

Comunicación y acceso a los servicios públicos: estudio de la perspectiva de las mujeres pakistaníes de Barcelona

Marina Arrasate Hierro-Olavarría

El presente trabajo tiene por objetivo estudiar las barreras lingüísticas y culturales en el acceso a los servicios públicos de sanidad y educación de las mujeres pakistaníes de Barcelona. Para ello se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía disponible para conocer las características organizativas, demográficas, lingüísticas y socioculturales del colectivo pakistaní. Posteriormente, y de acuerdo con el enfoque cualitativo de la investigación, se ha procedido a explorar la visión de las mujeres pakistaníes combinando las estrategias de observación participante, conversación informal y entrevistas, con la discusión de los temas de estudio en el marco de unas clases de castellano para inmigrantes. Los datos recabados ofrecen una perspectiva preliminar de la concepción de la salud y de la educación de las mujeres pakistaníes así como de las dificultades a las que tienen que hacer frente en su relación con los proveedores de servicios públicos.

Palabras claves: barreras lingüísticas y culturales, acceso a los servicios públicos, mediación, inmigración pakistaní, percepción del usuario, perspectiva de género.

Communication and access to public services: exploring the insight of Pakistani women in Barcelona. This article focuses on the linguistic and cultural barriers faced by Pakistani immigrant women in their access to public education and health services in the city of Barcelona. In order to do so, a systematic review of the literature has been conducted to provide an overview of the main characteristics of the community, addressing linguistic, social, demographic and organizational issues. Then, in accordance with the qualitative nature of the study, Pakistani women's perspective has been explored, combining interviews and participant observations as methodological strategies for data collecting. In parallel, the major issues of the research have been discussed with a group of participants of a Spanish course for female newcomers. The data collected offer a

preliminary approach to Pakistani women's conception of health and education, and suggest an outline of the difficulties they come across in their relationship with public services providers.

Keywords: cultural and linguistic barriers, access to public services, mediation, Pakistani migration, user's perspective, gender issues.

1. Introducción

El multiculturalismo de las sociedades actuales conlleva nuevos desafíos. Una de las implicaciones de la incorporación de ciudadanos con diversas culturas e idiomas es la aparición de nuevas necesidades comunicativas interlingüísticas e interculturales. Estas necesidades se hacen particularmente manifiestas al considerar que los nuevos ciudadanos son usuarios de los distintos servicios públicos, administrativos, sanitarios, jurídicos y educativos. En todos estos ámbitos se requieren soluciones específicas que den respuesta a la pluralidad social a fin de garantizar la convivencia y el enriquecimiento mutuo.

En este contexto, y con el objetivo de facilitar la comunicación entre colectivos inmigrantes e instituciones, emergen nuevos ámbitos profesionales y de investigación como son la mediación intercultural y la interpretación en los servicios públicos (ISP).

Asimismo, la constante transformación de los territorios hace que la realidad multicultural varíe y que países que tradicionalmente no habían destacado como lugares de origen del fenómeno migratorio adquieran nuevo protagonismo. Así sucede en Barcelona con el colectivo pakistaní, que ha experimentado un aumento muy notorio en las últimas décadas hasta llegar a convertirse en uno de los colectivos mayoritarios de la ciudad (Solé y Rodríguez 2005: 98).

Según datos del Ayuntamiento de Barcelona de mayo de 2015, los 19.414 pakistaníes registrados representan la segunda población más numerosa tras la comunidad italiana y seguidos por la comunidad china. Si se extiende el estudio a toda la comarca del Barcelonés, según datos de 2015, el colectivo pakistaní ocupa el primer lugar con 31.643 ciudadanos registrados (un 8,7% del total de la población extranjera).

El objetivo del presente estudio es explorar la realidad comunicativa de este colectivo en su condición de usuario de los servicios públicos de sanidad y educación. Para ello se abordará la cuestión desde una perspectiva cualitativa, acudiendo a las entrevistas en profundidad y la observación participante como estrategias de investigación vinculadas a la tradición antropológica de la ciencia social.

Se ha optado por centrar la investigación en la perspectiva de las mujeres pakistaníes que, aunque representan una minoría dentro del colectivo, acusan en mayor medida los efectos de las barreras culturales, lingüísticas y sistémicas, dadas las particularidades de su incorporación a la sociedad de acogida. Así, inicialmente se establecerá el contexto general del colectivo para a continuación concentrarse en la situación y la visión de las mujeres pakistaníes.

2. Contexto: inmigración pakistaní en Barcelona

2.1. La diáspora pakistaní

Pakistán, oficialmente República Islámica de Pakistán, es un heterogéneo estado musulmán creado a partir de la fragmentación de la India postcolonial en agosto de 1947. Chaudri Rehmat Ali sugirió el nombre de Pakistán (en urdu ‘país sagrado’ o ‘tierra de lo puro’) combinando P de Punjab, A de la frontera afgana, K de Cachemira, S de Sindh y tán de Baluchistán.

La creación de Pakistán y su escisión de la India respondieron a la reivindicación de la población musulmana de una entidad separada islámica. Ante la inminente independencia, el rechazo de los musulmanes a un permanente estatus de minoría en la futura India independiente posbritánica culminó en la creación de un nuevo estado soberano compuesto por áreas mayoritariamente musulmanas al este y al oeste de la India (Pakistán Occidental y Pakistán Oriental, actualmente Bangladesh) (Tonchev 2006: 20).

Pakistán ha sido un país exportador de mano de obra desde incluso antes de su génesis nacional, cuando todavía formaba parte de la India, debido en parte a la fragmentación y a la escasez de la tierra cultivable. Otro factor importante fue el reclutamiento de muchos pakistaníes en las filas del ejército británico con motivo de las guerras mundiales. Algunos de ellos acabaron reagrupando a sus familias y asentándose en tierras anglosajonas (Valenzuela 2010: 187). Estos asentamientos se convirtieron más adelante en nodos de la red diaspórica pakistaní.

En las últimas décadas Barcelona ha pasado a convertirse en uno de los puntos que configuran el espacio transnacional construido por la diáspora pakistaní. Como ilustra el estudio de Solé y Rodríguez (2005: 113), no existe en el colectivo pakistaní una voluntad de retorno a su país y la decisión de quedarse se apoya fundamentalmente en el estado de inseguridad que existe en Pakistán y la mejora en el nivel de protec-

ción social que les ofrece Barcelona. El motivo básico que atrajo al movimiento migratorio pakistaní a Barcelona, a pesar de la falta de vinculación histórica y económica y la distancia geográfica y cultural, fue la expansión económica que experimentó el estado español y que trajo consigo nuevas posibilidades laborales. Esta expansión vino acompañada de una serie de políticas comerciales y migratorias que permitieron el establecimiento definitivo y el despliegue del colectivo en la ciudad (Valenzuela 2010: 202).

No menos importante fue la presencia de redes de parentesco y amistad que desempeñaron un papel fundamental de apoyo para la incorporación de los nuevos inmigrantes al contexto local. Estas redes de solidaridad y reciprocidad familiar e interfamiliar se han ido institucionalizando progresivamente y representan el eje vertebrador de la organización comunitaria local y transnacional del colectivo (Tolsanas 2007: 43).

La proliferación de negocios étnicos, la apertura de mezquitas o los episodios de expresión comunitaria (celebración de festividades musulmanas y fechas destacadas del calendario en espacios públicos), así como las visitas de personajes importantes en la vida política pakistaní son elementos que evidencian la creación de un espacio diaspórico en el que están teniendo lugar procesos de reconstrucción identitaria en los que se expresan, se confrontan y se complementan identidades autóctonas e identidades migrantes (Morera 2005: 130).

