojranenia v 2018 godu” en *Ukrainski novyny*. Recuperado el 27 de junio de 2018 desde <https://ukranews.com/publication/2416-rysky-v-systeme-zdravookhranenyia-v-2018-godu>
- Angelelli, C. V. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press
- Antoun, J., Phillips, F., Johnson, T. (2011) “Post-Soviet transition: Improving health services delivery and management” en *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(3), pp. 436-448. Recuperado el 27 de junio desde <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/msj.20261>
- Arbeláez Redas, M., García Vázquez, S. (2009) “El derecho a la protección de la salud de los inmigrantes en España” en Aja, E. (2009). *Los derechos de los inmigrantes en España*. Valencia: Tirant lo Blanch. pp.: 437-462
- Baixauli Olmos, L. (2014) “Redescubriendo los códigos de conducta para la ISP médica: cultura, dilemas y papel profesional” en Valero Garcés, C., Navaza B. y Wahl-Kleiser, L. (coords.). *Comunicación intercultural en el ámbito médico (monográfico)*, Vol. XV, n.º 40. Segundo semestre, 2014. *Panacea@*. pp.: 198-217. Recuperado el 5 de junio de 2018, desde www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n40_tribuna_ValeroG-WahlK.pdf
- Belloso Martín, N. (2003) “Inmigrantes y mediación intercultural” en *Cuadernos Electrónicos De Filosofía Del Derecho*, (7). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=271114>
- BFM.RU (2017) “Antibiotiki – tolko po retseptu”, recuperado el 18 de mayo de 2018 desde <https://www.bfm.ru/news/358554>
- Bowen, S. (2001). *Language barriers in access to health care*. Canadá: Health Canada-Santé Canada.
- California Healthcare Interpreters Association (2012). *Estándares para Intérpretes Médicos en California. Principios Éticos, Protocolos y Lineamientos Sobre la Función y las Intervenciones del Intérprete*. Recuperado el 18 de junio desde <http://www.chiaonline.org/Resources/Documents/CHIA%20Standards/CHIA%20Standards%20Spanish.pdf>
- CatSalut. Servicio Catalán de Salud. *Atención continuada y urgente*. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde <http://catsalut.gencat.cat/es/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/>
- Clinic-La Malva-Rosa. *Información Urgencias*. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde <http://clinicomalvarrosa.san.gva.es/informacion-urgencias1>
- Conejero Paz, E. (2010) “Dinámica de las políticas de inmigración en España” en Conejero Paz, E., Ortega Giménez, A., Ortega Roig, M., Felip i Sardà, Josep Maria, & Universidad Miguel Hernández de Elche. *Inmigración, integración, mediación intercultural y participación ciudadana*. San Vicente (Alicante): Club Universitario. pp.: 61-100
- Federalny Zakón del 17 de julio de 1999 № 178-FZ “O gosudarstvennoi sotsialnoi pomoshchi”
- Federalny Zakón de 18 de junio de 2001 № 77-FZ “O preduprezhdenii rasprostraneniia tuberkuleza v Rossiiskoi Federatsii”
- Federalny Zakón del 21 de noviembre de 2011 № 323-FZ “Ob osnovaj ojranj zdraovia grazhdan v Rossiiskoi Federatsii”
- Federalny Zakón del 25 de julio de 2002 №115-FZ “O pravovom polozhenii inostrannyj grazhdan v Rossiiskoi Federatsii”

- Federalny Zakón del 9 de enero de 1997 № 5-FZ “O predostavlenii sotsialnyj garantii Gueroiam Sotsialisticheskogo Truda, Gueroiam Truda Rossiiskoi Federatsii i polnym kavaleram Ordena Trudovoi Slavy”
- Felip i Sardà, J.M. (2010) “Inmigración, integración, mediación intercultural y participación ciudadana” en Conejero Paz, E., Ortega Giménez, A., Ortega Roig, M., Felip i Sardà, Josep Maria, & Universidad Miguel Hernández de Elche. *Inmigración, integración, mediación intercultural y participación ciudadana*. San Vicente (Alicante): Club Universitario. pp.: 13-22
- Fernández Moreno, N. (2012). *Antropología y comparación cultural: Métodos y teorías*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- France24 (2018). *Polonia: Parlamento busca endurecer las leyes contra el aborto*. Recuperado el 27 de junio de 2018 desde www.france24.com/es/20180111-polonia-aborto-ley-prohibicion
- García Castaño, F. J., Barragán Ruiz-Matas, C. (2004) “Mediación intercultural en sociedades multiculturales. Hacia una nueva conceptualización” en *Portularia. Revista de Trabajo Social*, vol. 4. pp. 123–142. Recuperado el 16 de junio de 2018 desde <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/219/b15132961.pdf?sequence=1>
- García Izquierdo, I., Conde, T. (2014) “Necesidades documentales del traductor médico en España” en *Trans: Revista De Traductología*, 18. pp.: 141-162. Recuperado el 23 de junio de 2018 desde
- García Izquierdo, I., Muñoz Miquel, A. (2015) “Los folletos de información oncológica en contextos hospitalarios: la perspectiva de pacientes y profesionales sanitarios” en *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 2015, vol. 16, no 42, p. 225-231. Recuperado el 18 de junio de 2018 desde <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/163874/73508.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Generalnoe tarifnoe soglashenie na 2018 god. Sankt-Peterburg. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde <https://spboms.ru/page/docs>
- Giménez Romero, C. (1997): «La naturaleza de la mediación intercultural», *Revista de Migraciones*, 2: 125-159
- Goretti Faya, O. (2016) “La necesidad de servicios de traducción e interpretación en el sector sanitario. La situación en Londres, Düsseldorf y Madrid” en Barceló Martínez, T., Jiménez Gutiérrez, I. (coords.) *Mediación y educación intercultural, traducción e interpretación para los servicios públicos (monográfico)*. Número 7-8. *Entreculturas, revista de traducción y comunicación intercultural*. pp.: 543-574
- Grupo CRIT (2006). *Claves para la comunicación intercultural*. Universitat Jaume I de Castellón. Col. Estudis sobre la Traducción. ° 11
- Grupo CRIT (2009). *Culturas y atención sanitaria: Guía para la comunicación y la mediación intercultural* (1ª ed.). Barcelona; Castellón de la Plana: Octaedro.
- Hale, S. B. (2010). *La interpretación comunitaria. La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Traducción: Cobas Álvarez, R. y Valero Garcés, C. Coordinación: Valero Garcés, C.-Grupo FITISPos. Granada: Editorial Comares, Colección Interlingua n.º 85 (1.ª ed.).
- Hospital universitario La Princesa. *Urgencias. Oferta asistencial*. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142673139677&language=es&pagename=HospitalLaPrincesa%2FPage%2FHPRI_contenidoFinal
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. *Urgencias*. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142462298435&language=es&pagename=HospitalRamonCajal%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal

