

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen

1. Introducción.....*página 3*
2. Marco teórico.....*página 5*
 - 2.1 Estudios previos acerca de la percepción del intérprete
 - 2.1.1 Percepciones negativas
 - 2.1.2 Percepciones sobre el papel del intérprete
 - 2.1.3 Percepciones positivas
 - 2.2 Factores que influyen en la percepción del intérprete
 - 2.2.1 Factores que citan los profesionales médicos
 - 2.2.2 Otros factores
 - 2.3 El entorno: la ciudad fronteriza de San Diego, California
 - 2.3.1 La población inmigrante
 - 2.3.2 La necesidad de acceso lingüístico a los servicios públicos
 - 2.4 El entorno: legislación sobre el acceso lingüístico a los servicios públicos
 - 2.4.1 Legislación a nivel federal
 - 2.4.2 Legislación a nivel del estado
 - 2.4.3 La situación actual
 - 2.5 El entorno: Alvarado Hospital
 - 2.5.1 CyraCom: servicio de interpretación telefónica
3. Metodología.....*página 28*
 - 3.1 Encuesta para los profesionales médicos
 - 3.2 Encuesta adicional para los profesionales médicos bilingües o multilingües
 - 3.3 Entrevista con la directora general de enfermería
4. Datos.....*página 33*
 - 4.1 Encuesta para los profesionales médicos
 - 4.2 Encuesta adicional para los profesionales bilingües o multilingües
 - 4.3 Entrevista con la directora general de enfermería
5. Análisis.....*página 67*
 - 5.1 Necesidad de soluciones adecuadas para asegurar atención médica equitativa
 - 5.2 Tendencia a usar intérpretes *ad hoc*
 - 5.3 Falta de distinción entre intérpretes profesionales y *ad hoc* por parte de los proveedores
 - 5.4 Falta de entendimiento del papel del intérprete y de su profesión
 - 5.5 Colaboración y entendimiento entre profesional médico e intérprete
6. Conclusiones.....*página 77*

Notas

Bibliografía

Índice de gráficos y tablas

Anexos

RESUMEN

Las barreras lingüísticas suponen un obstáculo significativo para el acceso equitativo a los servicios sanitarios para los pacientes sin dominio suficiente de la lengua mayoritaria, sobre todo cuando la implementación de los servicios de asistencia lingüística es escasa o inadecuada. La interpretación prestada por intérpretes profesionales en los encuentros médicos ha demostrado tener un efecto positivo sobre la calidad de los cuidados. No obstante, el uso de intérpretes *ad hoc* en los Estados Unidos sigue siendo prevalente pese a la amplia evidencia de que esta práctica perjudica los cuidados y supone una violación de la legislación estadounidense que ordena el uso de intérpretes cualificados.

El fin del presente estudio es explorar las posibles explicaciones del uso insuficiente de los intérpretes cualificados. Se investigó el uso y la percepción de los intérpretes según los profesionales médicos en un hospital en San Diego, California donde existe un servicio de interpretación telefónica profesional proporcionado por el hospital sin suponer ningún coste por parte del proveedor ni del paciente. Se distribuyeron dos encuestas a médicos y enfermeras en el hospital, de las cuales se recopilaron datos para su posterior análisis en un estudio descriptivo y analítico (N=64). Se formulaba la hipótesis de que el entendimiento inadecuado del papel y la profesión del intérprete daría lugar a no tener una preferencia entre los intérpretes profesionales y los intérpretes *ad hoc*.

Las conclusiones demuestran que a pesar de la amplia disponibilidad del servicio de interpretación telefónica, el uso de los intérpretes *ad hoc* se mantenía, siendo significativamente más frecuente. No se encontró ninguna correlación entre la satisfacción de los encuestados con los intérpretes profesionales versus los *ad hoc* en cuanto a cuatro características fundamentales, lo cual sugiere que los profesionales médicos no distinguen entre los intérpretes con o sin formación, lo que puede influir en su propensión a recurrir a los intérpretes *ad hoc* y otros métodos inadecuados. Además, no se halló ninguna correlación entre la formación de los proveedores de servicios en la competencia cultural/el acceso lingüístico a los servicios sanitarios, años ejerciendo la profesión, o su entendimiento sobre el papel del intérprete y el uso más frecuente de los intérpretes profesionales, lo cual indica que los profesionales médicos tienen una falta de conocimiento y de estima acerca de los intérpretes en general, independientemente de estos factores. Se validaban estrategias alternativas potencialmente perjudiciales para el cuidado de los pacientes con dominio limitado del inglés, como el uso de un conocimiento lingüístico que los mismos proveedores de servicios admiten ser inadecuado y el uso de familiares y empleados bilingües en el hospital como intérpretes *ad hoc*. Basándose en estas conclusiones, se proponen soluciones para la mejora de la legislación y de su ejecución además de soluciones adecuadas para optimizar la calidad de los cuidados, tales como la formación para proveedores de servicios en la colaboración con intérpretes y estrategias para la adquisición de lenguas para profesionales médicos.

Referencia bibliográfica:

Safrin, Emily (2014) “La percepción del intérprete según los proveedores de servicios sanitarios en la ciudad fronteriza de San Diego, California”. Trabajo Fin de Máster. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares.

PALABRAS CLAVE:

Interculturalidad, interpretación, comunicación intercultural, figura/papel del traductor-intérprete, interpretación sanitaria, percepción del intérprete

ABSTRACT

Language barriers constitute a significant obstacle to equitable health care for patients who do not have a sufficient command of the majority language, particularly when implementation of language assistance services is scarce or inadequate. Interpretation provided by professional interpreters in medical encounters has been demonstrated to positively influence quality of care. Nonetheless, the use of *ad hoc* interpreters in the United States continues to be prevalent despite ample evidence that this practice jeopardizes care and violates legislation mandating the use of qualified interpreters.

The objective of the present study is to explore possible explanations for the underuse of qualified interpreters by studying medical professionals' utilization and perceptions of interpreters in a hospital in San Diego, California where a professional telephone interpreting service is provided by the hospital at no cost to service providers or patients. Two surveys were distributed to doctors and nurses at the hospital and data gathered and analyzed in a descriptive and analytical study (N=64). It was hypothesized that medical professionals' poor understanding of the interpreter's role and profession would result in their failure to exercise a preference between professional and *ad hoc* interpreters.

The findings demonstrate that despite the readily available professional telephone interpreting service, use of *ad hoc* interpreters continued to be significantly more frequent. No correlation was found between respondent satisfaction with professional versus *ad hoc* interpreters on four key characteristics, which implies that medical professionals do not distinguish between trained and untrained interpreters, which may influence their aptness to resort to using *ad hoc* interpreters and other inadequate methods. Furthermore, no correlations were found between provider education in cultural competency/language access to health care services, years in practice, or understanding of the interpreter's role and more frequent use of professional interpreters, which suggests that medical professionals have an overall poor recognition and regard for interpreters and their relevance in medical encounters in spite of these factors. Potentially detrimental alternative strategies were validated for treating patients with limited English proficiency, such as use of self-assessed inadequate language skills, and use of family members and bilingual hospital staff as *ad hoc* interpreters. Based on the findings, suggestions are offered for improvement of legislation, enforcement thereof, and adequate solutions to improve quality of care, such as service provider training in collaboration with interpreters and strategies for language acquisition for medical professionals.

Bibliographic reference:

Safrin, Emily (2014) "*La percepción del intérprete según los proveedores de servicios sanitarios en la ciudad fronteriza de San Diego, California.*" Master's thesis. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares.

KEYWORDS:

Interculturalism, interpretation, intercultural communication, figure/role of the translator-interpreter, health care interpreting, perception of the interpreter

1. Introducción

As many previous studies have indicated, the considerably novel figure of the interpreter is influenced and shaped, whether for better or for worse, by a multitude of factors, many of which are external to interpreters themselves. It must be considered that public service interpreters invariably work alongside other professionals, and that the perception that this professional has of the interpreter, as well as their expectations of them, undoubtedly have an impact on numerous aspects of the public service interpreter's task (from whether a professional interpreter's service is called upon at all, to fostering an environment of collaboration between medical professional and interpreter), especially as this young and malleable profession continues to develop (Hale, 2004, 2005).

The medical professional's relationship with the figure of the interpreter begins with the choice of whether the interpreter used in consultations is trained or not. Often, a family member who is familiar with the majority language accompanies the patient, and the provider must decide whether to allow this person to interpret or to opt for another method. When the patient arrives alone, the doctor's role often becomes more active: will he try to make do by communicating in the majority language in spite of the patient's limited or null proficiency? Will he attempt to speak to the patient in their language, if he is familiar with a few words or phrases? Will he use hand gestures and facial expressions? Will he call upon a colleague who speaks the patient's language? Or may he contact a professional interpreter?

Beyond interpreter choice, service providers also influence the outcome of interpreted encounters based on their understanding of how to speak through interpreters. A doctor or nurse may or may not apply the same principles of communication recommended for their task when speaking to patients with limited language proficiency, whether in direct communication with the patient or through an interpreter (Englund Dimitrova, 1997; Hale, 2007; Rosenberg, Leanza & Seller, 2007; Candlin & Candlin; Raval & Smith, 2003). Furthermore, medical professionals' impressions of the interpreter and their degree of trust in interpreters is also likely to influence the outcome of the medical encounter (Raval & Smith, 2003; Gerrish, Chau, Sobwale & Birks, 2004; Lee, Lansbury & Sullivan, 2005; Diamond, Schenker, Curry, Bradley & Fernandez, 2009).

As for the interpreter's impact on health care services, Andrew DeCola (2011) poignantly outlines the necessity for change in language access to health care services in the United States by citing numerous cases in which the consequences of inadequate language access have been fatal, and points to the reality that failing to provide adequate services for individuals with limited English proficiency (LEP) is in fact a violation of their rights:

In Miami, Florida, the misinterpretation of a word delays treatment for Willie Ramirez and results in the 18-year-old living the rest of his life as a quadriplegic. At a doctor's office in Merced, California, Ker Moua's son, acting as the communication conduit between the doctor and his non-English speaking mother, mistranslates the doctor's instructions with respect to the prescription medication, and she overdoses. In Queens, New York, Moon Chul Sun, a Korean-speaking patient, is unable to communicate with doctors for three days until an interpreter that "spoke little Korean" tells him, while he is being discharged, that the only course of treatment was to take Tylenol. He dies a month later. And in Phoenix, Arizona, Griselda Zamora, a thirteen-year-old girl, dies from a ruptured appendix after being

discharged from a local hospital, where she was given a pregnancy test and a diagnosis of gastritis.

These cases illustrate a significant challenge facing a health care system that is unable to comply with federal regulations designed to address the needs of patients who are unable to communicate proficiently in English. One central tenet of the delivery of high-quality health care is the physician-patient relationship. Communication is essential to the development of this relationship and the status of patients' health is directly related to it. The communication gap between the increasingly language diverse population throughout the United States and their health care providers not only affects the health outcomes and lives of millions of limited English proficient (LEP) American taxpayers, but it also jeopardizes their legal rights. (DeCola, 2011: 152-153).

As DeCola argues, making compromises in health care can result in grave outcomes. Based on evidence that the use of professional interpreters improves outcomes for LEP patients, the current study was designed to further explore how the perception that medical professionals have of interpreters may be linked to the epidemic underuse of professional interpretation services in the United States health care system, where a constant promulgation of legislation championing language access has been met with inadequate action and lax enforcement (Andrulis, Goodman & Pryor, 2002; Flores, 2006; Diamond et al., 2009; Gray, Hilder & Donaldson, 2011).

Previous studies investigating this question have offered remarkably disparate results (Mesa, 2000 and Lee, Lansbury & Sullivan, 2005, for example), necessitating further speculation concerning the perception that medical professionals have of interpreters as possible grounds for their underuse. Certainly the impressions that medical professionals report of interpreters depend on a multitude of factors, many of which may not be directly linked to the performance of interpreters themselves. These factors may include national, city-wide, or medical center policies and cultural norms; the status, regularization and professionalization of the field of interpretation; the training of both interpreter and medical professional; the cost of using a professional interpreter; the patient's trust and openness with both medical professional and interpreter; and undoubtedly even the questions that the researchers ask or aspects they suggest for evaluation by their respondents.

The aim of the current study is to investigate the use and perception of interpreters by medical professionals in a mid-sized hospital located in the border city of San Diego, California. It was hypothesized that despite having had ample exposure to interpreters, medical professionals would lack concrete knowledge of the interpreter's role and would therefore exercise no preference between professional and *ad hoc* interpreters.

In order to become familiar with the setting and participants' attitudes regarding interpreters, two surveys were distributed to doctors and nurses in the hospital—one concerning use and perception of both professional and *ad hoc* interpreters, and another directed at bilingual providers or those who had some knowledge of another language. An analysis of the information regarding provider solutions to the frequent challenge of treating patients with limited English proficiency was analyzed and conclusions were made regarding the reality of language access to health care, including major areas for improvement.

2. Marco teórico

2.1 Estudios previos acerca de la percepción del intérprete

En un estudio publicado por Hale (2007: 145-156) sobre la percepción del intérprete según los abogados y médicos en Sydney, Australia, 41 proveedores de servicios rellenaron una amplia encuesta sobre sus experiencias con los intérpretes y sus opiniones sobre ellos. La autora destaca que entre los profesionales contactados, sólo el 20% respondió—una cifra que puede señalar la falta de interés en general por los intérpretes. El estudio tuvo como propósito descubrir si los proveedores de servicios consideraban al intérprete como un profesional. Las preguntas de la encuesta estaban relacionadas con los siguientes aspectos con respecto a los intérpretes: sus cualificaciones, la confianza en ellos, evaluación de su competencia, remuneración y sus derechos y responsabilidades.

Aunque los resultados revelan que el 80% de los médicos y el 100% de los abogados consideraron al intérprete como un profesional, Hale argumenta que las respuestas a otras preguntas indican que la realidad es distinta, ya que menos de la mitad de los encuestados opinaron que los intérpretes deben tener formación universitaria, mientras que casi la mitad estuvieron de acuerdo con que el intérprete no necesita ninguna cualificación para desempeñar su labor y otro cuarto pensaban que era suficiente saber las dos lenguas en cuestión. Además, ni los médicos ni los abogados sugirieron una remuneración acorde a la de un profesional. Algunos encuestados revelaron a través de varias respuestas que no comprendían el papel del intérprete; por ejemplo, varios indicaron que el intérprete tenía la responsabilidad de asegurar la comprensión del paciente o cliente en la visita, ignorando la realidad de que esta responsabilidad pertenece al proveedor de servicio.

Otra indicación que evidenciaba que los proveedores no eran conscientes de cómo trabajar con intérprete se revelaba mediante el hecho de que la mayoría afirmó utilizar la tercera persona o una mezcla de varias formas personales en sus interacciones con pacientes y clientes. Además, un porcentaje considerable de médicos y abogados (45% y 38%, respectivamente) afirmó que ellos mismos explicaban el papel del intérprete al comenzar la visita.

Según los resultados de esta investigación, Hale concluye que hay una confusión considerable que rodea el papel del intérprete, la cual complica la labor del intérprete formado que pretende complacer a ambas partes y a la vez mantenerse fiel a sus obligaciones éticas.

La investigación de Hale explora numerosos aspectos de la percepción del intérprete según los proveedores de servicios en los ámbitos sanitario y jurídico, tales como sus expectativas en cuanto a la profesionalidad de los intérpretes, sus cualificaciones y formación y el entendimiento de su papel. Por otro lado, otros estudios han indagado sobre aspectos más enfocados en la satisfacción de los proveedores en cuanto a los intérpretes. Cabe destacar en concreto los estudios de Mesa (2000) y Lee, Lansbury & Sullivan (2005).

El primero (Mesa, 2000) examina el caso de los intérpretes culturales en la ciudad multilingüe de Montreal en Canadá, la cual cuenta con un banco público de intérpretes profesionales (el Banco interregional de intérpretes de Montreal). El estudio fue diseñado con el fin de conocer las

expectativas tanto de pacientes como de profesionales sanitarios en cuanto a los intérpretes, su satisfacción con el servicio de interpretación, y la percepción de los métodos del intérprete en el desempeño de su labor según los profesionales médicos.

Los resultados, que se recopilaron de un muestreo de 288 profesionales médicos y 66 pacientes, revelan la plena satisfacción con los intérpretes según ambos grupos, quienes afirmaron que los intérpretes cumplían con sus expectativas. Asimismo, ambos grupos confiaban significativamente más en los intérpretes profesionales que en otros tipos de intérpretes para proporcionar interpretaciones fieles y exactas (78% de los profesionales y 88% de los pacientes). Confiaban además en que los intérpretes profesionales respetaban la confidencialidad (93% de los profesionales y 83% de los pacientes). El 96% de los profesionales médicos confiaban en las habilidades lingüísticas de los intérpretes profesionales y el 92% en su habilidad de avisar de posibles malentendidos. Sólo entre el 5 y el 9% de los pacientes prefirieron recurrir a un familiar o conocido como intérprete, citando que temían que el uso de un intérprete conocido o no profesional haría peligrar la confidencialidad de la visita y, además, que se sentirían comprometidos a devolver el favor.

Otro resultado que cabe destacar de la investigación de Mesa es que los proveedores de servicios y los intérpretes estaban de acuerdo en cómo colaborar como equipo. Los profesionales sanitarios expresaron que sin el servicio de un intérprete profesional que vela por la exactitud de las intervenciones, los procesos de diagnóstico y evaluación a los pacientes adecuadamente no son posibles y que además, la labor del intérprete permite a los pacientes ser informados y activos para su propia salud. Además, destacaron que trabajar con un intérprete constituía una ventaja porque éste les facilitaba una introducción al mundo del paciente y su familia, así como el desarrollo de un plan de tratamiento compatible con su cultura y valores.

Es interesante señalar otro de los pocos estudios disponibles sobre este tema (Lee, Lansbury & Sullivan, 2005), en el cual los resultados fueron muy distintos a los observados por Mesa (2000). Esta investigación, llevada a cabo en el estado de Nueva Gales del Sur en Australia, consistió en entrevistar a 6 fisioterapeutas en cuanto a sus actitudes sobre los intérpretes. Hay que destacar primeramente que aunque según los Procedimientos Normalizados para el Uso de Intérpretes Médicos en Nueva Gales del Sur es imprescindible aprovechar el Servicio de Intérpretes Médicos con los pacientes que no tengan dominio del inglés, los 6 entrevistados de este estudio indicaron que sólo se encontraban con intérpretes profesionales una vez al mes como máximo, ya que preferían utilizar a familiares del paciente, comunicación no verbal o un empleado bilingüe del centro (en este orden). Sus mayores quejas en cuanto a los intérpretes profesionales estaban relacionadas con la sospecha, la desconfianza, las limitaciones de tiempo y el coste que creen que supone el servicio.

En concreto, los entrevistados sospechaban sobre la exactitud y fidelidad de los intérpretes, ya que sus interpretaciones parecían demasiado largas o cortas comparadas con las intervenciones originales. Por otra parte, una de los entrevistados afirmó que los intérpretes dominan la relación entre proveedor y paciente. En cuanto a este sentimiento, los autores (Lee et al., 2005: 163) mencionan la importancia del concepto de la “*encroachment on [...] work autonomy*” (“la intrusión a la autonomía laboral”) y el hecho de sentir que se pierde control en una interacción en la que hay pausas y una secuencia antinatural de turnos (Pauwels, 1995). En cuanto al tiempo, uno de los entrevistados mencionó que siempre dedica 15 minutos extra en las visitas con

intérpretes para compensar el tiempo perdido en la interpretación, y lamentó que por este motivo a veces es posible que no haya tiempo para atender a los demás pacientes. En lo que se refiere a la puntualidad de los intérpretes, hubo una mezcla de perspectivas. La mayoría no señaló insatisfacción respecto a este asunto, pero una fisioterapeuta se quejó de que casi un tercio de los intérpretes no eran puntuales, y a otra le molestaba que una intérprete con quien había colaborado insistiera en irse justo al terminar el tiempo previsto de la visita.

No obstante, el problema más común que citaron los fisioterapeutas entrevistados en cuanto a inconvenientes de la interpretación fue el coste que creían que supondría el servicio. Uno dijo que la interpretación representa un “desperdicio de dinero”, mientras que otro opinó que es “un lujo” que el sistema sanitario no puede permitirse (Lee et al., 2005: 164). Otra sugirió que sería mejor utilizar voluntarios formados para desempeñar la labor de la interpretación. Los autores argumentan que estas percepciones sobre el coste del intérprete son erróneas, y citan que en 2004 según el Servicio de Salud del Área Central de Sydney el coste de la interpretación era de sólo 7 dólares por persona dentro de la población étnica, lo cual supuso tan sólo el 0,6% del presupuesto total del área. Además, destacan que los inmigrantes, como los demás ciudadanos, pagan impuestos y por consiguiente tienen derecho al acceso y equidad de los servicios sanitarios.

Según Lee et al., esta percepción principalmente negativa de los intérpretes, supone una colaboración reducida y un mayor riesgo de malentendidos y frustración por parte de ambos, pacientes y fisioterapeutas. Cuando este es el caso, el profesional médico actúa como “guardián” del servicio de interpretación (Gerrish, Chau, Sobawle & Birks, 2004) y por tanto puede perjudicar inconscientemente a la calidad del cuidado de sus propios pacientes.

