

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE TRADUCCIÓN Y DOCUMENTACIÓN

GRADO EN TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

Trabajo de Fin de Grado

**INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO:
PREPARACIÓN PREVIA DEL PERSONAL MÉDICO**



Mariana La Greca Saint Esteven

Tutora: Icíar Alonso Araguás

Salamanca, 2012

Dra. D^a Icíar Alonso Araguás, profesora del Grado Oficial en Traducción e Interpretación y tutora del Trabajo de Fin de Grado titulado “Interpretación en el ámbito sanitario: preparación previa del personal médico”, elaborado por la alumna Mariana La Greca Saint Esteven, por el presente documento hago constar que dicho trabajo cuenta con mi INFORME FAVORABLE y, por tanto, AUTORIZO la defensa del mismo.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente documento en Salamanca, a 27 de junio de 2012.

RESUMEN

La evolución de la sociedad española durante los últimos años ha dado lugar a una nueva realidad social, donde las instituciones, las administraciones públicas y sus trabajadores deben hacer frente a situaciones en las que surgen barreras lingüísticas y culturales entre los interlocutores. Sin embargo, cabe plantearse en qué medida están preparados dichos organismos para afrontar las nuevas necesidades. El presente trabajo analiza el contexto específico de la interpretación en el ámbito sanitario en España, cuál es la situación actual y cuáles son los motivos que conducen a esta situación, haciendo especial hincapié en la formación que reciben los profesionales sanitarios para saber cómo abordar las situaciones en las que se requiere la presencia de un intérprete. Finalmente, describe cuáles son las soluciones que se han adoptado en nuestro país y propone un posible ejemplo de buenas prácticas.

Palabras clave: interpretación en los servicios públicos, interpretación en el ámbito sanitario, mediación intercultural, formación del personal sanitario, buenas prácticas.

1. INTRODUCCIÓN	5
2. CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN COMUNICATIVA	9
2.1 ELEMENTOS DE LA SITUACIÓN COMUNICATIVA.....	9
2.1.1. <i>Participantes</i>	9
2.1.2. <i>Mensaje</i>	11
2.1.3. <i>Código y canal</i>	12
2.1.4. <i>Contexto</i>	12
2.2. PAPEL DE LOS PARTICIPANTES:.....	14
2.2.1. <i>Interlocutores primarios</i>	14
2.2.2. <i>Intérprete</i>	14
2.3. RELACIÓN ENTRE LOS PARTICIPANTES.....	17
3. SITUACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO	19
3.1. FORMAS HABITUALES DE INTERPRETACIÓN.....	19
3.2. SITUACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO EN ESPAÑA.....	21
3.2.1. <i>Marco legal</i>	21
3.3. FORMAS DE INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO EN ESPAÑA.....	23
3.4. EJEMPLOS REALES DE MEDIDAS ADOPTADAS.....	24
3.4.1. <i>ONG y asociaciones</i>	24
3.4.2. <i>Mediadores interculturales</i>	25
3.4.3. <i>Estudiantes de Traducción e Interpretación en prácticas</i>	27
3.4.4. <i>Interpretación telefónica</i>	28
3.5. EXPERIENCIA PERSONAL DURANTE LAS PRÁCTICAS DE INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	30
4. CIRCUNSTANCIAS QUE EXPLICAN LA SITUACIÓN ACTUAL	34
4.1. DESCONOCIMIENTO DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS.....	35
4.2. MOTIVOS ECONÓMICOS.....	37
4.3. FALTA DE FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	40
4.3.1. <i>Universidad Autónoma de Madrid</i>	40
4.3.2. <i>Universidad de Barcelona</i>	42
4.3.3. <i>Universidad Complutense de Madrid</i>	42
4.3.4. <i>Universidad de Navarra</i>	42
4.3.6. <i>Conclusión</i>	44
5. SOLUCIONES ADOPTADAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN	47
5.1. PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DESTINADOS A MEJORAR LA CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN.....	47
5.2. PROGRAMAS INFORMÁTICOS MULTILINGÜES.....	49
5.3. CURSOS PARA PROFESIONALES.....	51
5.4. ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS.....	52
6. CONCLUSIÓN	54
7. BIBLIOGRAFÍA	59
7.1. PÁGINAS WEB CONSULTADAS.....	59
7.2. LEYES CONSULTADAS.....	60
7.3. BIBLIOGRAFÍA.....	60

1. INTRODUCCIÓN

Durante la última década, España se ha convertido en uno de los principales destinos para los inmigrantes internacionales. Según los últimos estudios estadísticos publicados por la Secretaría General de Inmigración y Emigración¹, a finales de 2011 el número de extranjeros residentes en España (con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor) era de 5.251.094, es decir, cerca de un 13% de la población de nuestro país. No obstante, hay que señalar que la cifra real es mayor, pues no hay que dejar de lado la presencia de inmigrantes irregulares, que en el año 2009 alcanzó la cifra de 1.000.000 de personas según asociaciones como Cáritas y algunos representantes políticos². Con respecto a los países de procedencia, cabe destacar que, según estos mismos estudios, nueve de los quince países principales corresponden a Estados donde la lengua oficial es distinta al español, a saber, Rumanía, Marruecos, Reino Unido, Italia, Bulgaria, China, Portugal, Alemania y Francia.

Este fenómeno migratorio puede deberse a motivos de diversa índole: económica, laboral, turística o política (si se vive en países en conflicto), entre otras. Aun así, todos comparten un factor común: conducen a una creciente diversidad que, a su vez, está configurando una nueva realidad social. En efecto, la sociedad ha ido avanzando y evolucionando durante las últimas décadas, y ahora se dan nuevas necesidades, intereses y riesgos de exclusión de las minorías étnicas (Burdeus, 2010:6). Un ejemplo claro de factores que pueden incrementar el riesgo de exclusión lo conforman las barreras lingüísticas. El hecho de que las personas migrantes no sepan hablar el idioma del país de acogida puede dar lugar a problemas en la comunicación y en la interacción con la

¹ Datos publicados por la Secretaría General de Inmigración y Emigración. Disponible en: <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/index.html>

² Artículo publicado en la página web *Red Inmigrante*. Disponible en: <http://www.redinmigrante.es/index.php/vidacotidianasecc/43-denuncia/815-caritas-la-desigualdad-de-la-mujer-espanola-se-traslada-a-las-inmigrantes.html>

sociedad (en el colegio, en el hospital, en las oficinas de las administraciones públicas, etc.). Para evitar este tipo de situaciones, parece necesario que las instituciones del país de acogida respondan a estas nuevas exigencias y contribuyan a la inclusión social. Así pues, se puede concluir que la interpretación en los servicios públicos es fruto de una necesidad social movida por el fenómeno de la inmigración (Burdeus, 2010:6).

Dado que el abanico de contextos posibles es muy amplio, en este trabajo se analizarán los obstáculos que surgen en la interacción médico-paciente en el ámbito sanitario. La selección de este entorno concreto ha tenido su origen en la propia experiencia a raíz de las prácticas de interpretación de la asignatura Modalidades de Interpretación que se imparte en esta universidad. Como estudiante de dicha asignatura, tuve la oportunidad de colaborar como intérprete-acompañante para una ONG que trabaja con personas refugiadas e inmigrantes en Salamanca. De este modo, durante los cuatro meses que colaboré con esta organización, asistí como intérprete en seis ocasiones a consultas de diversa índole entre facultativos médicos y usuarias no hispanohablantes. Estas interacciones tuvieron lugar en el Centro de Salud Garrido Norte y en el Hospital Clínico Universitario, ambos en Salamanca.

Mi participación en estos encuentros me llevó a constatar cómo funcionan este tipo de situaciones comunicativas, las particularidades que tienen con respecto a aquéllas donde ambos interlocutores hablan el mismo idioma y, sobre todo, me permitió comprobar los diversos problemas u obstáculos que pueden surgir y entorpecer la comunicación. Asimismo, en todas las ocasiones constaté un cierto desconocimiento por parte de los profesionales médicos de cómo abordar una situación comunicativa que requiriese la presencia de un intérprete. Por ejemplo, no se dirigían al usuario al hablar sino al intérprete, cuando utilizaban un registro que el usuario no comprendía esperaban que fuese el intérprete quien lo simplificase, etc. No obstante, consciente de que mi escasa

experiencia personal no me permite generalizar y extrapolar estas situaciones a todo el territorio nacional, he decidido analizar con más detalle la situación de la interpretación en el ámbito sanitario en España. De esta forma podremos comprobar si, en efecto, se trata de una realidad recurrente en todo el territorio español. Además, puesto que ya existe una extensa bibliografía que analiza la necesidad de recurrir a intérpretes profesionales y cualificados para asegurar una situación comunicativa adecuada (Valero Garcés, 2003; Angelelli, 2004; Karliner et al., 2007), he optado por enfocar mi estudio a la preparación y la formación que recibe el personal sanitario para abordar de forma satisfactoria este tipo de interacciones triangulares (usuario-médico-intérprete).

En primer lugar, se procederá a describir la propia situación comunicativa, prestando especial atención a los distintos interlocutores (la tríada usuario, facultativo e intérprete), a su naturaleza y a los papeles que desempeñan. Asimismo, se describirán las relaciones que vinculan a los participantes entre sí (jerarquía y relaciones de poder, diferencias culturales, etc.).

A continuación, se describirá la situación actual de la interpretación en el ámbito sanitario en España, y la forma en la que las instituciones sanitarias de nuestro país están respondiendo esta nueva realidad y a este tipo de exigencias. Asimismo, se explicará cuáles son las formas habituales de interpretación a las que se recurre en los hospitales (profesionales sanitarios con cierto dominio de lenguas, familiares de los usuarios y demás intérpretes ad-hoc frente a intérpretes profesionales).

Más tarde, se centrará la atención en el estudio en las causas que conducen a la situación actual en España, que aún tiene un amplio margen de mejora (Martin y Abril Martí, 2002:57). Concretamente, tal y como se ha comentado anteriormente, se buscará demostrar que la formación recibida por el personal sanitario resulta insuficiente en lo que respecta al trabajo conjunto con un intérprete profesional. Para ello, se consultarán

los planes de estudio de las principales universidades españolas que imparten la carrera de Medicina, a fin de comprobar si durante el proceso académico los estudiantes cursan alguna asignatura que les oriente sobre cómo abordar la multiculturalidad y el multilingüismo en su profesión. Igualmente, también se analizará en qué medida es esencial que el proveedor de servicios sea consciente de la necesidad de trabajar con un intérprete profesional y qué ocurre cuando esto no es así (como pueden ser los recortes en los servicios de interpretación debido a motivos económicos).

Aun así, con este trabajo no sólo se pretende demostrar que existe un vacío en la formación de los profesionales sanitarios, sino que también se espera contribuir, en cierto modo, a que la situación actual mejore. Por eso, finalmente se ofrecerán una serie de pautas que orienten a los facultativos sobre cómo abordar estas interacciones con pacientes no hispanohablantes, que requieran la presencia de un intérprete.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN COMUNICATIVA

En el ámbito sanitario, una comunicación adecuada resulta esencial (Meyer et al., 2003:67-69). El valor de del relato del paciente y de la anamnesis es indudable, ya que sobre esta base se edifica una historia clínica adecuada, se comienza el diagnóstico y se responde a la necesidad del usuario. Además, diversos estudios han demostrado que los obstáculos lingüísticos pueden conllevar pruebas de diagnóstico erróneas, una menor aceptación del tratamiento por parte del paciente, una relación poco satisfactoria entre médico y usuario, etc. (David y Rhee, 1998:395; Abril Martí y Martin, 2011:1522).

2.1 Elementos de la situación comunicativa

A continuación, procederemos a explicar cuáles son los principales elementos que conforman la situación comunicativa propia de las interacciones entre un médico y un paciente alófono en el ámbito sanitario.

2.1.1. Participantes

Las situaciones comunicativas propias del ámbito sanitario que vamos a abordar en este trabajo tienen como característica principal la aparición de barreras lingüísticas que dificultan la comunicación. Para solventarlas, se recurre a los servicios de una tercera persona. Por ejemplo, en algunas comunidades españolas, como Cataluña, se ha desarrollado la figura del mediador intercultural. En este trabajo, entenderemos por mediador al intermediario, generalmente perteneciente a la minoría lingüística y cultural, cuyo objetivo es “facilitar las relaciones, fomentar la comunicación acercando las posturas de los interlocutores, y promover la integración entre personas o grupos pertenecientes a una o varias culturas” (Miranda, 2010: en línea). Como veremos más adelante, la inclusión de la figura del mediador forma parte de algunas de las buenas prácticas que se están realizando en nuestro país para mejorar la situación actual. Sin embargo, al referirnos al intermediario en las situaciones comunicativas en el ámbito

sanitario, este trabajo nos vamos a centrar en la figura del intérprete (que se analizará y detallará más adelante).

Así pues, en estas situaciones se distinguen dos tipos de participantes: los interlocutores primarios y el intérprete (Abril Martí, 2006:39; Hale, 2007:40-61). El primer grupo está compuesto, por lo menos, de un profesional del entorno sanitario, que habla la lengua mayoritaria, y de un usuario del servicio público que desconoce el idioma oficial, pues pertenece a una minoría lingüística.

No obstante, aun tomando como punto de partida común la pertenencia a una minoría lingüística, cabe destacar que la procedencia y las características de los usuarios del ámbito sanitario pueden ser de diversa índole. Tal y como se ha mencionado en la introducción, puede tratarse de turistas, inmigrantes, personas con discapacidad auditiva, etc. Y esta diversidad de perfiles conduce a situaciones comunicativas muy diferentes, sobre todo en lo que respecta a las relaciones entre los participantes.

Existen numerosos estudios que sostienen que las barreras lingüísticas entre médico y paciente pueden perjudicar la calidad de la asistencia médica (David y Rhee, 1998; Flores, 2006; Karliner et al., 2007, Abril Martí y Martín, 2011). Así pues, cabe plantearse que una forma de solventar estos obstáculos es trabajar con un intérprete. Sin embargo, a este respecto conviene especificar qué requisitos debe satisfacer la figura de este intermediario. Las investigaciones sugieren que las personas a los que se recurre en este tipo de contextos, en nuestro país, tienden a ser intérpretes ad hoc, es decir, no cualificados. Este término incluye, por tanto, al personal sanitario que conoce la lengua extranjera pero que carece de técnicas interpretativas, a los familiares del paciente y a voluntarios no cualificados (Sánchez-Reyes Peñaranda y Martín Casado, 2005:139). Sin embargo, tal y como concluye Navaza (2010, en línea), con el paso del tiempo se ha constatado la ineficacia y el potencial peligro del empleo de este tipo de intérpretes en

los servicios sanitarios. En efecto, estudios como el de Flores et al. (2003:6) han demostrado que las consecuencias clínicas de los errores cometidos por intérpretes ad hoc son mucho más graves que las derivadas de las equivocaciones de un intérprete cualificado. Esto se debe principalmente a la falta de formación específica y a la parcialidad emocional, en el caso de familiares o amigos. Por tanto, se podría concluir que los intérpretes profesionales ofrecen normalmente las mayores garantías de lograr una comunicación médico-paciente efectiva, eficiente y fiable (Haffner: 1992: 259; Cambridge, 1999:201-219).