2.2. Características demográficas del colectivo pakistaní de Barcelona

Los primeros asentamientos en Barcelona datan de los años setenta y responden a la llegada de pakistaníes de otros países europeos. En Reino Unido, que hasta entonces había sido su destino preferido, se produjo un endurecimiento de las políticas de inmigración que empujó al movimiento migratorio pakistaní a la búsqueda de nuevos horizontes. En este contexto aparecieron los primeros pakistaníes en el estado español, fundamentalmente en Barcelona pero también en Jaén, León y en menor medida en Madrid, Valencia, Toledo y Palencia (Beltrán Antolín y Sáiz López 2008: 407).

El crecimiento más espectacular del colectivo tuvo lugar a partir de 2001 y estuvo marcado por los procesos extraordinarios de regularización de inmigrantes de 2000 y 2005. Este asombroso crecimiento se mantuvo hasta 2012, momento a partir del cual se empezó a registrar un importante descenso de ciudadanos pakistaníes empadronados debido a los efectos de la crisis. Así, en la ciudad de Barcelona, del pico de 23.281

empadronados se pasó a 21.637 en 2013 y 20.052 en 2014, una disminución anual del 7% durante dos años consecutivos.

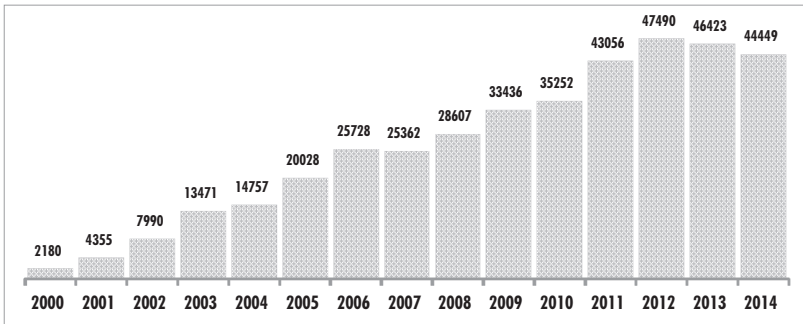


Figura 1. *Evolución de los pakistaníes empadronados en Cataluña entre 2000 y 2014*

Fuente: Instituto de Estadística de Catalunya IDESCAT.

Elaboración propia

La concentración geográfica es un elemento muy característico del colectivo pakistaní. En 1993 Barcelona reunía a más del 40% de todos los pakistaníes residentes en el estado. En 2001, de los 14.322 pakistaníes con permiso de residencia en territorio español, 10.495 vivían en Catalunya y 6.112 estaban empadronados en la ciudad de Barcelona (Solé y Rodríguez 2005: 410). En 2010, de los 35.252 pakistaníes registrados, 28.156 estaban empadronados en la comarca del Barcelonés y 18.156 en la ciudad de Barcelona.

El perfil de concentración se mantiene en la distribución por distritos. Según datos de 2014, Ciutat Vella reúne al 33,4%, seguida por Sant Martí (17,4%) y Sants-Montjuïc (16,4%). Históricamente, el barrio del Raval ha sido el destino favorito del colectivo y es uno de los enclaves más estudiados como paradigma de la organización comunitaria pakistaní (Solé y Rodríguez 2005; Moreras 2005).

La alta masculinización es otro de los atributos característicos del colectivo pakistaní. Los primeros pakistaníes eran mayoritariamente hombres solos, pero a partir de los años 80 comenzaron a llegar mujeres debido a la reunificación familiar. Este proceso fue mucho menos intenso que entre otros colectivos inmigrados y, tras alcanzar su cénit a finales de la década de los noventa, el porcentaje de mujeres cayó en picado y el perfil del inmigrante pakistaní volvió a ser el de un hombre solo de mediana edad. Entre 1999 y 2003 la representación femenina pasó del 21,9% al 8,3%. Desde entonces, el aumento porcentual de la feminización ha sido constante, tanto por la llegada de mujeres como

por la disminución de la presencia de hombres, especialmente a partir de 2008. En 2014 el peso relativo de las mujeres llegó a su valor máximo en Barcelona, llegando a ser el 23,7% de la población total empadronada. Ese mismo año, del total de las solicitudes de reagrupación familiar, el 20,2% correspondieron al colectivo pakistaní. Sin embargo, y a pesar de este aumento relativo de los últimos tiempos, se trata de una población con un claro desequilibrio por sexos en términos absolutos y en comparación con otras poblaciones inmigrantes.

La juventud es el tercero de los rasgos más representativos de esta población: la edad media del colectivo pakistaní ha registrado pocas variaciones desde los primeros asentamientos y se encuentra alrededor de los treinta años. Aproximadamente un 43% de la población pakistaní se halla en el grupo de 25 a 39 años.

Cabe destacar que ninguno de los datos expuestos toma en consideración la población en situación irregular, pero el sesgo que tal exclusión supone es difícil de estimar.

2.3. Organización comunitaria

La sociedad pakistaní es tradicionalmente jerárquica y patriarcal. A pesar de la mayoría musulmana, la percepción sobre el rango y el estatus sigue siendo deudora del sistema de castas hindú que influye en la autoridad, en el respeto y en el reconocimiento social del individuo. La familia constituye el centro del entramado social de los pakistaníes, es patrilineal y se articula en torno al *biraderi* (grupo de hombres descendientes de un antepasado común). El varón de más edad tiene la autoridad y la responsabilidad de garantizar el sustento económico de la unidad familiar (Valenzuela 2010: 191). Además de la familia nuclear, las relaciones de amistad y de vecindario se convierten en fundamentales en el contexto de acogida y refuerzan el sentido de comunidad. Las redes de parientes y amigos constituyen espacios relacionales por los que circulan capitales económicos, simbólicos y sociales (Tolsanas 2007: 43).

En la sociedad pakistaní la segregación por sexos es muy marcada y la cuestión de género reviste gran importancia. Tradicionalmente el hombre goza de una situación privilegiada mientras que la independencia y el acceso de la mujer a servicios y recursos son muy limitados. Si bien la naturaleza de las relaciones de género y el grado de dependencia de las mujeres depende de factores como la educación, la procedencia o el nivel de religiosidad, en términos generales la autonomía y el estatus de la mujer se encuentran entre los más bajos del mundo (Tinker 1998; Amarsi 2003 en Valenzuela 2009: 11).

En Pakistán el matrimonio sigue pautas endogámicas y vincula dos familias de similar estatus y casta. Es habitual que se produzca entre pri-

mos y que el hombre sea mayor que la mujer. Tras la boda, las mujeres abandonan la unidad doméstica paterna para incorporarse a la del marido. Las mujeres son responsables de mantener el honor y el respeto de la familia y por este motivo se restringen su movilidad y su participación en determinadas actividades, reduciendo el contacto con miembros de otros sexos a partir de la adolescencia (Beltrán Antolín y Sáiz López 2007: 413).

La presión de la comunidad desempeña un papel determinante en la reconstrucción de parámetros culturales en el contexto local, pero las características del medio en que los inmigrantes se instalan o la reacción que determinadas prácticas suscitan en la cultura de acogida son también elementos clave. Así, en el colectivo pakistaní de Barcelona conviven distintos grados de observación de los preceptos tradicionales y existen asociaciones como ACESOP (*Associació Cultural Educativa i Social Operativa de Dones Pakistaneses*) que cuestionan las tradiciones más conservadoras y ofrecen apoyo a las mujeres recién llegadas, así como cursos de formación e inserción en el mercado laboral.