- Hernández Sacristán, C., & Grupo CRIT. (2003). *Claves para la comunicación intercultural*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Iglesias Carrillo, X., Tercedor Sánchez, M. (2014) “Acceso a la salud por parte de la población indígena mayahablante en México: elaboración de materiales didácticos desde la interculturalidad” en Valero Garcés, C., Navaza, B., Wahl-Kleiser, L. (coords.) (2014). *Comunicación intercultural en el ámbito médico (monográfico)*, Vol. XV, n.º 40. Segundo semestre, 2014. Panacea@. pp.: 218-234. Recuperado el 15 de junio de 2018, desde www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n40_tribuna_ValeroG-WahlK.pdf
- Ilie, L., Jaime Pérez, A., Vitalaru, B. (2014) “Actuación del intérprete-mediador en el ámbito sanitario en situaciones comunicativas problemáticas y conflictos culturales: análisis y comparación entre intérpretes con y sin formación en diferentes pares de lenguas (español > árabe, francés, inglés y rumano)” en Valero Garcés, C., Navaza, B., Wahl-Kleiser, L. (coords.) (2014). *Comunicación intercultural en el ámbito médico (monográfico)*, Vol. XV, n.º 40. Segundo semestre, 2014. Panacea@. pp.: 218-234. Recuperado el 5 de junio de 2018, desde www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n40_tribuna_ValeroG-WahlK.pdf
- Iliescu Cheorghiu, C. (2007) “La mediación interlingüística e intercultural en contextos especializados” en Alcaraz Varó, E., Mateo Martínez, J. y Yus Ramos, F. (eds.) (2007) *Las lenguas profesionales y académicas*. Barcelona: Ariel, pp. 107-118
- Inosmi.ru. Rossia segodnia (2016). *Tatarstan – obrazets tolerantnosti*. Recuperado el 23 de agosto de 2018, desde <https://inosmi.ru/social/20160904/237707260.html>
- Instituto Nacional de Estadística (2007) *Encuesta Nacional de Inmigrantes, Motivos del traslado*. Recuperado el 1 de junio de 2018, desde www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p319/a2007/p01/10/&file=04010.px
- Instituto Nacional de Estadística (2017a) *Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad*. Recuperado el 2 de junio de 2018, desde www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9674
- Instituto Nacional de Estadística (2017b) *Viajeros por Comunidades Autónomas, 2017*. Recuperado el 4 de junio de 2018, desde <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2074>
- Instituto Nacional de Estadística (2018) *Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad*. Recuperado el 2 de julio de 2018, desde <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9674>
- Jakobson, R. (1959) “On linguistic aspects of translation” en Fang, A., Brower, R. A. (eds.). *On Translation*. Boston: Harvard University Press. pp.: 232-239. Recuperado el 23 de junio de 2018 desde <https://web.stanford.edu/~eckert/PDF/jakobson.pdf>
- Junta de Andalucía. Urgencias. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde <http://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/urgencias/urgencias.html>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social
- Liddicoat, A. J. (2016) “Translation as intercultural mediation: setting the scene” en *Perspectives: Studies in Translatology*, vol. 24, no 3, pp.347-353. Recuperado el 17 de junio de 2018 desde