2.1.2. Mensaje

En este tipo de intervenciones, se distinguen dos tipos de mensaje en función del interlocutor primario. En sus estudios sobre la interacción médico-paciente, Mishler (1984:139) distinguía entre la “voz de la medicina” (*the voice of medicine*), que expresa la lengua especializada del conocimiento médico, y la “voz de la vida cotidiana” (*voice of the lifeworld*), que hace referencia a la forma de expresarse de los propios pacientes, que basan sus síntomas en su propia experiencia y sus problemas. Esta divergencia entre las voces de los interlocutores puede conllevar malentendidos y conducir a un tratamiento ineficaz, algo que también puede ocurrir en situaciones donde, a pesar de no haber bilingüismo, sí hay cambio en el registro de los interlocutores.

Además de esta diferencia en cuanto a la contextualización del mensaje, cabe destacar la relevancia del nivel de especialidad en el lenguaje. El facultativo, al ser experto en la materia, tiende a utilizar un lenguaje especializado que incluye terminología específica del ámbito médico, mientras que el usuario recurre habitualmente a un lenguaje más familiar. Este hecho también puede dificultar la comprensión (al margen de la barrera lingüística) pues ésta dependerá del nivel cognitivo o cultural del usuario.

Por su parte, el profesional médico emite un mensaje semiespontáneo pues, al tratarse de un ámbito institucional, sigue unas pautas de pregunta-respuesta determinadas. En efecto, se trata de una intervención protocolarizada de antemano, que va adaptando y modificando según las respuestas, la actitud, el conocimiento, etc. del usuario. En cambio, el usuario produce un mensaje espontáneo que va construyendo según las preguntas que formula el facultativo.

2.1.3. Código y canal

En este tipo de interacciones, se utilizan dos códigos distintos: el idioma mayoritario, hablado por el personal médico, y el minoritario, introducido por el usuario. Además cabe señalar que, en el caso de usuarios cuya lengua materna tiene una difusión limitada, el idioma utilizado podrá ser una lengua vehicular por lo que la competencia comunicativa del usuario también podría verse mermada.

La comunicación es principalmente oral, aunque no es raro que se recurra a documentos escritos como analíticas, citas o recetas. Asimismo, también puede recurrirse a dibujos o esquemas que apoyen el proceso de comunicación.

Igualmente, como en cualquier otra interacción cara a cara, es importante la relevancia que cobra la comunicación no verbal en la interacción entre médico y paciente. Los gestos, la expresión facial, la utilización del espacio, etc. constituyen señales sutiles que, al no ser realizadas de forma consciente, complementan la información de la interacción verbal. Aquí, el valor atribuido a estos elementos suele ser mayor, si cabe, por la relevancia que le otorgan uno y otro interlocutor, y muy especialmente el paciente, que puede encontrarse en una situación de relativa desventaja.

2.1.4. Contexto

El contexto puede concebirse desde distintas perspectivas. Por un lado, comprende las características de la situación social en la que se produce la comunicación, como el

tiempo, el lugar, los participantes y sus expectativas sobre el correcto comportamiento social, el entorno y las circunstancias sociales. Por otro, el contexto puede percibirse como el conocimiento de los participantes, es decir, lo que saben sobre las convenciones sociales, la intención comunicativa del otro, etc.

Desde el punto de vista situacional, este tipo de comunicaciones tiene lugar en un entorno profesional especializado, como puede ser una consulta médica. Además, en este tipo de encuentros, cabe destacar la importancia de la situación psicológica y social tanto de los usuarios de los servicios públicos como del personal médico. En efecto, en ocasiones se trata de situaciones tensas, donde a la preocupación se le suma el nerviosismo por tener que enfrentarse a un entorno institucional con el que no se está familiarizado. Además, el desconocimiento puede generar actitudes de desconfianza y rechazo en el paciente.

Asimismo, la dificultad del idioma puede crear cierta incomodidad o angustia en el profesional, que a menudo recurre a favorecer la comunicación no verbal y la exploración física, algo a lo que no está habituado (Gracia y Bou, 2006:63). Además, el profesional médico también cuenta con la restricción del tiempo por consulta. En efecto, a pesar de que en el caso de la consulta del paciente alófono sería necesario disponer de más tiempo, el facultativo no lo tiene y, por tanto, debe asumir esto como una limitación (Fuertes y Martín Laso, 2006: en línea).

Por otra parte, al analizar el contexto según el conocimiento de los participantes, y su entorno cultural, observamos que los obstáculos lingüísticos no aparecen sólo debido al uso de terminología especializada. En efecto, también pueden darse divergencias culturales en la forma que ambos conciben la salud, la enfermedad, los tratamientos, etc. Esto está directamente relacionado con la antropología médica, que aborda cuestiones como la concepción del cuerpo humano y de su funcionamiento, el origen y la

naturaleza de las enfermedades, la alimentación, los ritos curativos, etc. (Ortí et al., 2006:118)

2.2. Papel de los participantes:

2.2.1. Interlocutores primarios

Tanto el profesional médico como el usuario participan en la comunicación como emisores y receptores, pues habitualmente se van alternando en el diálogo. No obstante, ambos interlocutores no ostentan el mismo rango dentro de la comunicación. En efecto, las situaciones comunicativas que se dan en el ámbito sanitario presentan una clara asimetría entre cada interlocutor primario (Abril Martí, 2006:68). Por un lado, está el profesional sanitario, que ocupa una posición de autoridad pues es el que habitualmente controla la situación: conduce y gestiona la consulta. Por tanto, es su responsabilidad permitir y asegurar una comunicación fluida con el paciente. Por otro lado, está el usuario, que se encuentra en una situación de necesidad, en un entorno con el que puede no estar muy familiarizado y rodeado de personas que no hablan su mismo idioma.

2.2.2. Intérprete

En el ámbito sanitario, la función del intérprete es más difícil de delimitar en comparación con lo que ocurre en otros entornos o con otras modalidades de interpretación (Martín y Abril Martí, 2002: 55-60). Por ejemplo, en la interpretación de conferencias, no existe una relación directa, cara a cara, entre el intérprete y los usuarios, y éste actúa como mero transmisor del mensaje. En cambio, la interpretación en los servicios públicos implica una interacción humana y, en consecuencia, es difícilmente previsible. Aquí, las decisiones que tome (o no) el intérprete pueden influir potencialmente en las vidas de los interlocutores (Swabey y Gajewski, 2006:51-80). Por eso, resulta esencial que el propio intérprete sea consciente de la importancia que tiene que estos interlocutores se comprendan.

En la interpretación en los servicios públicos, resulta innegable que la principal función del intérprete es solventar las barreras lingüísticas surgidas entre los interlocutores, para que éstos puedan comunicarse libremente. Sin embargo, no hay un consenso claro sobre cómo lograr que esa interpretación sea lo más efectiva posible. Algunos expertos sostienen que la interpretación debe ir más allá de la mera traducción de palabras (Martin y Abril Martí, 2002:55-60; Angelelli, 2003:26; Abril Martí, 2006:52). En su opinión, debe incluir también la interpretación del sentido y la aclaración de los posibles malentendidos que puedan surgir como consecuencia de las diferencias culturales entre el profesional médico y el usuario. En efecto, el intérprete no se limita a traspasar el mensaje de un idioma a otro, sino que en ocasiones también puede desempeñar el papel de coordinador, mediador y negociador de significados culturales o sociales, por lo que resulta complicado fijar dónde están los límites en sus intervenciones (Valero Garcés, 2001:1-5; Martin y Abril Martí, 2002:55-60).

En el ámbito de la interpretación en los servicios públicos, según un modelo de intervención progresiva desarrollado por Roat et al. (1999: 15-23)³, se distinguen cuatro funciones distintas que pueden desempeñar los intérpretes. Tradicionalmente, se ha otorgado a estos profesionales el papel de transcodificador (*conduit*) (Abril Martí, 2002:73). Aquí, el intérprete trabaja con el mensaje sólo a nivel lingüístico, trasladándolo de un idioma a otro, sin modificarlo ni adaptarlo a los interlocutores. Además, se considera que es más importante la precisión al trasladar el mensaje que otras características como la intención de los participantes, el objetivo de la comunicación, etc. Se trata, por tanto, de la función más básica del intérprete y es la que habitualmente desempeñan los intérpretes de conferencias (Angelelli, 2004:7).

³ Citado en (Abril Martí, 2005:77).

Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en la interpretación de conferencias, donde se valora la invisibilidad del intérprete, en la interpretación en el ámbito sanitario con frecuencia se dan situaciones en las que el intérprete debe abandonar su invisibilidad. Por ejemplo, puede ocurrir que el intérprete deba intervenir porque a un interlocutor no se le oye bien, porque ha dicho algo que el intérprete no comprende, porque, a pesar de sus esfuerzos, el intérprete cree que existe un malentendido, o porque uno de los interlocutores no ha captado el significado cultural de algo que se ha mencionado. En consecuencia, cada vez son más los investigadores que concluyen que la complejidad de este tipo de interacciones hace que el modelo *conduit* sea en realidad poco práctico (Valero Garcés, 2003; Angelelli, 2004: 75).

Siguiendo un orden de modelos de menos intrusivo a más, el siguiente papel que puede adoptar el intérprete es el de clarificador (*message clarifier*). Aquí, el profesional está atento a posibles palabras o conceptos que puedan ocasionar algún tipo de malentendido. Si observa indicios de confusión en alguna de las partes, el intérprete puede interrumpir la conversación, explicar conceptos que no tienen equivalente en la otra lengua, etc. (Angelelli et al., 2007). A pesar de todo, el intérprete suele esperar preferiblemente a que sea una de las partes la que le pide ayuda para clarificar alguna palabra o concepto antes de interrumpir el flujo de la comunicación.

El siguiente papel que puede asumir el intérprete es el de agente cultural (*cultural broker*). Los aspectos culturales ligados a la salud y la enfermedad varían significativamente de una cultura a otra. Por eso, los intérpretes desempeñan una labor fundamental a la hora de contribuir a que cada interlocutor entienda las intervenciones del otro. El intérprete como agente cultural va más allá de la aclaración y proporciona el marco cultural específico en el que debe entenderse un determinado mensaje. No obstante, cabe señalar que esta función se adopta únicamente cuando la diferencia

cultural dificulta la comprensión o puede conducir a un malentendido, y siempre con el objetivo último de facilitar la comunicación entre las partes.

Finalmente, el intérprete puede asumir una cuarta función: la de defensor o agente del usuario (*advocate*). Se trata del papel más parcial, que prima la calidad de la atención médica frente a la eficacia de la comunicación. Resulta importante destacar que se adopta sólo cuando se detecta una barrera sistemática que impide que se cubran las necesidades del usuario (Abril Martí, 2006:74).

2.3. Relación entre los participantes

De entrada, una de las principales características de la interacción entre un médico y su paciente es la relación de poder que los separa, pues no está equilibrada entre ambos interlocutores. En efecto, Heritage (1997:236) distingue cuatro tipos de asimetría en esta case de intervenciones en los servicios públicos:

a) Asimetría en la participación: el médico es el que más interviene en la comunicación pues es el que dirige cada intervención, el que hace las preguntas, el que cambia de tema, etc.

b) Asimetría en el conocimiento del entorno: el médico está familiarizado con el contexto y el desarrollo de la situación comunicativa, entre otros aspectos. En cambio, para el paciente se trata de un entorno poco habitual.

c) Asimetría en el conocimiento médico: habitualmente, el profesional sanitario es el que presenta un mayor nivel de conocimientos especializados mientras que el otro interlocutor primario es lego en la materia.

d) Asimetría en el acceso al conocimiento: muchas veces, el nivel cultural del paciente, su estatus social, etc. no le permiten acceder a toda la información.

Estas asimetrías pueden conllevar que la relación entre el médico y el paciente se vea afectada. Por eso, resulta esencial que se establezca un clima de confianza entre ambos, a través de una situación comunicativa adecuada (sin barreras lingüísticas ni culturales).

Con respecto a la relación entre los interlocutores primarios y el intérprete, es fundamental que se cree una situación de confianza mutua. Para ello, el intérprete debe asegurar el cumplimiento de determinados valores como la confidencialidad, la precisión y la imparcialidad, de forma que se garantice la calidad y la igualdad de condiciones con respecto a los demás pacientes.

Además, debe establecerse una relación profesional entre el facultativo y el intérprete, donde ambos se traten y respeten como profesionales. En efecto, del mismo modo que médicos, bomberos, policías y enfermeros trabajan en equipo y de forma coordinada cuando hay un accidente, sería aconsejable lograr que esta interdisciplinaridad abarque también al intérprete (Corsellis, 1997:87).

3. SITUACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Existen grandes diferencias entre los distintos países en lo referente a la forma de abordar las barreras lingüísticas en el ámbito sanitario. A este respecto, es relevante la aportación de Ozolins (2000:21-33), que clasifica el panorama internacional según los tipos de respuesta adoptados por los países: la negación de la necesidad de intérpretes en los servicios públicos, las soluciones ad hoc, los servicios lingüísticos genéricos, los servicios integrales y, por último, categorizándolas como “opcionales”, las soluciones basadas en planteamientos legalistas. De esta forma, hay países que tradicionalmente han recibido una gran afluencia de inmigrantes, como Australia, Canadá, EE. UU. o Suecia, que, en cierto modo, están a la cabeza en lo que respecta a adoptar soluciones de apoyo lingüístico en el ámbito sanitario (Abril Martí y Martín, 2011:1522).

3.1. Formas habituales de interpretación

Tal y como recogen Abril Martí y Martín (2011), algunos expertos como Sánchez-Reyes Peñarúa y Martín Casado (2004) o Roat (2005) distinguen diversas formas de interpretación que se adoptan en los centros hospitalarios según el tipo de situación comunicativa o la naturaleza del intermediario:

- a) Comunicación directa: el profesional sanitario cuenta con los conocimientos lingüísticos necesarios para establecer una situación comunicativa adecuada con el usuario no hispanohablante. Sin embargo, tal y como sostienen Sánchez-Reyes Peñarúa y Martín Casado (2004), constituye una opción de difícil aplicación universal a corto o medio plazo. En efecto, la situación actual lleva a pensar que hoy en día en nuestro país no es posible cubrir todas las lenguas minoritarias o contar con un gran número de profesionales con las competencias lingüísticas necesarias.
- b) Otros profesionales sanitarios con dominio de lenguas: se cuenta con la asistencia lingüística de otros trabajadores del complejo hospitalario que son nativos o que poseen

competencias lingüísticas en otros idiomas. A este respecto, estudios como el de Elderkin-Thompson et al. (2001:1356) han mostrado que también se antoja necesario un mínimo de formación en técnicas de interpretación.

c) Intérpretes ad hoc: habitualmente se trata de familiares y amigos del usuario que comparten la misma lengua materna y tienen conocimientos, más o menos básicos, de la lengua hablada por el profesional sanitario. Su disponibilidad hace que sea fácil recurrir a ellos y, por eso, constituyen una de las opciones más socorridas en nuestro país. Además, cabe destacar la existencia de estudios como el de Meyer et al. (2003) donde se sostiene que la presencia de este tipo de intermediarios puede resultar positiva, en ciertos casos, pues ayuda al usuario a entender información especializada, proporciona segundas opiniones o información adicional, o contribuye a que el intercambio comunicativo sea más breve.