Actualmente el mundo laboral de los pakistaníes tiene una doble orientación, por un lado el trabajo asalariado sin cualificar en el mercado laboral general (especialmente notoria es su presencia en el reparto a domicilio de butano) y por otro la apertura de negocios en calidad de autónomos (Beltrán Antolín y Saiz López 2007: 411). Además, en los últimos años se ha incrementado de manera notable su presencia en la conducción de taxis y desde 2012 representan la comunidad extranjera más numerosa en el sector. Por otro lado, y aunque no es un dato considerado en las estadísticas oficiales, muchos pakistaníes en situación irregular se dedican a la venta ambulante de flores y cerveza.

En cuanto a la distribución del trabajo por sexos, la combinación de la masculinización del colectivo y el rechazo tradicional a que la mujer trabaje juegan un papel decisivo. Así, según datos del Anuario de Estadísticas de 2014, de los 25.274 afiliados a la Seguridad Social solo el 5% eran mujeres.

En Moreras (2005: 123) encontramos una serie de datos muy ilustrativos acerca de la referencia islámica del colectivo pakistaní del barrio del Raval. Tres de los cuatros centros de culto islámico del Raval fueron creados y/o están gestionados por pakistaníes. Más de la mitad de las carnicerías *halal*¹ están regentadas por pakistaníes y la principal agencia de viajes, organizadora de peregrinaciones a La Meca, está gestionada por un matrimonio pakistaní. Las festividades musulmanas más características se celebran en el polideportivo del Raval y son también asociaciones pakistaníes las responsables de su organización.

El islam es un eje importante en la vida cotidiana de los residentes pakistaníes. La mayoría vive el islam cumpliendo con los preceptos islá-

micos de forma privada e íntima. Los oratorios son centros de articulación social donde confluyen religión e identidad comunitaria y junto a las funciones religiosas se enseña, entre otras cosas, a leer y escribir en árabe, urdu, castellano y catalán (Beltrán Antolín y Saiz López 2007: 416).

2.4. Idioma y lugares de origen

En Pakistán se hablan más de sesenta idiomas, seis lenguas mayoritarias y 58 de ámbito más restringido. El urdu, muy similar al hindi de la India pero escrito con caracteres arábigos, es el idioma oficial y la lengua vehicular mayoritaria. Se trata de un símbolo de identidad islámica y unidad nacional y se estima que lo entiende más del 75% de los pakistaníes aunque solo es lengua materna de alrededor del 10% (Rahman 2004: 1).

La adopción del urdu como lengua nacional se debió en parte a que se trataba de la lengua de la élite dominante y, además, a que no estaba vinculada a ningún territorio concreto. El inglés, que había sido idioma oficial de la India británica antes de la partición y la génesis nacional pakistaní, es aún hoy el idioma que se emplea habitualmente en documentos oficiales, jurídicos, actos de gobierno y servicios de la administración pública. Según Rahman (2005: 30), el discurso de la élite pakistaní es dual puesto que por un lado y de manera formal promueve el urdu y, por otro, mantiene el inglés como símbolo de modernización y eficiencia.

Esta diversidad cultural y lingüística no se refleja en el colectivo pakistaní de Barcelona. Los estudios realizados en el conjunto del estado español revelan que la mayor parte de los pakistaníes provienen de la provincia de Punjab, especialmente los distritos de Gujrat, con los *tehsils* o comarcas de Gujrat y Kharian, y de Mandi Bahauddin, situados ambos en el centro norte del país en la frontera con la provincia de Cachemira, de donde proceden también algunos de los pakistaníes de los primeros asentamientos (Beltrán Antolín y Saiz López 2007: 409).

La situación en Barcelona es muy similar y, según el estudio de Solé y Rodríguez (2005: 112), hay una amplísima mayoría de pakistaníes (más del 90%) que proviene de la zona del Punjab y concretamente de los distritos previamente citados. Este vínculo étnico local facilita todos los mecanismos de ayuda mutua, puesto que se comparten lengua, cultura, costumbres, etc. (cosa que, dada la multiculturalidad y complejidad lingüística del estado pakistaní, no sucedería con inmigrantes provenientes de distintas regiones).

En este mismo estudio, más del 60% de los entrevistados manifestaron que su lengua materna era el punjabi pero que conocían perfecta-

mente el urdu. En este aspecto, de nuevo la diferencia por géneros es notable. Mientras que más de la mitad de los hombres afirmaba hablar inglés correctamente, el porcentaje de mujeres que decía conocer la lengua se hallaba en torno al 30%. Casi la totalidad de hombres (95,4%) hablaba español, aunque admitía tener algunas dificultades y, en cambio, el porcentaje de mujeres que hablaba español con dificultad era del 89%. Según el estudio, el conocimiento del catalán era muy limitado tanto en hombres como en mujeres y solo el 10% de los entrevistados afirmó tener nociones del idioma.

Estos datos corresponden a un estudio realizado en el Raval y se habrían de matizar o revisar antes de hacer una extrapolación a toda la ciudad de Barcelona. En cualquier caso, ofrecen una visión cualitativa interesante de la situación lingüística del colectivo.

Por último, cabe mencionar que, como sucede en origen, el idioma que se ha asumido como vehicular y de identidad nacional por el colectivo pakistaní de Barcelona es el urdu, de manera que las comunicaciones institucionalizadas así como los medios de difusión cultural suelen estar en esta lengua. Así, se editan tres diarios en urdu, existe un noticiero en Barcelona Televisió (BTV) y una radio, Pakcelona (Qureshi 2009: 49) que hasta 2015 se emitía en urdu por internet .

2.5. Acceso a los servicios públicos

2.5.1. Ámbito educativo

Según datos del IDESCAT, en 2014 la población pakistaní representaba el 9,3% del total de alumnos matriculados en estudios no universitarios en Barcelona, la segunda comunidad más numerosa tras Ecuador. En el distrito de Ciutat Vella actualmente superan el 20% del total de alumnos extranjeros y también es muy notoria su presencia en Sant Martí (12,4%), Sants-Montjuïc (11,2%), Nou Barris (8%) y Sant Andreu (8,5%). Según datos del *Departament d'Ensenyament*, la mayor parte del alumnado se localiza en enseñanza infantil y primaria. En centros públicos de educación primaria de Barcelona, Pakistán aparece como país de origen de la mayoría de alumnos extranjeros.

En las etapas infantil y primaria, la distribución por sexos es bastante equilibrada. En etapas posteriores son habituales prácticas como apartar de la escolarización a las hijas adolescentes (Valenzuela 2010: 199) o enviarlas a casarse a Pakistán al cumplir 16 años (Beltrán Antolín y Saiz López 2007: 412). Según Qureshi (2009: 48), dentro del colectivo pakistaní de Barcelona existe un sector que pretende crear una escuela exclusiva para mujeres con el objetivo de preservar a las hijas de ciertas costumbres occidentales mal vistas por la comunidad. Sin embargo,

según el autor, no son las mujeres sino mayoritariamente los hombres quienes adoptan estos comportamientos occidentales como pudieran ser beber alcohol o salir por la noche.

Dentro de la comunidad pakistaní de Barcelona, existe una primera división entre una élite con un nivel educativo elevado de procedencia urbana y el resto, con un nivel educativo más bajo y de origen rural (Beltrán Antolín y Saiz López 2007: 410). El primer grupo a menudo escolariza a sus hijos en centros que los conectan con el mundo globalizado de la clase media en los que la conflictividad social es escasa. Los hijos de familias más humildes y de origen rural generalmente acuden a escuelas públicas, a menudo en barrios obreros precarizados en los que la destrucción de los vínculos comunitarios construidos en torno al trabajo y el declive de las instituciones reinas de la sociedad industrial individualizan los riesgos sociales y aumentan los índices de vulnerabilidad (Tolsanas 2007: 40).