- <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0907676X.2015.1125934?needAccess=true>
- Marnpae, M. (2014) “Materiales multilingües en el ámbito sanitario en España” en Valero Garcés, C., Navaza B. y Wahl-Kleiser, L. (coords.). *Comunicación intercultural en el ámbito médico (monográfico)*, Vol. XV, n.º 40. Segundo semestre, 2014. Panacea@. pp.: 264-277. Recuperado el 5 de junio de 2018, desde www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n40_tribuna_ValeroG-WahlK.pdf
- Marnpae, M. (2015) “La traducción funcionalista en los servicios públicos: Un caso de materiales de apoyo del ámbito sanitario para la población inmigrante” en *FITISPos International Journal*, v. 2, pp. 81-93. Recuperado el 23 de junio de 2018 desde https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/29501/traduccion_marnpae_FITISPos_2015_n.%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martín, M. A. (2013). *La mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Bellaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions.
- Montalt i Resurrecció, V., Shuttleworth, M. (2012) “Research in translation and knowledge mediation in medical and healthcare settings” en *Lingüística Antverpiensia, New Series (LANS)*, 11. pp.: 9-28. Recuperado el 7 de junio de 2018, desde <https://lans-tts.uantwerpen.be/index.php/LANS-TTS/issue/view/15>
- Moskva 24 (2017) “Moskovskie apteki prodaiut silnodeistvuiushchie lekarstva bez retsepta”, recuperado el 18 de mayo de 2018 desde <https://www.m24.ru/videos/apteki/20062017//147/7/7/7/>
- Muñoz Miquel, A. (2016) “La traducción médica como especialidad académica: algunos rasgos definitorios” en *Hermeneus*, n. 18. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Traducción e Interpretación. pp.: 235-267. Recuperado el 23 de junio de 2018 desde <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/23150/1/Hermeneus-2016-18-TraducciónMédica.pdf>
- Pelayo Olmedo, D., Rodríguez Moya, A. (2009) “El estatuto jurídico del inmigrante” en Rodríguez Moya, A., Souto Galván, E. *Inmigración y Resolución De Conflictos: La Mediación Intercultural*. Madrid: Dykinson. pp. 53-82
- Pena Díaz, C. (2016) “Linguistic and pragmatic barriers in immigrant health care in Spain: the need for interlinguistic & intercultural mediators” en Barceló Martínez, T., Jiménez Gutiérrez, I. (coords.) *Mediación y educación intercultural, traducción e interpretación para los servicios públicos (monográfico)*. Número 7-8. *Entreculturas, revista de traducción y comunicación intercultural*. pp.: 625-634
- Pena Díaz, C., Echaurren Galván, B., Olivares Leyva, M. (2014). “Las funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario: Habilidades y conocimientos” en *Tonos Digital*, (26), 1. Pp. 1-13. Recuperado desde <https://search.proquest.com/docview/1660936005?accountid=14475> el 13 de junio de 2018
- Postanovlenie Pravitelstva RF del 6 de marzo de 2013 № 186 “Ob utverzhdenii pravil okazania meditsinskoi pomoschi inostrannym grazhdanam na territorii Rossiiskoi Federatsii”
- Postanovlenie Pravitelstva RF del 8 de diciembre de 2017 № 1492 “O Programme gosudarstvennyj garantii besplatnogo okazania grazhdanam meditsinskoi pomoschi na 2018 god i na planovyi period 2019 i 2020 godov”
- Prikaz Ministerstva zdravoojraneniia i sotsialnogo razvitiia RF de 15 de mayo de 2012 № 543H “Ob utverzhdenii Polozheniia ob organizatsii okazaniia pervichnoi medico-sanitarnoi pomoshchi vzroslovu naseleniu”
- Prikaz Ministerstva zdravoojraneniia Rossiiskoi Federatsii de 20 de diciembre de 2012 № 1175H “Ob utverzhdenii poriadka naznacheniia y vypisyvaniia lekarstvennykh

- preparatov, a takzhe form retsepturnyj blankov na lekarstvennye preparaty, poriadka oformlenia ukazannyj blankov, ij ucheta i jranenia”
- Prikaz Ministerstva zdravoojranenia Rossijskoi Federatsii del 20 de junio de 2013 №388H “Ob utverzhdenii Poriadka okazania skoroi, v tom chisle skoroi spetsializirovannoi, meditsinskoi pomoschi”
- Prikaz Minsotsrazvitiia Rossii № 757 de 5 de diciembre de 2005 “
- Racioppi, V. (2016) “La interpretación asistencial sanitaria en Italia y España desde un punto de vista interdisciplinar. Un estudio poblacional sobre las realidades multiculturales” en Barceló Martínez, T., Jiménez Gutiérrez, I. (coords.) *Mediación y educación intercultural, traducción e interpretación para los servicios públicos (monográfico)*. Número 7-8. *Entreculturas, revista de traducción y comunicación intercultural*. pp. 543-574
- Raga Gimeno, F. (2006) “Grupo CRIT. Comunicación Intercultural y Mediación en el Ambito Sanitario” en *Revista Española De Lingüística Aplicada, Número Extra 1*. pp. 217-229. Recuperado el 15 de junio desde <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/148948>
- Raga Gimeno, F. (2012) "Capítulo 1: Sobre Los Límites De La Comunicación y La Mediación Intercultural" en *Foro Hispanico: Revista Hispanica De Flandes y Holanda*, no. 44, pp. 3-24
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización
- Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación
- Rico Pérez, C. (2011) "Tecnologías De La Traducción Para La Mediación Intercultural.", en *Lengua y migración/ Language and migration*. Vol. 3, № 1. Pp. 115-129. Recuperado el 15 de junio de 2018 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=519551811007>
- Robinson, M. (2002). *Communication and health in a multi-ethnic society*. Bristol: Policy Press.
- Rodríguez Aumente, M. J., Riobó. A. C. (2016) "Mediación intercultural como enfoque transversal en servicios sociales: la experiencia de Getafe en Madrid" en *Migraciones*, no. 12, pp. 249-261. Recuperado el 17 de junio de 2018 desde <https://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/7202/7044>
- Rulicki, S., Cherny, M. (2010). *Comunicación no verbal: Cómo la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Buenos Aires: Ediciones Granica.
- Sakevich, V. I. (2016) “Ot aborta k kontratseptsii” en *Demoskop Weekly, № 687-688*. Recuperado el 27 de junio desde: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0687/demoscope687.pdf>
- Sales Salvador, D. (2008) “Mediación intercultural e interpretación de los servicios públicos: ¿Europa intercultural?” en *Pliegos de Yuste: revista de cultura y pensamiento europeos*, 1 7-8, pp. 77-82. Recuperado el 17 de junio desde <http://www.pliegosdeyuste.eu/n78pliegos/pdf/2008-7-8-77-82.pdf>
- SAMUR - Protección Civil. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Emergencias-y-seguridad/SAMUR-Proteccion-Civil/?v>
- Sánchez Castany, R., García Izquierdo, I., Montalt i Resurrecció, V. (2013) “Los géneros de Información para pacientes en el contexto español: una primera aproximación” en *Fòrum de Recerca, № 18 (Ejemplar dedicado a: XVIII Jornades de Foment de la Investigació de la Facultat de Ciències Humanes i Socials)*. pp.: 833-846. Recuperado