No obstante, muchos expertos, tanto profesionales de la interpretación como del ámbito médico o jurídico, han expresado sus reparos a trabajar con este tipo de intermediarios pues su falta de preparación y su vinculación con el paciente pueden poner en peligro la calidad y el buen funcionamiento de la comunicación (Flores, 2006:229; de Luna, 2010).

d) Intérpretes voluntarios no cualificados: personas con dominio de ambos idiomas, pero sin formación explícita en interpretación, que prestan sus servicios a los centros hospitalarios (normalmente a través de ONG). Su falta de cualificación conlleva que no se puedan garantizar determinados requerimientos del intérprete profesional, como son la fidelidad o la confidencialidad, así como las características más técnicas. Además, el carácter altruista de estas personas puede tener también implicaciones negativas en su imparcialidad.

c) Intérpretes profesionales: diversos estudios han demostrado que el uso de intérpretes cualificados conlleva una mejor comprensión del diagnóstico y del tratamiento por parte de los pacientes, una mayor satisfacción tanto por parte del personal médico como del usuario, así como una mayor calidad de la asistencia sanitaria (Flores et al., 2003:6; Karliner et al., 2007:751). Además, el intérprete profesional cumple unos requisitos básicos de precisión, fidelidad, confidencialidad e imparcialidad.

3.2. Situación de la interpretación en el ámbito sanitario en España

Tal y como hemos mencionado en el apartado de la introducción, durante la última década España se ha convertido en uno de los principales países receptores de inmigrantes de la Unión Europea, además de constituir uno de los destinos turísticos más solicitados. Esto ha conformado una nueva realidad donde la confluencia de distintos idiomas y culturas desempeña un papel fundamental.

3.2.1. Marco legal

En España, el derecho a la asistencia sanitaria se apoya en el marco legal de la Constitución Española, que lo recoge en los artículos 10, 13, 14 y 43⁴. Además, también es importante la existencia de otras leyes, como la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. En conformidad con el artículo 12 del capítulo I de dicha ley, que ha sido modificado recientemente, en nuestro país “los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”. De este modo, la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, queda garantizada a los extranjeros que ostenten la condición de asegurado. Además, en el Artículo 3 ter, añadido en la última modificación, se hace referencia a la asistencia sanitaria en situaciones especiales y se enuncia:

⁴ *Derecho a la dignidad, derecho de los extranjeros a gozar de las libertades públicas, derecho a no ser discriminado por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, etc. y derecho a la protección de la salud, respectivamente.*

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a. De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

b. De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Así pues, en la legislación vigente se contempla que todos los extranjeros en territorio español pueden llegar a recurrir en determinado momento a los servicios de asistencia sanitaria.

Además, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que regula la autonomía del paciente, así como los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, estipula el derecho del paciente al consentimiento informado. De esta forma, aunque no se hace mención explícita a aquellos pacientes cuya lengua materna no es el español, se establece que todos los pacientes tienen derecho a conocer, “de forma comprensible y adecuada a sus necesidades”, toda la información disponible sobre su salud.

Así pues, cabe plantearse si los servicios públicos en nuestro país están preparados para poder atender correctamente a este tipo de usuarios. (Martín y Abril Martí, 2002:55-60). La realidad muestra que, a pesar de que la legislación reconoce la existencia de estos grupos y de sus derechos, no existe ninguna normativa legal que gestione o rijas el uso de intérpretes sociales en el ámbito sanitario.

Esta falta de regulación puede conllevar un gran desconocimiento del proveedor de servicios con respecto a la figura del intérprete, además de contribuir a difuminar la delimitación de sus márgenes de actuación. De hecho, en el ámbito sanitario llegan a

darse casos en los que el personal médico solicita a los intérpretes que desempeñen tareas que no les corresponden (Campos López, 2004:3).

3.3. Formas de interpretación en el ámbito sanitario en España

En palabras de Carmen Valero Garcés (2003:XII):

[...] en España, al igual que ocurre en otros países del sur de Europa y a diferencia de países como Suecia, Inglaterra, Australia, Canadá o EE. UU., la T/ISSPP no se ha profesionalizado aún y es prácticamente ignorada.

Del mismo modo, Martín y Abril Martí (2002:57), que toman como referencia la clasificación propuesta por Ozolins (2000) (mencionada anteriormente), sostienen que España se encuentra a caballo entre los países que niegan la necesidad de proporcionar asistencia lingüística y aquéllos que recurren a soluciones ad hoc.

En efecto, las soluciones que se han adoptado en España para superar las barreras lingüísticas y permitir la comunicación entre el personal médico y los usuarios alófonos se caracterizan por la falta de exigencia de las instituciones y las administraciones públicas con respecto a los requisitos que debe satisfacer el intérprete. En otras palabras, a la hora de contar con los servicios de un intermediario, suele premiar la disponibilidad por encima de la profesionalidad.

En nuestro país estas soluciones ad hoc comenzaron a adoptarse como medidas puntuales para resolver una situación desconocida hasta el momento (Abril Martí y Martín, 2011:1524). Por tanto, eran los familiares o amigos del usuario, el personal médico del centro o personas voluntarias quienes intermediaban en la situación comunicativa.

Sin embargo, a medida que se ha ido comprendiendo la necesidad de solventar las barreras lingüísticas de una forma más estructurada, los centros sanitarios y las instituciones han intentado dar con otro tipo de soluciones más reguladas. Esto ha desembocado en la colaboración con diversas ONG, la aparición de la figura del

mediador intercultural (que no tiene necesariamente formación en interpretación), el recurso a estudiantes de Traducción e Interpretación en prácticas e, incluso, en determinadas comunidades autónomas, la convocatoria pública de concursos para otorgar los servicios de traducción e interpretación a empresas privadas (Abril Martí y Martín, 2011:1524).

Finalmente, cabe señalar que Ozolins (2010:208) reconoce que en España cada vez son más relevantes las iniciativas emprendidas por algunos académicos (Red COMUNICA⁵) que han llevado a cabo un importante trabajo de investigación sobre la situación de la interpretación en el ámbito sanitario en España (Valero Garcés, 2003 y 2006; Baigorri et al., 2006; Sales Salvador, 2006). Estos profesionales se han implicado en un trabajo conjunto con los organismos institucionales, así como con ONG y otros agentes, con el fin de aumentar la conciencia sobre la necesidad de proporcionar servicios lingüísticos de calidad. Además, este fenómeno es muy significativo pues constituye un gran apoyo no sólo para legitimar la profesión de la interpretación sino también a la hora de mejorar la calidad y los estándares de la formación, del desarrollo profesional, del (re)conocimiento de los usuarios y de la conducta ética de los intérpretes.

3.4. Ejemplos reales de medidas adoptadas

3.4.1. ONG y asociaciones

En nuestro país, muchas veces las organizaciones no gubernamentales realizan también tareas de acompañamiento y de mediación lingüística. Para ello, habitualmente se recurre a trabajadores de la ONG con dominio de idiomas, a voluntarios o a otros inmigrantes.

Tal y como explica Lázaro Gutiérrez (2010:116), durante las últimas dos décadas, y tras haber constatado los problemas de comunicación que obstaculizaban la integración

⁵ Observatorio Permanente sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, integrado por varios grupos de investigadores de diferentes universidades españolas: grupo CRIT, grupo GRETI, grupo FITISPos, grupo MIRAS y grupo Alfaqueque.

de estas minorías, varias ONG han creado sus propios servicios de traducción e interpretación, que ofrecen tanto a sus usuarios como a los servicios públicos.

Es el caso del Servicio de Traductores e Intérpretes (SETI) creado por la organización COMRADE⁶ en 1989. Se trata de un servicio que pretende servir de conexión entre los inmigrantes y la sociedad de acogida. Está compuesto por decenas de profesionales con experiencia en el campo de la traducción y la interpretación social que, pese a no estar necesariamente titulados en estos estudios, reciben formación en técnicas de interpretación, lo cual es muy significativo.

Por otro lado, también cabe destacar otras medidas, como la creada en 1999 en Andalucía. Ese año, la Junta de Andalucía (a través de la Consejería de Salud), la Fundación Progreso y Salud, varias ONG (como Cruz Roja Andalucía y Médicos del Mundo) y los sindicatos UGT y CC. OO. suscribieron el *Convenio de colaboración en materia de salud pública para el colectivo de inmigrantes*. Dicho convenio, pretendía “corregir las dificultades de acceso a los servicios sanitarios públicos de los inmigrantes que residían en Andalucía, evitando las posibles barreras administrativas [...] e idiomáticas que pudiesen encontrarse” (Lobato Astorga y Oliver Navarro, 2004). Así, en el apartado destinado a las obligaciones de las ONG y de los sindicatos se recogía como deber: “Acompañar al inmigrante (y a sus padres si es un menor) al centro destinado para la atención sanitaria, facilitando la traducción si fuese necesario”.

3.4.2. Mediadores interculturales

La figura del mediador social intercultural al servicio de la inmigración es cada día más conocida y valorada. Su labor puede compararse con la de un puente que facilita el encuentro, y sobre todo el diálogo intercultural, entre quienes pudieran percibirse como distantes: autóctonos e inmigrantes. (OFRIM, 2011)⁷.

⁶ Comité de defensa de los refugiados, asilados e inmigrantes en el Estado español.

⁷ Citado en (Valero Garcés y Mancho Barés, 2002:16).

Efectivamente, tal y como se presenta en el boletín de la Oficina Regional para la Inmigración de Madrid, en nuestro país cada vez está cobrando una mayor relevancia la labor del mediador intercultural. Sin embargo, hoy por hoy, se trata de una figura cuyas funciones y requisitos no están del todo definidos y que tampoco está regularizada profesionalmente (Ortí et al., 2006:116; Rodríguez y Llevot, 2011:1065-1073).

Aun así, en España ya existen algunos grupos de expertos que llevan unos años trabajando en este ámbito. Es el caso de la Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid (EMSI), que fue creada en 1995. En un principio, esta escuela estaba destinada a formar a inmigrantes y autóctonos (incluyendo a trabajadores sociales, médicos y abogados, entre otros) en materia de inmigración. Pero más tarde la Escuela también procedió a formar a los trabajadores como mediadores interculturales, es decir, como profesionales independientes. Además, en 1997, la EMSI dio paso a la creación del Servicio de Mediación Social e Intercultural (SEMSI), financiado por el Ayuntamiento de Madrid, que en sus 12 años de duración (el Servicio desapareció en el año 2009) asistió casi 83.000 personas⁸.

Con respecto a la presencia de la mediación intercultural en los centros sanitarios de nuestro país, es especialmente significativo el ejemplo del Hospital del Mar, en Barcelona. A partir de un estudio encargado por este hospital, se determinó qué carencias presentaba el sistema y qué necesidades debían ser satisfechas. Tras esto, en el año 2003, se decidió implantar el programa “IMAS-Mediadores”, destinado a proporcionar servicios de mediación intercultural. Este servicio cuenta con seis mediadoras interculturales y con un mediador social, que han recibido formación en forma de cursos más generales de mediación social y otros, más específicos, de mediación intercultural en el ámbito sanitario. Dichos cursos fueron impartidos por

⁸ Información obtenida en la página web del Programa Migración y Multiculturalidad. Disponible en: http://www.uam.es/departamentos/filoyletras/antropologia_social/PMM/mediacion.html [Fecha de consulta: 13 de mayo de 2012]

ONG y por instituciones privadas, entre las que destaca *Desenvolupament Comunitari* (Iniesta et al., 2008:472-475).

Asimismo, también cabe destacar el caso del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, donde hay un equipo de 18 personas que actúan como mediadores interculturales. Aquí, fue el propio centro hospitalario quien se encargó de proporcionar formación a los futuros mediadores a través de un curso de seis meses impartido por personal sanitario (Navaza, 2009:146)⁹.

3.4.3. Estudiantes de Traducción e Interpretación en prácticas

En España, algunas universidades donde se imparten estudios relacionados con la Traducción y la Interpretación en los servicios públicos han comenzado a ofertar a sus alumnos prácticas de interpretación en instituciones y servicios públicos. Habitualmente se trata de prácticas voluntarias, es decir, no remuneradas, que tienen una duración de un par de meses (Navaza, 2009:145). A este respecto, la red COMUNICA presentó en 2010, en el XXVIII Congreso Internacional de la Asociación Española de Lingüística Aplicada (AESLA), una tabla donde se recogen ejemplos de las iniciativas regladas llevadas a cabo por las universidades españolas¹⁰.

a) La Universidad de Alcalá oferta el *Máster universitario europeo en comunicación intercultural, interpretación y traducción en los servicios públicos* (coordinado por el Grupo FITISPos). En estos estudios, de 60 ECTS, los alumnos cursan una asignatura denominada *Prácticas en instituciones públicas y privadas* (de 5 ECTS). Entre estas instituciones, se encuentran, por ejemplo, el Hospital Ramón y Cajal de Madrid o el Hospital General de Guadalajara.

⁹ Vídeo “En el Hospital Ramón y Cajal existen mediadores culturales”. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=CzIsFak7oUQ> [Fecha de consulta: 13 de mayo de 2012]

¹⁰ Formación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en una época de cambios. *Red Comunica*. Disponible en: <https://docs.google.com/file/d/0B6yT6h032jDcYmZlZmUzNDItM2E2MS00MTA2LWE2ZmYtOTUzOTBjNTk5MGY4/edit> [Fecha de consulta: 22 de junio de 2012]

b) La Universidad de Alicante oferta la asignatura de *Prácticas externas* (de 6 ECTS) dentro del plan de estudios del Grado de Traducción e Interpretación. En el año 2003, esta universidad firmó un convenio con la Consellería de Sanitat que da cobertura a las prácticas de interpretación en todos los hospitales públicos de la provincia (Sales Salvador, 2006:94).

c) La Universitat Jaume I oferta el *Curso de formación específica en mediación intercultural e interpretación en el ámbito sanitario* (coordinado por el Grupo CRIT), cuyos estudiantes también realizan más de 40 horas de prácticas reales en centros de salud y hospitales públicos, como el Hospital General de Castellón.

d) La Universidad de la Laguna oferta el *Curso de Experto universitario en traducción e interpretación para los servicios comunitarios: mediadores lingüísticos*. En él, se realizan prácticas de interpretación donde los estudiantes se enfrentan a situaciones reales de interpretación en los diferentes entornos y contextos comunicativos propios de este campo (ONG, hospitales, comisarías, etc.).

e) La Universidad de Salamanca, dentro del Grado de Traducción e Interpretación imparte la asignatura *Modalidades de interpretación* (de 4.5 ECTS). En el marco de estos estudios, tiene convenios de colaboración con las ONG Cáritas Diocesana de Salamanca y ACCEM. Se trata de prácticas de interpretación y de mediación que se adjudican a un grupo de entre 5 y 6 estudiantes (dependiendo de la demanda) en cada cuatrimestre. En ellas, con frecuencia se solicitan los servicios de los estudiantes para asistir lingüísticamente a los usuarios alófonos en sus consultas en el ámbito sanitario.