Dados los resultados contradictorios de los estudios de Mesa (2000) y Lee et al. (2005), es interesante indagar en las diferencias entre los dos contextos que podrían haber influido en resultados tan dispares, como la formación y acreditación de los intérpretes, el requisito de cumplir con un código deontológico profesional y las leyes sobre la obligación de usar un intérprete profesional, incluyendo el posible coste.

Históricamente, tanto Canadá (Mesa) como Australia (Lee et al.) han sido considerados países pioneros en cuanto a la profesionalización y la regulación de la interpretación en servicios públicos. Es cierto, como se ha mencionado anteriormente, que en el caso de Australia existe una regulación regida por el Departamento de Salud de Nueva Gales del Sur (Health Department of New South Wales) que requiere el uso de un intérprete profesional. Como explican los autores del estudio, los intérpretes proporcionados por el Departamento de Salud son acreditados por la National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) y han de cumplir con un código deontológico determinado. No obstante, cabe destacar que es suficiente una acreditación a nivel 2, conocido como “*Paraprofessional Interpreter*” (“Intérprete Paraprofesional”), el cual según la descripción de los niveles de acreditación de la NAATI sólo es adecuado para interpretar “conversaciones generales” y no para interpretar en el ámbito sanitario (NAATI, 2001), aunque Lee et al. señalan que los intérpretes proporcionados por el servicio de interpretación sanitaria están obligados a asistir a cursos de formación continua y que conocen terminología médica y conceptos básicos médico-legales.

En el caso de Canadá, el entorno de la investigación de Mesa, los intérpretes del Banco interregional de intérpretes de Montreal trabajan como autónomos y no todos están acreditados

por una asociación en concreto, pero han de cumplir con requisitos específicos de formación y habilidades (Industry Canada, 2007). De hecho, todos los intérpretes registrados en el Banco reciben formación en la interpretación en el ámbito sanitario y en los servicios sociales obligatoriamente a través de la Université de Montréal. Otro dato de interés es que el Banco establece una definición concreta para el papel del intérprete, la cual según Mesa (2000: 69) se ubica entre los dos extremos de la mera traducción y la abogacía, y está basada en dos principios en concreto: 1. los propios proveedores de servicios son los “*masters of their professional intervention*” [“maestros de su intervención profesional”], y 2. “*clients’ autonomy and ability to make decisions regarding their own person must be respected*” [“la autonomía del cliente y su habilidad de tomar decisiones según su propia persona han de respetarse”]. El código deontológico de los intérpretes del Banco hace hincapié en la importancia de servir al proveedor y al cliente con equidad, facilitando además de los mensajes verbales y no verbales la comprensión de los valores, conceptos y prácticas culturales de las dos partes—valores y obligaciones cuya importancia se enfatiza en los cursos de formación. Según un informe de Industry Canada (2007: 24), efectivamente, “*The use of such interpreter Banks can increase demand for interpreting services as a result of the greater confidence of member institutions in their central organization*” [“El uso de Bancos de intérpretes como éste puede aumentar la demanda de los servicios de interpretación como resultado de la mayor confianza de los institucionales miembros en su organización central”].

A primera vista, estos detalles sobre la formación de los intérpretes en Nueva Gales del Sur y Montreal sugieren que hay pocas diferencias destacadas entre los intérpretes en los dos sistemas que podrían resultar en experiencias tan contrapuestas de los profesionales médicos con quienes trabajan. Mientras que es cierto que los dos grupos tienen cierto nivel de formación, en el caso de los intérpretes del Banco en Montreal, todos asisten a los mismos cursos universitarios, mientras que en Nueva Gales del Sur basta con tener un nivel bajo de acreditación complementado por cursos de formación continua y un conocimiento de la terminología. Parece que según su formación homogénea y el código ético común en el Banco de intérpretes en Montreal, estos intérpretes poseen una percepción más uniforme de su papel y el comportamiento apropiado para ello. No obstante, sin una descripción más detallada de la formación para los intérpretes en Nueva Gales del Sur, es difícil conocer las posibles discrepancias entre la formación de los dos grupos de intérpretes. Lo que sí se sabe es que en Montreal tanto los proveedores como los pacientes estaban muy satisfechos con los intérpretes y su nivel de profesionalidad, confiaban significativamente más en éstos que en los intérpretes *ad hoc*, y preferían a los intérpretes del Banco en todos los aspectos investigados. Todo esto sugiere que, como se observa en el informe de Industry Canada, hay una coherencia de cualificación y calidad entre los intérpretes del Banco, lo cual provoca expectativas consistentes por parte de profesional médico y paciente, algo que no parecía ser el caso en el estudio de Australia.

En la investigación de Lee et al. en Nueva Gales del Sur, los fisioterapeutas encuestados observaron una carencia de cohesión por parte de los intérpretes: algunos llegaban tarde, otros se iban pronto, y emergieron sospechas sobre la exactitud y fidelidad de sus interpretaciones. Sin embargo, lo que más les preocupaba fue el coste que creían que supondría el servicio. Cabe mencionar que a diferencia de Canadá, donde el uso del intérprete en el ámbito sanitario no está obligado por ley, en Nueva Gales del Sur sí que lo es. Paradójicamente, los proveedores entrevistados preferían usar intérpretes *ad hoc* que profesionales. Mesa también menciona que a pesar de la preferencia inequívoca por un intérprete profesional en Montreal, los profesionales

sanitarios afirmaron que también solían recurrir a intérpretes voluntarios o trabajadores bilingües del mismo centro para evitar el coste que esperaban que conllevaría la interpretación profesional. Si bien, Mesa, como Lee et al., argumenta que esta percepción del coste es exagerada y errónea, señalando el hecho de que recurrir al apoyo de compañeros bilingües puede ser aun más costoso tanto financieramente como en la calidad del cuidado sanitario. Sin embargo, es posible que la sensación de estar obligados a pagar el servicio del intérprete influya en el rechazo que sentían los fisioterapeutas en Nueva Gales del Sur hacia el intérprete.

En cuanto a la reticencia a usar intérpretes profesionales debido al coste que pensaban que supondría el servicio, es probable que los profesionales médicos, quienes tienen como mayor preocupación el bienestar de sus pacientes, no sean conscientes de que su decisión de optar por un intérprete no formado puede tener un efecto considerablemente negativo sobre el cuidado de éstos. Aunque muchos, especialmente los que ejercen su práctica en regiones con poblaciones diversas, están bien familiarizados con la necesidad de entenderse con sus pacientes de lenguas no mayoritarias, como explica Leanza (2005: 177), no están familiarizados ni formados con respecto a la labor del intérprete más allá de la simplificación de la misma como un mero *“instrument for obtaining or transmitting information”* (“instrumento para obtener o transmitir información”) con el paciente. Se puede presumir, si este es el caso, que el no considerar la importancia de la formación del intérprete por parte del profesional médico es debido en gran parte a su desconocimiento de la profesión de la interpretación e incluso del valor de los aspectos lingüísticos e interculturales en la consulta médica, los cuales están en peligro en manos de un intérprete no formado, así como del impacto que estos aspectos tienen en el tratamiento de los pacientes extranjeros. Siguiendo esta lógica sobre el desconocimiento cultural y del intérprete, la percepción que tienen los profesionales médicos probablemente no es instruida por la eficacia ni la pertinencia del tipo de interpretación sino por la percepción del inconveniente de tener que contactar con un intérprete y asumir el coste que incurre su servicio, cuando su labor les resulta ser una tan sencilla e inconsecuente que cualquier persona que conozca algo de las dos lenguas podría llevar a cabo.

Aparte de las variables relacionadas con la formación, la profesionalidad y el gasto asociado con su uso que podían haber influido en la percepción del intérprete en los dos estudios discutidos, ha de considerarse también el hecho de que en el estudio de Mesa, hubo 288 encuestados de varias especialidades dentro de los servicios sanitarios y sociales, mientras que en el estudio de Lee, Lansbury y Sullivan sólo hubo 6 entrevistados, todos los cuales eran fisioterapeutas. Sin más investigación, es peligroso generalizar las opiniones de estos 6 fisioterapeutas a las de otros profesionales médicos en Nueva Gales del Sur o Australia, pero aun así las discrepancias entre las conclusiones de estas dos investigaciones son provocativas.

El hecho de que estos dos estudios previos hayan podido llegar a conclusiones tan dispares sobre la percepción del intérprete, tanto según los proveedores de servicios como según los pacientes, sugiere que aparte de la variación entre los proveedores y los pacientes y sus consecuentes opiniones, puede haber variaciones significativas entre los propios intérpretes. Esta idea no es sorprendente, ya que la percepción inconsistente refleja la propia índole heterogénea del intérprete, cuyo papel y comportamiento varían según una gran multitud de factores, varias de las cuales se destacarán en el apartado 2.2.

Cabe mencionar, no obstante, que la influencia del intérprete y la percepción del mismo están necesariamente vinculadas al mero hecho de su necesidad y por tanto de su presencia, antes de cualquier acto por su parte. La introducción de una tercera parte en la consulta (es decir, el intérprete), independientemente de su nivel de imparcialidad, cambia la dinámica de la interacción entre profesional médico y paciente. Tanto el hecho de no existir una lengua común entre médico y paciente como la “tercera presencia” del intérprete influyen en múltiples procesos en la interacción médico-paciente, tales como fomentar confianza, entender los problemas del paciente e intentar marcar una diferencia por parte del médico (Bolton, 2002). Como observa Bolton, estas limitaciones en la visita no se originan precisamente en el comportamiento o la función del intérprete sino por otros factores, como la disparidad de poder y la situación del paciente como “extranjero” en cuanto a cultura y lengua. Se ha de tener en cuenta que la presencia del intérprete está directamente correlacionada con la influencia de estos otros factores ajenos, independientemente de su propio comportamiento e influencia en la interacción.

Además de Bolton, otros autores también han explorado las limitaciones inherentes en la comunicación a través de un intérprete. Como explican Raval y Smith (2003) en la cita a continuación, la comunicación traducida se ha demostrado inherentemente desigual a la comunicación monolingüe. Esto ocurre por varios factores, como son la pérdida de sentidos metafóricos y del entendimiento mutuo. No obstante, recuerdan que estos cambios no son separables de la traducción, ya que son los mismos procesos que permiten la comunicación entre dos partes que no comparten una lengua:

Translation in the absence of contextual understanding will inevitably be incomplete (Bruner 1978; Steiner 1998). Opportunities to convey one's intentions (Hudson 1996; Hymes 1972), to define the parameters of a given relationship through the process of a conversation (Geertz 1973; Shotter 1993), to utilize metaphoric communication (Bassnett 1991; Garfinkel 1972), to influence the outcome of an interaction, and to achieve mutual understanding become less available when communication has to take place through an interpreter. The inevitable changes that occur in translation and the need to simplify questions and the language used can be considered necessary for meaningful and culturally appropriate communication to take place (Raval & Smith, 2003: 23).

Sin embargo, cabe mencionar que esta perspectiva no es siempre unánime. Hale cita un estudio en el cual la presencia del intérprete (si es un profesional) y su labor no influyeron en la eficacia del proveedor ni en la relación entre proveedor y usuario:

Englund Dimitrova (1997) analysed the work of a professional, trained medical interpreter in Sweden. The data show that the interpreter interprets every turn accurately and always uses the first person. Englund Dimitrova's points of interest in the interpreted interaction are issues of turn-taking and the use of feedback and overlapping speech, all of which are of particular relevance to Community Interpreting due to the close proximity with the interlocutors. Unlike the examples of the untrained interpreters, where the interpreters monopolise the interactions, in Englund Dimitrova's study the doctor is clearly in control and takes most of the turns, a finding that corroborates studies into doctor-patient monolingual discourse. In her words, "doctors take the initiative and basically maintain it throughout the encounters. The fact that there is a third speaker present, the interpreter, does not change this relationship" (1997: 156) (Hale, 2007: 57-58).

No obstante, se critica al intérprete incluso antes de cualquier acto por su parte. El intérprete es una figura vulnerable a la crítica por el propio hecho de su necesidad y lo que implica su

involucramiento, pese a que paradójicamente es una figura cuyo fin es facilitar y mejorar la comunicación multilingüe y multicultural tanto para el profesional médico como el paciente. En cuanto a la realidad, una revisión de la literatura que trata sobre la percepción del intérprete según los proveedores de servicios revela que no hay consenso sobre si la presencia del intérprete facilita o entorpece la comunicación con el usuario de lengua no mayoritaria.

En varios estudios, los proveedores expresan que la comunicación se hace más pesada y menos eficaz con la presencia del intérprete (Gerrish, Chau, Sobwale & Birks, 2004, Leanza, 2005, Lee, Lansbury & Sullivan, 2005, Raval & Smith, 2003, Rosenberg, Leanza & Seller, 2007), mientras que otros estudios han concluido lo contrario: que el intérprete hace posible una comunicación eficaz (Hadziabdic, Albin, Heikkilä & Hjelm, 2010, Gray, Hilder & Donaldson, 2011, Mesa, 2000). Interesantemente, también hay evidencia de que el resultado de la visita interpretada no es responsabilidad única del intérprete sino de todas las partes involucradas (intérprete, médico y paciente), además de varios factores tangibles y organizacionales (Fatahi, Hellström, Skott & Mattsson, 2008). Como ya se ha mencionado anteriormente, estas opiniones dependen de muchos factores: el tipo de intérprete (profesional versus *ad hoc*), el modo de interpretación (en persona, telefónica, consecutiva, simultánea), y los principios que rigen el comportamiento del intérprete (imparcialidad, fidelidad y precisión, profesionalidad, puntualidad), que se comentarán más detalladamente a continuación en el apartado 2.2.

2.1.1 Percepciones negativas

Los proveedores de servicios sanitarios en los estudios anteriormente mencionados expresaron que la comunicación mediante intérprete era problemática destacan en general los siguientes inconvenientes: 1. visitas más largas y menos organizadas (lo cual puede ocasionar problemas para el horario de citas y atención a otros usuarios) (Raval & Smith, 2003; Gerrish et al., 2004; Lee et al., 2005 y Rosenberg, et al., 2007), 2. sospechas sobre la precisión y fidelidad en la interpretación (Raval & Smith, 2003; Lee et al., 2005 y Rosenberg et al., 2005), 3. una pérdida de control y autonomía por parte del proveedor (Raval & Smith, 2003; Leanza, 2005; Lee et al., 2005), 4. dificultad en fomentar una relación con el usuario (Raval & Smith, 2003 y Rosenberg et al., 2007), 5. más obstáculos en la comunicación con el usuario en general (Raval & Smith, 2003 y Leanza, 2005), 6. impedimentos en recopilar información relevante sobre el paciente (Raval & Smith, 2003 y Rosenberg et al., 2007) y 7. una mayor dificultad en negociar cambios en el comportamiento del paciente debido al “filtro” del intérprete (Rosenberg et al., 2007), 8. el coste de contratar un intérprete profesional (Lee et al., 2005).

Importantemente, algunos de ellos diferenciaron entre los intérpretes profesionales y los intérpretes *ad hoc* (por ejemplo, los familiares del paciente). Los proveedores en el estudio de Rosenberg et al. (2007) describieron a los intérpretes *ad hoc* como menos cualificados que los profesionales en cuanto a su conocimiento de la terminología médica y sus expectativas en cuanto a los encuentros médicos. Además, afirmaron que trabajar con un profesional era más fácil, les permitía más control (se sentían más libres a hacer preguntas sobre temas “sensibles”, las cuales podrían incitar opiniones indeseadas de un familiar) y notaron que los profesionales eran más imparciales en sus interpretaciones. Si bien los proveedores aún se preocupaban por omisiones y la fidelidad de las interpretaciones tanto de los profesionales como los familiares, la mayoría asumía que la información proporcionada por un familiar se filtraba más y era menos exacta y fiel comparada con la que se transmite por un intérprete profesional.

Rosenberg et al. (2007: 290-291) observaron la siguiente tendencia en cuanto a los motivos por la preferencia por profesionales: *“Physicians for whom patient autonomy was central to their work preferred working with professional translators because the patient was felt to be answering for herself and thus making her own decisions”* (“Médicos para quienes la autonomía del paciente era central para su labor preferían trabajar con traductores profesionales, ya que consideraban que el paciente contestaba por sí mismo y por tanto tomaba sus propias decisiones”).

No obstante, los médicos en el mismo estudio no destacaron una preferencia invariable por los intérpretes profesionales. Al contrario, expresaron razones por las cuales preferían que el intérprete fuese un familiar: los familiares sirven como una fuente de información sobre el paciente, lo cual favorece el proceso diagnóstico. Además, varios consideraron que las visitas con familiares eran más eficientes porque asumían que la información que el familiar omite en la visita sería transmitida al paciente después de la consulta. Sin embargo, los autores destacan que a pesar de estas expectativas por parte del médico, eran pocos los que mencionaban estas expectativas a los familiares para asegurar su cumplimiento. Una última curiosidad sobre las impresiones de los intérpretes en este estudio es la disparidad en las expectativas sobre los dos tipos de intérpretes. Los médicos esperaban que los profesionales sirviesen como *“culture brokers”* (intermediarios culturales), mientras que su expectativa sobre los familiares era que fuesen *“caretakers”* (cuidadores).

Al final, parece que cada proveedor tiene sus propias razones por elegir un tipo de intérprete u otro, la mayoría de las cuales finalmente consideran beneficiosas para el paciente. No obstante, los autores observan que aunque estos resultados coinciden con estudios anteriores, lo sorprendente es cómo las propias expectativas de los médicos podían influir en el resultado de la interacción por la manera en la que éstos deciden adaptar su comportamiento según el tipo de intérprete:

The surprise comes from the way physicians differentiate working with family and professional interpreters. Physicians seem to follow the communication rules they were taught with the professional interpreters only. When they use these rules, the relationship with the interpreter (and the patient) becomes a frustrating and instrumentalized one, based on the “translating machine” metaphor. In contrast, physicians act as though these rules are not relevant with family interpreters who are also caregivers. They are thus free to establish another kind of relationship based on the “partnership” metaphor (Rosenberg, Leanza & Seller, 2007: 291).

De igual modo, un estudio de Gerrish et al. (2004) reveló que las enfermeras entrevistadas influían en el impacto del servicio de interpretación por actuar como *“gatekeepers”* (“guardianes”) del mismo. Los autores concluyeron que las enfermeras estaban más dispuestas a aprovechar el apoyo lingüístico de los familiares del paciente que sugerir el uso de un profesional. Los factores más importantes en el uso de un profesional eran su formación en cómo trabajar con intérprete y su control del tiempo en las visitas. Además, una formación inadecuada de las enfermeras perjudicaba la calidad de la interacción con un intérprete.

Otros autores señalan distintos conflictos y trabas que se presentan en las interacciones con intérpretes. Tras grabar consultas de 8 pediatras noveles en Suiza desarrolladas con intérprete y entrevistarlos posteriormente usando el video para provocar reacciones, Leanza (2005) observó que los proveedores consideraban que la comunicación se entorpecía con la presencia del

intérprete. Afirmaban que les resultaba complicado obtener la información necesaria para desempeñar bien su labor como profesional y manejar el tiempo de la visita. Leanza ofrece su propia impresión de los orígenes de este tipo de dificultad:

[The clinicians] appear to see interpreters in the manner presupposed by the official code of ethics: as a neutral “translating machine” or neutral ally in the consultation. Such perceptions may well pose a challenge to the physician’s position, ethics, knowledge and power. Overall, it seems that for the pediatrician, the interpreter is mainly an instrument for obtaining or transmitting information, and is only rarely seen as a real actor in the clinical interaction with whom beneficial collaboration may occur (Leanza, 2005: 177).

Más allá del mero entorpecimiento en la comunicación a través de intérprete, Raval y Smith (2003) encontraron otros sentimientos más concretos compartidos por los profesionales médicos a quienes entrevistaron en el Reino Unido. Éstos destacaron que varios rasgos esenciales de la comunicación médico-paciente se pierden en la comunicación a través de un intérprete; por ejemplo, decían, sufre el vínculo emocional entre las dos partes, así como el entendimiento mutuo a nivel personal.

2.1.2 Percepciones sobre el papel del intérprete

Otros autores, en vez de examinar la percepción negativa o positiva que existe sobre la figura del intérprete, han abordado el tema desde otro punto de vista igualmente revelador y posiblemente aun más constructivo: el de las expectativas que tienen los proveedores de servicios para el papel del intérprete.

En su estudio de 2000, Pöchhacker indaga sobre el papel del intérprete según unos 600 médicos, enfermeras, terapeutas y trabajadores sociales en Viena, Austria. Antes de entrar en los resultados de la investigación, delinea los motivos por los cuales existe tanta dificultad en definir su papel:

As pointed out by Gentile et al. (1996: 37), “the work of liaison interpreters covers such a variety of situations, and is often performed in such an ad hoc manner by untrained and sometimes unwilling practitioners, that it is difficult to specify behaviour requirements.” In the absence of commonly accepted standards of practice, the interpreter’s task definition may be situated anywhere along the spectrum between those who would limit the interpreter’s role to that of a linguistic conduit or “language converter” and those who regard cultural brokering or advocacy as an integral component of the interpreter’s role. (Pöchhacker, 2000: 51).