- el 23 de junio de 2018 desde <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5194705&orden=0&info=link>
- Santana Falcón, R. (2013) “El mediador cultural en los servicios públicos: una nueva profesión” en *Estudios de Traducción*, vol. 3, pp. 33-43. Recuperado el 17 de junio desde <http://revistas.ucm.es/index.php/ESTR/article/viewFile/41988/39973>
- Secretaría General de Inmigración y Emigración (2018). *Extranjeros residentes en España a 31 de diciembre de 2017. Principales resultados*. Recuperado el 2 de junio de 2018, desde http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/certificado/201712/Residentes_Principales_Resultados_31122017.pdf
- Sluzhba gosudarstvennoi statistiki (2010) “Natsionalny sostav naselenia”. Recuperado el 1 de agosto desde http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/documents/vol4/pub-04-01.pdf
- Soglashenie na oplatu meditsinskoj pomoschi v sisteme obiazatelnogo meditsinskogo strajovania Kurskoi oblasti na 2018 god. Recuperado el 1 de julio de 2018, desde www.kurskzdrav.ru
- Solé, C., Cachón, L. (2006) “Presentación: Globalización e inmigración: Los debates actuales (Globalization and Immigration: Today's Debates)” en *Reis*, (116). pp. 13-52
- Souto Galván, E. (2009) “La Mediación en el ámbito sanitario” en Rodríguez Moya, A., Souto Galván, E. *Inmigracion y Resolucion De Conflictos: La Mediación Intercultural*. Madrid: Dykinson. pp. 179-180
- SUMMA 112. Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid 2016-2019. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354631023346&language=es&pagename=SUMMA112%2FPAGE%2FS112_pintarContenidoFinal
- Tarifnoe soglashenie v sisteme obiazatelnogo meditsinskogo strajovania Kemerovskoi oblasti na 2018 god. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde http://www.kemoms.ru/dokumenty/tarifnoe-soglashenie/6497/#_Toc404261611
- Tarifnoe soglashenie na oplatu meditsinskoj pomoschi, okazyvaemoi po territorialnoi programme obiazatelnogo meditsinskogo strajovania goroda Moskvy na 2018 goda. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde <http://www.mgfoms.ru/medicinskie-organizacii/tarifi>
- Tarifnoe soglashenie ob ustanovlenii tarifov i poriadka oplaty meditsinskoj pomoschi, okazannoi za schet mezhibiudzhethnyj transfertov, predstavliaemyj iz biudzheta Respubliki Tatarstan biudzhetu Territorialnogo fonda obiazatelnogo meditsinskogo strajovania Respubliki Tatarstan na realizatsiu preimushchestvenno odnokanalnogo finansirovania meditsinskij organizatsii cherez sistemu obiazatelnogo meditsinskogo strajovania na 2018. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde <http://www.fomsrt.ru/files2/TC%20одноканал%202018.pdf>
- TASS. Informatsionnoe Agentstvo Rossii (2016). *Minzdrav RF: uroven potreblenia tabaka v RF za 25 let snizilsia na 17 %*. Recuperado el 25 de junio de 2018 desde <http://tass.ru/obschestvo/3466414>
- Tebble, H. (1998). *Medical Interpreting - Improving Communication with Your Patients*. Geelong: Deakin University & Language Australia
- Ukaz Prezidenta RF de 05.05.1992 № 431 “O meraj po sotsialnoi podderzhke mnogodetnyj semei”
- Valero Garcés, C. (2006a). *Formas de mediación intercultural: Traducción e interpretación en los servicios públicos: Conceptos, datos, situaciones y práctica*. Granada: Comares.
- Valero Garcés, C. (2006b) “Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la zona centro” en *Revista Española De*

- Lingüística Aplicada*, 1. pp. 61-84. Recuperado el 16 de junio de 2018 desde <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/148948>
- Valero Garcés, C. (2009) “Inmigración y servicios de traducción en España” en *Lengua y migración*, Vol. 1, Nº 2. pp.: 57-72. Recuperado el 23 de junio de 2018 desde https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/10807/inmigracion_valero_LM_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Valero Garcés, C. (2014). *Health, Communication and Multicultural Communities*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Valero Garcés, C., Wahl-Kleiser, L. (2014) “Desencuentros culturales en el ámbito de la salud: las voces de los profesionales sanitarios y los pacientes extranjeros” en Valero Garcés, C., Navaza B. y Wahl-Kleiser, L. (coords.). *Comunicación intercultural en el ámbito médico (monográfico)*, Vol. XV, n.º 40. Segundo semestre, 2014. Panacea@. pp.: 315-328. Recuperado el 5 de junio de 2018, desde www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n40_tribuna_ValeroG-WahlK.pdf
- Vargas, J. G. (2014). “El sistema sanitario de España y su futuro” en *Anales De La Real Academia Nacional De Medicina*, 131(2), pp. 705-712
- Vserossiiskii tseñtr issledovania obshchestvennogo mnenia(VTsIOM) (2017). *Effektivnost rossiiskogo zdravoojranenia y sistema OMS*. Recuperado el 1 de julio de 2018 desde <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=8790>
- Youdelman, M., Perkins, J. (2002). *Providing Language Interpretation Services in Health Care Setting: Examples from the Field*. New York: The Commonwealth Fund. Recuperado el 13 de junio de 2018, desde www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2002/may/providing-language-interpretation-services-in-health-care-settings--examples-from-the-field/youdelman_languageinterp_541-pdf.pdf
- Zamora, J. A. (2003). *Ciudadanía, multiculturalidad e inmigración*. Navarra: Editorial Verbo Divino