3.4.4. Interpretación telefónica

Hoy por hoy, en nuestro país la interpretación telefónica sigue siendo una modalidad bastante desconocida, aunque ha ido cobrando cada vez más importancia durante los últimos años (García Luque, 2009:19). Tal y como se deduce de su nombre, esta

tipología implica una situación comunicativa en la que al menos la intervención del intérprete se realiza a través del teléfono. En efecto, la conversación puede darse en un contexto en el que ambos interlocutores estén presentes y sea el intérprete quien esté al otro lado de la línea; o puede ocurrir que cada uno de los participantes en el acto se encuentre en un espacio diferente.

En consecuencia, una de las principales características de este tipo de interpretación es que se pierde la visibilidad de la situación comunicativa para el intérprete. Al no estar presente no tiene acceso a la comunicación no verbal (la postura, los gestos y las muecas, entre otros). Este hecho constituye también uno de los principales inconvenientes de esta modalidad pues la pérdida de la información no verbal puede dificultar en parte la interpretación (Wadensjö, 1999:254). En efecto, aunque la interpretación se base fundamentalmente en el mensaje oral, las señales emitidas por el cuerpo pueden constituir una gran ayuda.

Otra de las principales desventajas de este tipo de interpretación remota puede ser la dependencia de las conexiones y de los equipos. Por ejemplo, si se utiliza un dispositivo móvil, habrá que comprobar que haya cobertura en las salas del centro hospitalario; si es un aparato fijo, será necesario ver dónde se encuentra la toma de teléfono más cercana; si se trata de un aparato antiguo, la acústica podrá verse afectada, etc. Otro aspecto negativo es el escaso tiempo con el que cuenta el intérprete para preparar su intervención, pues se trata de un servicio inmediato. Del mismo modo, esta técnica puede resultar más estresante y agotadora, por lo que la calidad del servicio puede verse mermada. (Navaza et al., 2009:147)

A pesar de todo, la interpretación telefónica también presenta determinadas características positivas que han contribuido a su rápida expansión por todo el mundo (García Luque, 2009:24). Una de sus principales ventajas reside, sin duda, en la amplia

disponibilidad que permite: la conexión con los diversos interlocutores es inmediata y el intérprete no debe desplazarse (lo cual conlleva a su vez una reducción de los costes). Además, el hecho de que no sea presencial permite trabajar con un mayor número de idiomas disponibles, pues se puede contactar con intérpretes que residan en otras comunidades. Finalmente, otra ventaja reseñable es el anonimato que permite esta modalidad. En efecto, algunos pacientes pueden sentirse más cómodos si el intérprete no los ve y no sabe quiénes son (Navaza et al., 2009:147).

En su artículo, Navaza et al. también ofrecen una breve panorámica de la situación actual de la interpretación telefónica en España. Por ejemplo, es importante la labor que desempeña *Sanitat Respon*, un servicio de asistencia telefónica que funciona en Cataluña desde el año 2001 y que ofrece servicios de teleinterpretación (en más de 100 idiomas). Así, permite que los usuarios alófonos sean atendidos en su propia lengua en cualquier centro de salud. *Sanitat Respon* contrata (por licitación pública) estos servicios a una empresa externa donde todos los intérpretes tienen estudios universitarios. Además, estos profesionales reciben un curso sobre el sistema sanitario en Cataluña. Este mismo sistema se implantó en el año 2009 en Andalucía, con el nombre de *Salud Responde*. Ahí, el número de idiomas que se ofrecen es de 46, de los que 11 están disponibles 24 horas al día¹¹.

3.5. Experiencia personal durante las prácticas de interpretación en el ámbito sanitario

A continuación, procederemos a detallar algunas situaciones experimentadas durante el desarrollo de las prácticas como intérprete en el ámbito sanitario, realizadas por la autora de este estudio a través de la Universidad, que dejan patente algunos de los

¹¹ En este momento en España destacan dos empresas que han desarrollado este sistema y que ofrecen sus servicios a las administraciones públicas. Se trata de *Dualia* y de *Interpret Solutions*. Información disponible en: <http://www.dualia.es/?atata=2> e <http://www.interpretsolutions.com/>, respectivamente. [Fecha de consulta: 24 de junio de 2012]

obstáculos y de las carencias que se han mencionado a lo largo de los apartados anteriores. La información aparece recogida a modo de fichas, en las que se primero se contextualiza la situación y después se detalla el problema encontrado.

Situación 1:

Tipo de intervención	Consulta con el médico de cabecera.
Ubicación	Centro de salud de Salamanca
Número de interlocutores presentes	Tres: profesional sanitario, usuaria alófono e intérprete (estudiante en prácticas). La estudiante y la usuaria ya se conocen pues han trabajado juntas en ocasiones anteriores.
Contextualización	La usuaria acude a la consulta para una revisión general y para solicitar una serie de análisis complementarios.
Problemas encontrados	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de terminología especializada que la usuaria no conoce. El médico no adecúa su registro al nivel cultural del paciente. - El facultativo transmite cierta sensación de incomodidad ante la situación comunicativa triangular y ante la aparente barrera cultural. <p><i>Ejemplo: La usuaria se queja de fuertes dolores en el brazo y la articulación del hombro. El profesional sanitario procede a examinarla: se pone guantes de látex, no le pide a la usuaria que se desvista (aun cuando ésta lleva tres prendas de ropa) y examina brevemente la articulación.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La velocidad de la intervención del médico dificulta la labor de interpretación. - El médico se dirige a la intérprete al hablar y no a la usuaria.
Respuesta del intérprete	<ul style="list-style-type: none"> - Al ver los gestos de confusión de la usuaria, solicita al médico que explique los conceptos más especializados de forma más simple. - Solicita al médico que hable más despacio y en intervenciones más breves, para facilitar el proceso de interpretación. - Solicita al médico que al hablar se dirija a la usuaria.

Situación 2:

Tipo de intervención	Cita médica para que la usuaria se someta a una extracción de sangre.
Ubicación	Hospital Clínico de Salamanca
Número de	Tres: profesional sanitario, usuaria alófono e intérprete

interlocutores presentes	(estudiante en prácticas). La estudiante y la usuaria ya se conocen pues han trabajado juntas en ocasiones anteriores.
Contextualización	Ha habido un error de información y de organización: la cita que tenía la usuaria no es para proceder a una extracción de sangre, pues estas pruebas se realizan otro día de la semana. En cambio, está citada con el especialista para conocer los resultados de la extracción (que aún no se ha llevado a cabo). La facultativa explica el error que se ha cometido.
Problemas encontrados	- La médica se dirige a la intérprete al hablar y no a la usuaria. - La velocidad y la duración de la médica dificultan la labor de interpretación. - Dificultad para gestionar los turnos de palabra. - Desconocimiento, por parte de la médica, de las funciones del intérprete. <i>Ejemplo: Le dice a la intérprete que es la culpable del error pues, como acompañante de la usuaria (“que está siempre con ella”), debería conocer el funcionamiento del sistema de extracciones y haber solicitado la cita para el día apropiado.</i>
Respuesta del intérprete	- Solicita en repetidas ocasiones al médico que al hablar se dirija a la usuaria. - Solicita al médico que hable más despacio y en intervenciones más breves, para facilitar el proceso de interpretación. - Al ver que la situación no mejora, opta por la técnica del <i>chuchotage</i> . - Pese a haberse presentado previamente como la intérprete, le aclara a la médica cuáles son sus funciones como intérprete.

Situación 3:

Tipo de intervención	Cita médica para que la usuaria recoja unas recetas médicas.
Ubicación	Centro de salud de Salamanca
Número de interlocutores presentes	Tres: profesional sanitario, usuaria alófono e intérprete (estudiante en prácticas). La estudiante y la usuaria ya se conocen pues han trabajado juntas en ocasiones anteriores.
Contextualización	---
Problemas encontrados	- El médico se dirige a la intérprete al hablar y no a la

	usuaria.
Respuesta del intérprete	- Solicita al médico que al hablar se dirija a la usuaria.

Situación 4:

Tipo de intervención	Cita médica para que la usuaria se someta a una extracción de sangre.
Ubicación	Hospital Clínico de Salamanca
Número de interlocutores presentes	Tres: profesional sanitario, usuaria alófono e intérprete (estudiante en prácticas). La estudiante y la usuaria ya se conocen pues han trabajado juntas en ocasiones anteriores. También habían coincidido con la misma facultativa en una ocasión anterior.
Contextualización	La vez anterior había habido una equivocación al solicitar la cita.
Problemas encontrados	- El médico se dirige a la intérprete al hablar y no a la usuaria.
Respuesta del intérprete	- Solicita al médico que al hablar se dirija a la usuaria.

4. CIRCUNSTANCIAS QUE EXPLICAN LA SITUACIÓN ACTUAL

Tal y como se ha visto en el apartado anterior, la legislación española contempla el derecho de los usuarios en el ámbito sanitario a ser atendidos de forma que se garantice su comprensión de toda la información relacionada con su estado de salud. Sin embargo, también se ha constatado que la presencia de un intermediario lingüístico cualificado, para aquellos casos en los que surgen barreras en la comunicación, sigue sin ser una práctica regulada en los centros hospitalarios de nuestro país. En consecuencia, cabe preguntarse a qué se debe esta divergencia entre lo plasmado en el papel y la práctica real.

De entrada, parece que las administraciones públicas deberían ser las encargadas de crear un sistema eficaz que permita solventar este tipo de barreras lingüísticas y culturales que afectan a la población extranjera (Corsellis, 1997:77). Para ello, deberían establecer medidas que aseguren el acceso a servicios de calidad, ofrecidos por profesionales cualificados (Tellechea, 2005:120).

Sin embargo, la situación real nos muestra que existe un gran desconocimiento por parte de las instituciones y de las administraciones públicas en lo que respecta a la utilización de intérpretes en el ámbito sanitario y a las ventajas que ésta comporta (Mateo Alcalá, 2004: 2). Obviamente, somos conscientes de la imposibilidad material de que los hospitales cuenten con servicios de interpretación para todos los idiomas, las veinticuatro horas del día. Por eso, antes que nada, quisiéramos especificar que nuestro análisis se limita a aquellas cuestiones que en nuestra opinión se deben a concepciones erróneas y que se antojan más fáciles de resolver.

A continuación, vamos a proceder a enumerar y detallar una lista de constataciones que, en vista de los resultados obtenidos en diversos estudios, podrían explicar algunas de las carencias que se observan hoy en día en los centros sanitarios (Martin y Abril Martí,

2002:57-62; Valero Garcés, 2003:XII; Sánchez-Reyes Peñamaría y Martín Casado, 2004).

4.1. Desconocimiento de los proveedores de servicios

En primer lugar, es reseñable que el sistema actual permite que sea el médico quien decida cuándo es necesaria la asistencia de un intérprete. A menudo se observa que los proveedores de servicios no son del todo conscientes de hasta qué punto las barreras lingüísticas pueden ser perjudiciales para el buen funcionamiento de la interacción. Como se explicó en el capítulo dedicado al análisis de la situación comunicativa, en el entorno de los servicios públicos resulta esencial que el proveedor de servicios y el usuario se comprendan de forma plena, máxime cuando se trata del ámbito sanitario y está en juego la salud del paciente.

Asimismo, puede ocurrir que el personal sanitario o el propio paciente sobrevaloren en cierto modo sus competencias lingüísticas. En efecto, en ocasiones consideran que pueden comunicarse “sin grandes problemas” apoyándose en los gestos y la comunicación no verbal o recurriendo a exploraciones y pruebas diagnósticas que, como se detallará más adelante, a menudo suponen un gasto innecesario (Abril Martí y Martín, 2011:1527). Además, tal y como señala Blake (2003:22), muchas veces los pacientes tienden a reforzar esa falsa percepción de que dominan el idioma de acogida pues para ellos constituye una fuente de orgullo. No hay que olvidar, sin embargo, que la comunicación se da en un ámbito especializado por lo que el dominio del idioma debería ir más allá de un conocimiento básico (que quizás en otros contextos sería suficiente). Por otro lado, conviene recordar que también puede entrar en escena el componente cultural y social, que puede provocar una impresión equivocada de la comprensión del idioma. Por ejemplo, sería el caso de algunas culturas orientales, donde

la sonrisa no indica necesariamente comprensión por parte del paciente, sino que es un gesto de pura cortesía¹².

Hoy en día, el intérprete profesional en nuestro país sigue siendo una figura bastante desconocida en el entorno médico (Mateo Alcalá, 2004:6). Esto conlleva, a su vez, que los profesionales sanitarios no tengan una delimitación clara de cuáles son las funciones del intérprete. A menudo, el facultativo y el intérprete tienen expectativas diferentes, si no opuestas, sobre los papeles que debe desempeñar este último durante la situación comunicativa. Algunos proveedores esperan que el intérprete transfiera lo dicho de un idioma a otro de forma literal, palabra por palabra, mientras que otros esperan que actúe como agente cultural que añada información sobre la cultura del paciente o aporte sus propias observaciones al respecto (Blake, 2003:22).

Este desconocimiento también fomenta una cierta sensación de desconfianza hacia el intérprete, pues ambos interlocutores primarios lo pueden llegar a percibir como un intruso o un obstáculo para la comunicación. Es más, sus sensaciones negativas y sus reticencias a trabajar con un intérprete pueden verse agravadas si han recurrido en ocasiones anteriores a intermediarios no cualificados. Por ejemplo, el paciente puede temer que el intérprete quebrante su derecho a la confidencialidad mientras que el profesional sanitario puede mostrarse escéptico sobre su imparcialidad. Por eso, una vez más, resulta esencial establecer la distinción entre intérpretes profesionales y los no cualificados, así como la delimitación de la figura del intérprete, de su formación y de las actitudes que debe respetar.

Continuando con el tema de las impresiones negativas, estudios como el de Rosenberg et al. (2007) recogen la percepción del proveedor de servicios de que trabajar con un intérprete ralentiza las consultas médicas y dificultan que se establezca una relación con

¹² Información obtenida en la página web de la Asociación Salud y Familia. Disponible en: <http://www.saludyfamilia.es/cas/home.htm> [Fecha de consulta: 4 de junio de 2012]

el paciente. En efecto, trabajar con un intérprete supone la introducción de un nuevo participante en la situación comunicativa, por lo que el intercambio de mensajes se complica. Sin embargo, cabe destacar que sería un error pretender que las características de estas situaciones comunicativas fuesen las mismas que en los intercambios entre médicos y pacientes que hablan el mismo idioma (duración, mecánica de los turnos de palabra, etc.). Al tratarse de una realidad distinta, con necesidades diferentes, parece plausible asumir que la forma de abordar ambas situaciones no va a ser la misma.