Pöchhacker (2000: 51) también cita a Anderson en su convincente explicación de la vaguedad del papel del intérprete y la tendencia a sobrecargar al intérprete con demasiadas expectativas para su función:

[T]he interpreter’s role is always partially undefined—that is, the role prescriptions are objectively inadequate [...] The interpreter’s position is also characterized by role overload. Not only is it seldom entirely clear what he is to do, he is also frequently expected to do more than is objectively possible. (Anderson, 1976, como citado en Pöchhacker, 2000).

Las respuestas de los 32 intérpretes encuestados a las mismas preguntas que contestaron los proveedores de servicios indican la misma complicación: Pöchhacker (2000: 65) señala que los mismos intérpretes “were shown, on the whole, to share a rather expansive view of their role” (“demostraron compartir, en general, una vista bastante expansiva de su papel”). Este hecho, que

se ha mostrado en múltiples estudios (por ejemplo Bot, 2003 y Angelelli, 2004), nos lleva a la pregunta de quién es exactamente el que debe definir el papel, actualmente vago, del intérprete: ¿los mismos intérpretes, los proveedores de servicios, los usuarios, o alguna combinación de los tres? A propósito, la presente investigación, aunque no es capaz de contestar esta pregunta, pretende inspirar reflexión sobre ella.

En concreto, la tarea que más aprobación recibía por parte de los proveedores de servicios en el estudio de Pöchhacker era la de avisar a las distintas partes sobre posibles malentendidos (96%). Otra tarea destacada, la cual señaló el 92% de los proveedores, era la de rellenar formularios con clientes. También se mostraba su preferencia para que los intérpretes aclarasen intervenciones confusas por parte del usuario con preguntas complementarias de manera inmediata (88%), que explicasen el lenguaje técnico para los usuarios (87%), y que resumieran declaraciones largas y torpes de los usuarios (73%). El 62% esperaba que el intérprete explicase referencias a culturas extranjeras. El mismo porcentaje (62%) expresaba su preferencia para que el intérprete hiciera preguntas y diera información a petición del proveedor. La única tarea que se rechazaba en gran parte era la de omitir declaraciones que no se ajustaban al tema para evitar perder el tiempo (34%).

Pöchhacker señala que la mayor variación en las preferencias de los proveedores según el tipo de proveedor (médico, enfermera, terapeutas y trabajadores sociales) se marcaba entre los médicos y las enfermeras, mientras que las respuestas de los otros dos tipos de proveedores siempre se hallaban entre estos dos extremos. Las únicas tareas en las cuales los médicos y las enfermeras estaban de acuerdo eran las dos más aprobadas en general: avisar sobre posibles malentendidos y rellenar formularios. En cuanto a las otras, las enfermeras aprobaban significativamente más que los médicos las siguientes tareas: simplificar el lenguaje técnico, explicar el lenguaje técnico, resumir las declaraciones del usuario, omitir para ahorrar tiempo, aclarar con el usuario, y hacer preguntas e informar a petición del proveedor.

También es interesante la comparación que hizo Pöchhacker entre los proveedores y los mismos intérpretes que completaron la encuesta además de los proveedores. Los 16 intérpretes de lengua hablada que contestaron estaban de acuerdo con los proveedores en la mitad de sus preferencias, pero en cuanto a rellenar formularios, resumir declaraciones, explicar referencias culturales y sus significados y preguntar e informar a petición del proveedor, no estaban de acuerdo.

En general, y como muestran los datos, un número significativo de los 600 proveedores encuestados esperaba que los intérpretes desarrollasen tareas más allá de “*just translating*” (“traducir sólo”) o “*faithful relaying*” (“transmisión fiel”) (Pöchhacker, 2000: 51, 49). Exceptuando la omisión, los proveedores manifestaron su expectativa sobre que los intérpretes tengan la libertad y el deber de desarrollar tareas de edición, como son la simplificación de terminología y la explicación de la misma, así como tareas de coordinación de la conversación, como son hacer preguntas directas de aclaración y avisar de malentendidos.

Fatahi, Hellström, Skott and Mattsson (2008), en una investigación parecida a la de Pöchhacker (2000), exploran las expectativas de 8 médicos de familia experimentados en Suecia. A pesar de la muestra, que es significativamente más pequeña, los datos que recopilamos no dejan de ser de gran interés por su contenido: no sólo demuestran la perspectiva de los profesionales médicos con respecto al papel del intérprete sino también las cualidades personales y la actitud de las otras dos

partes involucradas (paciente y médico). Los datos son curiosos por la importancia que los entrevistados dan al comportamiento de las tres partes involucradas en el resultado de la visita, en vez de centrarse en el del intérprete únicamente. Asimismo, además de una evaluación de las personas, también valoraron las circunstancias idóneas para optimizar la comunicación a través del intérprete en cuanto a las cualidades tangibles de la consulta, como el posicionamiento y la continuidad del mismo intérprete.

En cuanto al papel del intérprete, Fatahi et al. (2008: 41) explican que los médicos encuestados describieron el deber del intérprete en general como “*building a bridge*” (“crear un puente”). Muchos hicieron hincapié en las cualidades de la imparcialidad, la credibilidad y la neutralidad. Algunos mencionaron el papel que pueden jugar el sexo y la disposición política del intérprete en su neutralidad y eficacia. Por ejemplo, uno de los médicos recordó la siguiente situación con una paciente: “*A female patient once presented unclear symptoms. Two weeks later she came back with a female interpreter and hemorrhoids were diagnosed*” (“Una paciente una vez se presentó con síntomas poco claros. Dos semanas más tarde volvió con una intérprete femenina y se le diagnosticaron hemorroides”) (Fatahi et al., 2008: 41). También mencionaron que el intérprete debe actuar como una “*pure ‘interpreting machine’*” [“pura ‘máquina de interpretación’”] (Fatahi et al., 2008: 42). Es decir, no debe ni añadir ni omitir información. Otra cualidad popular entre los encuestados fue el equilibrio emocional. Uno explicó, “*An interpreter must be able to keep an emotional balance regarding nearness and distance in relation to patients*” (“Un intérprete debe ser capaz de mantener un equilibrio emocional en cuanto a la cercanía y la distancia en relación con los pacientes”) (Fatahi et al., 2008: 42). Por último, expresaron sus preocupaciones por el uso de familiares del paciente como intérpretes, ya que pueden perjudicar la neutralidad y el resultado de la consulta.

Resumiendo las observaciones de los médicos con respecto al intérprete, los autores destacan la importancia de la elección del intérprete en el resultado de la consulta:

The interpreter’s presence turns a traditional dyadic interaction into a triadic, adding considerable complexity to the social situation and the many challenges it generates. The choice of interpreter should be individualized, minimizing the influence of differences in factors such as sex, ethnic background, and native language between patient and interpreter (Fatahi et al., 2008: 44).

Los autores observan que las cualidades que los médicos consideraron idóneas para sí mismos se pueden resumir como una “*ability to embrace cultural circumstances*” (“habilidad de aceptar circunstancias culturales”) (Fatahi et al., 2008: 42). En esta misma línea, reconocieron la importancia de tener experiencia con diferencias culturales e interesarse por las condiciones culturales de sus pacientes.

En su evaluación de la tercera y última parte en la consulta—el paciente—los médicos encuestados subrayaron su “*ability to participate*” (“habilidad a participar”) como la cualidad más importante para un buen resultado. Reconocieron la dificultad en la participación para los pacientes extranjeros, dada su transferencia a una posición inferior en la presencia del médico y el intérprete, quienes gozan de lo que es para ellos un entorno conocido y seguro, lo cual puede llevar al paciente a esconderse detrás del intérprete y hablar directamente con él en vez de dirigirse al médico. No obstante, los médicos afirmaron que la cooperación por parte del paciente es clave; éste ha de “*take responsibility for [his] illness*” (“asumir la responsabilidad de su

enfermedad”) (Fatahi et al., 2008: 42) y estar dispuesto a hablar con el médico en vez de esperar que el intérprete lo haga por él.

Por último, describen la importancia de las cualidades tangibles de la visita: en concreto, la orientación espacial de las partes, la continuidad del intérprete, el tiempo, y el tipo de intérprete. Preferían que la distancia entre médico y paciente fuera la más corta, y que el intérprete estuviera equidistante a estos dos. También importante era el posicionamiento espacial. Uno comentó que “*bad physical organization could spoil the openness searched for*” [“la mala organización física puede estropear la sinceridad deseada”] (Fatahi et al., 2008: 43). En cuanto a la continuidad, aseguraron que las tres partes están más relajadas cuando siempre trabajan con el mismo intérprete. El tiempo también provocaba preocupaciones, ya que la posibilidad de cometer errores se aumenta cuando hay tres partes, y los malentendidos requieren más tiempo para solucionarse. No obstante, los encuestados no mencionaron una solución a esta traba. Finalmente, expresaron una preferencia por un intérprete presencial, ya que esto crea seguridad para el paciente y actúa como “*a physical contact link*” (“un vínculo físico de contacto”) (Fatahi et al., 2008: 43) al personal médico.

2.1.3 Percepciones positivas

Tras el resumen de las investigaciones en las que se han encontrado perspectivas desfavorables para el intérprete según los profesionales médicos y los dos que exploran las impresiones del papel idóneo del intérprete, se hablará de las conclusiones de varios estudios en las que los profesionales médicos expresaron opiniones favorables de los intérpretes.

En la investigación de Hadziabdic, Albin, Heikkilä & Hjelm (2010), 24 profesionales (11 médicos, 9 enfermeras, 2 fisioterapeutas y 2 auxiliares de enfermería) en Suecia respondieron a preguntas sobre su impresiones de los intérpretes. En general, expresaron satisfacción con éstos, pero esta satisfacción dependía del cumplimiento de varios factores: tanto características del intérprete como características organizacionales de la visita. Las características decisivas para el intérprete eran que éste fuese un profesional formado con el conocimiento adecuado de las dos lenguas y de la terminología médica, que interpretase literalmente y con objetividad, y que la interpretación se hiciera en persona (a diferencia de la interpretación remota). Los aspectos organizacionales que influían en la percepción de la interpretación tenían que ver con el correcto funcionamiento del equipo técnico, la tranquilidad del ambiente, la puntualidad, la documentación sobre las habilidades del paciente en cuanto a los idiomas y el servicio proporcionado por la agencia de intérpretes y la disponibilidad de éstos. Los autores destacan la importancia de establecer una organización de intérpretes que ofrezca intérpretes formados y profesionales para asegurar un servicio rentable y de alta calidad.

En otra investigación, Gray, Hilder & Donaldson (2011) indagaron sobre la satisfacción con los intérpretes en encuentros médicos en un centro de salud en Nueva Zelanda que tenía un alto número de interpretaciones desarrolladas por intérpretes profesionales comparado con otros centros del mismo país. A pesar de este hecho, en el 49% de las consultas interpretadas los intérpretes no tenían formación (la mayoría eran familiares). Los investigadores observaron que los médicos estuvieron satisfechos con estos intérpretes no formados el 88% de las veces, pero sólo en las consultas “OTD” (“*on-the-day*”/“del mismo día”), mientras que sólo estaban satisfechos con los intérpretes no formados el 36% de las veces en visitas citadas con antelación.

A cambio, el nivel de satisfacción con los intérpretes de plantilla, quienes sólo estaban presentes en el 28% de las visitas, fue del 100%. El otro 21% de las veces se utilizaban intérpretes telefónicos, quienes recibieron valoraciones mixtas. No cabe duda de la preferencia por los intérpretes profesionales y presenciales en este estudio, sobre todo en las visitas planificadas—lo cual sugiere una percepción positiva de los mismos—aunque los autores no indagaron sobre las cualidades en concreto que se favorecían.

Gray et al. (2011), quienes concluyeron que a pesar de la preferencia por un intérprete profesional, los profesionales médicos seguían usando intérpretes *ad hoc* el 49% de las veces, lamentan el uso tan infrecuente de intérpretes formados y profesionales. En respuesta a esta conclusión aparentemente paradójica, observan la idoneidad de aprovechar el servicio de los intérpretes profesionales, a pesar de la comodidad de conformarse con el uso de familiares:

In primary care settings where on-going relationships, continuity and trust are important – the ideal option (often not possible) is an in-house trained interpreter. The complexity of interpreted consultations needs to be appreciated in making good judgements when choosing the best option to optimise communication and in assessing when there may be a place for family interpreting (Gray, Hilder & Donaldson, 2011: 240).

De igual modo, Bagchi, Dale, Verbitsky-Savitz y Andrecheck (2010), compararon la eficacia y la satisfacción con servicios proporcionados por intérpretes profesionales presenciales y las alternativas: intérpretes *ad hoc* (en este caso familiares, amigos, médicos o enfermeras), interpretación telefónica, o la carencia de interpretación por completo, y concluyeron que el entendimiento del paciente y la satisfacción tanto por parte del paciente como por parte del profesional médico eran significativamente mayor con el servicio del intérprete profesional y presencial.

Por último, en el estudio de Leanza (2005), anteriormente mencionado en el apartado 2.1.1 sobre las perspectivas desfavorables del intérprete, aunque en general los pediatras entrevistados estaban poco satisfechos con sus experiencias con intérpretes, 2 de los 8 reconocieron al menos una ventaja de la colaboración con intérprete. Ésta era su habilidad de compartir con los proveedores información útil sobre la cultura de sus pacientes, la cual Leanza (2005: 177) describe como la función de ser un “*two-way Cultural Informant*” (“Informante Cultural bidireccional”). (No obstante, los otros 6 médicos comentaron que esta función era unidireccional, de profesional médico a los padres del paciente.) Además, estos entrevistados reconocían el papel importante que el intérprete puede jugar en el apoyo a las familias fuera de la consulta, por ejemplo aclarando indicaciones para medicamentos (aunque esta práctica se desaconseja en la mayoría de los códigos éticos para intérpretes profesionales).

Muchas de las observaciones de los encuestados en estos estudios hacen eco de las expuestas en la investigación anteriormente descrita de Mesa (2000). En resumen, las cualidades y funciones del intérprete que se favorecían en las investigaciones descritas son: 1. ser intérprete profesional (Kuo y Fagan, 1999; Mesa, 2000; Fatahi et al., 2008; Bagchi et al., 2010; Hadziabdic et al., 2010 y Gray et al., 2011) 2. su presencia física en la consulta (Fatahi et al., 2008; Bagchi et al., 2010; Hadziabdic et al., 2010 y Gray et al., 2011), 3. la fidelidad, exactitud, y literalidad de la interpretación (Mesa, 2000 y Leanza, 2005), 4. el conocimiento cultural que pueden compartir (Mesa, 2000 y Leanza, 2005), 5. sus habilidades lingüísticas (Mesa, 2000 y Hadziabdic et al., 2010), 6. el hecho de facilitar la autonomía del paciente (Mesa, 2000 y también mencionado por

varios encuestados en Rosenberg, Leanza & Seller, 2007), 7. la confidencialidad (Mesa, 2000), 8. avisos de posibles malentendidos (Mesa, 2000), 9. la imparcialidad (Hadziabdic et al., 2010) y 10. la continuidad del mismo intérprete (Fatahi et al., 2008).

Esta consulta de la literatura sugiere que las dos vistas tan extremas y contrapuestas del intérprete descritas anteriormente por Mesa (2000) y Lee, Lansbury & Sullivan (2005) son bastante raras. De hecho, son relativamente pocos los estudios que exploran la percepción del intérprete según los profesionales médicos—un hecho que apunta en sí mismo a implicaciones sobre el desconocimiento total del intérprete profesional. Como se ha demostrado, la mayoría de los estudios que se han publicado no describen la opinión de los proveedores según su experiencia con intérpretes profesionales sino su reticencia a aprovechar el servicio del intérprete profesional, lo cual les parece ser un coste extra que es fácilmente evitado aprovechando otros modos de comunicación, como son el uso de un familiar del paciente o un empleado bilingüe del centro de salud como enlace lingüístico. Por lo tanto, mientras que es imposible conocer la verdadera percepción que tienen los profesionales médicos del intérprete profesional a través de la literatura académica actualmente disponible, el hecho de ignorar o incluso rechazar el apoyo de los mismos revela la noción de que su labor no tiene mayor valor, o al menos no uno suficientemente beneficioso, para aprovecharla. Por tomar la decisión de desechar al servicio de los intérpretes formados, los profesionales médicos inconscientemente ponen en peligro e incluso perjudican la situación y la salud de sus propios pacientes (Andrulis, Goodman & Pryor, 2002; Blake, 2003; Cambridge, 1999; Flores, 2005; Karliner, Jacobs, Chen & Mutha, 2007; Vazquez & Javier, 1991).

2.2 Factores que influyen en la percepción del intérprete

Various factors that influence the perception that medical professionals have of interpreters have been mentioned in the studies described above. Intriguingly, some of the factors that have been cited as promoting either negative or positive perceptions overlap; that is, the same factor that has a favorable influence in some cases actually appears to be detrimental in others. For example, some medical professionals find it difficult to foster a relationship with their patients when using an interpreter, whereas others appreciate the glimpse into their patient's world and culture that the interpreter offers. Some find it difficult to negotiate changes in the patient's behavior through the "filter" of the interpreter, whereas others are grateful for the interpreter's involvement in granting the patient the ability to be informed, involved, and active in their own treatment. Furthermore, in some instances the satisfaction of or failure to satisfy a factor is what determines whether the factor has either a negative or positive impact. This is the case, for example, with the factor of accuracy: whereas some medical professionals report suspicions about accuracy of interpretation and its threats to their own work, others praise the faithfulness and accuracy of interpreters.

Given the current findings, it becomes apparent that there are few, if any, aspects of interpreted encounters that generate strictly positive or negative perceptions from medical professionals. For this reason this section will not include lists of factors weighed as positive or negative (which are already provided above based on past research), but rather a brief introduction to the factors pertinent to interpreted encounters which have been reported as having an impact on the medical professional's impression of the interpreter, and commentary on said factors will in most instances be brief. Following the factors raised by medical professionals themselves there will be

a brief mention of factors raised by interpretation research which are also believed to impact the quality of interpretation and are also likely to influence service provider views.

2.2.1 Factores que citan los profesionales médicos

To begin, one frequently cited factor is time. Visits may have a longer extension than those of same-language patients due to the time required for interpretation. This is sometimes reported as a menace to the schedule of visits and a disservice to other patients who must wait or have their own visit cut short. In the same vein, the time lapse that occurs in communication via interpreter during the visit and the sense of having an obstacle to free discussion with the patient that this creates are also cited and generate the resulting factors of perceived difficulty in collecting relevant information about the patient and perceived difficulty in negotiating patient behavior.

Another factor that is mentioned with great frequency is the interpreter's training and whether the interpretation is performed *in situ* or remotely (via telephone or video). Whereas medical professionals have cited various reasons for preferring either professionals or family members as interpreters, the findings of ample research on the objective outcomes of using professional versus *ad hoc* interpreters must be given due importance. A systematic literature review conducted by Flores (2005) revealed that quality of care, patient satisfaction, and outcomes for patients requiring an interpreter were positively influenced by the use of a professional interpreter, whereas the use of untrained interpreters had a negative impact on quality of care and was associated with more interpretation errors. Another literature review (Karliner, Jacobs, Chen & Mutha, 2007) confirmed this finding: the studies therein reviewed revealed a positive impact of professional interpreter services on factors such as communication, outcomes, and patient satisfaction with care.

A later study, not included in either of the aforementioned literature reviews, found that potentially consequential errors were significantly fewer dependent upon hours of training received by interpreters; thus potentially grave errors committed by *ad hoc* interpreters were significantly more frequent (22%) than those of trained interpreters (12%) (Flores, Abreu, Barone, Bachur & Lin, 2012). It is important to note that while references to untrained interpreters often suggest that the interpreter is a family member of the patient, this is not always the case, and as is suggested by the previous study, the dangers of untrained interpreters may not be linked to compromised impartiality due to their proximity to the patient, but a mere lack of training in interpretation. This is demonstrated in a study by Elderkin-Thompson, Cohen Silver & Waitzkin (2001), in which interpretations provided by bilingual nurses on the hospital staff were analyzed for errors. The authors concluded that this use of untrained *ad hoc* interpreters, albeit medical professionals, resulted in "serious miscommunication problems that affected either the physician's understanding of the symptoms or the credibility of the patient's concerns" (Elderkin-Thompson et al., 2001: 1343).

Finally, in addition to the risks taken and sacrifices made in the quality of care, Leanza (2005) calls attention to the fact that this practice can also be detrimental to *ad hoc* interpreters themselves, especially when they are children:

While [using an *ad hoc* interpreter] addresses the issue of language, it raises other important problems. There remain risks of misdiagnosis [...] (Vasquez & Javier 1991), and consultations

are less likely to help the patient express difficult feelings or events (Eytan et al. 2002); confidentiality is not assured, and there is evidence that untrained interpreters feel significant stress and discomfort (Sasso 2000). When children interpret for their parents, not only are the dynamics of the family challenged (Ngo-Metzger et al. 2003), but the children themselves may be at severe risk for psychological sequels (Jacobs et al. 1995) (Leanza, 2005: 168).

The medical professional's awareness of the effects of using professional versus *ad hoc* interpreters is dubious, although it is true that there are often logistical obstacles beyond a lack of awareness to choosing a professional, such as cost, patient preference, and availability. Nevertheless, it is not always the case that even informed medical professionals opt for professional interpreters (Diamond, Schenker, Curry, Bradley & Fernandez, 2009).