Anexo 1

Tabla 1. Correspondencia entre tipos de atención sanitaria y prestaciones en España en Rusia

España				Rusia
Atención primaria de la Salud:				Atención primaria a la Salud:
<ol style="list-style-type: none"> 1) Atención sanitaria a demanda, 2) Atención sanitaria programada, 3) Atención sanitaria urgente 				<ol style="list-style-type: none"> 1) Atención primaria prehospitalaria, 2) Atención primaria hospitalaria, 3) Atención primaria especializada
Actividades en materia de prevención y promoción de la salud				Atención primaria: prevención
Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud				Atención primaria: formación de hábitos saludables y cultura higiénica de la población
Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada	Atención a la salud bucodental	Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos	Atención primaria: procedimientos diagnósticos
				Atención primaria: tratamiento de enfermedades
				Atención primaria: seguimiento de embarazo
Rehabilitación básica				Atención primaria: rehabilitación
Atención paliativa a enfermos terminales				Atención paliativa
Atención especializada				Atención especializada y de alta tecnología
Atención de urgencia				Atención en urgencia, inclusive atención especializada en urgencia
Transporte sanitario				
Prestación farmacéutica				*En la relación de servicios garantizados en Rusia no aparece apartado dedicado a la prestación farmacéutica, sin embargo se tratan en el documento ruso los casos de conceder fármacos
Prestación ortoprotésica				-
Prestación con productos dietéticos				-

Fuente: elaboración propia

Anexo 2

Tabla 2. Tiempo máximo de espera de prestaciones en comunidades autónomas españolas




CA	Documentos reguladores	Primera consulta de asistencia especializada	Procedimientos diagnósticos	Intervención quirúrgica
Andalucía	<p>DECRETO 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía</p> <p>Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.</p>	60 días naturales	30 días naturales	180 días naturales
Aragón	<p>DECRETO 116/2009, de 23 de junio, del Gobierno de Aragón, sobre plazos máximos de respuesta en la asistencia sanitaria en el Sistema de Salud de Aragón</p> <p>DECRETO 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón.</p>	Dos meses	Un mes	Según el código de prioridad el plazo máximo varía de un mes a seis meses
Asturias	-	-	-	-
Cantabria	LEY 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria.	60 días	30 días	180 días
Castilla-La Mancha	<i>Decreto 9/2003, de 28 de enero</i> , de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada en <i>Castilla-La Mancha Decreto 9/2003, de 28 de enero</i> , de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada en <i>Castilla-La Mancha</i> modificado por Decreto 8/2005, de 25 de enero (DOCM 20 de 28-01-2005)	15 días	7 días	90 días
Castilla y León	Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de Atención Especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León modificado por Decreto 29/2012, de 26 de julio, de modificación del Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de atención especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas programadas en el Sistema de Salud de Castilla y León	-	-	180
Cataluña	ORDEN SLT/102/2015, de 21 de abril, por la cual se establecen los términos de referencia	Prioridad alta: hasta 30 días	Prioridad alta: hasta 30 días	Prioridad alta: hasta

	para la accesibilidad a las prestaciones sanitarias que son a cargo del Servicio Catalán de la Salud	Prioridad ordinaria: hasta 90 días	Prioridad ordinaria: hasta 90 días	90 días Prioridad media: hasta 180 días Prioridad baja: hasta 365 días
Comunidad Valenciana	Decret 97/1996, de 21 de maig, pel qual es varen adoptar mesures excepcionals per a eliminar les llistes d'espera quirúrgiques en el sistema sanitari de la Comunitat Valenciana.			90
Extremadura	Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura	60 días naturales	30 días naturales	180 días naturales
Galicia	Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas.	45 días naturales	45 días naturales	60 días naturales
Madrid		-	-	-
Murcia	Decreto 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la región de Murcia	50 días naturales	30 días naturales	150 días naturales
Navarra	Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada	30 días naturales	45 días naturales	120 días naturales
País Vasco	Decreto 65/2006, de 21 de marzo, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del sistema sanitario de Euskadi	-	-	180 días naturales
La Rioja	Decreto 56/2008, de 10 de octubre, por el que se regula la garantía de tiempos máximos de espera y el sistema de información sanitaria en el Sistema Público de Salud de La Rioja	45 días naturales	30 días naturales	100 días naturales
Islas Baleares	Decreto 83/2006, de 22 de septiembre, de garantías de los plazos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada programada y no urgente en el servicio de salud de las Illes Balears	60 días naturales	60 días naturales	180 días naturales
Islas Canarias	Orden de 15 de mayo de 2003, por la que se establecen los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del servicio canario de la salud	-	-	150 días naturales

Fuente: elaboración propia

Anexo 3

Folleto “Información Sobre la Atención en el Servicio de Urgencias”