Según Tolsanas (2007: 47), el alumnado pakistaní residente en Barcelona está generalmente escolarizado con clases populares largamente asentadas en el barrio y alumnos inmigrantes de otras procedencias. En Comas *et al.* (2008) encontramos una reflexión sobre los procesos de construcción de identidad de los alumnos inmigrantes de las escuelas catalanas. El artículo apunta que la asimilación de los patrones culturales de los compañeros autóctonos a menudo supone una pérdida del capital cultural propio. Los valores y certezas de estos alumnos se sustituyen en ocasiones por la confusión posmoderna contemporánea característica de la juventud local.

Tolsanas (2007: 47) y Comas *et al.* (2008: 57) revisitan el concepto de movilidad social asociada a la asimilación de valores de la cultura de acogida y establecen que, en el caso del colectivo pakistaní, el mantenimiento de los patrones de solidaridad y de apoyo comunitario, así como los valores de respeto a las jerarquías y a los adultos del entorno ejercen una influencia muy positiva y, en muchos casos, se convierte en una base para el establecimiento de una buena relación con la institución escolar.

2.5.2. Ámbito sanitario

Este apartado se basa en dos informes que analizan la situación y el acceso a los servicios de salud de las diferentes comunidades inmigrantes: *Inmigració i serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona. La perspectiva de la població marroquina, xinesa, equatoriana i pakistanesa* (Agencia de Salud Pública del Consorcio Sanitario de Barcelona 2011) y *Desigualtats Socioeconòmiques i Diferència Cultural a l'Àmbit de la Salut a Barris d'Actuació Prioritària de Catalunya* (San Román 2009)².

En primer lugar se observa que el comportamiento de los pakistaníes viene muy marcado por la situación de la sanidad en Pakistán, donde conviven el sistema biomédico occidental introducido por el colonialismo inglés, la medicina humoral³ y la medicina tradicional. El sistema biomédico público es muy deficiente y la alternativa privada muy costosa y, por tanto, casi de uso exclusivo de las clases más privilegiadas. En este contexto, la mayoría de la población se decanta por la automedicación y el uso de la medicina tradicional (Valenzuela y Casado 2008: 50).

Aunque el centro de atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, es frecuente que una vez asentados en Barcelona los pakistaníes accedan a la sanidad a través de los servicios de urgencias. Los motivos que señalan para explicar esta elección son la incompatibilidad horaria entre las largas jornadas laborales y los horarios del médico de cabecera y la posibilidad que ofrecen los servicios de urgencias de ser atendidos sin necesidad de concertar una cita previa.

La diferencia en el proceso de inserción entre los hombres y las mujeres pakistaníes aparece de manera constante en ambos informes y condiciona notablemente la relación de unos y otras con los servicios públicos. Una vez en disposición de la tarjeta sanitaria, son los hombres en mayor medida quienes utilizan los servicios sanitarios en caso de problemas de salud y quienes muestran una mayor confianza en el sistema y los fármacos occidentales. Las mujeres, por su parte, continúan acudiendo a la medicina tradicional y a la automedicación como primeras opciones. Sin embargo, cuando se trata de la salud de sus hijos, la mayoría de las mujeres aseguran que una vez establecidas en destino escogen acceder a los servicios sanitarios públicos.

Es muy habitual que los hombres, que suelen llevar más tiempo asentados en la sociedad de acogida, acompañen a las mujeres a las consultas médicas no solo en calidad de intérpretes sino también para asegurarse de que el médico no tiene ningún interés en la paciente pakistaní fuera del estrictamente profesional. La desconfianza hacia los médicos hombres se hace especialmente manifiesta en el caso de la ginecología y obstetricia, donde a las propias reservas culturales de las mujeres, se añade en muchos casos la prohibición de los maridos de que sean visitadas por un doctor. Una de las demandas más habituales de las mujeres pakistaníes es ser atendidas por personal femenino, particularmente en salud materna y ginecología.

Se detecta que no existe entre el colectivo pakistaní una cultura preventiva de la sanidad, sino que la perspectiva es estrictamente curativa, fenómeno comprensible si se consideran los altos costes de la asistencia sanitaria en origen previamente mencionados. En muchos casos la excesiva preocupación por el trabajo, la situación económica o la familia en origen generan entre los pacientes pakistaníes una gran tensión o ner-

viosismo que pueden dar lugar a una enfermedad física (Valenzuela y Casado 2008: 47). Según San Román (2009), algunos pakistaníes padecen lo que se podrían considerar enfermedades propias puesto que los cuadros sintomáticos que presentan no están tipificados por la biomedicina occidental, si bien algunos de los problemas físicos asociados sí que lo están. Un apunte interesante para comprender la concepción y el tratamiento de la salud del colectivo pakistaní es el peso que las tradiciones orientales e islámicas tienen en su cultura. Además, el islam no suscribe la doctrina dualista entre mente y cuerpo y por eso es difícil pensar en un alma saludable y un cuerpo enfermo.

Otro aspecto característico de la cultura sanitaria pakistaní relacionado con la concepción integral de la salud es que los pacientes esperan tratamientos de largo recorrido basados en el equilibrio de cuerpo y mente. Así, acostumbrados a las terapias multidisciplinares de tipo dietético y naturista, las soluciones de actuación inmediata les resultan chocantes (Sales 2009).

Según el informe *Inmigració i serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona. La perspectiva de la població marroquina, xinesa, equatoriana i pakistanesa*, la valoración que los usuarios pakistaníes hacen de los servicios sanitarios es generalmente satisfactoria y destacan la universalidad y gratuidad de los servicios como aspectos muy positivos. En contraste, coinciden con la población autóctona a la hora de señalar los largos tiempos de espera como una de las principales debilidades del sistema. El colectivo pakistaní considera el trato recibido por parte del personal sanitario generalmente adecuado y cordial, si bien, particularmente entre los hombres, existe una queja hacia la brevedad de las consultas.

Por último, cabe mencionar que los representantes del colectivo pakistaní señalan la barrera lingüística como principal obstáculo para acceder a los servicios sanitarios, con los agravantes ya citados en el caso de las mujeres, puesto que su conocimiento de la lengua es menor.

3. Comunicación intercultural en los servicios públicos

La comunicación es una interacción social y cultural que depende tanto de la cultura nacional (paracultura) como de la propia del ámbito profesional o grupo específico de los interlocutores (diacultura) y se ve condicionada por el marco social en el que se desarrolla. Se trata de un fenómeno complejo que puede verse obstaculizado por factores diversos (Abril Martí y Martín 2011: 1521).

Las diferencias culturales y su impacto en la comunicación deben entenderse en su sentido más amplio. En el ámbito sanitario estas diferencias culturales implican distintas percepciones de la enfermedad y sus causas, diferencias en creencias sobre la salud y la curación, en las concepciones de la salud que se pueden tener o en las actitudes hacia el sistema de atención médica. En el ámbito educativo, además de la concepción de la educación, hay que considerar factores como las funciones que culturalmente se atribuyen a la institución escolar y las expectativas que a ese respecto albergan los usuarios (Vargas-Urpí y Arumí 2014). Inevitablemente, estos factores se trasladan a la relación asistencial y comunicativa entre proveedores y usuarios de servicios públicos.