The type of interpretation depends not only on the training of the interpreter but also on the mode of interpretation. This ranges not only from *in situ* to remote interpreting but also whether the interpretation is consecutive or simultaneous. The physical presence of the interpreter is a factor that has certainly arisen in the literature in terms of the medical professional's perception of the interpreter, and although less frequently mentioned, some medical professionals have also made reference to consecutive or simultaneous interpretation in their evaluations.

In discussing the type of interpreter, it is logical to mention cost, which constitutes another factor influencing opinions of interpreters and which depends on the interpreter's training or lack thereof. That is to say that a professional interpreter may constitute an expense that in some cases (depending on local policy) the medical professional may have to assume, unless a family member or other bilingual person, such as a hospital staff member, offers to interpret.

Many medical professionals also cite the continuity of the same interpreter throughout the treatment of a patient as crucial to the quality of care in interpreted visits, thus whether this continuity is satisfied or not may influence their opinion of interpreted visits.

Two final factors inherent to the interpreter which have been mentioned by medical professionals in their reviews of interpreters and which have also been considered influential in the outcome of the interpreted encounter are the interpreter's gender and political disposition.

So far only factors inherent to the interpreted encounter have been mentioned, whereas medical professionals also frequently take into account the skills and behavior of the interpreter herself, such as her language abilities, impartiality, and confidentiality, as well as her role in informing both parties of possible misunderstandings, whether linguistic or cultural. These are factors that medical professionals most frequently, if not always, associate with professional rather than *ad hoc* interpreters. Other decisive factors often linked to interpreter type are those of accuracy and literalness of interpretation.

Other factors that result from the interpreter's skills and behavior are the cultural bridge that the interpreter builds, inviting the medical professional into the patient's world, as well as the autonomy that the patient enjoys when language access is provided to health care, allowing them to become an active participant in their treatment.

On the other hand, some medical professionals have cited a loss of work autonomy, whether by losing direct communication with the patient due to the nature of interpreted encounters, or by what appears to be a true usurpation of the role of primary caretaker on part of the interpreter.

A related factor, and the final one to be discussed, is that of collaboration, or lack thereof, between service provider and interpreter. Whereas some medical professionals make no reference to this possibility or are unaware of its significance, there are others who have expressed that such collaboration is fundamental to the success of interpreted visits. In reference to this unfulfilled necessity and its resulting detriment to work autonomy for both medical professional and interpreter, Raval and Smith (2003) cite the responses of therapists and the difficulties in establishing such a relationship as being attributed to the interpreter, although negative outcomes were seen as taking a toll on both doctors and interpreters:

All participants mentioned the difficulty in establishing a co-worker alliance with an interpreter. Limitations on securing an interpreter's time, poor integration of interpreters into the service, low professional status, and a lack of trust in interpreters seemed to be linked to this difficulty. The overall impression about the co-worker alliance was one where both the participants and interpreters felt disempowered in their work (Raval and Smith, 2003: 16-17).

Also in regard to the need for an alliance between service providers and interpreters, Hale (2007) mentions the importance of such a relationship for interpreters, who rely on the support of the service provider to focus on fulfilling their particular duties :

Professional interpreters are better able to perform a competent job when the other participants respect them as professionals, understand their role and do not expect them to act unethically. Medical practitioners and interpreters should work as a team to achieve optimal results, with each understanding the needs of the other and neither stepping into the other's role (Hale, 2007: 61).

2.2.2 Otros factores

Beyond those factors explicitly mentioned by medical professionals in past research as having an impact on their perceptions of interpreters, there are others that influence the figure of the interpreter and their task, and which deserve at least a brief mention. Many of these have been described in theoretical research carried out by interpreters themselves.

Two commonly mentioned factors that go hand in hand are those of working conditions and the status of the interpreting profession. Briefly, these conditions include issues of dignified pay, recognition as a profession, and service provider knowledge of how to collaborate effectively with an interpreter. Morris (2000) sums up the effect of such system-related factors on the treatment of professional interpreters and the quality of interpretation, which in turn affects the perception of service providers:

As long as the system's attitude to the employment of interpreters remains unchanged, the consequences of ignorance about the interpreting process will similarly remain with us—and those who should benefit from quality interpreting will instead suffer from the substandard product they are offered, whether for lack of competent interpreters or because of the unsatisfactory conditions in which interpreting is provided (Morris, 2000: 246).

Another factor, related to the lamentable situation described above, is that of the medical professional's knowledge of how to work with interpreters, as well as their training in cultural awareness. Numerous studies have cited the value that medical professionals who have received such training attach to it and their increased likelihood to use professional interpreters (Tebble, 2003; Karliner, Pérez-Stable & Gildengorin, 2004; and Friedman-Rhodes & Hale, 2010). Furthermore, many of those who have received such training have reported being prepared to use best practice when working with interpreters (for example, speaking directly to the patient, using clear and brief explanations). The benefit that training on how to successfully collaborate with interpreters has on interpretation services has also been established. Further research is in progress in order to emphasize and raise awareness of the importance of such training (Salaets, 2012).

Finally, a factor that unquestionably influences both the outcome of the interpreted encounter and participants' perceptions of the interpreter, and which has been amply researched and debated is that of the interpreter's role and task. Although there are many comprehensive descriptions of typologies available (see for example Kaufert and Koolage, 1984; Jalbert, 1998; Wadensjö, 1998; and Cambridge, 2003), in the interest of space, the discussion will be kept to a minimum. Pöchhacker does a laudable job of summarizing just some of these typologies, ranging from that of conduit to that of advocate, and also discusses the observations and demands of the participants in terms of interpreter role:

In the absence of commonly accepted standards of practice, the interpreter's task definition may be situated anywhere along the spectrum between those who would limit the interpreter's role to that of a linguistic conduit or "language converter" and those who regard cultural brokering or advocacy as an integral component of the interpreter's role. Putsch (1985: 3345) observed for the health care setting that "Interpreters may act as ombudsmen or counselors," and providers have voiced the demand that "The interpreter should not merely act as translator, but as a cultural bridge between therapist and client" (McIvor 1994: 268). Similarly, Barsky (1996: 61) concludes from his analysis of mediated communication in refugee hearings that "Interpreters ... have to be allowed to work as intercultural agents rather than translation devices." Such demands and expectations on the part of observers and service providers are often close to the aspirations of interpreters themselves, who are aware from experience that "just translating" is little more than a simplistic fiction in an interaction marked by the interlocutors' unequal status and different educational, social and cultural backgrounds (Pöchhacker, 2000: 50).

Jalbert's (1998) typology, based on work done by Kaufert and Koolage (1984), Kaufert (1990), Kaufert and Putsch (1997) and Kaufert, Putsch and Lavallee (1998) includes the following interpreter roles: Translator, Cultural Informant, Culture Broker/Cultural Mediator, Advocate, and Bilingual Professional. Unlike most other typologies, Jalbert deviates from the traditionally dichotomous view of interpreters as either impartial conduits or advocates and argues that the interpreter's role may actually oscillate between these two extremes within the same encounter in accordance with the needs of the situation.

2.3 El entorno: la ciudad fronteriza de San Diego, California

The setting of the present study is the border city of San Diego, California, which was selected for its long-standing importance as both a gateway and destination for immigrants and its consequent multicultural and multilingual environment. The city is situated immediately on the Mexican border, adjacent to the city of Tijuana, Mexico. It currently ranks as the eighth largest

city in the United States (U.S. Census Bureau, 2012). As of the most recent census report, the city's population was 1,338,348, while that of the larger metropolitan area of San Diego County was 3,211,252 (U.S. Census Bureau, 2014).

2.3.1 La población inmigrante

Twenty-six percent of the population in San Diego is foreign-born, and 28.8% are “Hispanic or Latino” (of which 24.9% are Mexican American), 15.9% “Asian alone” (5.9% Filipino, 2.7% Chinese, 2.5% Vietnamese, 1.3% Indian, 1.0% Korean, 0.7% Japanese, 0.4% Laotian, 0.3% Cambodian, 0.1% Thai), 12.3% “other”, 5.1% who identify as bi- or multiracial and 0.5% Pacific Islander (U.S. Census Bureau, 2014).

In terms of language, California is the state with the highest percentage of individuals with limited English proficiency (LEP) in the country, with 19.8% of its population fitting this description (Migration Policy Institute, 2013). In San Diego in particular, 39.5% of the population age 5 or over speak a language other than English at home (U.S. Census Bureau, 2014), and nearly half a million residents, or one-sixth of the entire city population, are deemed as having limited English proficiency (Migration Policy Institute, 2013). After English, Spanish is the most commonly spoken language (11.1% of the population), and the next most common languages (respectively, with frequencies ranging between 33,800 and 5,400 speakers) are Tagalog, Vietnamese, Chinese, Korean, Arabic, Japanese and Persian (languages with less than 5,000 speakers are not listed) (Migration Policy Institute, 2013).

2.3.2 La necesidad de acceso lingüístico a los servicios públicos

As the above statistics demonstrate, a significant portion of the population in San Diego does not speak English as a first or primary language, and in fact one-sixth of the population is limited in English proficiency (LEP), which the U.S. Census Bureau defines as speaking English “less than very well” (Pandya, Batalova and McHugh, 2011). The LEP population continues to grow steadily: from 1990 to 2010 the number of LEP individuals in California increased by 56%, whereas the total increase in the U.S. during the same time period was 80.4% (Pandya et al., 2011). This means that a significant portion—indeed an increasingly significant portion—of the population requires language access to essential services such as health care. However, these individuals face barriers to accessing care and are in fact less likely to receive it than their English-speaking counterparts (Shi, Lebrun & Tsai, 2009). Shi et al. (2009) found that limited access to care was due to a number of variables, including education, home ownership and poverty level. Nonetheless, after adjusting for all of these other circumstantial factors, the merely having limited English proficiency meant that individuals were 34% less likely to have a health care visit. Despite obstacles, models that successfully provide needed services to underserved populations have been implemented on a small scale that could be useful prototypes for reformation on a larger scale (Karliner & Mutha, 2010). For the time being, such programs unfortunately only appear to exaggerate the divide and the inequality that exists among sites that do not provide such services.

Moreover, even when individuals who require language services do receive the support needed, they are still more likely to suffer from detriments to the quality and efficiency of care. Such effects have been emphasized in regard to follow-up: patients who require language services are

much less likely to be given a second appointment (Sarver & Barker, 2000), and are likely to leave the doctor's office without comprehending instructions on how to take prescribed medications (Andrulis, Goodman & Pryor, 2002). Providing these individuals with consistent language-appropriate services, such as professional interpretation, would increase their quality of care and could even benefit hospitals financially, as it would improve information about financial responsibilities for patients.

In addition to the abovementioned disadvantages that result from poor language access to health care, Leanza (2005) provides the following more complete list of detriments to appropriate care brought about by language barriers according to past research, including misdiagnosis, unnecessary appointments or admissions, and overall poor satisfaction on part of both provider and patient—some of which, it must be noted, unnecessarily inflate costs:

[...] language differences between patient and clinician are associated with inappropriate diagnostic investigations (Hampers et al. 1999), lower adherence to treatment (David & Rhee 1998; Karter et al. 2000; Manson 1988), lower rates of follow-up (appointments proposed and kept), poor referrals, incomplete investigations (Sarver & Baker 2000) and lower rates of preventive interventions by physicians (Hu & Covell 1986; Solis et al. 1990; Woloshin et al. 1997). These difficult consultations place patients at risk for misdiagnosis, which can lead to inappropriate or inadequate treatment (Vasquez & Javier 1991) or to unnecessary hospital admissions (Hampers & McNulty 2002). Both patients (Carrasquillo et al. 1999; Morales et al. 1999) and healthcare providers (Leanza 2005; Raval & Smith 2003) may have a low rate of satisfaction in these situations (Leanza, 2005: 167-168).

2.4 El entorno: legislación sobre el acceso lingüístico a los servicios públicos

The United States, and the state of California in particular, have been globally recognized as pioneers in terms of language access to public services. The clear need for such services is taken into account by legislation at both the federal and state level.

2.4.1 Legislación a nivel federal

At the federal level, the single most important piece of legislation in terms of providing language services to LEP individuals is Title VI of the 1964 Civil Rights Act. This Act, designed to prevent discrimination in federally funded programs and institutions, states: “No person in the United States shall, on the ground of race, color, or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance” (*Estados Unidos*, 42 U.S.C. §2000d, 1964).

In its treatment of this law, the Supreme Court has interpreted “discrimination of national origin” to include discrimination based on language, which has been the basis for subsequent legislation to implement universal language services. One such piece of legislation is the Department of Health and Human Services’ (DHHS) 2013 Language Action Plan (LAP), which affirms that failing to ensure that LEP patients are granted appropriate language access to federally funded health care services may violate Title VI regulations, and thus sets forth regulations for provision of language services. According to the LAP, such services must include oral language assistance services (i.e., interpretation), translation, notification of the availability of language assistance at

no cost, and hospital staff training. Specifically, oral language assistance is defined as the following:

Language assistance may be provided through a variety of means, including qualified bilingual and multilingual staff, staff or contract interpreters (including telephonic interpretation), and interpreters from community organizations or volunteer interpreter programs. Agencies must ensure that the interpreters they use are qualified to provide the service and understand interpreter ethics and client confidentiality needs (U.S. Department of Health and Human Services, 2013: 9)

The National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS), published by the DHHS Office of Minority Health in 2001, represents another important piece of federal legislation. In short, these standards intend to “advance health equity, improve quality and help eliminate health care disparities by establishing a blueprint for health and health care organizations” (Office of Minority Health, 2013), and have in some cases inspired state-level legislation.

2.4.2 Legislación a nivel del estado

The state of California is considered to be among the most advanced in terms of legislation regarding language access to public services. The California Health and Safety Code makes explicit reference to the need to serve both consumers with limited English proficiency and those who require culturally competent services. The Health Care Language Assistance Act (state law SB 853), passed in 2003 and which has been in enforcement since 2009, constitutes a state-based requirement to provide language assistance services to all privately insured individuals in California—the first of its kind in the country. Furthermore, California is one of only several states to require medical professionals to receive training and continuing education that address language access and cultural competency, pursuant to the California Business and Professions Code, Section 2190.1, enacted in 2006.

Apart from legislation, the state is home to the California Healthcare Interpreters Association (CHIA), which, in addition to training and accrediting interpreters in order to develop a workforce of qualified professionals, also upholds its own code of ethics and standards of practice (in addition to having collaborated on the creation of the NCIHC standards and code), publicly promotes the profession, advocates for language access, and provides training on language and culture-appropriate care for medical professionals.

2.4.3 La situación actual

Despite the long-standing federal recognition of the need for language services and subsequent regulations on language access for LEP individuals, as well as numerous state-level movements to take concrete action to satisfy them, enforcement has been notoriously poor. Both guidance and action on appropriate and available care continues to be fragmented, inconsistent and ineffective, and the employment of language assistance services, such as professional interpretation, remains inadequate on a large scale. As Chen, Youdelman and Brooks (2007: 363-364) remark, “the result [of federal legislation] has been a somewhat haphazard patchwork of legal obligations which vary from state to state, from language to language, from condition to condition, and from institution to institution”. Youdelman and Perkins (2002) provide a lucid

explanation for this state of affairs, citing for example the quantity of languages spoken and poor awareness among service providers:

A number of factors hinder [...] [appropriate and effective language] services, however, including an increase in the number of languages spoken, costs associated with providing such services, lack of knowledge on the part of health care providers of legal requirements for providing language services, and lax enforcement of federal and state laws, which has allowed many health care providers to neglect the issue (Youdelman & Perkins, 2002: 5).

Moreover, even when such services are satisfied according to the standards established by the U.S. Department of Health and Human Services' Language Access Plan (2013) (which is infrequently, as has been demonstrated), the standards still condone the use of "qualified bilingual and multilingual staff" (it is unclear whether "qualified" refers to being a qualified staff member or a staff member who is also coincidentally qualified interpreter, although the latter is dubitable) and even volunteer interpreters, both of which have been demonstrated to be inappropriate and dangerous alternatives to professional interpreters. Nonetheless, arguably the biggest failure in terms of enforcing federal legislation for language access is its lack of visibility; it is unlikely that patients with limited English proficiency are even notified of their right to these services, and as such do not request or receive them.

Furthermore, DeCola (2010) calls attention to the fact that due to the absence of a requirement to satisfy national standards of practice for health care interpreters, even well intentioned efforts to utilize trained and qualified interpreters often fail to be of help or improve on the use of unqualified interpreters. While such a requirement does indeed exist for both court interpreters and sign language interpreters, no similar one has been established for oral language interpreters. Given the existence of the National Council on Interpreting in Health Care's (NCIHC) National Code of Ethics for Interpreters in Health Care (2004) and National Standards of Practice for Interpreters in Health Care (2005), the failure to meet standards is not for a lack of their existence but rather for a lack of their enforcement by law.

2.5 El entorno: Alvarado Hospital

Homing in farther, we finally arrive to present investigation's most immediate setting: Alvarado Hospital in San Diego. The hospital, which opened its doors in 1972 and is licensed for between 200 and 299 beds, is a mid-sized community hospital focusing on acute care. Its emergency department, open without interruption, receives the majority of hospital visits, as according to the Office of Statewide Health Planning and Development's (OSHPD) most recent report, most hospital visits are unscheduled (82.9% in 2012) (OSHPD, 2013).

Patient ethnicity reflects the city's diverse population: in 2012 78.7% of patients were white, 18.47% were Hispanic, 13.5% were black, and 7.5% were Asian (OSHPD, 2013). However, principal languages spoken were less representative of the languages spoken in the city: nearly all patients (90.59%) were reported as using English as their principal language, whereas only 4.12% spoke Spanish and 2.09% spoke Vietnamese (all other languages comprised less than 1.0% of the total) (OSHPD, 2013). This discrepancy has several possible explanations: patients who have limited English may avoid hospital visits, those who communicate with staff through an interpreter (whether a family member or professional) may be counted as principally English

speakers, and others may attempt to communicate in English despite their need for language assistance.

In terms of payer sources, the majority of patients at the hospital in 2012 paid for care through Medicare (51.33%), the government aid program for the elderly. The next largest percentage of patients paid through Medi-Cal, California's version of Medicaid, the government-funded health care program for low-income individuals and families (19.01%), followed by private coverage (9.93%), other government aid (9.85%), and finally county indigent programs, which are county-level programs comparable to Medi-Cal (5.79%) (OSHPD, 2013). Each other payment source accounted for 2.0% or less of patients.

The hospital prides itself on being a diverse and welcoming health care provider: it adheres to a non-discrimination policy both for hiring staff and admitting patients. Furthermore, the "Patient rights" section of the hospital's online Patient Guide emphasizes the patient's right to receive "information about your health in a language you can understand" (Alvarado Hospital Medical Center). To this end, the hospital complies with federal and state laws by subscribing to a 24-hour interpreting service through the telephone interpreting company CyraCom Language Solutions.

2.5.1 CyraCom: servicio de interpretación telefónica

According to its website, CyraCom Language Solutions, founded in 1995, is the largest US-based interpretation services provider, and the second largest worldwide (CyraCom Language Solutions). With several calling centers located throughout Arizona, New Mexico and Texas, the company employs over 1,000 interpreters and serves over 3,000 clients, more than 2,000 of whom fall under the category of health care. The company also offers translation, video remote interpretation and on-site interpretation, but its principal service continues to be telephone interpretation. It is currently the only translation and interpretation solutions company to be endorsed by the American Hospital Association, and it has also received recognition by the Certification Commission for Healthcare Interpreters.

CyraCom does not require prior interpreting experience for its employees. However, the company does insist that their employees pass what they refer to as a Proficiency Level and Interpretation Skills Assessment test. Furthermore, the company provides a three-week paid training for new hires designed to teach skills such as "meaning-for-meaning" consecutive interpretation and note taking, as well as terminology (CyraCom Language Solutions). Finally, trainees handle real phone calls that are monitored by an experienced interpreter. Interpreters are expected to follow the company's own policies regarding ethics and confidentiality, but there is no mention of accreditation by external entities such as the International Medical Interpreters Association (IMIA) or the National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC).

3. Metodología

El presente estudio consiste en una investigación descriptiva y analítica que utiliza métodos empíricos para conocer la percepción que tienen los profesionales médicos sobre los intérpretes en un hospital en la ciudad fronteriza de San Diego, California. El principal instrumento utilizado para este fin fue una encuesta cuyo propósito era recopilar datos sobre la situación general del tratamiento a los pacientes de habla no inglesa, la frecuencia del uso de intérpretes profesionales o *ad hoc* y la diferencia en la percepción sobre estos dos tipos de intérpretes. Se ha utilizado también una encuesta auxiliar para profesionales médicos tanto bilingües como multilingües con el fin de conocer otras estrategias a la hora de proporcionar acceso a los servicios sanitarios, así como posibles observaciones más profundas de los intérpretes cuando el proveedor tiene conocimiento de la segunda lengua en el reconocimiento médico. Finalmente, una entrevista telefónica con una de las encuestadas complementa los datos recopilados.