<p>Cada centro sanitario según sus propias peculiaridades arbitrará el procedimiento para que los pacientes y acompañantes reciban información clínica de manera adecuada.</p> <p>La información sobre dónde y cuándo podrán acceder los pacientes y familiares a la información clínica se dará a conocer junto con la Guía de Acogida durante la atención del proceso de ingreso, y a través de la cartelería específica visible en los diferentes servicios y unidades</p> <p>Los pacientes que se encuentren en los servicios de URGENCIAS HOSPITALARIAS pueden estar acompañados de un familiar o allegado cuando las circunstancias clínicas lo permitan y el paciente así lo desee.</p> <p>Para facilitar el acompañamiento junto con el normal desarrollo de la actividad asistencial, los acompañantes deberán seguir las recomendaciones que desde el punto de vista organizativo establezca el Hospital.</p> <p>EN EL ÁREA DE URGENCIAS, el paciente y cuando éste así lo autorice, los familiares que le acompañen o estén en la sala de espera, recibirán información clínica de la evolución del proceso cada 90 minutos.</p> <p>EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN, se establecerán al menos dos turnos de información clínica en horario de mañana y de tarde, coincidiendo con los pases de visita de familiares y allegados. En el área de observación podrán pasar dos acompañantes en el horario de visitas. El tiempo aproximado de la visita es de 30 minutos.</p> <p>Agradecemos su colaboración para favorecer el buen funcionamiento y mejor atención de cada paciente.</p>	<p>RECUERDE QUE:</p> <p>Los SERVICIOS DE URGENCIAS son muy necesarios para atender a las personas con problemas de salud urgente, grave, y de inicio o empeoramiento brusco.</p> <p>SU COLABORACIÓN ES IMPRESCINDIBLE</p> <p>EVITE IR A URGENCIAS PARA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adelantar citas con los especialistas. ✓ Realizar pruebas complementarias (análisis, radiografías, ecografías, etc) ✓ Atender dolencias que pueden resolver su médico de familia <p>Acudir a urgencias debe ser una decisión responsable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>	<p style="text-align: center;">INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES</p> <p style="text-align: center;">INFORMACION SOBRE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>¿QUÉ DEBE HACER ANTES DE IR A UN SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL?</p> <p>LLAMAR AL TELÉFONO 112 donde le indicarán que debe hacer y, en caso de ser necesario, le enviarán los recursos más adecuados para su atención.</p> <p>En vez de acudir al hospital, es posible que usted esté en condiciones de ACUDIR A SU CENTRO DE SALUD, en horario de 8 a 21 horas o al SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO MAS CERCANO.</p> <p>El Servicio de urgencias de un hospital es la zona del hospital destinada a ofrecer atención médica y quirúrgica a los pacientes que la precisan, habitualmente por problemas de salud urgente y/o grave de inicio o empeoramiento brusco.</p> <p>¿QUÉ TIENE QUE HACER AL LLEGAR AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL?</p> <p>Diríjase, usted o su acompañante, al Servicio de Admisión de Urgencias para facilitar sus datos administrativos (Tarjeta Sanitaria, DNI, NIE, pasaporte o documento acreditativo de su identidad).</p>	<p>A SU LLEGADA AL SERVICIO DE URGENCIAS se le realizará una primera valoración por una enfermera del servicio que evaluará su motivo de consulta, estableciendo una prioridad basada en cinco niveles:</p> <p style="text-align: center;">NIVEL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LOS PACIENTES PASAN DIRECTAMENTE A LA SALA DE REANIMACIÓN 2. LOS PACIENTES TIENEN PRIORIDAD ALTA 3. LOS PACIENTES TIENEN PRIORIDAD MODERADA 4. LOS PACIENTES TIENEN PRIORIDAD BAJA 5. LOS PACIENTES TIENEN PRIORIDAD MUY BAJA <p>USTED SERÁ INFORMADO DE LA PRIORIDAD QUE SE LE VA A ASIGNAR.</p> <p>SI LA PRIORIDAD ES ALTA SERÁ ATENDIDO EN PRIMER LUGAR, CUANDO SEA BAJA (NIVELES 4 Y 5) ES POSIBLE QUE LA DEMORA SEA MÁS PROLONGADA.</p> <p>EN CUALQUIERA DE LOS CASOS SERÁ INFORMADO DE SU POSIBLE TIEMPO DE ESPERA, EN FUNCIÓN DE LA ACTIVIDAD ACTUAL DEL SERVICIO.</p>	<p>Una vez evaluado su problema de salud y dependiendo de la prioridad que se le asigne, se le trasladará a la zona de urgencias más adecuada para su situación, donde conocerá el nombre del médico y enfermero asignados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es posible que se produzca alguna espera para la realización de pruebas, tiempo de observación, resultados, etc. • Si finalmente necesita ser ingresado permanecerá en urgencias hasta disponer de una habitación, lo que puede llevar alguna demora. En cualquier caso, será menor de 24 horas. • Si no necesita ingreso, se le dará el alta y un informe con recomendaciones para su tratamiento y cuidados de enfermería, en caso de ser necesario. <p>SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN:</p> <p>Puede dirigirse a los profesionales del Servicio de Información y Atención al Paciente CHAQUETAS VERDES. Pueden informarle de la organización del Servicio de Urgencias, horarios de información médica y acompañamiento.</p> <div style="text-align: center;">  <p>QR</p> </div>

Fuente: SaludMadrid

Anexo 4

Folleto “¡Estamos cambiando a receta electrónica!”