Así, es necesario que la figura que haga de enlace entre usuarios y profesionales de los servicios conozca en profundidad no solo las lenguas empleadas por los actores implicados, sino las culturas involucradas con todos sus elementos característicos (costumbres, tabúes, creencias, etc.). Además, a las competencias del facilitador lingüístico, hay que añadir conocimientos específicos acerca de trámites y documentos administrativos y jurídicos que pueden resultar particularmente trascendentes (Burdeus 2010: 8).

Sin embargo, a pesar de las diversas iniciativas en el campo y de la creciente demanda, los servicios de interpretación y mediación atraviesan aún una etapa de incipiente desarrollo en lo que respecta al control de calidad, la regulación y formación profesional, el código deontológico, la remuneración y las condiciones laborales. Según Sales (2005), es necesario el apoyo decidido de las administraciones locales y nacionales así como la concienciación de la sociedad sobre la necesidad de estos servicios y el reconocimiento de la labor que los intermediarios interlingüísticos e interculturales desarrollan.

En Cataluña la primera referencia legislativa al ámbito de la comunicación intercultural en los servicios públicos fue el Plan de Ciudadanía e Inmigración 2005-2008. A partir de entonces los servicios de mediación e ISP, que en algunos casos ya existían como iniciativas aisladas, empezaron a organizarse de manera más sistemática. A fin de dar respuesta a las necesidades comunicativas de las poblaciones inmigrantes, las administraciones comarcales y locales comenzaron a incorporar intérpretes y mediadores a sus bolsas de trabajo y a colaborar con distintas asociaciones pioneras en la prestación de estos servicios como Salud y Familia, *La Formiga*, *Surt* o *Ibn Batuta* (Vargas-Urpí 2011: 21).

A partir de 2005 la consciencia institucional acerca de la importancia de la comunicación intercultural en los servicios públicos llevó a promover una serie de medidas en el ámbito. Se definió un perfil de intérprete-mediador adaptado a las necesidades del momento, se hicieron estimaciones del número de profesionales necesarios en base al censo de

población inmigrante y se impulsaron programas de formación de mediadores e intérpretes en el contexto socio-sanitario (Vargas-Urpi 2011: 23). En el ámbito sanitario, el proyecto del plan de mediación se vio culminado gracias a la colaboración de la Obra Social de la fundación La Caixa: en dos ediciones (2008-2010, 2009-2011) se formaron y certificaron un centenar de mediadores interculturales que trabajaron en hospitales y centros de salud en convenio de prácticas. Sin embargo, muchos de estos mediadores no han podido prolongar sus contratos y son relativamente pocos los hospitales que disponen de este servicio. Cuando un hospital no dispone de mediadores interculturales, puede recurrir a la interpretación telefónica mediante *Sanitat Respon* (Vargas-Urpi 2013: 133).

A raíz de la crisis económica, muchas iniciativas se han visto paralizadas y los servicios de interpretación y mediación se han limitado de manera drástica tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Desde finales de 2009 el ámbito de actuación de los intérpretes se ha reducido a los servicios sociales y la primera acogida. A partir de 2012 las restricciones en el ámbito educativo llegaron al punto de pedir a las escuelas y a los padres implicados que asumieran ellos mismos los gastos de los servicios de mediación e interpretación (Vargas-Urpi 2013: 132).

Conviene considerar que el sentido de estos servicios parte del presupuesto de que las instituciones tienen la responsabilidad de ayudar a los grupos inmigrantes a asentarse satisfactoriamente en el país en el que han escogido residir. Así, y puesto que los inmigrantes son sujetos con derechos y obligaciones en el país de acogida, de la misma manera que se les exige que cumplan con sus deberes como ciudadanos, se les habría de garantizar el pleno ejercicio de sus derechos (Sales 2005). Cuando las personas no disponen de las herramientas necesarias para entender y ser entendidas en situaciones en las que deben interactuar con las instituciones públicas, los derechos fundamentales que dichas instituciones están destinadas a cubrir no quedan satisfechos (García-Beyaert 2008). Por ello es preciso tomar las medidas necesarias para identificar y subsanar las eventuales barreras lingüísticas y culturales, posibilitando con ello la comunicación.

4. Problemática comunicativa y cultural en el acceso a los servicios públicos de las mujeres pakistaníes de Barcelona

El presente trabajo es la primera fase de un estudio orientado a mejorar la comprensión de la realidad comunicativa de las mujeres pakistaníes de

Barcelona en su condición de usuarias de los servicios públicos. En esta fase, además de establecer el contexto de la inmigración pakistani en Barcelona, se ha buscado tomar contacto con el colectivo e indagar acerca de sus creencias, representaciones y costumbres en torno a la salud y la educación, a fin de complementar la perspectiva proporcionada por el marco teórico. Asimismo, se ha explorado el acceso de las mujeres pakistaníes a los servicios públicos de educación y sanidad con el objetivo de identificar elementos sobre los que profundizar en futuras etapas de la investigación. Puesto que se trata de una investigación inicial y exploratoria, hay que entender los resultados que se recogen como preliminares pero esenciales para establecer el marco de referencia dentro del cual ubicar y analizar futuras aportaciones.

4.1. Metodología

Para la recogida de datos se combinaron las estrategias de observación participante con las entrevistas abiertas y las conversaciones informales. Las vías fundamentales de toma de contacto con el colectivo fueron el entorno del *Espai Anissa*, un grupo de encuentro y aprendizaje de las lenguas de acogida en el que la autora da clase desde 2013, y la Asociación Cultural Educativa y Social Operativa de Mujeres Pakistaníes ACESOP.

En el *Espai Anissa* se trataron los temas del estudio en el marco de unas clases de castellano y alfabetización a la que asistían, junto a alumnas de otros orígenes, 6 mujeres de la región del Punjab. A lo largo del curso académico, en las clases de frecuencia semanal, se trabajaron temas como la salud, el acceso a la educación o la consulta del médico y las alumnas tuvieron ocasión de explicar sus propias experiencias y poner en común las dificultades que habían encontrado en estos ámbitos. Además, en estas clases era frecuente que las alumnas hablaran entre ellas en urdu o punjabi y que las que tenían mejor nivel de castellano o inglés se convirtieran en intérpretes *ad hoc* entre sus compañeras y los docentes reproduciendo situaciones de comunicación mediada similares a las que pueden darse en el contexto de los servicios públicos.

En junio de 2015, cuando se dio por concluido el trabajo de campo, las 6 alumnas del *Espai Anissa* llevaban residiendo en Barcelona entre 3 meses y 6 años, tenían entre 28 y 45 años y poseían aún nociones escasas de los idiomas de acogida. De las 6 mujeres, solo una trabajaba en su país de origen y en el contexto de acogida se dedicaban en su totalidad al cuidado de los hijos y las tareas del hogar. Dos de ellas nunca habían estado escolarizadas, dos tenían un nivel bajo de estudios (menos de diez años), una nivel medio (estudios secundarios) y una nivel alto (estudios superiores).

La persona de contacto con *ACESOP* fue una de las integrantes de su equipo directivo a quien se hizo una primera entrevista de toma de contacto y más tarde una serie de entrevistas sobre la temática del estudio. Originaria de Faisalabad, en junio de 2015 llevaba 18 años en Barcelona y 10 colaborando con la asociación, tiene estudios secundarios y habla español con soltura. En las entrevistas abiertas se trataron temas como su llegada a Barcelona, el proceso de aprendizaje de los idiomas de acogida, sus experiencias como usuaria de los servicios públicos de sanidad, su relación con los centros públicos de educación a través de sus hijos escolarizados o la comparativa entre los servicios públicos en origen y en destino. Además de su historia personal, la informante conocía los casos de otras mujeres pakistaníes a las que había acompañado a lo largo de sus 10 años de trabajo en la asociación.