Las dos encuestas fueron destinadas a profesionales médicos que trabajan en Alvarado Hospital. Se ha optado por limitar la investigación a un único centro de salud por motivos de coherencia, ya que se ha demostrado que el uso de intérpretes profesionales puede depender de los recursos disponibles en cada centro y de la cultura interna del mismo. En el caso del hospital en cuestión, existe un servicio de interpretación telefónica contratado por el hospital que no supone ningún gasto ni por parte del proveedor médico ni para el paciente. Así, la meta de la investigación no fue la recopilación de la mayor cantidad posible de respuestas sino la obtención del mayor número posible de respuestas de calidad en el centro objeto de la investigación. Las encuestas incluyeron preguntas de respuesta libre, así como una invitación a proporcionar comentarios extras o a hacer una entrevista. Estos comentarios “libres” se valoraron como una expansión ilustrativa y enriquecedora de los datos numéricos. Una vez finalizada la fase de recopilación, los datos de las dos encuestas se analizaron por separado, teniendo en cuenta los resultados de los dos como un conjunto para el análisis global. La información recopilada en la entrevista se suma a los datos para profundizar las observaciones finales.

3.1 Encuesta para los profesionales médicos

La primera encuesta (*Survey Form A*) tuvo el fin de conocer las estrategias que usan los profesionales médicos en Alvarado Hospital en sus encuentros con pacientes con dominio limitado del inglés, sus percepciones de los intérpretes profesionales versus los intérpretes *ad hoc* y su entendimiento del papel del intérprete. La encuesta fue redactada en Microsoft Word en inglés, ya que todos los profesionales médicos encuestados practican en Estados Unidos y su lengua principal de trabajo es ésta (aunque no todos tenían inglés como lengua materna). La encuesta consistió en dos páginas con 13 preguntas en total, además de tres campos al principio de la encuesta para conocer información general sobre cada encuestado (campo/especialidad de medicina, título profesional y años de práctica). Entre las 13 preguntas, hubo 5 de respuesta múltiple, 4 de respuesta abierta, 2 preguntas polares (*sí* o *no*) seguidas de una pregunta abierta en función de la respuesta y 2 tablas para rellenar. En esta encuesta principal (*Survey Form A*) se hace referencia a la encuesta auxiliar (*Survey Form B*) para los encuestados bi- o multilingües.

Las encuestas se distribuyeron impresas a todos los encuestados. Se distribuyeron 100 encuestas a la directora general de enfermería del hospital para repartir a las enfermeras. Las demás se distribuyeron en mano a los médicos en la sala de descanso-cafetería gracias a un contacto en el

hospital. El motivo de entregarlas de esta manera fue para aumentar el índice de respuesta, ya que el contacto estuvo en la misma sala mientras rellenaban las encuestas y de esta manera facilitó y aseguró su entrega. La mayoría rellenaron la encuesta en el momento, mientras que un número bajo eligió entregarla posteriormente, en mano o por fax. Sólo un médico se negó a rellenarla, citando como motivo que sólo lo haría si fuese remunerado. Al final fueron devueltas 64 encuestas, 30 por médicos y 34 por enfermeras.

Las preguntas de la encuesta principal se pueden dividir en 5 categorías según su finalidad: conocer al encuestado (campo/especialidad, años de práctica, título profesional, dominio de otro idioma, formación sobre interpretación, comunicación intercultural o relacionado); conocer la frecuencia y carácter de sus experiencias con intérpretes (frecuencia, teléfono o en persona, cómo se elige al intérprete); comparación de los intérpretes profesionales y los intérpretes *ad hoc* (frecuencia, satisfacción de profesionales médicos según tipo, ventajas y desventajas de cada tipo); percepción de los intérpretes (destrezas, cualificaciones y formación necesarias para la interpretación); y por último, su entendimiento acerca del papel del intérprete (precisión y fidelidad versus asegurar comprensión por simplificar y resumir intervenciones, u otro). Las preguntas de respuesta múltiple incluyeron la opción “*Other*” para que se pudiese incluir información distinta a las opciones predeterminadas. Además, los encuestados fueron invitados a proporcionar más comentarios en el reverso de la encuesta así como ofrecer información de contacto para la posibilidad de hacer una entrevista.

En cuanto a la redacción de las preguntas, se diseñaron en parte según investigaciones anteriores, sobre todo la de Hale (2007), descrita en el apartado 2.1. Con respecto a las preguntas que tratan de la percepción de los intérpretes según su formación y el nivel de satisfacción con éstos, las cualidades de las tablas (fidelidad, imparcialidad, confidencialidad y profesionalidad) se basaron en los principios éticos universales de los intérpretes, destacados en los códigos deontológicos de la National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC), la International Medical Interpreters Association (IMIA) y la California Healthcare Interpreting Association (CHIA).

A continuación figura una copia de la encuesta principal, *Survey Form A* (con los huecos para las respuestas reducidos por motivos de espacio):

Survey – Form A
Field/specialty: _____
Professional degree: MD / DO / RN / Other: _____ Years in practice: _____
1. On average, how many times per month does an interpreter aid you in communication with your patients?
2. Are you proficient enough in another language so as not to require an interpreter? Yes / No If Yes, what language(s)? If Yes, please consider completing Form B .
3. How often is the interpretation provided via telephone versus in person? a. 100% telephone

- b. 100% in person
- c. 50% telephone, 50% in person
- d. Usually telephone (approximate percentage: _____)
- e. Usually in person (approximate percentage: _____)

4. How often does a professional interpreter provide the interpretation (regardless of whether via telephone or in person)?

Always Almost always Sometimes Rarely Never

5. How often is the interpreter untrained or a non-professional (e.g., a family member or acquaintance of the patient, a bilingual staff member at the hospital, etc.)?

Always Almost always Sometimes Rarely Never

6. How is the interpreter most often chosen?

- a. I leave the decision up to the patient.
- b. I suggest that we use a professional interpreter but allow the patient to decide.
- c. I decide to use a professional interpreter regardless of the patient's preference.
- d. Other (please explain briefly):

7. In your opinion, is a person's ability to speak both languages (English and that of the patient) sufficient in order to interpret? Why or why not?

8. Do you believe that interpreters should be required to fulfill a certain degree of professional education and training in interpretation or be accredited in order to work in a medical setting?

9. Have you participated in any training, courses, lectures, etc. on interpretation, intercultural communication, or related topics?: Yes / No

If Yes, please explain briefly:

10. Based on your experience with professional interpreters, how satisfied are you with their performance?

	Very satisfied	Satisfied	Somewhat satisfied	Not very satisfied	Not at all satisfied
Accuracy					
Impartiality					
Confidentiality					
Professionalism					

11. Based on your experience with untrained or non-professional interpreters (e.g., family members, bilingual staff), how satisfied are you with their performance?

	Very satisfied	Satisfied	Somewhat satisfied	Not very satisfied	Not at all satisfied
Accuracy					
Impartiality					
Confidentiality					
Professionalism					

12. Please list briefly any advantages or disadvantages of using a professional versus non-professional interpreter, or any observations you have made about the difference between the two.

13. In your opinion, what is the role of the interpreter?

- a. To interpret all that is said faithfully and precisely, without omitting or adding information, leaving clarifications up to the patient and me.
- b. To ensure comprehension by simplifying or summarizing statements made by both the patient and myself.
- c. Other (please explain briefly):

Thank you for your time and consideration in filling out this survey.

Any additional comments are welcome on the reverse side of the page. Likewise, if you would be willing to participate in a **brief interview**, please provide an e-mail address or other contact information.

Los datos de todas las encuestas se introdujeron en varias hojas de cálculo de Microsoft Excel para su posterior análisis. Los comentarios en las preguntas abiertas se codificaron para su inclusión en los datos globales, además de la inserción de varios en el capítulo 4.

3.2 Encuesta adicional para los profesionales médicos bilingües o multilingües

El propósito de la encuesta auxiliar (*Survey Form B*) fue el de conocer otras soluciones para los encuentros con pacientes con dominio limitado de inglés cuando el profesional médico conoce la lengua del paciente, así como para conocer más profundamente las percepciones de los intérpretes, ya que conocer una segunda lengua usada en la visita presenta al profesional médico una oportunidad para observar aun más características de la interpretación. Como la encuesta *Survey Form A*, la encuesta auxiliar también fue redactada en Microsoft Word en inglés, por los mismos motivos descritos en el apartado anterior. La encuesta consistió en una página de una cara con 5 preguntas en total, de las cuales hubo 4 de respuesta abierta y 1 de respuesta múltiple.

La encuesta auxiliar se grapó a la encuesta principal. Las instrucciones de la encuesta principal instruyeron al encuestado sólo rellenar la auxiliar si sabía otra lengua que no fuese inglés. Al final, 56 de los 64 encuestados rellenaron la encuesta auxiliar. De los 56, 47 sabían y usaban otra lengua en los encuentros con pacientes (aunque algunos indicaron que su nivel de dominio era “no suficiente para fines profesionales”), 6 rellenaron la encuesta aunque no conocían otra

lengua, y 3 contestaron que a pesar de saber otra lengua, su dominio era “no suficiente para fines profesionales” y por tanto no usaban la lengua en los encuentros con pacientes.

Las preguntas en la encuesta auxiliar tuvieron el fin de conocer el nivel de dominio de los profesionales médicos bi- y multilingües en las otras lenguas que conocían (valorado como nativo, proficiente, conversacional o no suficiente para fines profesionales), así como conocer los detalles de la interacción con pacientes en otra lengua: la frecuencia, las lenguas utilizadas, preferencia por desarrollar la visita médica uno mismo en otra lengua o usar un intérprete y, finalmente, recopilar observaciones sobre los intérpretes cuando el profesional médico entiende la segunda lengua.

A continuación figura una copia de la encuesta auxiliar, *Survey Form B*:

<p>Survey – Form B</p> <ol style="list-style-type: none">1. What language(s) do you know, other than English?2. What level of proficiency do you have in the language(s)? (If applicable, circle more than one and indicate the corresponding languages.) Native / Fluent / Proficient / Conversational / Not sufficient for professional purposes3. Do you ever interact with patients in a language other than English? If so, how often and in which language(s)?4. When a patient speaks a language other than English that you have a certain command of, do you prefer to carry out the visit in that language or do you prefer to use an interpreter? Why?5. Have you ever had the experience of working with an interpreter in a language you were familiar with? (That is, you were able to understand some or all of what was said in the second language by the patient and the interpreter.) If so, what observations did you make about the interpreter, taking into account aspects such as accuracy, impartiality, etc.?

3.3 Entrevista con la directora general de enfermería

Cuatro encuestados (2 médicos y 2 enfermeras) proporcionaron información de contacto para ofrecer su disponibilidad a la hora de participar en entrevistas posteriores. Al final fue entrevistada una sola encuestada: la directora general de enfermería. No fue posible contactar con los otros 3 encuestados para la realización de entrevistas ya que no contestaron a varios intentos de establecer contacto o no se podía acordar una hora dada la considerable diferencia de hora entre España y Estados Unidos. La entrevista se desarrolló después de finalizar la recopilación y el análisis de los datos y fue grabada para facilitar la precisión de las intervenciones.

4. Datos

Todos los datos recopilados de los dos instrumentos descritos en el capítulo anterior y los análisis de los mismos se detallan a continuación. La información refleja las opiniones de los profesionales médicos encuestados en Alvarado Hospital y ofrece una perspectiva de la percepción del intérprete según los profesionales médicos en la ciudad fronteriza de San Diego, así como las soluciones que se emplean para enfrentarse a la necesidad de tratar a pacientes cuyo dominio del inglés es limitado. Las observaciones se demuestran a través de gráficos y tablas.

4.1 Encuesta para los profesionales médicos

De los 64 encuestados, 34 (53%) eran enfermeras y 30 eran médicos (47%). Entre las 34 enfermeras, 12 (18,75% del total de los encuestados) eran enfermeras médicas-quirúrgicas, 10 (15,63%) eran enfermeras quirúrgicas, 6 (9,38%) eran enfermeras médicas y otras 6 (9,38%) trabajaban en urgencias. Entre los 30 médicos, 15 (23,44% del total de los encuestados) trabajaban en medicina interna, 11 (17,19%) en cirugía y los otros 4 (6,25%) en otras especialidades. Incluidas en la categoría de los médicos de medicina interna están las especialidades de gastroenterología, neumología, nefrología, oncología, hematología, cardiología y enfermedades infecciosas. En la categoría de cirugía se representaban las especialidades de otorrinolaringología, cirugía cardiotorácica, cirugía plástica, urología/fertilidad masculina, cirugía ortopédica, proctología y cirugía general. Finalmente, la categoría “otros” incluye medicina paliativa, medicina física/rehabilitación y dermatología.

Entre los 64 encuestados, 54 incluyeron el número de años que llevan ejerciendo la profesión. De la muestra de ambos, médicos y enfermeras, 18 (16 enfermeras y 2 médicos) llevaban 0-10 años en práctica, 14 (8 enfermeras y 6 médicos) llevaban 10-20 años, 14 (3 enfermeras y 11 médicos) llevaban 20-30 años, y 8 (1 enfermera y 8 médicos) llevaban 30 o más años. Como se ve en el Gráfico 1, en general los médicos de la muestra llevaban más tiempo en activo que las enfermeras.

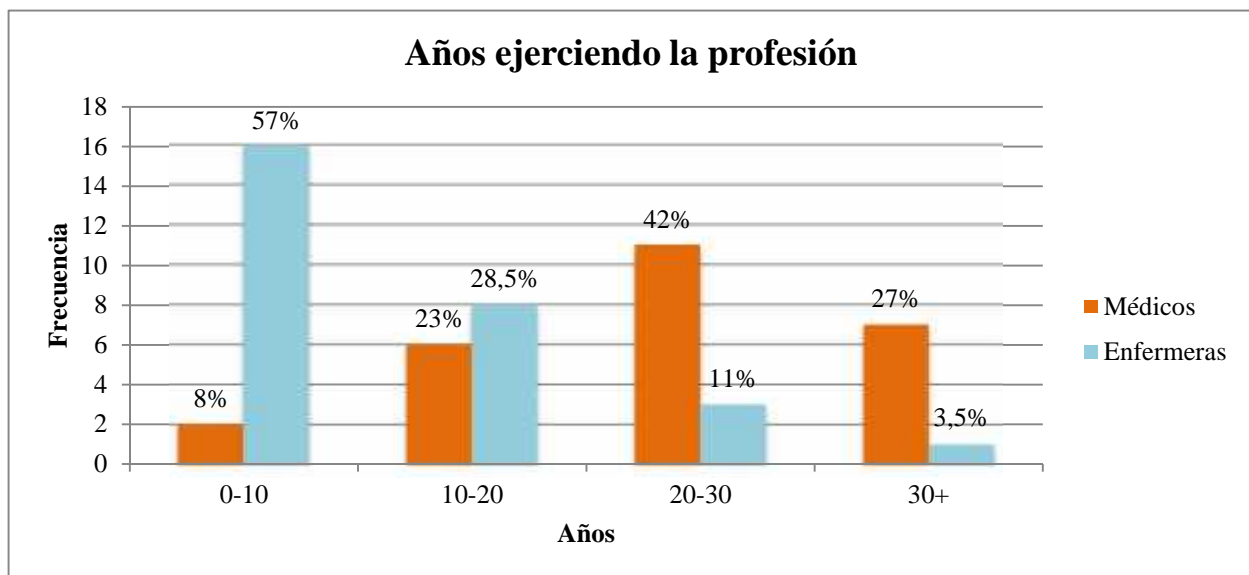


Gráfico 1: Número de años que los encuestados habían ejercido la profesión

Pregunta 1: *On average, how many times per month does an interpreter aid you in communication with your patients?*¹

De los 62 encuestados que respondieron a esta pregunta, 7 (11%) nunca usaban intérprete, 45 (73%) usaban intérprete entre 0,5² y 10 veces al mes, 8 (13%) de 10 a 20 veces al mes, y 2 (3%) de 20 a 40 veces al mes. Como muestra el Gráfico 2, la mayoría de los encuestados indican que sí usan intérpretes al menos una vez al mes. Las respuestas más frecuentes oscilan entre 0,5 a 10 encuentros con intérprete al mes, aunque 5 encuestados afirmaron usar intérprete más de 18 veces al mes, e incluso uno afirmó tener 40 visitas al mes que requieren intérprete.

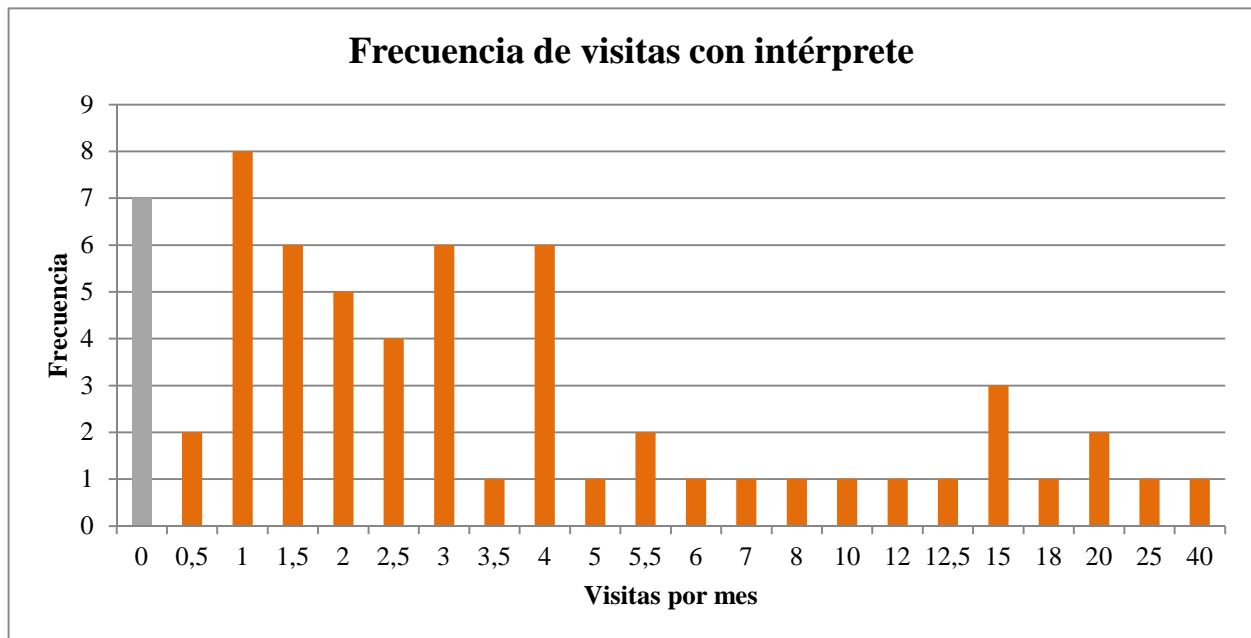


Gráfico 2: *Frecuencia de visitas con intérprete (sea profesional o ad hoc) según los encuestados*

Pregunta 2: *Are you proficient enough in another language so as not to require an interpreter? Yes, No. If yes, what languages?*

Todos los encuestados (64) contestaron la Pregunta 2, y entre ellos 27 (42,19%) indicaron ser suficientemente competentes en otra lengua para realizar visitas con pacientes en dicha lengua, mientras que 37 (57,81%) no lo eran. Estos resultados reflejan la diversidad de los profesionales médicos en el hospital, cuya población es tan diversa como la ciudad donde se halla. Las dos lenguas más frecuentes de los profesionales médicos aparte del inglés eran el español (13 encuestados) y el filipino/tagalo (11 encuestados). Asimismo, 3 sabían árabe, 1 vietnamita, 1 persa y 3 conocían más de una lengua: 1 sabía español y filipino/tagalog, otro español y portugués y el último español, francés y árabe (estos encuestados se han incluido en las cuentas anteriores). Más información sobre estos profesionales bi- y multilingües y sus experiencias con intérpretes se exponen en el apartado 4.2 en relación a la encuesta auxiliar.

Pregunta 3: *How often is the interpretation provided via telephone versus in person? 100% telephone; 100% in person; 50% telephone, 50% in person; Usually telephone (approximate percentage: ____); Usually in person (approximate percentage: ____).*

Aunque el hospital proporciona un servicio de interpretación telefónica gratuitamente a los profesionales médicos, sólo 10 (17%) de los 59 encuestados que contestaron a esta pregunta indicaron que usan el teléfono exclusivamente para interpretaciones con pacientes no angloparlantes. De hecho, la mayoría afirma que la interpretación casi siempre se realiza en persona: 13 (22%) indican que la interpretación siempre es *in situ*, 14 (24%) indican que normalmente es *in situ* y 19 (32%) indican que aproximadamente el 50% de las veces es *in situ* y el otro 50% de las veces es por teléfono. Cabe mencionar que esta pregunta no pidió que se especificara cuándo la interpretación telefónica era a través de la empresa de interpretación contratada por el hospital.