Consejos para pacientes

La receta electrónica implica pequeños cambios en la manera de cómo usted recibe sus medicinas.

Aquí tiene algunos consejos:

Recetas nuevas:
-Cuando vaya a la farmacia, dígame al farmacéutico que usted ha recibido la nueva receta electrónica.

-Algunas recetas aún se hacen en papel.
Por el momento, algunas medicinas que requieren un control especial no pueden ser transmitidas electrónicamente. Los pacientes que reciban estos tratamientos no podrán cambiar a receta electrónica.

Renovación de tarjetas:
-Planifique con antelación la necesidad de sus tratamientos!
La farmacia puede entregarle sus medicamentos **5 días antes** de que se le terminen los tratamientos ya recogidos.

Si usted tiene medicación suficiente no es necesario que retire más medicación de la farmacia. La receta electrónica no caduca durante el tiempo establecido por el médico aunque usted no retire la medicación.

Lo más importante: **Usted no debe quedarse sin sus tratamientos habituales.**



La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, pone en marcha el nuevo servicio de receta electrónica.

Su localidad ha sido seleccionada para comenzar con este servicio, que posteriormente se irá extendiendo por toda la Comunidad de Madrid.

Ante cualquier duda, sugerencia o reclamación, acuda a su Centro de Salud o utilice el servicio de Internet para Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos del Portal de Salud de la Comunidad de Madrid:

¡Estamos cambiando a Receta Electrónica!


www.madrid.org/sanidad



¿Qué es una receta electrónica?

Es un sistema informatizado que permite al médico transmitir directamente su receta médica a la farmacia, en lugar de escribirla en la receta habitual.


La receta electrónica no necesita papel.



¿Cómo funciona?


Las recetas se envían a la farmacia de forma inmediata por un sistema informatizado **privado y seguro**. La información de su receta no se envía por Internet ni por correo electrónico.

Usted podrá solicitar su medicación en **cualquier farmacia** de su localidad presentando su Tarjeta Sanitaria.



¿Dónde se puede solicitar la receta electrónica?

En su centro de salud.



¿Cómo se usa?

- En su Centro de Salud:** Presente la Tarjeta Sanitaria a su médico; este accederá a su historia clínica y actualizará su medicación. Si toma medicamentos de forma continuada y no necesita de un seguimiento especial en la consulta, **una sola receta electrónica puede llegar a abarcar un año de tratamiento**. Para que usted sepa cuáles son sus tratamientos recibirá **una hoja de medicación**.
- En la Farmacia:** Presente la Tarjeta Sanitaria en cualquiera de las farmacias de su localidad, donde le entregarán los tratamientos que le ha indicado su médico.
- Plazos de recogida:** La primera receta electrónica permitirá un **plazo de 10 días** para recoger los tratamientos en la farmacia, **a contar desde la fecha de prescripción**, como sucede con la receta en papel.

Para tratamientos crónicos: Durante un año (o el periodo indicado por el médico) en la farmacia le entregarán medicación suficiente para **28 días de tratamiento**. Durante este periodo, el plazo para recoger el nuevo tratamiento comienza **5 días antes** de que se acabe su medicación continuada.

Preguntas frecuentes

Cuando vaya a la farmacia ¿tengo que llevar siempre mi Tarjeta Sanitaria?

Si. De no presentarla no podrán darle su medicación.

¿Quién tiene derecho a recibir la Receta Electrónica?

Todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid con Tarjeta Sanitaria. En esta fase inicial, los pacientes de su localidad.

¿Tengo que recoger los medicamentos siempre en la misma farmacia?

No. Puede recogerlos en cualquier farmacia de su localidad. Incluso aunque se trate de medicación continuada, puede recoger sus tratamientos un mes en una farmacia y al siguiente en otra.

El médico me ha recetado varios medicamentos. ¿Cuándo tengo que recogerlos?

La primera vez en un plazo de **10 días**, como ocurre ahora con la receta en papel.

Si se trata de medicación para tomar de forma continuada, en la farmacia le entregarán medicación suficiente para **28 días**.

Para seguir recogiendo el tratamiento: en los **5 días anteriores** a que se acabe su medicación continuada, podrá pasar por la farmacia y recoger los fármacos para **otros 28 días**. Y así sucesivamente.

¿Puedo recoger medicamentos para un familiar?

Si. Siempre que presente en la farmacia la Tarjeta Sanitaria de su familiar.

Fuente: SaludMadrid

Anexo 5

Folleto "Servicio de urgencias. Información para usuarios y acompañantes"

Conserve este informe y no abandone el Centro sin él, salvo que sea ingresado, ya que:

- contiene el tratamiento indicado y las pautas a seguir.
- es necesario para que su médico de Atención Primaria realice el seguimiento.

En caso de pérdida u olvido, deberá ponerse en contacto con la Secretaría de Urgencias, Telf.: 91 336 80 67, donde podrán realizarle un duplicado del informe, previa aportación de su documento de identidad o de autorización firmada a otra persona designada por usted.

ALTA VOLUNTARIA

Si usted no está de acuerdo con la atención que se le está dispensando, puede solicitar el alta voluntaria. En este caso, se le entregará un informe con las actuaciones realizadas hasta ese momento.

TRANSPORTE SANITARIO

Es importante recordar que la prestación de transporte sanitario, es una prescripción médica, según las condiciones del paciente, quedando según la normativa vigente, a criterio clínico tal prestación según las condiciones del paciente.