4.2. Motivos económicos

En primer lugar, en lo referente a quién debe asumir los gastos de los servicios lingüísticos, no parece realista pensar que deben ser los usuarios quienes corran con los gastos de este tipo. Del mismo modo, tampoco debería ser aceptable que las administraciones deleguen en los propios centros hospitalarios (y en sus presupuestos) la misión de solventar las necesidades de mediación o de interpretación (Sales Salvador, 2006:95). Al fin y al cabo, no hay que olvidar que el objetivo de las administraciones públicas no debe ser sólo el ahorro, sino distribuir los recursos de forma que se fomente la eficacia social y se contribuya a una asistencia sanitaria de calidad (Sánchez-Reyes Peñamaría y Martín Casado, 2005:142). En palabras de Sales Salvador (2006:101), “es responsabilidad de la Administración prevenir o resolver problemas de los ciudadanos y los residentes de un país”. Por lo tanto, resulta lógico pensar que la contratación de servicios lingüísticos en los centros sanitarios comporta un gasto adicional para las administraciones públicas.

Aun así, al margen de la cuestión de en quién recae la responsabilidad, tal y como hemos visto en el apartado anterior, el desconocimiento de las instituciones y de los proveedores de servicios a menudo les lleva a pensar que se trata de servicios prescindibles. Así, en épocas de recortes en los presupuestos públicos, los servicios

lingüísticos son susceptibles de desaparecer¹³. Sin embargo, al tomar estas medidas las administraciones parecen obviar no sólo las consecuencias nefastas que puede tener el no proporcionar estos servicios, sino también los posibles beneficios económicos que comporta la mejora de la calidad de la interacción entre médico y paciente.

Diversos estudios han demostrado que el desembolso que supone la contratación de un intérprete puede resultar más rentable que afrontar los gastos derivados de una mala comunicación médico-paciente (Jacobs et al., 2004:866). En efecto, las barreras lingüísticas conllevan una menor eficacia del sistema que se traduce en mayores gastos para las administraciones.

En primer lugar, si bien el uso de servicios lingüísticos comporta un aumento en el gasto destinado a servicios de asistencia primaria, también hace que los gastos en servicios de urgencia – por lo general, más costosos - se reduzcan. Además, los servicios lingüísticos favorecen la medicina preventiva frente a los servicios especializados intensivos, lo cual sugiere que, a largo plazo, se reduce el gasto en tratamientos de enfermedades en un estado más avanzado.

Asimismo, también cabe destacar que una mala comprensión entre los interlocutores puede conllevar diagnósticos o tratamientos erróneos. Éstos, además de suponer un gasto innecesario (que en ocasiones también es elevado), pueden acarrear serias complicaciones en la salud del paciente. Es más, estos posibles tratamientos erróneos pueden llegar a derivar en el pago de indemnizaciones judiciales si el paciente decide recurrir a las vías legales como respuesta a la negligencia médica.

¹³ Información obtenida en:

“Sin traductores en comisaría”. *ABC.es* [en línea] Disponible en: <http://www.abc.es/20120531/espana/abci-policia-prescinde-traductores-201205311835.html> [Fecha de consulta: 21 de junio de 2012]

“Policías temen que la falta de traductores colapse la Comisaría”. *sur.es* [en línea] Disponible en: <http://www.diariosur.es/v/20120606/marbella/policias-temen-falta-traductores-20120606.html> [Fecha de consulta: 21 de junio de 2012]

Por otro lado, estas barreras lingüísticas dan pie a que muchas veces los profesionales sanitarios encarguen pruebas adicionales por miedo a equivocarse en el diagnóstico (Fuentes y Martín Laso, 2006) o alarguen las hospitalizaciones durante un tiempo excesivo, con el consiguiente aumento de costes. En efecto, el 29 de mayo de 2012 el diario *Público* se hacía eco de este hecho en un artículo titulado “El trabajo de los traductores acorta las hospitalizaciones”¹⁴. En él, se presentaban los resultados de un estudio realizado por Lindholm et al. (2012) en Estados Unidos, un país donde el 9% de la población tiene problemas para comunicarse en inglés. En primer lugar, la investigadora constató que los servicios de interpretación no permiten que el paciente comprenda mejor el diagnóstico y el tratamiento sino que también aportan ventajas económicas a los hospitales. Los autores descubrieron que, habida cuenta de las características del paciente, aquéllos que habían contado con servicios de interpretación el día de su llegada habían permanecido 1.5 días menos de media que los que no se habían beneficiado de dichos servicios. Además, un 24% de los que no habían accedido a un intérprete el día del ingreso fueron reingresados al mes siguiente, frente a un 15% en el otro grupo.

Finalmente, a falta de estudios exhaustivos que analicen el coste real de los servicios lingüísticos en nuestro país, cabe destacar el análisis de Flores (2006) y el estudio de Jacobs et al. (2004), que se centran también en Estados Unidos. Por su parte, Flores (2006: 231) presenta los resultados de un estudio realizado por la *Office of Management and Budget*, donde se estimó que proporcionar servicios lingüísticos a los pacientes que lo precisasen sólo costaría, de media, un 0.5% más por cada consulta médica. En cuanto al estudio de Jacobs et al. (2004:867), en él se estimaba que el gasto de los

¹⁴ “El trabajo de los traductores acorta las hospitalizaciones: estudio EEUU”. *Público.es*, 25 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.publico.es/434986/el-trabajo-de-los-traductores-acorta-las-hospitalizaciones-estudio-eeuu> [Fecha de consulta: 28 de mayo de 2012]

servicios de interpretación ascendía a \$279 por persona cada año¹⁵. Tras comparar esta cifra con otros gastos anuales destinados al tratamiento de personas con diabetes o enfermedades cardíacas (que alcanzaban \$1563 y \$2328, respectivamente), Jacobs et al. concluían que los \$279 por persona por año para los servicios de interpretación constituían una suma razonable.

4.3. Falta de formación académica de los profesionales sanitarios

Las percepciones erróneas y la falta de conocimiento del personal médico en los centros hospitalarios que hemos explicado en el punto anterior, nos han llevado a plantearnos cuál es la causa raíz que conduce a la situación actual.

En consecuencia, hemos optado por analizar los planes de estudio de las facultades de Medicina en cinco universidades españolas para comprobar si, durante su trayectoria académica, los profesionales sanitarios reciben formación sobre cómo abordar las situaciones comunicativas multilingües.

Para la elección de las universidades, nos basamos en el documento “50 carreras”, publicado recientemente por el periódico *El Mundo*, donde se presenta una lista de las mejores universidades de España clasificadas según las distintas carreras¹⁶. De esta forma, analizamos los planes de estudio de la carrera de Medicina de: la Universidad Autónoma de Madrid, la Universidad de Barcelona, la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad de Navarra y la Universidad Autónoma de Barcelona.

4.3.1. Universidad Autónoma de Madrid¹⁷

¹⁵ El cálculo se hizo sobre una tarifa base de 79\$ por cada servicio de interpretación. Cabe destacar que, en el apartado final, los autores añaden que este coste era “excesivamente alto” y que “el coste de la mayoría de los servicios de interpretación es más razonable (en torno a \$35 por interpretación)”.

¹⁶ “50 carreras”. *El Mundo*, 9 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gabinete%20del%20Rector/Resumen%20de%20prensa/2012/05/EI%20Mundo.carreras.pdf> [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2012]

¹⁷ Página web de la Facultad de Medicina de la UAM. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: http://www.uam.es/ss/Satellite/Medicina/es/1234890441072/sinContenido/Guias_y_programas_docentes.htm [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

En el plan de estudios del Grado en Medicina que oferta la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), dentro de un total de 44 asignaturas¹⁸, se incluyen tan sólo dos en las que se hace mención, aunque de forma muy somera, a la posible multiculturalidad del paciente: *Humanidades Médicas* y *Habilidades para el manejo de situaciones terapéuticas especiales*. En la tabla que se muestra a continuación, se detallan sus principales características:

HUMANIDADES MÉDICAS	
Curso en el que se imparte	Primer curso
Tipo de asignatura	Obligatoria
Créditos de la asignatura	5 ECTS
Mención a la posible interculturalidad	Dentro del apartado de “Competencias generales”, se incluye la siguiente: - Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.

HABILIDADES PARA EL MANEJO DE SITUACIONES TERAPÉUTICAS ESPECIALES	
Curso en el que se imparte	A partir de tercer curso
Tipo de asignatura	Optativa
Créditos de la asignatura	3 ECTS
Mención a la posible interculturalidad	Dentro del apartado de “Contenidos del programa”, se incluye la siguiente: - Medicina y Marco cultural. Ampliar conocimientos transculturales en el ámbito médico. (Según el cronograma proporcionado, se dedica a este tema 2.5 horas de enseñanza presencial, y 3 horas de estudio no presencial).

Al margen de que sólo sean representativas estas dos asignaturas, correspondientes al Grado en Medicina, cabe destacar que en el plan de estudios anterior, la Licenciatura en Medicina, no existía ninguna de ellas ni tampoco otra asignatura que introdujera la realidad multicultural hacia la que avanza nuestro país.

¹⁸ Hasta la fecha, en la UAM sólo se ha instaurado el Grado de Medicina para los tres primeros años.

4.3.2. Universidad de Barcelona¹⁹

En el plan de estudios de la Universidad de Barcelona, sorprende constatar que no se oferta ninguna asignatura que dé lugar a una reflexión sobre la nueva realidad del ámbito sanitario: la creciente multiculturalidad y la necesidad de trabajar con otros profesionales que sirvan de intermediarios.

4.3.3. Universidad Complutense de Madrid²⁰

En el plan de estudios de la Universidad Complutense de Madrid es reseñable la existencia, en el primer año, de una asignatura denominada “Humanidades médicas” que, como hemos visto, también se imparte en la Universidad Autónoma de Madrid. Sin embargo, al analizar detalladamente la descripción de la asignatura (las competencias, los objetivos y los contenidos del programa), llama la atención que en ningún momento se mencionan las cuestiones que son objeto de este trabajo.

No obstante, sí que es significativa la oferta de formación lingüística como asignaturas optativas. Concretamente, se imparten las materias de *Alemán*, *Alemán II*, *Francés*, *Francés II*, *Inglés* e *Inglés II* (cada una de 3 créditos ECTS).

4.3.4. Universidad de Navarra²¹

En el plan de estudios de la Universidad de Navarra es significativa la introducción, dentro de las asignaturas optativas, de un paquete de materias denominado “Módulo de formación clínica complementaria”. En él, se ofertan las asignaturas *Academic skills in English*, *International Health Topics*, *Medical consultations in English* y *Presentations for Health Care Professionals*.

¹⁹ Página web de la Facultad de Medicina de la UB. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: <http://www.ub.edu/medicina/graumedicina/plans%20docents.htm> [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

²⁰ Página web de la Facultad de Medicina de la UCM. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: <http://www.ucm.es/?a=estudios&d=titplan&anyo=2011-12&plan=0805> [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

²¹ Página web de la Facultad de Medicina de la UN. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: <http://www.unav.es/facultad/medicina/guiasacademicas> [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

Sin embargo, al analizar con más detalle los contenidos de la primera de estas asignaturas, observamos que hace referencia exclusivamente al uso del inglés como “instrumento imprescindible para realizar los estudios de medicina [...] entender los textos y las conferencias sobre temas generales y científicos; expresarse correctamente [...] saber hablar en público en inglés y contestar a las preguntas de los asistentes”. Con respecto a la segunda, ocurre algo parecido pues en ella se pretende que “el alumno adquiera nociones de salud internacional y que conozca las principales patologías tropicales, su diagnóstico, tratamiento, así como su prevención y control”.

Por tanto, la única asignatura que se corresponde en cierto modo con el objeto de nuestro estudio es *Medical consultations in English*.

MEDICAL CONSULTATIONS IN ENGLISH	
Curso en el que se imparte	Cualquier curso
Tipo de asignatura	Optativa
Créditos de la asignatura	3 ECTS
Mención a la posible interculturalidad	<p>Dentro del apartado de “Objetivos”, se incluye lo siguiente:</p> <p>The objectives of this subject are to provide students with the knowledge and skills they need to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • communicate effectively with other healthcare professionals with particular emphasis on the appropriate use and pronunciation of key medical terminology • take a complete clinical history from a patient in English with particular emphasis on the appropriate register and style of the language used. <p>Dentro del apartado de “Contenidos”, se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient- Doctor Communication - The background • Taking a clinical History <ul style="list-style-type: none"> ○ Starting the Interview ○ The Presenting Complaint ○ Past Medical & Family History ○ The Social History ○ The Physical Examination ○ Giving Results ○ Providing a Treatment Plan and Closing the Interview

4.3.5. Universidad Autónoma de Barcelona²²

En el plan de estudios de la Universidad Autónoma de Barcelona se observa, una vez más, una cierta carencia respecto a las asignaturas que tratan la realidad multicultural en la que vivimos. Es preciso mencionar que no fue posible acceder a la descripción pormenorizada de cada una de las asignaturas, pues dicha información no se hallaba disponible en la red. No obstante, tomando como referencia el nombre de las materias ofertadas, resulta lógico concluir que ninguna incluye dentro de los contenidos ningún apartado relacionado con la posible multiculturalidad de los pacientes. Únicamente, quizás puede resultar significativa la asignatura *Aprenentatge integrat en medicina* (de la que existen cinco niveles que se imparten entre el primer y el quinto curso).

APRENTATGE INTEGRAT EN MEDICINA II	
Curso en el que se imparte	Segundo curso
Tipo de asignatura	Obligatoria
Créditos de la asignatura	5 ECTS
Mención a la posible interculturalidad	Dentro del apartado de “Competencias”, se incluye lo siguiente: - Tenir capacitat de treballar en un context internacional. - Demostrar que es coneix adequadament la llengua anglesa, tant oralment com per escrit, per poder comunicar-se científicament i professionalment amb eficàcia.

4.3.6. Conclusión

Tras analizar la información extraída de los planes de estudios de estas cinco universidades, parece inevitable establecer que la formación académica de los profesionales sanitarios, en lo referente a la multiculturalidad y a las nuevas necesidades de la sociedad, resulta bastante escasa.

²² Página web de la Facultad de Medicina de la UAB. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: <http://www.uab.es/servlet/Satellite/estudiar/listado-de-grados/informacion-general/medicina-grado-uab-upf-1216708258897.html?param1=1216620146538¶m11=6> [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

Vemos que la situación española concuerda con los resultados obtenidos por Flores et al. (2000) cuando analizaron la enseñanza de aspectos culturales en las facultades de Medicina de los Estados Unidos y Canadá. En efecto, en dicha investigación se determinó que la formación acerca de cuestiones culturales relacionadas con los principales grupos minoritarios era insuficiente en la mayoría de las universidades, pues tan sólo el 8% de ellas en las EE.UU y el 0% en Canadá impartían este tipo de cursos. No obstante, en el estudio se comprobó que la mayoría de las facultades (el 87% en los EE.UU. y el 67% en Canadá) incorporaban el temario sobre los aspectos culturales dentro de otras asignaturas, algo que en nuestro país sigue sin darse.