También se acudió junto a esta informante a una serie de actividades de las que, por su interés y vinculación con el tema de estudio, cabría destacar el encuentro convocado por la asociación ‘Salud y Familia’ y la visita a *ACESOP* de un ginecólogo pakistaní. Aunque se pudo conversar de manera informal con algunas de las asistentes a dichas actividades, no se recogió información acerca de sus ocupaciones, orígenes o niveles de estudios.

Para el análisis de los datos se transcribieron las entrevistas y los testimonios de las colaboradoras para formar, junto con las descripciones pormenorizadas y los apuntes y comentarios recopilados a lo largo de la inmersión en la cultura de estudio, un corpus general de información. Se analizaron los testimonios a través del análisis discursivo del contenido y se relacionaron con el resto de datos (información no verbal de entrevistas, descripciones pormenorizadas y reflexiones fruto de la observación participante, etc.) recogidos a lo largo de la investigación, buscando localizar significados que permitieran estructurar la información recabada.

Para identificar los testimonios de las informantes que figuran en los resultados se utiliza un código que consta de las siglas de la asociación a través de la cual se ha contactado con ellas, seguido de los años que llevan en Barcelona y su edad (ej: A_18_34).

4.2. Resultados

4.2.1. Problemas de aislamiento y dificultad de acceso a los servicios

Una cuestión que ha aparecido de manera reiterada y bajo distintos enfoques a lo largo del trabajo de campo es el problema del aislamiento de muchas mujeres pakistaníes. Como se introdujo en el apartado de la organización comunitaria, las mujeres suelen llevar una vida centrada en

el hogar que se caracteriza por una autonomía y un acceso a los recursos muy limitados. Conviene destacar en este punto que las colaboradoras de este estudio tienen en común que, como mínimo, participan en algún tipo de actividad cultural o asociacionista. A pesar de ello, varias informantes han empezado el aprendizaje de la lengua tras varios años instaladas en el país y son aún incapaces de expresarse o comprender ninguno de los idiomas de acogida. La barrera que esto supone en cualquier contexto y particularmente en el acceso a los servicios públicos es manifiesta.

En estas circunstancias, las mujeres dependen de sus maridos, conocidos o familiares para acceder a los servicios. Esta es, a su vez, una cuestión compleja, porque a menudo estas terceras personas que intervienen tampoco poseen un conocimiento suficiente del sistema ni de los mecanismos disponibles. A lo largo del trabajo de campo se ha observado que el desconocimiento del sistema, unido a la distancia entre la cultura de origen y de acogida, hace que la actitud frente a aspectos sorprendentes o enojosos sea de aceptación. A_18_34 explica que ni ella ni su marido supieron reaccionar cuando la enviaron a casa al día siguiente de haber dado a luz por cesárea y tuvo todo tipo de complicaciones postoperatorias:

“Un mes yo he sufrido mucho. Y no sabía qué tengo que hacer, dónde voy, dónde puedo reclamar, dónde puedo pelear, no sabía... Ni mi marido sabía, ni yo sabía. Y pensamos que a lo mejor aquí es así.”

Otra de las manifestaciones del aislamiento y el desconocimiento de los servicios disponibles es el hecho de que ninguna de las alumnas del *Espai Anissa* sepa que existen servicios de interpretación o mediación cultural en los servicios públicos. Además, se ha detectado un problema fundamental que consiste en que, mientras no conocen el idioma, las mujeres pakistaníes no saben que tales servicios existen y cuando lo aprenden, ya no los encuentran necesarios. Cuando se le pregunta a A_18_34 si ha acudido a estos servicios, responde:

“No, nunca. Era yo que, poco a poco, empecé a hablar. Al principio tenía un poco problema, pero mis hijos empezaron a ir al cole y yo misma busco maneras... Para hablar, para enseñar que me interesaba y así hasta hoy.”

Por otro lado, más allá de las evidentes barreras lingüísticas, son numerosas las cuestiones culturales que entorpecen el flujo de información que llega a las mujeres a través de los distintos canales. Un ejemplo muy claro se observa en el caso de las mujeres más tradicionales que

viven con cierto reparo comunicarse con hombres que no sean familiares suyos.

4.2.2. Concepción de la salud y acceso a los servicios sanitarios

A lo largo de la investigación se han podido detectar diferencias sustanciales entre las concepciones de la salud que tienen las mujeres pakistaníes y las de la sociedad de acogida. Un ejemplo muy claro sería el que se deriva de su concepción holística de la salud. Así, a menudo las colaboradoras del presente estudio hablan de enfermedades por tristeza o por nervios. En palabras de A_18_34:

“Y yo ahora pienso que siguiendo mi vida de antes podía ser hasta hoy enferma, porque casa, casa, casa. Haz comida, limpia casa, con niños... Podía estar hasta enferma, pero no.”

Un apunte curioso es que, según explica EA_6_32 en una de las clases del *Espai Anissa*, en su caso es el personal sanitario quien atribuye a los nervios su dolor:

“Doctora dice que dolor rodilla, dice que normal, que yo nerviosa.”

Sería interesante saber en qué términos se desarrolló la conversación, qué motivó que este fuera el diagnóstico o qué impulsó a esta colaboradora a interpretarlo así.

Por otro lado, la vergüenza o el pudor que las mujeres pakistaníes pueden sentir a la hora de hablar con médicos o intérpretes varones (sean o no profesionales) y que han manifestado con reiteración a lo largo del trabajo de campo es otro elemento que dificulta el flujo de información y la adecuada descripción de los síntomas.

Otro aspecto particular es el de los diagnósticos de aparente normalidad del que se quejan varias informantes y que también podrían deberse a una situación de comunicación ineficaz entre médico y paciente. Según Ortí *et al.* (2006: 122), muchos pacientes indios y pakistaníes sienten que los profesionales sanitarios no hacen esfuerzos por entender lo que se les pregunta, que les solicitan y les ofrecen poca información y que no dedican el tiempo necesario a interesarse por su estado físico y psicológico. En Pakistán es habitual que los médicos se interesen por aspectos tanto físicos como personales y sociales y que los pacientes proporcionen mucha información de manera indirecta. Por ese motivo las consultas resultan cortas con respecto a sus expectativas y sienten que los médicos hacen preguntas muy directas sin preocuparse por el contexto (Sales 2009).

Además, puede suceder que el personal sanitario desconozca los cuadros descritos por las pacientes (cuando se refieren a las enfermedades típicas a las que hacía referencia San Román (2009) u otras descritas por las alumnas el *Espai Anissa*) generando con ello una sensación de desconfianza o distanciamiento. Según Ortí *et al.* (2006: 122), los médicos tradicionales pakistaníes ofrecen unos diagnósticos muy detallados que pueden hacer que comparativamente los diagnósticos de la sociedad de acogida parezcan superficiales o incompletos.

4.2.3. Particularidades ocultas bajo la generalidad

Una cuestión fundamental y no siempre conocida es que no todas las mujeres pakistaníes hablan y entienden urdu con soltura. Según explica la colaboradora de *ACESOP*, muchas de las mujeres con las que trabajan en la asociación provienen del campo y hablan punjabi. Este es un apunte indispensable a la hora de localizar un intérprete ya que, tal y como explica Borja Albi (2015: 104), saber “un poco” de un idioma es no saber nada, cuando de lo que se trata es de hacer una historia clínica o describir síntomas. Además ese “saber un poco” aplicado a la paciente es aún más grave, ya que en el acto comunicativo intervienen factores psicológicos que dificultan la expresión en una lengua que no es la propia (pobreza de detalles, imprecisión por falta de vocabulario, etc.), más aún si se añaden los aspectos de vergüenza, pudor y respeto formal a la figura del médico que se plantearon previamente.