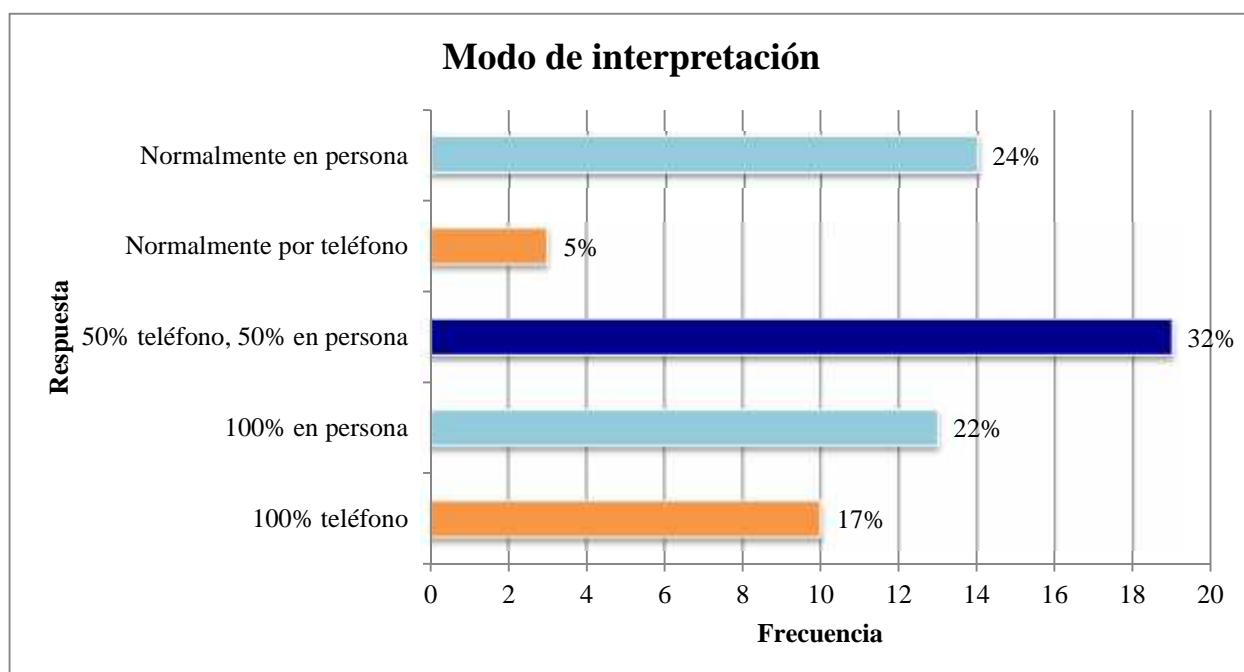


Gráfico 3: *Frecuencia del modo de interpretación (en persona versus teléfono) según los encuestados*

Pregunta 4: *How often does a professional interpreter provide the interpretation (regardless of whether via telephone or in person)? Always, Almost Always, Sometimes, Rarely, Never.*

Se hizo esta pregunta, junta con la Pregunta 5, a los encuestados para averiguar la frecuencia del uso de intérpretes profesionales comparado con los intérpretes *ad hoc*. Las respuestas de los 62 encuestados que contestaron a esta pregunta revelan que el uso de un intérprete profesional no es particularmente frecuente, pero tampoco es raro que ocurra: mientras que 10 (16%) de los encuestados afirmaron *nunca* usar un profesional y 13 (21%) afirmaron que lo usaban *raras veces*, 21 (34%) señalaron que *a veces*, 7 (11%) *casi siempre* y 11 (18%) *siempre*.

Pregunta 5: *How often is the interpreter untrained or a non-professional (e.g., a family member or acquaintance of the patient, a bilingual staff member at the hospital, etc.)? Always, Almost always, Sometimes, Rarely, Never.*

A esta pregunta contestaron 61 encuestados, de quienes 24 (39,34%) indicaron que *a veces* usan intérprete *ad hoc*, 22 (36,07%) *casi siempre*, 10 (16,39%) *siempre*, y sólo 5 (8,20%) *raras veces*. Ningún encuestado contestó *nunca* para este parámetro.

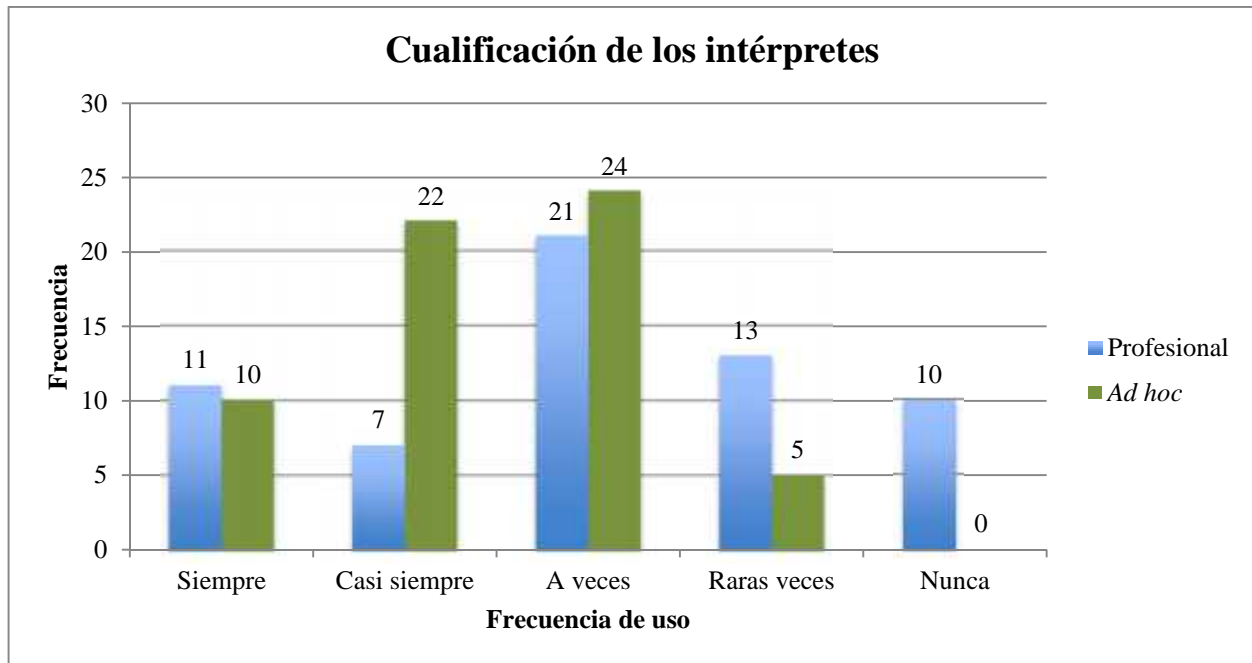


Gráfico 4: *Frecuencia de encuentros con intérpretes profesionales versus ad hoc según los encuestados*

El Gráfico 4 demuestra la frecuencia de uso según la cualificación del intérprete. Es interesante observar que la mayoría de los encuestados *a veces* usan intérpretes profesionales y *a veces* intérpretes *ad hoc*, aunque 22 (36,07%) *casi siempre* usan intérpretes *ad hoc*, y los que *siempre* usan profesionales (11 encuestados o 18%) o *siempre* no profesionales (10 encuestados o 16,39%) lo hacen en la misma proporción. Por último, también cabe destacar que aunque 10 encuestados (16%) *nunca* usan profesionales, ninguno afirma que *nunca* use intérpretes *ad hoc*. Estos datos reflejan la clara tendencia de los profesionales médicos en Alvarado Hospital a usar intérpretes *ad hoc*. Aunque estos datos en concreto no pueden indicar las razones que influyen en esta tendencia, está claro que es más probable el uso de un intérprete *ad hoc* que uno profesional.

Para indagar sobre la posibilidad de una relación entre el tipo de proveedor de servicios (médico o enfermera) y el uso más frecuente de intérpretes profesionales o *ad hoc*, se calculó el coeficiente de contingencia de Pearson (C) entre las variables tipo de proveedor y frecuencia de uso de intérprete profesional. Este análisis estadístico permite conocer la existencia de una relación entre dos variables nominales, en el cual $0 < C < 1$ (donde 0 significa que las variables son independientes y los valores cercanos a 1 denotan que hay cada vez más dependencia entre ellas). En este caso, $C=0,48$, lo cual sugiere que existe una relación débil entre el tipo de proveedor y el uso de intérpretes profesionales. Los resultados de la frecuencia de uso de un

intérprete profesional se muestran en el Gráfico 5, donde se puede observar que las enfermeras usan más frecuentemente a intérpretes profesionales.

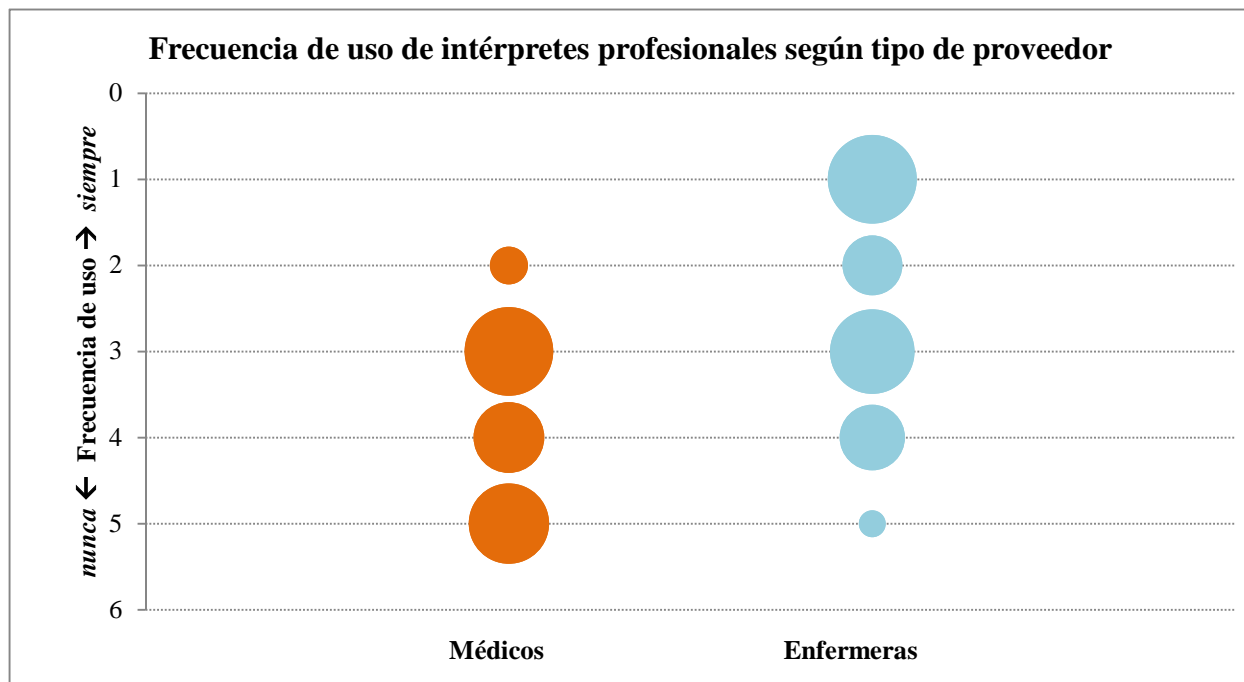


Gráfico 5: Frecuencia de uso de intérpretes profesionales según tipo de proveedor (médico o enfermera), donde 1=Siempre, 2=Casi siempre, 3=A veces, 4=Raras veces y 5=Nunca³

Se calculó además el coeficiente de contingencia de Spearman (r_s) para comprobar la posible dependencia entre las variables de los años que los encuestados llevaban ejerciendo la profesión (datos descritos anteriormente) y el uso de un intérprete profesional⁴. Este análisis estadístico permite comprobar la existencia de una relación entre variables ordinales. La relación se describe de tal manera que $-1 \leq r_s \leq 1$, donde -1 representa una relación inversa perfecta, 0 representa la carencia de una relación en absoluto, y 1 representa una relación perfecta directa. En este caso, $r_s = -0,126$, lo cual significa que no se ha encontrado ninguna dependencia entre las dos variables. Dicho de otra forma, llevar más o menos años ejerciendo la profesión no estaba relacionado con usar un intérprete profesional con mayor o menor frecuencia.

Otros posibles motivos de la tendencia de usar intérpretes sin formación con mayor frecuencia se destacarán en las siguientes preguntas sobre la manera de elegir a un intérprete así como la percepción de los dos tipos de intérpretes.

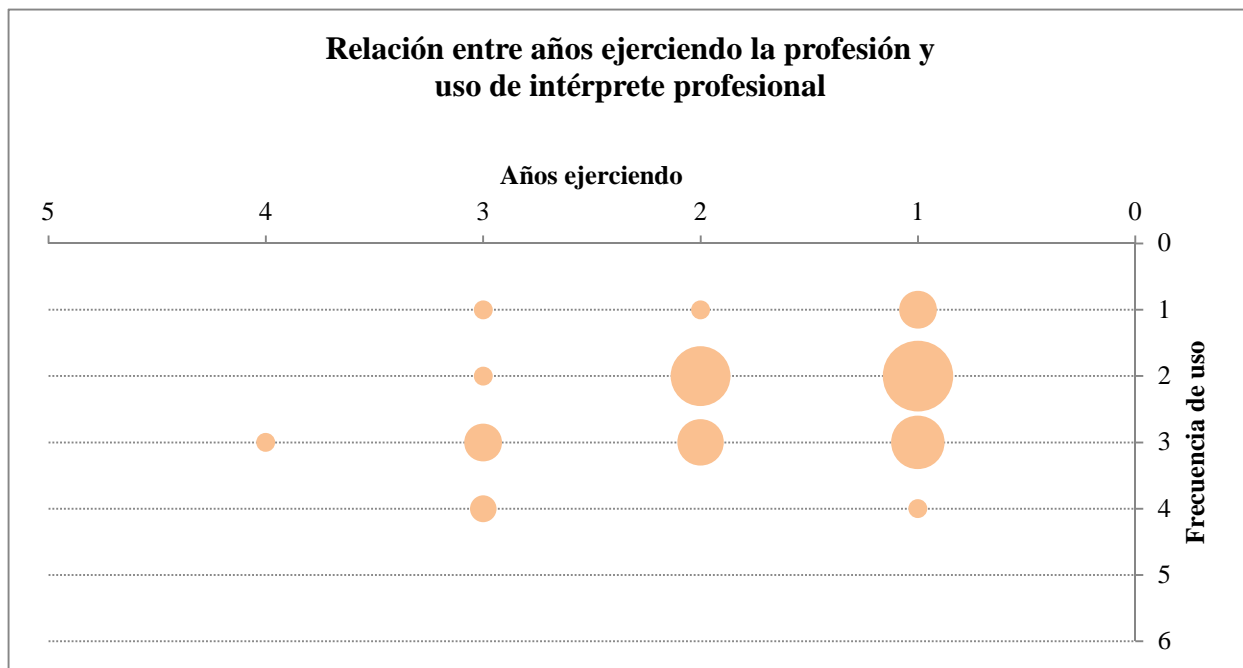


Gráfico 6: Relación entre años que los encuestados llevan ejerciendo la profesión (4=menos de 5 años, 3=entre 5 y 15 años, 2=entre 15 y 30 años y 1=30 o más años) y la frecuencia del uso de un intérprete profesional (5=Nunca, 4=Raras veces, 3=A veces, 2=Casi siempre, 1=Siempre)³

Pregunta 6: *How is the interpreter most often chosen? I leave the decision up to the patient, I suggest that we use a professional interpreter but allow the patient to decide, I decide to use a professional interpreter regardless of the patient's preference, Other (please explain briefly).*

La respuesta más común entre los 62 encuestados que contestaron esta pregunta fue *Otra* (21 encuestados: 33,87%). La siguiente respuesta más común fue sugerir un profesional pero ceder la decisión al paciente (19 encuestados: 30,65%), mientras que casi el mismo número indicaron que dejan la decisión directamente al paciente (15 encuestados: 24,19%) y por último, pocos encuestados exigen el uso de un profesional (7 encuestados: 11,29%). Uno, a pesar de elegir *Otra*, proporcionó la explicación: *“I decide to use a professional interpreter because it's SOP”* (Comentario 1), y por lo tanto su respuesta se ha incluido en la categoría “Exigir profesional”.

En cuanto a las respuestas de los 21 participantes (33,87%) que indicaron que deciden el tipo de intérprete dependiendo de factores independientes a su propia preferencia o a la preferencia del paciente, se han clasificado resultando en 7 categorías que se exponen a continuación con títulos cortos en cursiva y las frecuencias de la respuestas:

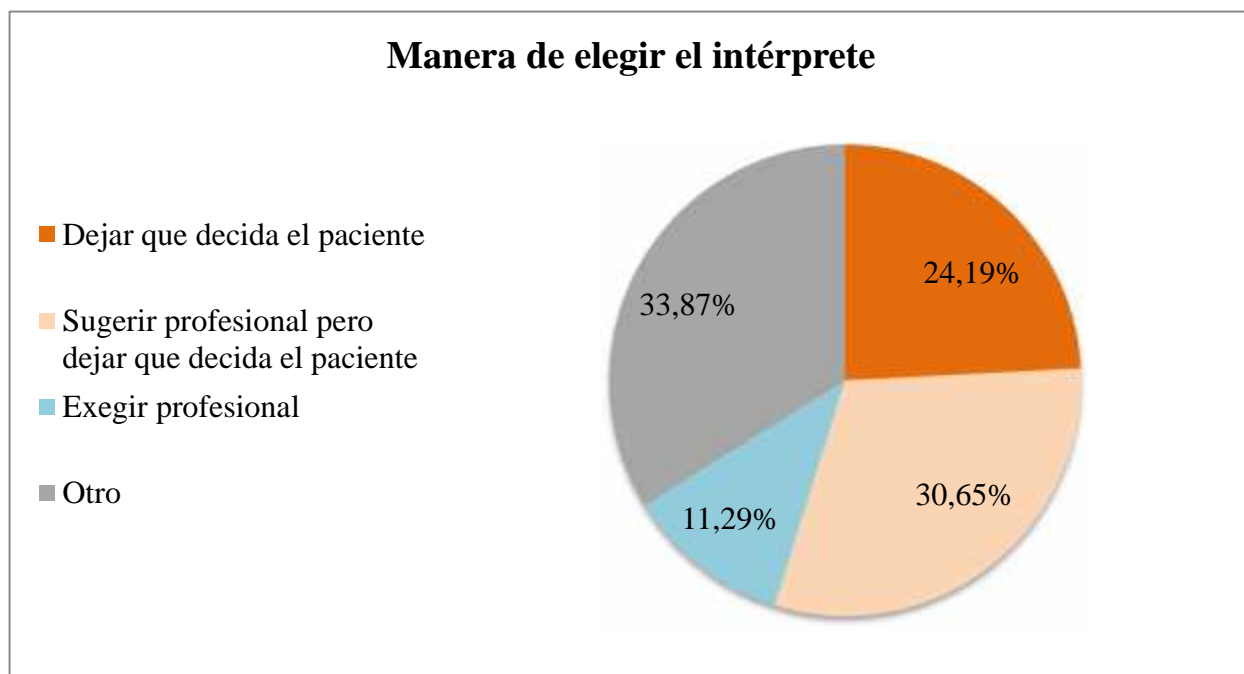


Gráfico 7: Maneras más frecuentes de elegir el intérprete

Respuesta	Título abreviado	Número de encuestados	Porcentaje
Depende de la disponibilidad de una persona bilingüe, sea personal en el hospital o un familiar	<i>Disponibilidad</i>	8	12,90%
Prefiero que sea un familiar (por ej., pide al paciente que lleve a alguien que hable las dos lenguas)	<i>Familiar</i>	3	4,84%
Depende del contenido de la visita (por ej., para un formulario de consentimiento se prefiere a un profesional)	<i>Contenido</i>	3	4,84%
Sin especificar	<i>Sin especificar</i>	3	4,84%
Uso a un familiar si está presente; si no, recorro a la <i>Language Line</i> (interpretación telefónica proporcionada por el hospital)	<i>Familiar-LL</i>	2	3,23%
Depende de la lengua y la preferencia del paciente y su familia	<i>Lengua-paciente</i>	1	1,61%
Lo que prefiera la enfermera	<i>Preferencia-enfermera</i>	1	1,61%
Total		21	33,87%

Tabla 1: Otras maneras de elegir el tipo de intérprete citadas por los profesionales médicos encuestados

La categoría “Sin especificar” incluye a tres encuestados cuyas respuestas a la Pregunta 6 (*Otra*) no encajan en ninguna categoría. Uno que habla español contestó: “*Occasionally a family member assumes he/she is needed until I take over*” (Comentario 2), sin aclarar qué hace en casos cuando la segunda lengua no es español, si es que surgen tales casos. Otro encuestado explicó simplemente “*Usually use family*” (Comentario 3). La respuesta del tercero se incluyó en la categoría “Sin especificar” porque no era legible.