En cambio, a pesar de que los planes de estudio no lo reflejen así, la experiencia muestra que los escasos proyectos de formación que se han llevado a cabo en todo el mundo conllevan un mayor conocimiento de los profesionales sanitarios sobre las cuestiones lingüísticas y culturales, así como una mejora en su habilidad para trabajar con intérpretes (Lau et al., 2001:218). Además, la formación del personal sanitario no sólo resulta fundamental pues permite una mayor calidad del servicio, sino que también es de vital importancia porque las barreras lingüísticas y culturales ponen en riesgo la profesionalidad de los médicos. En efecto, las decisiones que toman son esenciales y pueden tener consecuencias muy graves, su código ético y sus buenas prácticas se pueden ver comprometidos, etc. (Corsellis, 1997:81).

En conclusión, para que los servicios sanitarios sean eficientes y de calidad, se antoja necesaria una modificación del modelo actual de asistencia sanitaria para que pueda responder mejor a las necesidades de una sociedad multicultural. Para que esto ocurra, los profesionales sanitarios deben ser capaces de actuar en entornos culturales y lingüísticos diferentes, y respetar las diversas actitudes y creencias que conforman la antropología médica.

Es necesario, por tanto, que la formación del personal sanitario adquiriera un enfoque abierto y multidisciplinario. Debe abarcar las competencias relacionadas con la interacción entre médico y paciente, con las nuevas enfermedades propias de otros entornos que pueden tener que tratar, con los problemas de salud derivados de las condiciones de vida, con las desigualdades en el acceso y el uso de los servicios sanitarios y con la adquisición de aptitudes interculturales.

5. SOLUCIONES ADOPTADAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN

En apartados anteriores, hemos hablado de la existencia de iniciativas emprendidas por algunos académicos, como los grupos que integran la red COMUNICA, que han llevado a cabo un importante trabajo de investigación sobre la situación de la interpretación en el ámbito sanitario en España. Estos profesionales han trabajado de forma conjunta con otros agentes, como instituciones y ONG, para (entre otras cosas) contribuir a mejorar la calidad de la atención lingüística en los servicios sanitarios. Como resultado de esto, en nuestro país han comenzado a aplicarse soluciones de diversa índole.

5.1. Publicación de documentos destinados a mejorar la calidad de la documentación

En España existen hoy en día múltiples grupos de expertos que desempeñan una gran labor formativa y de investigación en el ámbito de la traducción y la interpretación en los servicios públicos, sobre todo desde una perspectiva multicultural. Estos grupos han publicado diversos documentos centrados en la atención al paciente inmigrante en el ámbito sanitario, que están concebidos como manuales de ayuda para el personal sanitario. Entre estas obras, destacan las numerosas guías multilingües publicadas bajo la coordinación de Carmen Valero Garcés, como la *Guía multilingüe de atención al inmigrante en los Servicios Sociales* (2006), la *Guía de atención al menor: hábitos de vida saludables* (2007) o la *Guía básica multilingüe de atención al paciente* (2008), entre otras. Asimismo, también es relevante la obra de María Gracia Torres Díaz: *Guía de conversación básica para personal sanitario y pacientes en 19 lenguas* (2004).

También se ha publicado un *Manual de atención al inmigrante* (Morera Montes et al., 2009), en cuya elaboración intervinieron más de cuarenta especialistas. Se trata de un documento dirigido al cuerpo médico de atención primaria, que está destinado a mejorar la asistencia clínica de los pacientes extranjeros. El manual, además de centrarse en las

cuestiones patológicas y epidemiológicas relacionadas con el área de procedencia, se preocupa por los aspectos sociales. De esta forma, se incluye un capítulo donde se presentan diversos recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. En él se ofrece una distinción muy detallada entre el papel del mediador intercultural y el del intérprete, definiendo cuáles son las funciones de cada profesional, y se incluye también un apartado que explica cómo trabajar con intérpretes. Dicha sección cuenta, además, con una tabla de recomendaciones para comunicarse a través de un intérprete ad-hoc y la primera de las observaciones que se hacen es que se recurra a un intérprete profesional siempre que sea posible. Por último, el Manual incorpora un CD con un programa informático llamado Universal Doctor Project, que tiene como objetivo facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes alófonos y que se presentará más adelante de forma detallada.

Además de las obras impresas, también puede resultar útil la impresión de folletos informativos en varios idiomas, destinados a los propios pacientes o usuarios de la sanidad pública. A este respecto, cada vez se observa una concienciación mayor por parte de las administraciones públicas pues ya se han llevado a cabo diversas campañas informativas destinadas a las minorías culturales.

Por ejemplo, las consejerías de salud de diversas comunidades, como Castilla La Mancha o Andalucía (esta última a través de la Fundación Progreso y Salud), han redactado y comenzado a distribuir un formulario titulado “Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma” que ha sido publicado en siete idiomas: árabe, búlgaro, chino, francés, inglés, rumano y ruso²³. Estos documentos son útiles sobre todo a la hora de establecer la historia clínica del paciente, pues proporcionan un

²³ Ejemplo de “Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma” facilitada por la Consejería de Salud de Castilla La Mancha, en la combinación búlgaro-español. Disponible en: http://www.saludycultura.uji.es/archivos/ENTREVISTA_CLINICA_PACIENTES_%28BULGARO%29.pdf [Fecha de consulta: 24 de junio de 2012]

interrogatorio dirigido, con preguntas directas de respuesta afirmativa o negativa, en la mayoría de los casos. En efecto, estos formularios primero recaban información sobre los antecedentes del paciente, más tarde se centran en la anamnesis (para lo que incluyen preguntas específicas sobre el dolor y la enfermedad del paciente) y, finalmente, presentan una serie de indicaciones del tipo “Le vamos a hacer un análisis de orina”.

El recurso a estos formularios puede resultar de gran utilidad, sobre todo cuando las circunstancias no permiten tener acceso a un intérprete profesional. Efectivamente, si se reparten estas hojas a los pacientes cuando llegan al centro sanitario, estos podrán rellenarlas mientras esperan su turno. De esta forma, una vez en la consulta el proceso será más ágil pues ya se habrá realizado la primera parte de la interacción médico-paciente.

No obstante, al margen de los posibles inconvenientes que pueden tener estos formularios con respecto a la relación médico-paciente, desde el punto de vista social cabe señalar que el formulario sólo se podrá utilizar cuando el grado de alfabetización del paciente lo permita. Al tratarse de un documento escrito, queda fuera del alcance de todos aquellos pacientes que no sepan leer y/o escribir. En efecto, dentro de los nueve principales países de origen de los extranjeros que residen en España (véase el apartado de la Introducción), cabe destacar, por ejemplo, que la tasa de alfabetización de los adultos en Marruecos es de un 56,1% (PNUD, 2011:176).

5.2. Programas informáticos multilingües

Jordi Serrano, un médico de familia de Barcelona, creó el programa Universal Doctor Project²⁴ con el objetivo de facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios y

²⁴ Información obtenida en:

Página web del proyecto Universal Doctor. Disponible en: <http://www.universaldocor.com/> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]

pacientes de todo el mundo. Entre las diversas aplicaciones existentes, destaca el Universal Doctor Speaker que permite que los médicos o los profesionales sanitarios en general (enfermeros, administrativos, etc.) puedan comunicarse con los pacientes provenientes de otros países, que no entiendan el castellano. Los idiomas ofrecidos en el programa (alemán, árabe, chino, francés, inglés, portugués, rumano, ruso y urdú) intentan responder a las demandas concretas en función de las principales minorías lingüísticas de nuestro país. Además, esta aplicación informática, disponible para PC, iPhone y iPad, cuenta con un abanico de más de 1.000 preguntas y explicaciones que, al igual que ocurría con los formularios, están destinadas a realizar la anamnesis del usuario, establecer un diagnóstico, prescribir un tratamiento, etc. Además, es reseñable que a la hora de realizar todas las traducciones se contó con los servicios de traductores profesionales especialistas en la traducción médica.

La principal ventaja de este programa, en comparación con los documentos escritos que hemos analizado antes, es que las intervenciones se realizan de forma oral, pues la mayoría de ellas vienen acompañadas de sus respectivos audios. Sin embargo, este tipo de software sigue presentando el inconveniente de que se limita a las preguntas con respuestas de sí o no. De esta forma, se ve restringida la libertad del paciente a expresarse y a incluir observaciones que quizás no se hayan contemplado a la hora de diseñar el producto. Así pues, la comunicación en cierto modo se ve obstaculizada y, por tanto, se podría concluir que se trata de una aplicación muy útil pero que debe utilizarse como complemento a los servicios de un intérprete, y no de forma autosuficiente.

Aun así, cabe destacar que este software ya ha comenzado a utilizarse en diversos centros hospitalarios de nuestro país, en Cataluña, Madrid, Andalucía y Castilla La Mancha. Por ejemplo, el Instituto Catalán de Salud (ICS) ha incluido el programa Universal Doctor Speaker especializado en la medicina de familia, en su programa de gestión clínica de sus 240 centros de salud. Asimismo, los hospitales Ramón y Cajal, Severo Ochoa (ambos en Madrid), Puente Europa (Algeciras) o el Hospital de Poniente (Almería) también recurren a esta aplicación informática.

5.3. Cursos para profesionales

En el apartado 4.3., hemos hablado de que la formación de los médicos con respecto a las cuestiones lingüísticas y culturales resulta esencial. Asimismo, también hemos visto las carencias existentes a este respecto durante la enseñanza universitaria. En consecuencia, se antoja necesaria la provisión de cursos destinados a suplir estas insuficiencias. Algunos profesionales sanitarios, como Flores et al. (2000:454), e instituciones como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional para las Migraciones (Peiro y Benedict, 2009), proponen que se incluya la enseñanza de estas habilidades en la formación profesional. Además, sugieren que sea durante los últimos años a la vez que realizan periodos de prácticas como facultativos, para que puedan aplicar de forma inmediata los principios aprendidos.

No obstante, de cara a los profesionales que ya se encuentren trabajando, Corsellis (1997) proponía implicarlos en la formación de intérpretes sociales, pues de esta forma se favorece la interdisciplinariedad: conocen y respetan las funciones del otro profesional. Por otro lado, también se sugiere la creación de cursos complementarios especialmente destinados al personal sanitario, para aumentar sus conocimientos sobre este campo.

En Europa, aún son pocos los programas de formación de este tipo (Peiro y Benedict, 2009:14). En nuestro país, se han lanzado algunos programas relacionados con la salud, la migración y la multiculturalidad, que proponen una mejor comprensión lingüística entre profesionales y pacientes. Algunos ejemplos de estos cursos son:

a. En la Universidad del País Vasco, en el año 2008 se organizó un curso de verano denominado “Traducción e interpretación en los ámbitos jurídico y sanitario”, que estaba especialmente destinado a los profesionales de esos campos. Con él se pretendía mostrarles la importancia de trabajar con intérpretes para ayudar a superar las barreras lingüísticas y culturales²⁵.

b. La Organización Salud y Familia lleva varios años impartiendo el curso “Mediación intercultural en centros sanitarios” con la finalidad de facilitar la atención sanitaria de los pacientes inmigrantes en los centros de salud. Asimismo, dentro de los objetivos específicos del curso se incluye el facilitar la construcción de habilidades interculturales entre el personal sanitario y la institución sanitaria en su conjunto²⁶.

Sin embargo, es preciso señalar que se trata de recursos insuficientes y que quizás sería recomendable que las propias administraciones públicas estableciesen un protocolo para esta formación.

5.4. Organización de congresos

También es destacable la labor de los grupos de investigación de la Red COMUNICA a la hora de organizar congresos relacionados con la traducción y la interpretación en los servicios públicos. Un ejemplo lo constituyen las *Jornadas sobre Comunicación Intercultural*, organizadas por el grupo FITISPos. Este evento tiene el objetivo de “aportar información y sensibilizar a los asistentes sobre el papel del mediador

²⁵ Información obtenida en la página web de la Universidad del País Vasco. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/scrwwsu/2008/programaspdf/K11.pdf> [Fecha de consulta: 10 de junio de 2012]

²⁶ Información obtenida en la página web de la Asociación Salud y Familia. Disponible en: <http://www.saludyfamilia.es/cas/proyectos/mediacions.htm> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]

lingüístico y cultural en los servicios públicos”, así como de buscar vías de colaboración que hagan más eficaz la comunicación. Además, cabe señalar que este año 2012, estas jornadas se simultanearán con el *I Simposio Internacional sobre interpretación en el ámbito sanitario*²⁷.

Otro acontecimiento destacable es el *Congreso internacional sobre traducción e interpretación en los servicios públicos*, celebrado cada tres años en la Universidad de Alcalá de Henares, que está destinado a fomentar “el diálogo y el intercambio de experiencias entre la comunidad profesional y las autoridades educativas nacionales y de la Unión Europea en la nueva realidad social que se está configurando a nivel mundial”²⁸.

²⁷ Información obtenida en la página web de la International Medical Interpreters Association. Disponible en: <http://www.imiaweb.org/conferences/spainsymp2012.asp> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]

²⁸ Información obtenida en la página web del 4º Congreso de traducción e interpretación en los servicios públicos. Disponible en: <http://tisp2011.tucongreso.es/es/presentacion> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]

6. CONCLUSIÓN

Como se ha expuesto en el capítulo introductorio, la realidad social de nuestro país se ha ido transformando a lo largo de las últimas décadas. Los fenómenos migratorios han dado paso a un aumento de la población extranjera en España que, a su vez, ha conllevado la gestación de una sociedad mucho más multicultural de lo que era hace apenas 20 años. Esta convivencia de múltiples culturas, en ocasiones muy diferentes entre sí, ha ocasionado que en el día a día surjan nuevas situaciones para las que deberían estar preparadas y capacitadas las instituciones y las administraciones públicas. Como hemos visto, una de las consecuencias de esta interculturalidad son las barreras lingüísticas y culturales a las que deben enfrentarse los profesionales médicos y los pacientes alófonos en el ámbito sanitario.

A la vista de la información presentada en el segundo capítulo de este trabajo, que nos ha permitido analizar la situación comunicativa entre médico y paciente alófono, hemos comprobado hasta qué punto resulta esencial, tanto para el paciente como para el facultativo, que se eliminen dichas barreras de forma apropiada. En efecto, las barreras lingüísticas y culturales pueden perjudicar seriamente la calidad de la asistencia médica, lo cual, como hemos señalado, quebrantaría una serie de derechos legales de estos ciudadanos. Así pues, en nuestra opinión resulta evidente la necesidad de recurrir a un intermediario para sortear este tipo de obstáculos. Además, tras haber constatado las carencias que implica la participación de intermediarios no cualificados, se podría concluir que los intérpretes profesionales ofrecen normalmente las mayores garantías de lograr una comunicación médico-paciente efectiva, eficiente y fiable.

No obstante, tal y como hemos observado a lo largo del tercer capítulo, la situación predominante en España nos muestra que las administraciones públicas no son del todo conscientes de la necesidad de contar con profesionales cualificados a la hora de superar

estas barreras. En efecto, en nuestro país es habitual recurrir a intérpretes ad hoc o a voluntarios sin formación en interpretación, que habitualmente presentan graves carencias en lo que respecta a la actitud básica que debe respetar todo intérprete profesional (imparcialidad, precisión, confidencialidad, etc.). Así pues, independientemente de que en algunas comunidades españolas ya se estén emprendiendo iniciativas para mejorar esta situación, vemos que las soluciones adoptadas en la mayoría de los casos por lo general no están institucionalizadas y, por tanto, creemos que no llegan a satisfacer de forma adecuada las necesidades de los usuarios.