Por otro lado, cabe diferenciar los colectivos indio y pakistaní de la región del Punjab que en ocasiones aparecen en la bibliografía como un único grupo. Además de la diferencia fundamental de la religión (los indios son mayoritariamente hindúes y los pakistaníes musulmanes), durante las clases en el *Espai Anissa* se pudieron detectar diferencias más sutiles como puede ser el lenguaje no verbal. Así, mientras que para las usuarias indias un gesto ondulante de la cabeza indica afirmación o duda y un movimiento de arriba abajo indica negación, las mujeres pakistaníes niegan de lado a lado y afirman de arriba abajo, como sucede en la sociedad de acogida.

La heterogeneidad del colectivo pakistaní se manifiesta en aspectos como la observación de los preceptos islámicos, el conocimiento de idiomas, lo que es y no es tabú o el peso que se le concede a las costumbres y creencias tradicionales. Todos estos elementos vienen condicionados, a su vez, por el tiempo que las mujeres llevan establecidas en la sociedad de acogida (si bien este aspecto no es tan determinante como podría) o el origen rural o urbano. En este sentido y, según se observó a lo largo del estudio, es habitual que las mujeres provenientes del campo tengan un nivel de estudios más bajo, un sentido más

acusado de la tradición y una mayor dificultad para el aprendizaje de los idiomas de acogida.

4.2.4. Cuestiones lingüísticas y percepción de autonomía: mediación e interpretación no cualificada

Más allá de las dificultades para el aprendizaje previamente descritas y el distinto dominio que las mujeres presentan de los idiomas de origen, a lo largo de la investigación se ha podido observar que la sensación de autonomía lingüística que demuestran y transmiten las usuarias pakistaníes una vez conocen los idiomas de acogida no es garantía de que se produzca una comunicación eficaz. Los pequeños malentendidos que se dieron en las entrevistas y conversaciones (las confusiones de persona verbal o las respuestas erróneas por incompreensión de la pregunta) pueden tener consecuencias más graves en el contexto de los servicios públicos. Si, por ejemplo, la confusión se da en una consulta médica o en alguna situación conflictiva, todas las cuestiones de distanciamiento, pudor y respeto a las jerarquías podrían intervenir en la interacción lingüística minando la confianza de las usuarias y convirtiéndose en una importante barrera comunicativa.

Además, varias de las colaboradoras explican situaciones en las que ellas mismas se han convertido en intérpretes *ad hoc*. Según Del Pozo y Baigorri (2015: 46), se observa que, aunque los profesionales también pueden equivocarse, el problema de los amateurs es que no son conscientes de que están cometiendo un error y por lo tanto no admiten que tienen dudas o que no son capaces de realizar una cierta tarea de interpretación. Además, puede suceder que los intérpretes improvisados introduzcan su propio bagaje y que omitan, añadan o expliquen asuntos que el emisor no ha expresado, aunque lo hagan con la mejor voluntad.

En este punto cabría retomar el tema de la dependencia que algunas mujeres pakistaníes tienen de sus maridos que, como se vio en el apartado 2, en muchas ocasiones las acompañan a los servicios públicos y ejercen de intérpretes. Según Sales (2009) y Valenzuela y Casado (2008: 43), la naturaleza corporativista del patrilinaje implica que la toma de decisiones individuales se extrapole a la arena familiar, lo cual puede ser trascendental en situaciones como la decisión sobre someterse a una operación o un trasplante y también condicionar la asistencia del enfermo o las visitas al hospital. Por todo ello no es difícil imaginar que la voz de las mujeres pakistaníes pueda quedar en ocasiones desdibujada tras la interpretación de terceras personas.

Así, no sorprenden los resultados del informe *Inmigració i serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona* (2011: 110), según el cual muchas muje-

res prefieren acudir a los servicios sanitarios solas en cuanto se sienten capaces de defenderse en catalán o castellano y que valoran mucho la posibilidad de disponer de mediadores culturales en los centros puesto que favorecen su autonomía e independencia.

5. Conclusiones

El colectivo pakistaní se ha convertido en los últimos años en la población extracomunitaria más numerosa de Barcelona. Aunque el porcentaje de mujeres pakistaníes ha ido aumentando en los últimos años, aún no llegan a representar un cuarto de la población total. La mayoría de estas mujeres llega a Barcelona por procesos de reagrupación familiar cuando sus maridos llevan un tiempo establecidos. Así, los mecanismos de incorporación a la sociedad de acogida de unos y otras son sensiblemente distintos.

Aunque la mayoría de mujeres proviene de las mismas regiones de la provincia del Punjab, se trata de un grupo muy heterogéneo tanto por las situaciones en que se encontraban antes de emigrar, como por las maneras en que cada una de ellas ha reconstruido sus parámetros culturales en la sociedad de acogida. Aun así, algunos de los problemas con los que se encuentran en el acceso a los servicios públicos son semejantes.

El desconocimiento de las lenguas de acogida es un claro ejemplo de estos problemas comunes. El hecho de que algunas de ellas lleven una vida centrada en el hogar ralentiza el proceso de aprendizaje y contribuye a generar situaciones de aislamiento. Además de los idiomas, a menudo las mujeres ignoran el funcionamiento del sistema o de los servicios disponibles y en algunos casos dependen de terceras personas que, a pesar de llevar más tiempo establecidas en la ciudad, tampoco poseen un conocimiento suficiente.

Otro elemento importante es la diferencia entre las concepciones de salud en origen y en la sociedad de acogida, que se añade a las limitaciones lingüísticas generando situaciones de comunicación ineficaz. Además, algunas cuestiones derivadas de la segregación de géneros característica del Pakistán tradicional, o las diferentes expectativas en origen y destino con respecto a la relación asistencial dificultan el flujo de información entre usuarias y proveedores de servicios.

A menudo las usuarias acuden a mediadores no cualificados como pueden ser sus familiares y amigos, pero en muchos casos esta mediación no garantiza la comunicación efectiva e incluso puede ir en contra de sus propios intereses. También es frecuente que una vez tienen nociones del idioma, aunque sean limitadas, las usuarias decidan acudir solas a los servicios públicos e incluso que ellas mismas se conviertan en intérpretes *ad hoc*.

Tanto en el ámbito sanitario como en el educativo, la garantía de los derechos que los servicios públicos cubren pasa por una comunicación efectiva entre usuarias y proveedores. Por ese motivo y puesto que las usuarias señalan la barrera lingüística como principal obstáculo, se hace manifiesta la importancia de hacer los servicios de ISP accesibles como una vía de empoderamiento.

Marina Arrasate Hierro-Olavarría
Departamento de Traducción e Interpretación y de Estudios del Asia Oriental
Facultad de Traducción e Interpretación
Universitat Autònoma de Barcelona
08193 – Bellaterra (Barcelona) – España
marrasateha@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3148-8654

Recepción: 13/11/2015; Aceptación: 15/10/2016

Notas

- ¹ Carnicerías en las que se venden alimentos permitidos por la ley islámica.
- ² Se acudirá tanto al informe comparativo final *Desigualtats Socioeconòmiques Socioeconòmiques i Diferència Cultural a l'Àmbit de la Salut a Barris d'Actuació Prioritària de Catalunya* (San Roman 2009), como al monográfico específico del colectivo pakistaní elaborado por Hugo Valenzuela (2009).
- ³ La teoría humoral concibe el cuerpo humano compuesto por cuatro sustancias o humores (mucosa, sangre, bilis amarilla y negra). El estado de salud depende del equilibrio de esos humores, que pueden alterarse mediante la alimentación, el aire del entorno, el sueño, las emociones, etc. (Valenzuela y Casado 2008: 48).