DEBERES DE LOS PACIENTES, Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, Artículo 30. Los ciudadanos, respecto a la utilización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid tienen los siguientes deberes individuales:

1. Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
2. Utilizar las instalaciones de forma adecuada, a fin de que las mismas se mantengan en todo momento en condiciones de habitabilidad.
4. Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se otorgan a través de la presente Ley.
5. Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en los mismos

SERVICIO DE URGENCIAS
INFORMACIÓN IMPORTANTE
PARA USUARIOS Y ACOMPAÑANTES

Todo el personal del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, está interesado en atenderle con la máxima calidad asistencial. Queremos informarle que Urgencias está orientado, en especial, a procesos de pacientes con afecciones graves o urgentes, al cual puede acudir siempre que realmente lo necesite.

Cuando precise atención urgente, puede consultar en su Centro de Salud, Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP). También puede contactar con el teléfono de Urgencias 112.

Si se le presenta un caso **grave** de salud, o si tras consultar a su médico éste se lo indica, no dude en acudir al Servicio de Urgencias.

Su Colaboración es necesaria para un óptimo funcionamiento del Servicio de Urgencias; no lo utilice sin motivo, ni en sustitución del médico de familia o del médico del hospital. Contribuya a su correcta utilización, sea respetuoso con los profesionales. Todos trabajamos para usted.

Servicio de Información, Trabajo Social y Atención al Paciente
Dirección Gerencia Hospital Universitario Ramón y Cajal

¿Qué es más urgente una gripe o un infarto?

No saltemos las Urgencias Hospitalarias.
Tienes un Centro de Salud a menos de 15 minutos de tu casa.
¿Recuerdas. Las Urgencias Hospitalarias salvan vidas. ¿Hay algo más urgente?

112 emergencias sanitarias
Teléfono de atención de llamadas de emergencia.

DONAR SANGRE ES DONAR VIDA

Red H s H
Hospitales sin Humo

ACOGIDA

A su llegada, un informador le indicará los trámites necesarios para su admisión. La Unidad de Atención al Paciente e Información será el nexo entre sus allegados y usted. Los Informadores (Chaquetas Verdes) le comunicarán aquellos detalles que consideren necesarios, para su correcta información sobre el desarrollo del proceso asistencial.

Le recomendamos entregar a sus acompañantes desde el momento de la admisión, efectos personales, joyas, documentos y objetos de valor. El hospital no se hace responsable en caso de pérdida.

ADMISIÓN

Para su admisión, deberá venir provisto de algún documento que acredite su identidad y filiación a la Seguridad Social, como:

- Tarjeta sanitaria
- Documento de identidad
- Tarjeta de residencia
- Tarjeta Sanitaria Europea
- Documento de afiliación a entidades gestoras de mutualidades o aseguradoras sanitarias privadas.
- Parte de accidente, deportivo, de transporte público de viajeros, de tráfico o laboral.

Dichos documentos son importantes, ya que permiten:

- Comprobar fielmente su identidad
- Regularizar el cargo por gastos de asistencia y pruebas diagnósticas

Una vez completados los trámites de admisión, la enfermera le realizará un primer examen, basado en un protocolo de triaje, mediante el cual se evalúa la inmediatez necesaria en la asistencia, según la afección de cada paciente. Para procesos leves el tiempo de espera puede ser de hasta cuatro horas.

Los familiares permanecerán hasta el final del proceso en la sala de espera en casos leves o junto al enfermo, en casos más graves o que precisen acompañamiento a determinar por enfermería.

EN EL ÁREA DE CONSULTAS PARA PROCESOS NO URGENTES NI GRAVES

Le recibirá, un profesional de enfermería que:

- Le atenderá en la sala de consulta o exploración.
- Le informará de la consulta y especialidad en la que será atendido.

A continuación, cuando sea avisado, pasará a la sala de consulta donde le examinará un médico de urgencias, que le solicitará, si fuera preciso, las pruebas necesarias para su diagnóstico. Le informamos que en momentos de alta saturación la asistencia en esta área puede prolongarse hasta cuatro horas.

ESPERA

Conscientes de la dificultad de la espera tanto para los pacientes como para los familiares, deben saber que, en cualquier caso, el personal hará todo lo posible para limitar dicha espera.

La espera no sólo está sujeta a tiempos determinados, hay que tener en cuenta que también depende de la frecuentación del momento -afluencia de pacientes; de la gravedad del resto de los enfermos; de la espera de los resultados de los exámenes de laboratorio - alrededor de dos horas;- de la espera en el servicio de radiología -alrededor de 1h;- de la realización de consultas a otros facultativos especialistas

solicitadas por el médico de urgencias -neurología, cardiología, ginecología...- así como de la búsqueda y adjudicación de camas de hospitalización.

HOSPITALIZACIÓN

Si requiere ser hospitalizado:

- Se le indicará el servicio en el que va a ser ingresado.
- Si su familia se encuentra en la sala de espera, será avisada de su ingreso.
- Si está usted sólo, el personal de información realizará los trámites administrativos por usted y, en caso de que lo requiera, se pondrá en contacto con su familia o allegados.
- Si permanece en la unidad de hospitalización de urgencias o preingresos, se autoriza un acompañante durante las 24 horas, si el equipo asistencial lo considera necesario.
- Cuando esté preparada la habitación donde va a ser ingresado, un celador le conducirá hasta la unidad de hospitalización adjudicada según su patología.

ALTA MÉDICA

Antes de finalizar su asistencia, el médico le explicará los cuidados necesarios para la adecuada continuidad del proceso, entregándole el informe de alta, en el que figurarán las pruebas que se le han realizado y el tratamiento a seguir.

Es muy importante que lea atentamente el informe y verifique que está todo correcto.

Fuente: SaludMadrid