En vista de la explicación proporcionada en el capítulo cuatro acerca de las posibles causas que conducen a la situación actual, consideramos que las administraciones públicas, al igual que las instituciones universitarias, deberían poner remedio a las carencias actuales. Ciertamente, hemos observado que este desconocimiento lleva a que los proveedores de servicios perciban el trabajo de los intérpretes profesionales como un gasto prescindible, cuando en realidad resulta esencial para una asistencia sanitaria de calidad. Asimismo, tras analizar los planes de estudio de las principales universidades, hemos constatado que existen grandes lagunas en cuanto a la formación requerida por el personal sanitario para saber abordar situaciones comunicativas multiculturales. En nuestra opinión, esta limitación en la enseñanza profesional constituye una de las principales causas del posterior desconocimiento que muestran con frecuencia los médicos cuando se enfrentan a interacciones triangulares (médico-paciente-intérprete).

A este respecto, y como hemos intentado mostrar a lo largo de este trabajo, para que las situaciones comunicativas entre los profesionales sanitarios y los pacientes alófonos tengan garantías de calidad, es necesario que el personal médico sepa cómo trabajar con intérpretes cualificados. Siendo así, creemos que una posible solución para remediar

este desconocimiento podría ser la creación de manuales o de folletos explicativos destinados a los profesionales sanitarios. En estos documentos, deberían incluirse las informaciones básicas que describan la figura del intérprete y su función en la interacción médico-paciente; las necesidades contextuales derivadas de una situación comunicativa de este tipo (preparación, documentación, distribución de los asientos, etc.), o las características de la comunicación con el paciente alófono, entre otras. Por eso, como propuesta final de este trabajo, a continuación ofrecemos una serie de pautas que pretenden ayudar a los facultativos a abordar y a dirigir de forma apropiada este tipo de comunicaciones triangulares. Para ello, nos hemos servido de los estudios publicados por Phelan et al. (1995:555-557), Hart et al. (2010, 42-44) y Friedman-Rhodes y Hale (2010), así como de las directrices publicadas por AUSIT²⁹.

²⁹ Australian Institute of Interpreters and Translators INC.

PAUTAS PARA PROFESIONALES SANITARIOS QUE TRABAJAN CON INTÉRPRETES

Información sobre el intérprete:

- El intérprete cualificado respetará siempre unos estándares éticos de:
 - Confidencialidad: mantendrá en todo momento el secreto profesional, sin atentar contra el derecho a la confidencialidad del paciente.

- Precisión: proporcionará una traducción fiel y objetiva, sin modificar ninguna información.

- Imparcialidad: permanecerá neutral frente a las dos partes y no emitirá juicios de valor.

- El intérprete utilizará habitualmente la modalidad de interpretación consecutiva corta, es decir, tanto usted como el usuario aportarán intervenciones breves que el intérprete de forma inmediata.

- El intérprete podrá pedirles a usted o al paciente que repitan lo que han dicho, para asegurarse de que ha comprendido y ha transmitido la información de forma adecuada.

- El intérprete le comunicará si surge algún aspecto que dificulte la comunicación, como reparos por parte del paciente a la

hora de trabajar a través de un intérprete o problemas derivados del dialecto del paciente.

- El intérprete le indicará si en el transcurso de la consulta surge algún aspecto cultural que impide una correcta comunicación.

Pautas para actuar antes de la consulta:

- Evite recurrir a los servicios de intérpretes *ad hoc*, como familiares, amigos o personal del centro, entre otros, pues la calidad de la comunicación puede verse comprometida. Trabaje siempre que sea posible con intérpretes profesionales.

- Cuando solicite los servicios de un intérprete, aporte toda la información disponible. Sobre todo, en la medida de lo posible, debe intentar comunicarle el idioma exacto que habla el paciente (ya que muchas veces no basta con especificar el país de origen), dónde tendrá lugar el encuentro, etc.

- Ofrezca una sesión informativa al intérprete antes de la consulta. Dependiendo del tipo de consulta, será

A la hora de proporcionar una asistencia sanitaria adecuada y eficaz a las personas que no hablan español, las barreras lingüísticas y culturales pueden constituir un gran impedimento. Si no se pone remedio a dichos obstáculos, la calidad de la comunicación se verá afectada, lo cual a su vez podrá acarrear graves consecuencias tanto para la salud del paciente como para usted. Como solución a estas barreras, los servicios de un intérprete profesional pueden facilitar la comunicación con sus pacientes no-hispanohablantes.

PAUTAS PARA PROFESIONALES SANITARIOS QUE TRABAJAN CON INTÉRPRETES

- necesario revisar la información básica del paciente y el motivo de la consulta, informar de los documentos que se usarán en la consulta, establecer los objetivos de ésta y cuál es la función de cada uno.
- Organice la distribución de los asientos de forma que se facilite una comunicación óptima. La distribución ideal es triangular, con el intérprete a medio camino entre usted y el paciente. Así, todos los integrantes de la situación comunicativa tienen contacto visual y, además, el intérprete no se asocia a ninguna de las partes y se destaca su imparcialidad.
- Respete y trate al intérprete como un colega profesional.

Pautas para actuar durante la consulta:

- Preséntele el intérprete al paciente, dejando claro cuál es su papel. Aclare también que su confidencialidad no se verá afectada.
- Diríjase al paciente, y no al intérprete. Esto evitará que surjan conversaciones paralelas entre el paciente y el intérprete. Mire al paciente mientras éste habla.

- Hable despacio y claro, con intervenciones breves y pausas apropiadas que permitan una interpretación satisfactoria. Las frases demasiado largas pueden dar lugar a pérdidas de información relevante.
- Si es necesario, evite el uso de terminología especializada propia del ámbito médico, pues su correcta comprensión dependerá del nivel cultural del usuario.

- Recuerde que si ambas partes hablasen el mismo idioma, las dos escucharían todo lo dicho en la forma en la que es enunciado. Como la función del intérprete es asegurar que todos los integrantes reciben el mensaje aunque no hablen el mismo idioma, usted deberá tener en cuenta que el intérprete traducirá todo lo dicho. Por eso, es aconsejable que se eviten todos los comentarios que no van dirigidos al otro interlocutor primario.

- La presencia del intérprete cambia la dinámica de la consulta, por lo que los pacientes pueden sentirse cohibidos a la hora de interrumpir o hacer preguntas. Anime al paciente a plantear sus dudas, a

comentar sobre lo que se ha dicho o a pedir aclaraciones.

- Es preferible que el intérprete esté presente durante las exploraciones físicas, no obstante, hay que preguntarle al paciente si tiene algún inconveniente a este respecto.

Pautas para actuar tras la consulta:

- Una vez que el paciente ya no está presente, es recomendable contrastar cualquier posible duda con el intérprete, aunque este tipo de conversaciones versarán únicamente sobre cuestiones de comunicación y no sobre el propio paciente.
- Intente trabajar con el mismo intérprete en futuras consultas con el paciente.

7. BIBLIOGRAFÍA

7.1. Páginas web consultadas

- “50 carreras”. *El Mundo*, 9 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gabinete%20del%20Rector/Resumen%20de%20prensa/2012/05/El%20Mundo.carreras.pdf> [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2012]
- “Cáritas: la desigualdad de la mujer española se traslada a las inmigrantes”. *Red inmigrante*. Disponible en: <http://www.redinmigrante.es/index.php/vidacotidianasecc/43-denuncia/815-caritas-la-desigualdad-de-la-mujer-espanola-se-traslada-a-las-inmigrantes.html> [Fecha de consulta: 30 de abril de 2012]
- “El trabajo de los traductores acorta las hospitalizaciones: estudio EEUU”. *Público.es*, 25 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.publico.es/434986/el-trabajo-de-los-traductores-acorta-las-hospitalizaciones-estudio-eeuu> [Fecha de consulta: 28 de mayo de 2012]
- “Entrevista a Pilar de Luna y Jiménez de Parga”. *La linterna del traductor*, 2011. Disponible en: <http://www.lalinternadeltraductor.org/n6/interpretacion-juzgados.html> [Fecha de consulta: 11 junio 2012].
- “Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idioma”. *Salud y Cultura*. Disponible en: http://www.saludycultura.uji.es/archivos/ENTREVISTA_CLINICA_PACIENTES_%28BULGARO%29.pdf [Fecha de consulta: 24 de junio de 2012]
- “Policías temen que la falta de traductores colapse la Comisaría”. *sur.es*, 06 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.diariosur.es/v/20120606/marbella/policias-temen-falta-traductores-20120606.html> [Fecha de consulta: 21 de junio de 2012]
- “Sin traductores en comisaría”. *ABC.es*, 31 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.abc.es/20120531/espana/abci-policia-prescinde-traductores-201205311835.html> [Fecha de consulta: 21 de junio de 2012]
- 4º Congreso de traducción e interpretación en los servicios públicos. Disponible en: <http://tisp2011.tucongreso.es/es/presentacion> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]
- Asociación Salud y Familia. Disponible en: <http://www.saludyfamilia.es/cas/proyectos/mediacions.htm> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]
- Canal de Universal Doctor Project en *YouTube*. Disponible en: <http://www.youtube.com/user/TheUniversalDoctor?feature=watch> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]
- Facultad de Medicina de la UAB. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: <http://www.uab.es/servlet/Satellite/estudiar/listado-de-grados/informacion-general/medicina-grado-uab-upf-1216708258897.html?param1=1216620146538¶m11=6> [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

Facultad de Medicina de la UAM. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: http://www.uam.es/ss/Satellite/Medicina/es/1234890441072/sinContenido/Guias_y_programas_docentes.htm [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

Facultad de Medicina de la UB. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: <http://www.ub.edu/medicina/graumedicina/plans%20docents.htm> [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

Facultad de Medicina de la UCM. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: <http://www.ucm.es/?a=estudios&d=titplan&anyo=2011-12&plan=0805> [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

Facultad de Medicina de la UN. Estudios de grado: Grado en Medicina. Disponible en: <http://www.unav.es/facultad/medicina/guiasacademicas> [Fecha de consulta: 6 de junio de 2012]

International Medical Interpreters Association. Disponible en: <http://www.imiaweb.org/conferences/spainsymp2012.asp> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]

Programa Migración y Multiculturalidad. Disponible en: http://www.uam.es/departamentos/filoyletras/antropologia_social/PMM/mediacion.html [Fecha de consulta: 13 de mayo de 2012]

Universidad del País Vasco. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/scrwwsu/2008/programaspdf/K11.pdf> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]

Universal Doctor Project. Disponible en: <http://www.universaldocor.com/> [Fecha de consulta: 16 de junio de 2012]

7.2. Leyes consultadas

Constitución Española, 1978.

Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado*, no. 10. España, 12 de enero de 2000.

Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, no. 274. España, 15 de noviembre de 2002.

7.3. Bibliografía

ABRIL MARTÍ, M. I. (2006) “La Interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular”. Tesis Doctoral inédita. Directora: Anne Martin. Granada: Universidad de Granada. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf> [Fecha de consulta: 30 de abril de 2012]

ABRIL MARTÍ, M. I.; MARTIN, A. (2011) “La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes”. En: GARCÍA CASTAÑO, J.; KRESSOVA, N. (eds.) *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*. Granada: Instituto de Migraciones, pp. 1521–1534. Disponible en: http://migraciones.ugr.es/congreso2011/libroacta/Mesa14/008_AbrilMartin.pdf [Fecha de consulta: 30 de abril de 2012]

- ANGELELLI, C. V. (2003) “The Interpersonal Role of the Interpreter in Cross-Cultural Communication”. En: BRUNETTE, L.; BASTIN, G.; HEMLIN, I.; CLARKE, H. (eds.) *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*. Amsterdam: John Benjamins. pp. 15-26.
- ANGELELLI, C. V. (2004) *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*, 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Press. 168 pp.
- ANGELELLI, C. V.; AGGER-GUPTA, N.; GREEN, C.; OKAHARA, L. (2007) “The California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols and Guidance on Roles and Intervention”. En: WADENSJO, C.; DIMITROVA, B.E.; NILSSON, A.L. (eds.) *The Critical Link 4: The Professionalization of Interpreting*. Amsterdam: John Benjamins. pp. 167-180.
- AUSIT (2007) *AUSIT Guidelines for Health Professionals Working with Interpreters*. 11pp. Disponible en: <http://www.ausit.org/files/healthguide08.pdf> [Fecha de consulta: 18 de junio]
- BAIGORRI JALÓN, J.; ALONSO ARAGUÁS, I.; CANAS REMESAL, R.; OTERO MORENO, C.; RUSSO, M. (2006) “Notas sobre la interpretación en los servicios públicos de salud en Castilla y León”. *Revista española de lingüística aplicada* [en línea], vol. Extra 1, pp. 175–186. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198702> [Fecha de consulta: 18 de mayo de 2012]
- BLAKE, C. (2003) “Ethical Considerations in Working with Culturally Diverse Populations: The Essential Role of Professional Interpreters”. *CPA Bulletin de l'APC*, pp. 21–23. Disponible en: <http://www1.cpa-apc.org:8080/publications/archives/bulletin/2003/june/blake.pdf> [Fecha de consulta: 4 de junio de 2012]
- BURDEUS DOMINGO, N. (2010) “Interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario en la provincia de Barcelona”. Directora: Marta Arumí Ribas. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/hdl_2072_170116/Treball_de_recerca_Noelia_Burdeus_Domingo.pdf [Fecha de consulta: 30 de abril de 2012]
- CAMBRIDGE, J. (1999) “Information Loss in Bilingual Medical Interviews through an Untrained Interpreter”. *The Translator*, vol. 5, no. 2, pp. 201–219.
- CAMPOS LÓPEZ, J. G. (2004) “Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí”. *Jornades de Foment de la Investigació*, vol. 10. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi10/trad/12.pdf> [Fecha de consulta: 12 de mayo de 2012]
- CORSELLIS, A. (1997) “Training Needs of Public Personnel Working with Interpreters”. En: CARR, S.E.; ROBERTS, R.P.; DUFOUR, A. (eds.) *The Critical Link 1: Interpreters in the Community*. Amsterdam: John Benjamins. pp. 77–90.
- DAVID, R.; RHEE, M. (1998) “The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community”. *The Mount Sinai Journal of Medicine* [en línea], vol. 65, no. 5-6, pp. 393–397. Disponible en: http://www.vdh.virginia.gov/ohpp/clasact/documents/CLASact/research3/13_David.pdf [Fecha de consulta: 30 de abril de 2012]