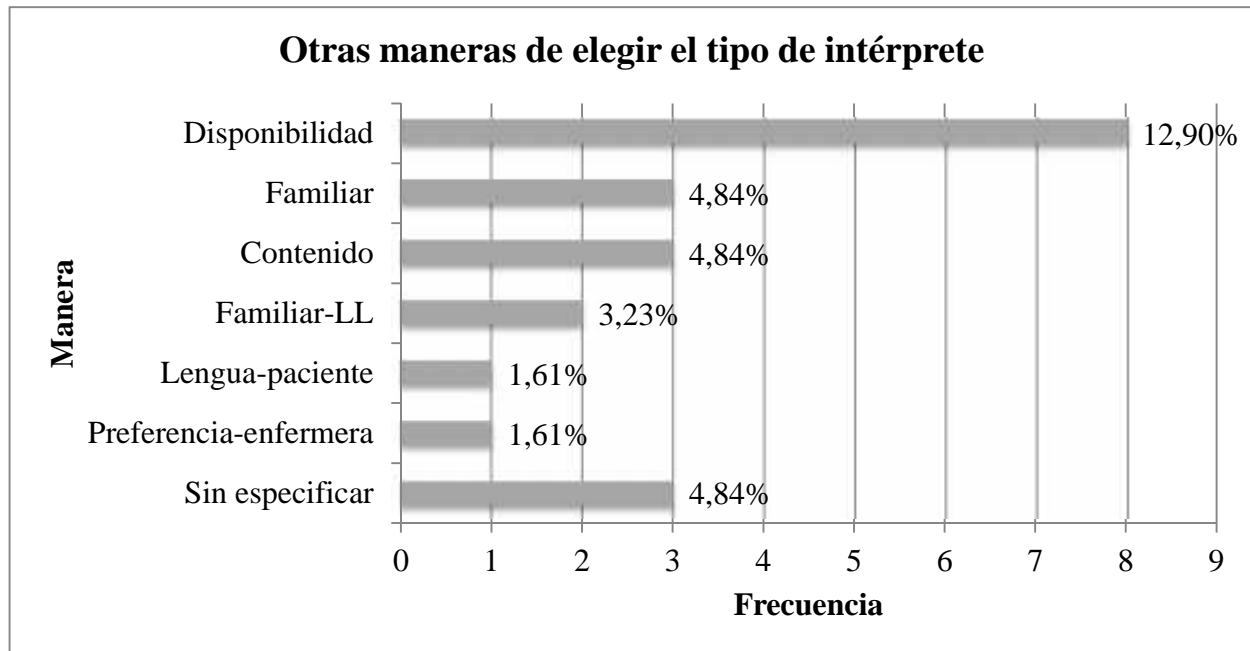


Gráfico 8: Otras maneras de elegir intérprete citadas por los profesionales médicos encuestados

Como se ve reflejado en la Tabla 1 y el Gráfico 8, la manera más común de elegir intérprete además de las tres opciones proporcionadas en la Pregunta 6, era por disponibilidad de personas bilingües. Este hecho, junto con el 55% de encuestados que expresaron que dejan la decisión al paciente (la suma del 24% que dejan que decida la familia con el otro 31% que proponen usar a un profesional pero al final dejan que elija el paciente), sugiere que en general el tipo de intérprete que se utiliza en las visitas con pacientes no angloparlantes se rige más por comodidad y disponibilidad que por una decisión informada por parte del profesional médico.

Respuestas que no encajan con este patrón son pocas: hubo 3 encuestados que expresaron que ellos mismos preferían que el intérprete fuese un familiar del paciente. En sus comentarios, uno explicó, “*I prefer wife or sibling or parent because they often know the medical history and elderly patient is too demented to recall*” (Comentario 4) y otro simplemente, “*I ask patient to bring a family member*” (Comentario 5). Por otra parte, 7 encuestados exigen el uso de un profesional. Entre ellos, sólo 3 explicaron su posición: que la política del hospital dicta el uso del servicio oficial de interpretación telefónica. El hecho de que a pesar de esta norma la mayoría de los profesionales médicos en el hospital recaigan sobre los intérpretes *ad hoc* reafirma la conjetura de que su “preferencia” tienda a lo más conveniente en cuanto a tiempo y esfuerzo.

Cabe mencionar otros comentarios de los encuestados en cuanto a la manera de elegir el tipo de intérprete. Muchos describieron puntos de vista en línea con el argumento anteriormente

mencionado de la comodidad. Uno, por ejemplo, escribió, “*If family insists use family, if no family—use Language Line*” (Comentario 6) y otro “*If family member present, will use. If family unavailable or uncommon spoken language, will use phone*” (Comentario 7). Otros muchos explicaron que su criterio más importante era simplemente la conveniencia: “*Whatever is most expedient*” (Comentario 8), “*Whichever is readily available*” (Comentario 9), “*Anyone able to translate*” (Comentario 10). Otro destaca lo útil que es poder aprovechar la presencia de familiares que hablen los dos idiomas: “*Usually a family member is present which always is a great help. Especially if and when family speak English*” (Comentario 11), pero ni éste ni ningún otro encuestado hace referencia a la utilidad del servicio de interpretación telefónica que está siempre disponible.

No obstante, algunos encuestados sí reconocen la importancia de usar a un intérprete profesional para algunos trámites: uno destaca, “*If it is for a health screening and the patient is okay with family interpreting I allow the convenience of using family. For certain important situations I would pick an interpreter*” (Comentario 12). Es interesante que este encuestado se refiera a “*ciertas situaciones importantes,*” un comentario que parece restar importancia a la propia atención médica. Otros especifican más con un comentario como el siguiente: “*It depends on what’s being interpreted. Consents vs. how to use the call light, etc.*” (Comentario 13).

En total, aproximadamente el 80% de los encuestados afirma o ceder la decisión al paciente y a su familia u optar intencionalmente por un intérprete *ad hoc*—lo cual manifiesta la realidad de que los profesionales médicos encuestados no influyen en la elección del intérprete o en cambio dan preferencia a un intérprete sin formación, a pesar de la facilidad de poder aprovechar la disponibilidad de un servicio gratuito de interpretación profesional.

Pregunta 7: *In your opinion, is a person’s ability to speak both languages (English and that of the patient) sufficient in order to interpret? Why or why not?*

El propósito de la Pregunta 7 fue entrar en la cuestión de si los profesionales médicos entienden el papel del intérprete, y es la primera de varias preguntas destinadas a conocer esta característica. Las respuestas anteriores que demuestran el uso extendido de los intérpretes *ad hoc* ya sugieren el desconocimiento de la importancia de la cualificación y la formación más allá del hecho de ser bilingüe. Las respuestas a esta pregunta, ilustradas en el Gráfico 9, revelan una mayor ignorancia sobre la labor del intérprete: de los 63 que contestaron, sólo 11 encuestados (17,46%) dijeron que saber las dos lenguas en cuestión no es suficiente para la interpretación, mientras que 38 (60,32%) afirmaron que sí lo es, y 14 (22,22%) proporcionaron condiciones según las cuales un conocimiento de las lenguas sería o no suficiente (representados en el Gráfico 9 como “Depende”).

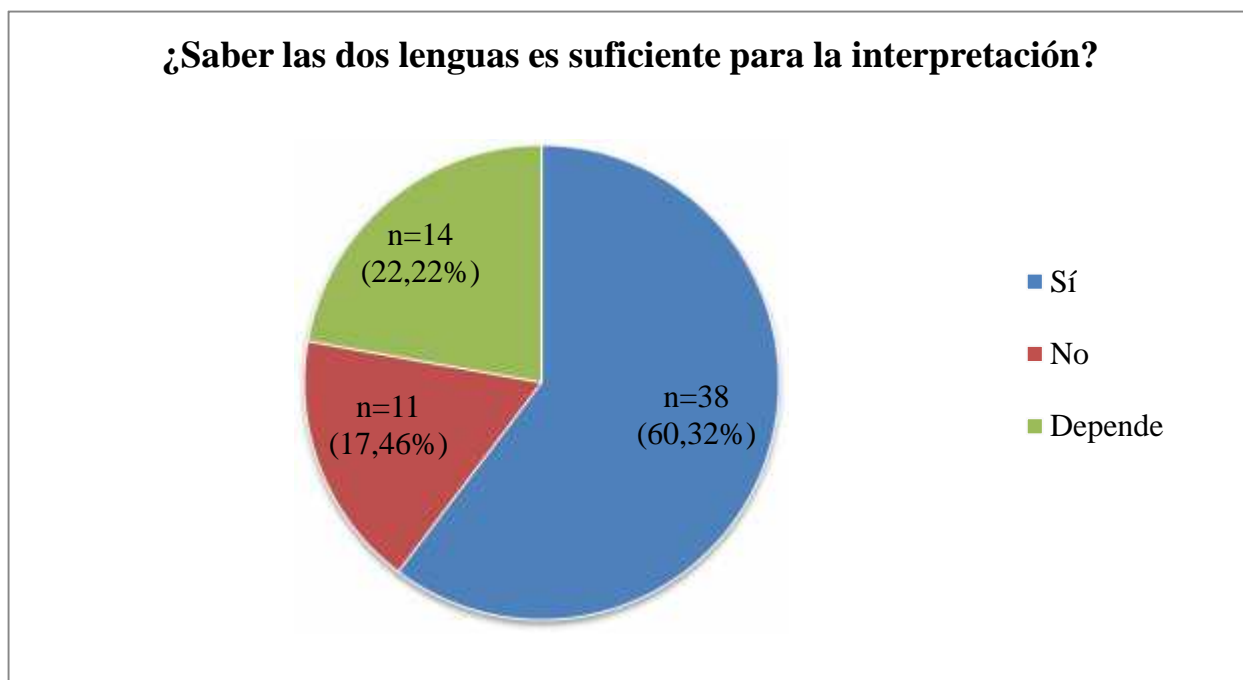


Gráfico 9: Respuestas de los profesionales médicos a la Pregunta 7: “¿Saber las dos lenguas en cuestión es suficiente para la interpretación?”

Las respuestas representadas en el Gráfico 9 por la etiqueta “Depende” son quizás las más ilustrativas en cuanto al desconocimiento del papel del intérprete, y se representan en más detalle en la Tabla 2 a continuación. Igual que en la Pregunta 6, las respuestas libres se clasificaron en varias categorías para exponer mejor su frecuencia. Esta clasificación resultó en 7 categorías que se exponen en la Tabla 2 y el Gráfico 10.

Respuesta	Título abreviado	Número de encuestados	Porcentaje
Depende de su conocimiento de terminología médica y si la visita incluye terminología médica	<i>Terminología médica</i>	5	7,93%
Depende de su formación médica	<i>Formación médica</i>	3	4,76%
No siempre—a veces la interpretación es errónea	<i>No siempre</i>	2	3,17%
Normalmente es suficiente	<i>Normalmente sí</i>	1	1,59%
Depende de su nivel de educación	<i>Nivel de educación</i>	1	1,59%
Depende del contenido de la visita	<i>Contenido</i>	1	1,59%
Es suficiente si es un intérprete profesional, pero no si el inglés del familiar es inadecuado	<i>Profesional vs. familiar</i>	1	1,59%
Total		14	22,22%

Tabla 2: Explicaciones para respuestas libres a la Pregunta 7: “¿Saber dos lenguas es suficiente para la interpretación?” – Otros factores que influyen en la preparación del intérprete

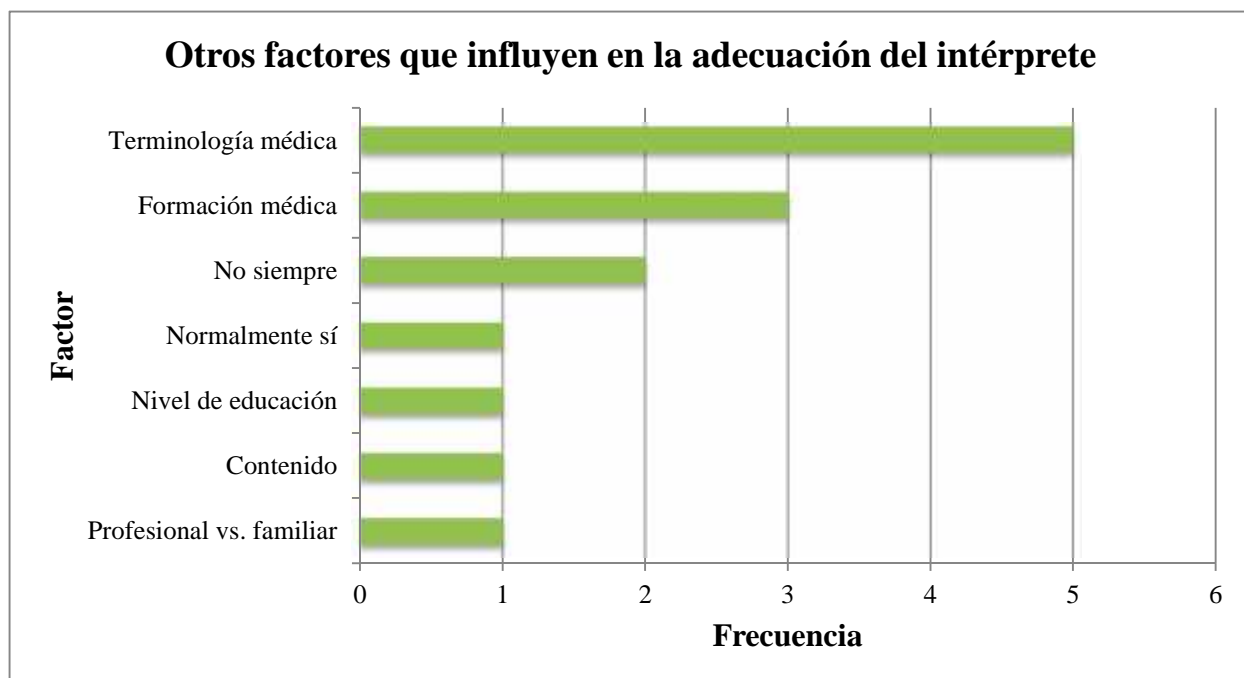


Gráfico 10: Explicaciones para respuestas libres a la Pregunta 7: “¿Saber dos lenguas es suficiente para la interpretación?” – Otros factores que influyen en la preparación del intérprete

La mención de terminología médica (5 encuestados) como el factor que determina la adecuación del intérprete, aparte de su conocimiento de las dos lenguas, indica la creencia que la terminología es la única característica que distingue a los intérpretes profesionales de los *ad hoc* y refleja el desconocimiento del papel del intérprete. Este es el caso también con los 3 encuestados que contestaron que la formación médica es el factor, además de su conocimiento de los idiomas, que determina la cualificación adecuada del intérprete. Esta respuesta también evidencia la ignorancia en cuanto al papel del intérprete, ya que en vez de reconocerlo como una figura propia que desempeña una labor que requiere destrezas y una formación concreta, estos encuestados insinúan que el intérprete es simplemente un profesional sanitario que sabe más de una lengua. Las otras respuestas también ignoran destrezas para la interpretación; ni un encuestado reconoce ninguna destreza propia del intérprete. La opinión de un encuestado que saber dos lenguas es suficiente si el intérprete es profesional pero no si el inglés del familiar es inadecuado supone que la labor del intérprete profesional no trascienda ser una “máquina de interpretación,” ya que expresa que el intérprete no es nada más que una persona que sabe dos lenguas, diferenciándolo con un familiar sólo por el hecho de que este último quizás no tenga un nivel adecuado de inglés.

A continuación se exponen otras respuestas a la Pregunta 7 (“¿Es la habilidad de una persona para hablar ambas lenguas (inglés y la del paciente) suficiente para la interpretación?”) que son ilustrativas en cuanto a la percepción que tienen los profesionales médicos sobre el intérprete:

Comentario 14: “*Yes. We require patients who do not speak English to be accompanied by family member or friend who is proficient.*”

Comentario 15: “*Yes, because there can be direct communication between the nurse and the patient.*”

Comentario 16: *“If person is healthcare professional and understands all information being told and is able to relay that info accurately and answer the questions that the patient has then okay, otherwise use professional.”*

Comentario 17: *“Yes, so they can translate accurately.”*

Comentario 18: *“No, because the meaning of words may be different in different cultures/languages, i.e., gay=homosexual/happy.”*

Comentario 19: *“Yes, because if the person can interpret proficiently enough that the patient can understand, I guess it’s okay.”*

Comentario 20: *“No and yes, because they can speak and understand what is being said but they may not understand the topic at hand.”*

Comentario 21: *“Yes, provided they can be trusted to interpret what the healthcare provider is trying to say not using shortcuts.”*

Comentario 22: *“Yes, as long as the patient is O3.” (“Oriented times three” significa que el paciente está consciente y está orientado a persona, lugar, y hora).*

Comentario 23: *“No. If not a professional interpreter they may not know medical terminology and for legal purposes they need to be a professional interpreter.”*

Muy pocos encuestados demostraron tener un entendimiento—aunque muy elemental—del intérprete, o al menos reconocieron la importancia de usar un profesional, aunque sólo por cumplir con la política del hospital:

Comentario 24: *“Not in our hospital. Must be certified.”*

Comentario 25: *“Not per our policy, although during the course of care, the nurses do, if they speak the patient’s native language, converse with the patient in generalities.”*

Comentario 26: *“Yes, if this person can speak both languages they should be able to interpret simple interactions, but more complex info (diagnoses or consent) should be left to professional.”*

Comentario 27: *“No. Technical language problems; friend/family may be unable to get beyond emotion/social limitations.”*

Pregunta 8: *Do you believe that interpreters should be required to fulfill a certain degree of professional education and training in interpretation or be accredited in order to work in a medical setting?*

Al igual que la Pregunta 7, ésta tuvo el propósito de indagar más sobre el entendimiento del papel del intérprete por parte de los profesionales médicos. Las respuestas parecen contradecir a las de la Pregunta 8, donde la mayoría de los encuestados afirmaron que saber dos lenguas era suficiente para desempeñar la labor de interpretar. De los 62 encuestados que contestaron la Pregunta 8, 40 (64,50%) afirmaron que los intérpretes sí deben cumplir con educación o formación en interpretación, mientras que sólo 13 (21%) contestaron que no hace falta ninguna formación. Los otros 9 (14,50%) proporcionaron explicaciones o condiciones sin afirmar definitivamente *sí* o *no*.

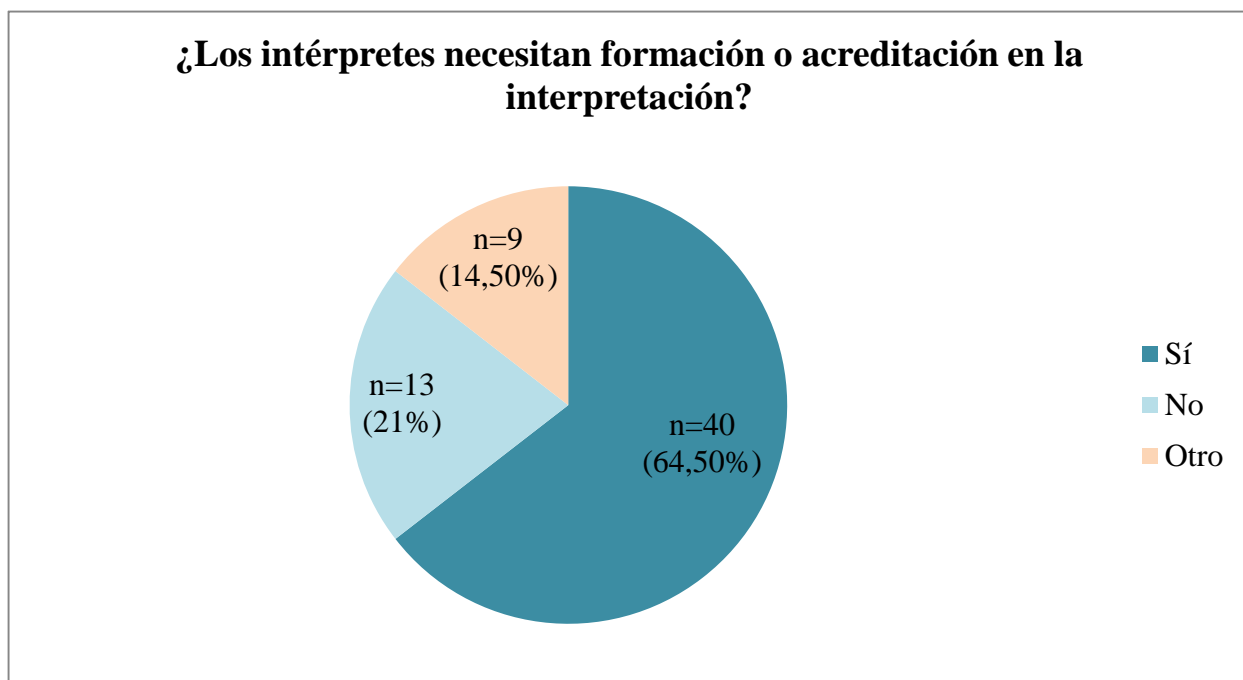


Gráfico 11: Respuestas de los profesionales médicos a la Pregunta 8: “¿Los intérpretes necesitan formación o acreditación en la interpretación?”

Estas respuestas no encajan con las de la pregunta anterior, ya que 38 encuestados afirmaron que basta con saber las dos lenguas, mientras que a esta pregunta 40 encuestados respondieron que los intérpretes deben tener algún tipo de formación en interpretación. Las respuestas largas que ofrecieron revelan varias tendencias y sobre todo varios malentendidos. Por ejemplo, un encuestado que estuvo de acuerdo que saber las lenguas en cuestión era suficiente explicó que éste es el caso sólo cuando la persona está formada en medicina (es decir, que un médico bilingüe estaría cualificado para desempeñar la labor del intérprete), y no hace referencia a ninguna destreza ni conocimiento que sería conveniente para la labor de interpretar. Otro contestó a la Pregunta 7 que sólo es suficiente saber las dos lenguas si el intérprete sabe además terminología médica, aunque a la Pregunta 8 contestó que un intérprete profesional debe tener formación. No explicó qué formación se podría tener además del conocimiento de las dos lenguas, ya que sostiene que dicho conocimiento es suficiente para la interpretación.