Referencias bibliográficas

- Abril Martí, María Isabel y Anne Martin. 2011. "La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes". En *Actas del I congreso internacional sobre migraciones en Andalucía*, Francisco Javier García Castaño y Nina Kressova (coords.), 1521-1534. Granada: Instituto de Migraciones.
- Agencia de Salud Pública del Consorcio Sanitario de Barcelona. 2011. *Immigració i serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona. La perspectiva de la població marroquina, xinesa, equatoriana i paquistanesa*. Disponible en <<https://goo.gl/KNrj8x>>. [Consultado el 15 de marzo de 2015].
- Amarsi, Yasmin. 2003. "Nursing Health Human Resources in Pakistan". En *Women in Nursing in Islamic Societies*, Nancy H. Bryant (ed.), 188-231. Oxford: Oxford University Press.
- Beltrán Antolín, Joaquín y Amelia Saiz López. 2007. "La comunidad pakistaní en España". *Anuario Asia-Pacífico*, 2007:1. 407-416.
- Borja Albi, Anabel. 2015. "Recomendaciones para trabajar con intérpretes en el ámbito sanitario". En *La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género. Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes*, Anabel Borja Albi y Maribel Del Pozo Triviño (eds.), 123-135. Valencia: Tirant Humanidades.

- Burdeus, Noelia. 2010. *Interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en la provincia de Barcelona*. Trabajo final de Máster. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Comas, Marta, Encarna Molina y Mònica Tolsanas. 2008. *Identitats. Educació, immigració i construcció identitària*. Vic: Eumo Editorial. Fundació Jaume Bofill.
- Del Pozo Triviño, Maribel y Jesús Baigorri Jalón. 2015. "El trabajo con intérpretes: aspectos comunes". En *La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género. Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes*, Anabel Borja Albi y Maribel Del Pozo Triviño (eds.), 13-62. Valencia: Tirant Humanidades.
- Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. 2014. *Informes estadístics. La població estrangera a Barcelona*. Disponible en <<https://goo.gl/kI7ukV>>. [Consultado el 12 de febrero de 2015].
- Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. 2015. *Informes estadístics. La població estrangera a Barcelona*. Disponible en <<https://goo.gl/FhUVGr>>. [Consultado el 12 de febrero de 2015].
- Direcció General per a la Immigració. 2011. *La immigració en xifres. La població pakistanesa a Catalunya*. 9. Disponible en <<https://goo.gl/w5dDro>>. [Consultado el 05 de febrero de 2015].
- García-Beyaert, Sofía. 2008. "El derecho a la comunicación efectiva". En *IV Congreso Internacional ESLETRA (El Español Lengua de Traducción para la Cooperación y el Diálogo)*. Disponible en <<https://goo.gl/WlorN8>>. [Consultado el 02 de agosto de 2015].
- Moreras, Jordi. 2005. "¿Ravalistán? Islam y configuración comunitaria entre los paquistaníes en Barcelona". *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 68. 119-132.
- Ortí, Roberto, Enric Sánchez y Dora Sales. 2008. "Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural". En *Actas del primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Lingüística Interaccional en el ámbito de la salud*, Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (eds.), 114-139. València: Universitat de València.
- Plan de Ciudadanía e Inmigración 2005-08. 2006. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar i Família, Secretaria per a la Immigració.
- Qureshi, Javed Ilyas. 2009. "Pakistan, a la recerca d'una identitat. Migració del poble pakistanès. Causes, evolució i vida quotidiana dels pakistanesos a Catalunya". *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 109. 42-49.
- Rahman, Tariq. 2004. "Language Policy and Localization in Pakistan: Proposal for a Paradigmatic Shift". En *SCALLA Conference on Computational Linguistics*.
- Rahman, Tariq. 2005. "Passports to privilege: the English-medium schools in Pakistan". *Peace and Democracy in South Asia*, I:1. 24-44.
- Sales, Dora. 2005. "Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España". *Translation Journal*, 9:1. Disponible en <<https://goo.gl/2Jj735>>. [Consultado el 20 de octubre de 2015].
- Sales, Dora. 2009. "Atención sanitaria a la población de origen indio y paquistaní". En *Salud y Cultura. Portal informativo para la mediación intercultural y la interpretación en el ámbito sanitario*, Grupo CRIT. Universitat Jaume I. Disponible en <<https://goo.gl/7ditUc>>. [Consultado el 5 de mayo de 2016].
- San Román, Teresa. 2009. *Desigualtats Socioeconòmiques i Diferència Cultural a l'Àmbit de la Salut a Barris d'Actuació Prioritària de Catalunya*. Projecte/Conveni GRAFO (UAB) i Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Solé, Montserrat y Josep Rodríguez. 2005. "Pakistaníes en España: un estudio basado en el colectivo de la ciudad de Barcelona". *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 68. 97-118.
- Tolsanas, Mònica. 2007. "Las calles de Barcelona, las casas de Paquistán. Transnacionalismo y generación posmigratoria". *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 78. 33-56.
- Tonchev, Plamen. 2006. *Pakistán. El Corán y la Espada*. Madrid: Los libros de la Catarata.

- Tinker, Anne G. 1998. "Improving Women's Health in Pakistan". En *Health, nutrition, and population working paper series*, Human Development Network. World Bank.
- Valenzuela, Hugo e Irina Casado. 2008. "Representaciones de la salud en poblaciones musulmanas: aproximación etnográfico-comparativa a inmigrantes pakistaníes y marroquíes". En *Construyendo intersecciones: aproximaciones teóricas y aplicadas en las relaciones entre los ámbitos del parentesco y la atención a la salud en contexto intercultural*, Ana Piella, Lucía Sanjuan y Hugo Valenzuela (coords.), 41-63. Donostia: Ankulegui.
- Valenzuela, Hugo. 2009. *Desigualtats Socioeconòmiques i Diferència Cultural a l'Àmbit de la Salut a Barris d'Actuació Prioritària de Catalunya* (Monográfico del colectivo pakistani). Documento de trabajo interno inédito.
- Valenzuela, Hugo. 2010. "Pecunia Ex Machina, el emprendedor pakistani en la ciudad de Barcelona". *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 92. 185-206.
- Vargas-Urpi, Mireia. 2011. "La mediació i l'interpretació als serveis públics: contextualització". En *Comunicar en la diversitat. Intèrprets, traductors i mediadors als serveis públics*, Grupo MIRAS, 19-29. Barcelona: Linguamón-Casa de les Llengües.
- Vargas-Urpi, Mireia. 2013. "ISP y/o mediación intercultural: la realidad de los profesionales que trabajan en el contexto catalán". *Cuadernos de ALDEEU*, 15. 131-164.
- Vargas-Urpi, Mireia y Marta Arumí. 2014. "Estrategias de interpretación en los servicios públicos en el ámbito educativo: estudio de caso en la combinación chino-catalán". *Intralinea. On line translation Journal*. 16. Disponible en <<https://goo.gl/8H2wDq>>. [Consultado el 20 de septiembre de 2015].