- ELDERKIN-THOMPSON, V.; COHEN SILVER, R.; WAITZKIN, H. (2001) “When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting”. *Social Science & Medicine* [en línea], vol. 52, no. 9, pp. 1343–1358. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600002343> [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2012]
- FLORES, G. (2006) “Language Barriers to Health Care in the United States”. *The New England Journal of Medicine* [en línea], vol. 355, no. 3, pp. 229–231. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp058316> [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2012]
- FLORES, G.; GEE, D.; KASTNER, B. (2000) “The teaching of Cultural Issues in U.S. and Canadian Medical Schools”. *Academic Medicine* [en línea], vol. 75, no. 5, pp. 451–455. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10824769> [Fecha de consulta: 15 de junio de 2012]
- FLORES, G.; ABREU, M.; BARONE, C.P.; BARCHUR, R.; LIN, H. (2003) “Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters”. *Annals of Emergency Medicine* [en línea]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064412001151> [Fecha de consulta: 3 de mayo de 2012]
- FRIEDMAN-RHODES, E.; HALE, S. (2010) “Teaching Medical Students to work with Interpreters”. *The Journal of Specialized Translation*, vol. 14, pp. 121–143. Disponible en: http://www.jostrans.org/issue14/art_friedman.pdf [Fecha de consulta: 19 de junio de 2012]
- FUERTES, C.; MARTÍN LASO, M. A. (2006) “El inmigrante en la consulta de atención primaria”. *Anales del sistema sanitario de Navarra* [en línea], vol. 29, no. 1. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple2a.html> [Fecha de consulta: 6 de mayo de 2012]
- GARCÍA LUQUE, F. (2009) “La interpretación telefónica en el ámbito sanitario: Realidad social y reto pedagógico”. *redit: Revista electrónica de didáctica de la traducción y la interpretación* [en línea], no. 3, pp. 18–30. Disponible en: http://www.redit.uma.es/Archiv/n3_2009/mono_GarciaLuque_redit3.pdf [Fecha de consulta 17 de junio de 2012]
- GARCÍA TORRES. M.A. (2004) *Guía de conversación básica para personal sanitario y pacientes en 19 lenguas*. Málaga: Universidad de Málaga. 350 pp.
- GRÀCIA SOLÉ, L.; BOU MÍAS, C. (2006) “Lenguas, inmigración y comunicación en los centros de salud”. En: GALLARDO, B.; HERNÁNDEZ, C.; MORENO, V. (eds.) *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, vol. 3, pp. 60–82. Disponible en: <http://www.uv.es/perla/3%5B05%5D.GraciayBou.pdf> [Fecha de consulta: 6 de mayo de 2012]
- HAFFNER, L. (1992) “Translation is not enough. Interpreting in a medical setting.” *Western Journal of Medicine* [en línea], vol. 157, no. 3, pp 255–259. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011272/?page=1> [Fecha de consulta: 3 de mayo de 2012]
- HALE, S. B. (2007) *Community interpreting*, 1ª ed. Hampshire: Palgrave Macmillan, 320 pp.

- HART, D.; BOWEN, J.; DEJESUS, R.; MALDONADO, A. (2010) "Using Medical Interpreters". *Minnesota Medicine* [en línea], vol. 54, pp.42-44. Disponible en: <http://www.minnesotamedicine.com/PastIssues/PastIssues2010/April2010/ClinicalHartApril2010.aspx> [Fecha de consulta: 19 de junio de 2012]
- HERITAGE, J. (1997) "Conversation Analysis and Institutional Talk". En: SILVERMAN, D. (ed.) *Qualitative Research Theory, Method and Practice*. Londres: Sage. pp. 222–245. Disponible en: http://www.sscnet.ucla.edu/soc/faculty/heritage/Site/Publications_files/SILVERMAN_2.pdf [Fecha de consulta: 8 de mayo de 2012]
- INIESTA, C.; SANCHO; CASTELLS, X.; VARELA, J. (2008) "Hospital orientado a la multiculturalidad. Experiencia de mediación intercultural en el Hospital del Mar de Barcelona". *Medicina clínica*, vol. 130, no. 12, pp. 472–475. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v130n12a13118113pdf001.pdf> [Fecha de consulta: 13 de mayo de 2012]
- JACOBS, E. A.; SHEPARD, D. S.; SUAYA, J. A.; STONE, E.-L. (2004) "Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services". *American Journal of Public Health* [en línea], vol. 94, no. 5, pp. 866–869. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.94.5.866> [Fecha de consulta: 5 de junio de 2012]
- JACOBS, E. A.; SADOWSKI, L. S.; RATHOUZ, P. J. (2007) "The Impact of an Enhanced Interpreter Service Intervention on Hospital Costs and Patient Satisfaction". *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, no. Suppl 2, pp. 306–311. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078550/?tool=pubmed> [Fecha de consulta: 5 de junio de 2012]
- KARLINER, L. S.; JACOBS, E. A.; CHEN, A. H.; MUTHA, S. (2007) "Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature". *Health Services Research* [en línea], vol. 42, no. 2, pp. 727–754. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x/abstract> [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2012]
- LÁZARO GUTIÉRREZ, R. (2010) "La interpretación en los servicios sanitarios en España. Estudio de la asimetría en las consultas médicas con paciente de habla extranjera y la repercusión de la presencia de un intérprete ocasional". Tesis Doctoral inédita. Directora: Carmen Valero Garcés. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/8067> [Fecha de consulta: 12 de mayo de 2012]
- LINDHOLM, M.; HARGRAVES, J.; FERGUSON, W.; REED, G. (2012) "Professional Language Interpretation and Inpatient Length of Stay and Readmission Rates". *Journal of General Internal Medicine* [en línea], pp. 1–6. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/n5213716n42plp31> [Fecha de consulta: 5 de junio de 2012]
- DE LUNA, P. (2010) "La traducción y la interpretación contra la exclusión social. Necesidades y carencias actuales. Alternativas". En: GONZÁLEZ, L.; DE LAS HERAS, C. (eds.) *Actas de la Jornada sobre Traducción contra la exclusión social* [en línea]. Disponible en: <http://cvc.cervantes.es/lengua/tices/luna.htm> [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2012]
- MARTIN, A.; ABRIL MARTÍ, M. I. (2002) "Los límites difusos del papel del intérprete social". En: VALERO GARCÉS, C; MANCHO BARÉS, G. (eds.) *Traducción e interpretación en los*

servicios públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades [en DVD]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. pp. 55–60.

- MATEO ALCALÁ, M. Á. (2004) “La interpretación social: hacia el reconocimiento de la profesión”. *Jornades de foment de la investigació*. Alicante: Universitat Jaume I. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi10/trad/10.pdf> [Fecha de consulta: 4 de junio de 2012]
- MEYER, B.; PÖCHHACKER, F.; BISCHOFF, A.; APFELBAUM, B. (2003) “Analyzing Interpreted Doctor-Patient Communication from the Perspectives of Linguistics, Interpreting Studies and Health Sciences”. En: BRUNETTE, L.; BASTIN, G.; HEMLIN, I.; CLARKE, H. (eds.) *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*. Amsterdam: John Benjamins. pp. 145-157.
- MIRANDA, M. (2010) “A favor de la igualdad de derechos de las personas inmigrantes mediante los servicios de mediación intercultural”. En: González, L.; de las Heras, C. (eds.) *Actas de la Jornada sobre Traducción contra la exclusión social* [en línea]. Disponible en: <http://cvc.cervantes.es/lengua/tices/miranda.htm> [Fecha de consulta: 25 de junio de 2012]
- MISHLER, E. G. (1984) *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex, 211 pp. Disponible en: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=U5eo9488ZWAC&oi=fnd&pg=PR9&dq=The+Discourse+of+Medicine:+Dialectics+of+Medical+Interviews&ots=Fy013zmkfl&sig=ngVN4eheiJbcx74zMNwcbngbl2s&redir_esc=y#v=onepage&q=The%20Discourse%20of%20Medicine%3A%20Dialectics%20of%20Medical%20Interviews&f=false [Fecha de consulta: 5 de mayo de 2012]
- MORERA MONTES, J.; ALONSO BABARRO, A.; HUERGA ARAMBURU, H. (Coords.) (2009) *Manual de atención al inmigrante*. Madrid: Ergon. 512 pp. Disponible en: http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_DOC-169_62e618cd%232E%23pdf [Fecha de consulta: 13 de junio de 2012]
- NAVAZA, B. (2010) “Sociedad multicultural y demanda de traducción e interpretación: necesidades y carencias actuales”. En: GONZÁLEZ, L.; DE LAS HERAS, C. (eds.) *Actas de la Jornada sobre Traducción contra la exclusión social* [en línea]. Disponible en: <http://cvc.cervantes.es/lengua/tices/navaza.htm> [Fecha de consulta: 2 de mayo de 2012]
- NAVAZA, B.; ESTÉVEZ, L.; SERRANO, J. (2009) “«Saque la lengua, por favor» Panorama actual de la interpretación sanitaria en España”. *Panacea@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción* [en línea], vol. X, no. 30, pp. 141–156. Disponible en: http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf [Fecha de consulta: 17 de junio de 2012]
- ORTÍ, R.; SALES, D.; SÁNCHEZ, E. (2006) “Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural”. En: GALLARDO, B.; HERNÁNDEZ, C.; MORENO, V. (eds.) *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, vol. 3, pp. 114–139. Disponible en: <http://www.uv.es/perla/3%5B08%5D.OrtiSalesySanchez.pdf> [Fecha de consulta: 6 de mayo de 2012]
- OZOLINS, U. (2000) “Communication needs and interpreting in multilingual settings: the international spectrum of response”. En: ROBERTS, R. P.; CARR, S. E.; ABRAHAM,

D.; DUFOUR, A. (eds.) *The Critical Link: 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam: John Benjamins. pp. 21–33.

OZOLINS, U. (2010) “Factors that determine the provision of Public Service Interpreting: comparative perspectives on government motivation and language service implementation”. *The Journal of Specialized Translation* [en línea], vol. 14, pp. 194–215. Disponible en: http://www.jostrans.org/issue14/art_ozolins.pdf [Fecha de consulta: 12 de mayo de 2012]

PEIRO, M. J.; BENEDICT, R. (eds.) (2009) *Developing a Public Health Work Force for Addressing Migrant Health Needs in Europe*. Bruselas: Organización Internacional para las Migraciones. Disponible en: http://www.migrant-health-europe.org/files/Capacity%20Building%20in%20Healthcare_Background%20Paper%282%29.pdf [Fecha de consulta: 15 de junio de 2012]

PHELAN, M.; PARKMAN, S. (1995) “How To Do It: Work with an interpreter”. *British Medical Journal* [en línea], vol. 311, pp. 555–557. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/311/7004/555.full> [Fecha de consulta: 19 de junio de 2012]

PNUD (2011) *Informe sobre Desarrollo Humano. Sostenibilidad y equidad: un mejor futuro para todos*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_ES_Tables.pdf [Fecha de consulta: 13 de junio de 2012]

ROAT, C.; GEISHAR, B.; PUTSCH, R.; SENGUPTA, I. (1999) *Bridging the Gap: A Basic Training for Medical Interpreters. Interpreter's Handbook*. 3ª ed. Seattle: Cross Cultural Health Care Program (CCHCP).

RODRÍGUEZ CALA, A.; LLEVOT CALVET, N., “La mediación intercultural: una realidad en los hospitales”. En: GARCÍA CASTAÑO, J.; KRESSOVA, N. (eds.) *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*. Granada: Instituto de Migraciones, pp. 1065–1073. Disponible en: http://migraciones.ugr.es/congreso2011/libroacta/Mesa10/011_RodriguezLlevot.pdf [Fecha de consulta: 13 de mayo de 2012]

ROSENBERG, E.; LEANZA, Y.; SELLER, R. (2007) “Doctor–patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters”. *Patient Education and Counseling*, vol. 67, no. 3, pp. 286–292. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399107001061> [Fecha de consulta 4 de junio de 2012]

SALES SALVADOR, D. (2006) “Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y la región de Murcia”. *Revista española de lingüística aplicada* [en línea], vol. Extra 1, pp. 85–110. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198693> [Fecha de consulta: 12 de mayo de 2012]

SÁNCHEZ-REYES PEÑAMARÍA, M. S.; MARTÍN CASADO, M. (2004) “Necesidad de la provisión de un servicio de intérpretes en los hospitales”. *Hermēneus. Revista de Traducción e Interpretación* [en línea], vol. 6. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/HS/article/view/6157/6787> [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2012]

SÁNCHEZ-REYES PEÑAMARÍA, M. S.; MARTÍN CASADO, M. (2005) “Intérpretes profesionales e intérpretes “ad hoc” en un entorno sanitario”. En: VALERO GARCÉS, C. (ed.) *Traducción*

como mediación entre lenguas y culturas. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. pp. 139–146. Disponible en: <http://www2.uah.es/traduccion/publicaciones/materiales/Congreso%202005%20traduccion%20como%20mediacion.pdf> [Fecha de consulta 3 de mayo de 2012]

SWABEY, L.; GAJEWSKI MICKELSON, P. (2008) “Role definition: A perspective on forty years of professionalism in Sign Language interpreting”. En: VALERO GARCÉS, C.; MARTIN A. (eds.) *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Amsterdam: John Benjamins. pp. 51–80.

TELLECHEA SÁNCHEZ, M. T. (2005) “El intérprete como obstáculo: Fortalecimiento y emancipación del usuario para superarlo”. En: VALERO GARCÉS, C. (ed.) *Traducción como mediación entre lenguas y culturas*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. pp. 114–122. Disponible en: http://www.segundaslenguaseinmigracion.org/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=78&Itemid=30 [Fecha de consulta: 3 de junio de 2012]

VALERO GARCÉS, C. (2001) “¿Mediador social = mediador lingüístico = intérprete? Práctica, formación y reconocimiento social del “intérprete” en los servicios públicos”. En: COLLADOS, A. *La evaluación de la calidad en interpretación: Docencia y Profesión*. Granada: Comares. pp. 257-266. Disponible en: http://comunicacion-interlinguistica2012.wikispaces.com/file/view/Valero_44-mediador+interprete.pdf [Fecha de consulta: 7 de mayo de 2012]

VALERO GARCÉS, C. (2003) “Una visión general de la evolución de la traducción e interpretación en los servicios públicos”. En: VALERO GARCÉS, C. (ed.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares. pp. 3–35.

VALERO GARCÉS, C. (2006) *Formas de mediación intercultural: traducción e interpretación en los servicios públicos: conceptos, datos, situaciones y práctica*, 1ª. ed. Granada: Comares, Granada. 254 pp.

VALERO GARCÉS, C. (Coord.) (2008) *Guía multilingüe de atención al menor: hábitos de vida saludables*. Alcobendas: Fundación Pfizer. 67 pp.

VALERO GARCÉS, C.; MANCHO BARÉS, G. (2002) “Nuevas necesidades para nuevas realidades en la comunicación intercultural. Traducción e interpretación en los servicios públicos”. En: VALERO GARCÉS, C.; MANCHO BARÉS, G. (eds.) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. pp. 15–25.

VALERO GARCÉS, C.; DE LA MORENA FERNÁNDEZ, J. (Coords.) (2006) *Guía multilingüe de atención a inmigrantes en los servicios sociales: español, árabe, búlgaro, francés, inglés, polaco, rumano, ruso*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. 240 pp.

WADENSJÖ, C. (1999) “Telephone Interpreting & the Synchronization of Talk in Social Interaction”. *The Translator*, vol. 5, no. 2, pp.247-264