Algunas respuestas más a la Pregunta 8 que ilustran varias percepciones que tienen los encuestados sobre la formación que consideran conveniente para los intérpretes se exponen a continuación:

Comentario 35: “*Medical assistants have adequate training.*”

Comentario 36: “*No, not practical (ideally, yes).*”

Comentario 37: “*This would be ideal, probably not realistic.*”

Comentario 38: “*It would be helpful.*”

Comentario 39: “*Yes, they should be tested to ensure knowledge of the language for conversation and medical terminology.*”

Comentario 40: “*Yes, for legality purposes.*”

Comentario 41: “*Yes, because some of the words are in medical terms that the interpreter doesn’t know and translate, if possible it is good if the interpreter in the hospital is in medical field.*”

Comentario 42: “*Medical terminology training should suffice.*”

En general las respuestas aluden a la percepción de que interpretar sólo consiste en saber dos idiomas, mostrando una falta de conocimiento del intérprete. Uno explicó que basta con saber dos idiomas y que los intérpretes no necesitan formación porque “*they are not making any medical decisions, only translating lay words. I don’t use medical terms with lay patients*” (Comentario 28). Este comentario revela que el encuestado no considera que interpretar pueda consistir en más que saber términos legos en más de un idioma. De hecho, afirmó que el papel del intérprete es simplificar las intervenciones para asegurar comprensión (Pregunta 13). También respondió que los intérpretes no necesitan formación, socavando así la labor y el papel del intérprete. No es sorprendente, entonces, su indicación que casi siempre usa intérpretes *ad hoc* y que deja que el paciente decida quién interpreta, aunque dijo que no suele tener ninguna visita con intérprete al mes, ya que sabe tres lenguas aparte del inglés (árabe-fluido, francés-competente y español-conversacional). A pesar de todo esto, el mismo encuestado valoró más favorablemente a los intérpretes profesionales en todos los parámetros estudiados (Preguntas 10 y 11).

De igual modo, otro contestó a la Pregunta 7: “*YES. The interpreter doesn’t need much medical background as long as translation is accurate*” (Comentario 29) y a la Pregunta 8: “*I don’t believe interpreters need extra medical skills—only that the translation is accurate. Nearly all of my native English speaking patients have no medical background. It’s an MD’s job to convert symptoms into disease patterns*” (Comentario 30). Cabe señalar que este encuestado insiste en que los intérpretes no necesitan “muchoa formación” en medicina—es decir, asume que en principio los intérpretes están formados en medicina. Reconoce la labor concreta del médico de “convertir síntomas en patrones de enfermedades,” pero en cuanto al intérprete le compara con los pacientes, quienes no tienen formación médica. Su lógica le lleva a concluir que ya que el intérprete no es médico, su formación no consiste en nada más que “traducir con precisión” algo que asegura que hacen los intérpretes sin formación tan bien como los profesionales según su respuesta a las Preguntas 10 y 11, donde afirmó estar “satisfecho” con los dos tipos de intérprete.

Eran muchas las respuestas que ignoraron que la cuestión era si el intérprete necesita “educación profesional y formación en *interpretación*” (cursiva añadida), asumiendo que la única formación pertinente o posible sería en medicina, así manifestando su desconocimiento de la profesión de interpretación y el rol del intérprete. Uno incluso expresó que ser bilingüe era suficiente, dependiendo de la formación médica que tiene el intérprete. Otro afirma, “*No. Need a level of medical sophistication that may not be available*” (Comentario 31).

No obstante, hubo varios, aunque muy pocos, cuyas respuestas muestran un entendimiento básico del intérprete. Uno, por ejemplo, opinó que saber dos lenguas no es suficiente y que el intérprete debe tener formación, explicando: “*[Language is] frequently a problem, especially with first visit with new cancer diagnosis. I try to get a professional to be sure that the precise diagnosis and prognosis is translated*” (Comentario 32) y con respecto a la importancia de tener formación en interpretación afirmó: “*Yes, very much so, especially with cancer and critical care decisions*” (Comentario 33). Este encuestado informó tener un número bastante alto de visitas con intérprete al mes (15), pero testifica que casi siempre son intérpretes sin formación. Asimismo, cabe

destacar que además de estas 15 visitas con pacientes con dominio limitado de inglés, afirma tener de 2 a 3 visitas cada día con pacientes hispanoparlantes, con quienes interactúa él en español sin intérprete. No obstante, sus respuestas a la encuesta para profesionales bilingües (descrita con más profundidad en el apartado 4.2) revelan que considera que su nivel de español es “conversacional”—el segundo nivel más bajo, después de “no suficiente para fines profesionales”. Explica su decisión así: “*I like to use Spanish to help ‘practice’ and patients appreciate the effort, but if there’s a critical issue, I get a fluent person to re-verify the conversation*” (Comentario 34). Es decir, este encuestado parece reconocer que la labor de diagnosticar y tratar a pacientes es suficientemente delicada como para merecer a un intérprete profesional, quien aseguraría que se comunicase el diagnóstico y pronóstico precisos al paciente en una lengua que entiende. Sin embargo, parece estar satisfecho con comunicar la misma información con el escaso dominio de español que admite tener.

En cuanto a los 9 encuestados que proporcionaron una explicación sin contestar *sí* o *no* a la Pregunta 8, de nuevo sus respuestas se clasificaron y produjeron las siguientes 5 categorías:

Respuesta	Título abreviado	Número de encuestados	Porcentaje
Tener formación sería ideal, pero poco realista—¿quién pagaría?	<i>Ideal-poco realista</i>	3	4,84%
Depende del caso—algunos requieren terminología médica	<i>Terminología médica</i>	2	3,22%
No estoy seguro/podría ser útil	<i>Útil</i>	2	3,22%
Los auxiliares médicos tienen formación adecuada	<i>Formación médica</i>	1	1,61%
Deben tenerla si cobran por interpretar	<i>Si cobran</i>	1	1,61%
Total		9	14,50%

Tabla 3: Respuestas libres a la Pregunta 8 sobre la necesidad de formación o acreditación en interpretación para los intérpretes

En resumen, las respuestas a las Preguntas 7 y 8 revelan que los profesionales médicos tienen muy poco entendimiento sobre la figura del intérprete. Parecen limitarse a contemplarla como una persona leiga que sabe dos lenguas o un profesional médico bilingüe, aunque luego la mayoría afirma que también debe hacer falta formación específica. No obstante, ningún encuestado sugiere que haya destrezas para la interpretación que no sean ni puramente lingüísticas ni de índole médica—es decir, ignoran la posibilidad de haber formación en la propia interpretación.

Pregunta 9: *Have you ever participated in any training, courses, lectures, etc. on interpretation, intercultural Communications, or related topics? Yes, No.*

Esta pregunta se incluyó en la encuesta para conocer la tasa de cumplimiento de la ley de formación cultural obligatoria para los proveedores médicos en California (*California Business and Professions Code, Section 2190.1*, mencionada en el apartado 2.4.2 del marco teórico), la cual podría influir en el reconocimiento del intérprete por parte de los profesionales médicos, así

como el reconocimiento de su papel como puente entre los ciudadanos no angloparlantes y los proveedores en el sistema sanitario.

De los 62 encuestados que contestaron la pregunta, 50 (80,65%) no habían recibido este tipo de formación y sólo 12 (19,35%) contestaron afirmativamente. Un encuestado contestó *Sí* pero explicó que la formación consistió en clases de español en el instituto y una de filipino/tagalo en la universidad y por lo tanto se incluyó en el grupo de respuesta negativa, ya que se consideró que este tipo de formación no cumplía con el requisito de la formación continua en asuntos culturales y lingüísticas para los proveedores médicos.

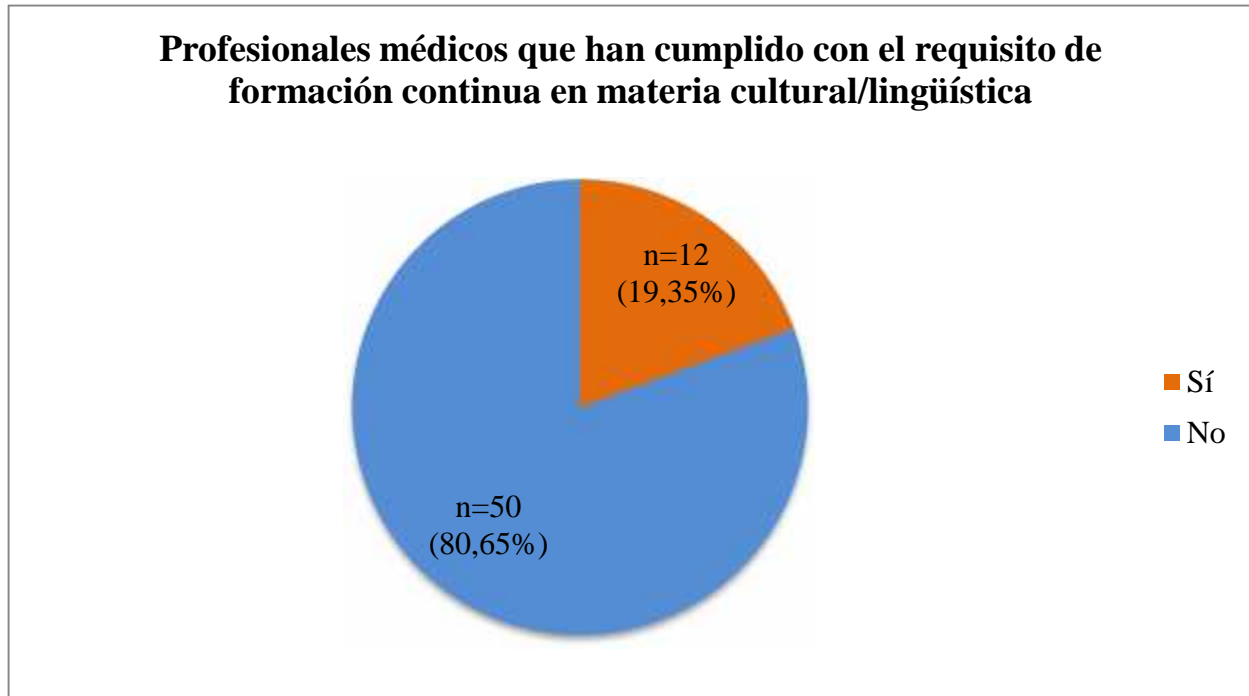


Gráfico 12: *Respuestas de los encuestados a la Pregunta 9: ¿Ha participado en formación, cursos, charlas, etc. sobre la interpretación, comunicación intercultural, o temas relacionados?*

Los tipos de educación continua que citaron los 12 encuestados que contestaron afirmativamente se exponen a continuación en la Tabla 4.

Respuesta	Número de encuestados	Porcentaje
Español médico	3	4,84%
Comunicación/sensibilidad intercultural	3	4,84%
Sin especificar	2	3,23%
Pacientes con dominio limitado de inglés y acceso a servicios sanitarios	1	1,61%
Conferencia sobre ideas étnicas comunes en San Diego	1	1,61%
Charlas/formación sobre interpretación en español	1	1,61%
Diversidad cultural en el trabajo	1	1,61%
Total	12	19,35%

Tabla 4: Tipos de educación o formación continua en asuntos culturales en los que han participado los encuestados

Es evidente según las respuestas de los encuestados que no es típico que los profesionales médicos cumplan con la citada ley, al menos en el hospital en cuestión, ya que sólo 12 de los 62 encuestados que contestaron a la pregunta habían dado cursos o atendido charlas pertinentes. Los temas cursados más frecuentes eran español médico (3 encuestados) y comunicación/sensibilidad intercultural (3). Entre los temas mencionados y con la explicación tan breve que se ha proporcionado, es difícil conjeturar sobre la utilidad de estos cursos en el entendimiento del papel del intérprete. No obstante, tras calcular el coeficiente de contingencia de Pearson (C) (un análisis estadístico destinado a determinar si existe una relación entre dos variables nominales, descrito anteriormente en la Pregunta 5) para las variables de formación continua en asuntos culturales/lingüísticos y frecuencia de uso de los intérpretes profesionales, se observa que no hay ninguna relación ($C=0,14$) en la muestra estudiada entre cursar este tipo de educación continua y usar un intérprete profesional. Esta falta de relación se muestra en el Gráfico 13. Sin embargo, cabe reconocer que la muestra es considerablemente pequeña y sólo 12 individuos había cumplido con dicha formación. Además, en ningún caso se indicó sobre un encuestado que se hubiese formado en cómo trabajar con intérprete; por lo tanto, la ausencia de una relación no es sorprendente, y hace falta más investigación para llegar a conclusiones sobre este tema.

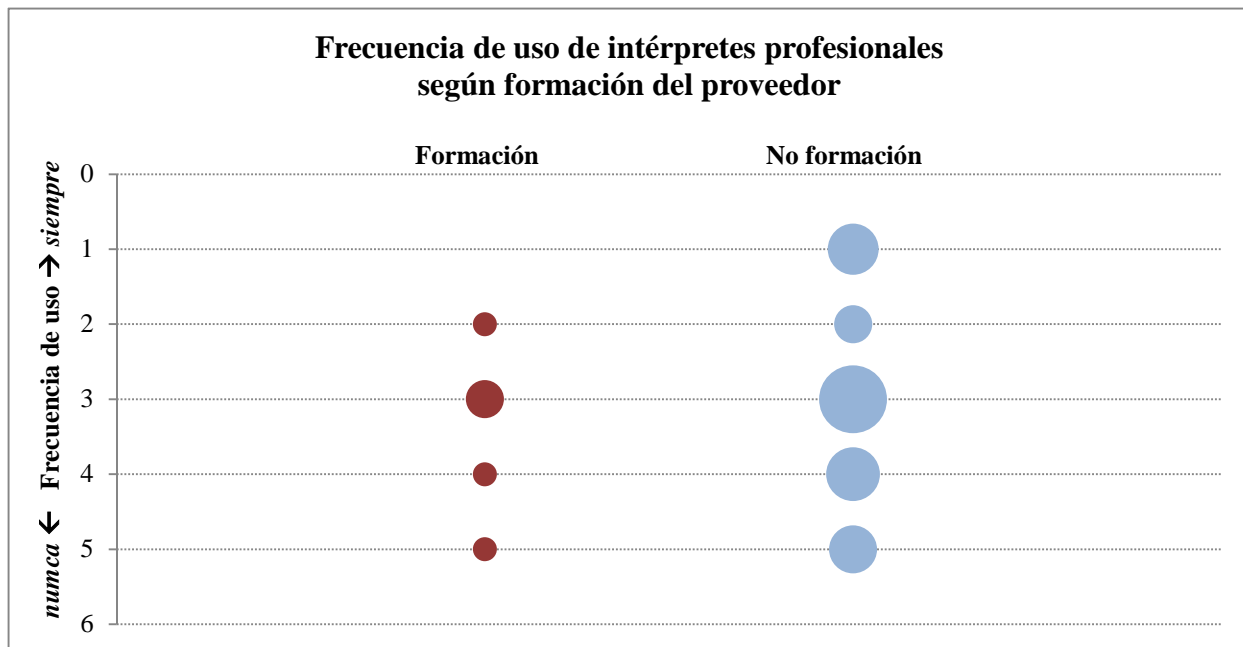


Gráfico 13: Relación entre tener formación en asuntos culturales/lingüísticos y la frecuencia de usar un intérprete profesional (5=Nunca, 4=Raras veces, 3=A veces, 2=Casi siempre, 1=Siempre)³

Pregunta 10: Based on your experience with professional interpreters, how satisfied are you with their performance?

A esta pregunta le acompañaba una tabla de respuestas con 4 características para calificar (Precisión, Imparcialidad, Confidencialidad y Profesionalidad) según una escala con 5 opciones (Muy satisfecho, Satisfecho, Algo satisfecho, No muy satisfecho, Para nada satisfecho).

El propósito de esta pregunta, junto con la Pregunta 11, fue conocer la percepción que tienen los profesionales médicos sobre el desempeño de los intérpretes, comparando los profesionales con los *ad hoc* según cuatro parámetros fundamentales para la interpretación.

Al final 53 encuestados contestaron la Pregunta 10—un número relativamente bajo, presumiblemente porque no todos los encuestados tenían experiencia con intérpretes profesionales. Cabe mencionar que uno dejó de evaluar la confidencialidad, explicando que no era capaz de conocerla (por lo tanto hubo sólo 52 respuestas a este parámetro). Asimismo, otro encuestado subrayó ambas “muy satisfecho” y “satisfecho” en su evaluación de los intérpretes profesionales, la cual por motivos de espacio y coherencia no está representada en la Tabla 5 ni los Gráficos 11-14. En todos los parámetros menos en la precisión la mayoría de los encuestados estaban “muy satisfechos” con el desempeño de los intérpretes profesionales. En la precisión 20 encuestados (38,46%) estaban “muy satisfechos”, mientras que 23 (44,23%) estaban “satisfechos”. En ningún parámetro estaban “para nada satisfechos” con los intérpretes profesionales, y muy pocos estaban “no muy satisfechos” (2 con la precisión, imparcialidad y confidencialidad y 1 con el profesionalidad). La Tabla 5 expone todas las calificaciones de los encuestados sobre los intérpretes profesionales, con las tasas más altas de cada parámetro en negrita.

Intérpretes profesionales	Muy satisfecho	Satisfecho	Algo satisfecho	No muy satisfecho	Para nada satisfecho
Precisión	20 (38,46%)	23 (44,23%)	7 (13,46%)	2 (3,85%)	-
Imparcialidad	25 (48,08%)	19 (36,54%)	6 (11,54%)	2 (3,85%)	-
Confidencialidad	23 (45,10%)	19 (37,25%)	7 (13,73%)	2 (3,92%)	-
Profesionalidad	26 (50%)	17 (32,69%)	8 (15,38%)	1 (1,92%)	-
Total	94	78	28	7	-

Tabla 5: Satisfacción de los encuestados con los intérpretes profesionales según los cuatro parámetros: precisión, imparcialidad, confidencialidad y profesionalidad.

Como se ve reflejado en la Tabla 5, los profesionales médicos encuestados valoraron muy positivamente a los intérpretes profesionales en todos los parámetros. La gran mayoría estaba “muy satisfecho” o “satisfecho” con la precisión, imparcialidad, confidencialidad y profesionalidad de los intérpretes profesionales, lo cual sugiere que su percepción de éstos es bastante favorable en cuanto al desempeño de la interpretación según los principios éticos.

Pregunta 11: *Based on your experience with untrained or non-professional interpreters (e.g., family members, bilingual staff), how satisfied are you with their performance?*

Esta pregunta y la tabla de respuestas correspondiente (con una escala de opciones de “Satisfecho” a “Para nada satisfecho”) eran iguales que las de la pregunta anterior, con la única diferencia de que en ésta se valoraba a los intérpretes sin formación. El motivo de incluir la misma pregunta para evaluar a los intérpretes *ad hoc* fue comparar la percepción de los

profesionales médicos considerando los dos tipos de intérpretes, exponiendo así cualquier preferencia por un tipo o el otro.

Al final 63 encuestados contestaron a la Pregunta 11, aunque uno dejó en blanco el parámetro de la profesionalidad. Como demuestra la Tabla 6, los encuestados estaban satisfechos con los intérpretes *ad hoc* en general, aunque según los datos brutos estaban más satisfechos con los intérpretes profesionales en todos los parámetros. La valoración más común de los intérpretes *ad hoc* según los encuestados en todos los 4 parámetros era “satisfecho” (mientras que para los profesionales era “muy satisfecho” para todos menos uno de los parámetros). Además, los porcentajes de encuestados que sólo estaban “algo satisfechos” o “no muy satisfechos” eran mayores para los intérpretes *ad hoc* en todos los parámetros, y en dos ocasiones un encuestado estaba “para nada satisfecho” con los intérpretes sin formación (en los parámetros de la imparcialidad y la confidencialidad). El resumen de las valoraciones se expone en la Tabla 6.

Intérpretes <i>ad hoc</i>	Muy satisfecho	Satisfecho	Algo satisfecho	No muy satisfecho	Para nada satisfecho
Precisión	6 (9,52%)	36 (57,14%)	18 (28,57%)	3 (4,76)	-
Imparcialidad	6 (9,52%)	33 (52,38%)	20 (31,75%)	3 (4,76%)	1 (1,59%)
Confidencialidad	7 (11,11%)	33 (52,38%)	16 (25,40%)	6 (9,52%)	1 (1,59%)
Profesionalidad	7 (11,29%)	30 (48,39%)	21 (33,87%)	4 (6,45%)	-
Total	26	132	75	16	2

Tabla 6: Satisfacción de los encuestados con los intérpretes *ad hoc* según los cuatro parámetros: precisión, imparcialidad, confidencialidad y profesionalidad.

Los Gráficos 14-17 ilustran la frecuencia de cada calificación para los intérpretes profesionales y *ad hoc* según todos los parámetro, donde los dos tipos de intérpretes se comparan en el mismo gráfico. Aunque menos encuestados valoraron a los profesionales (53, comparado con los 63 que valoraron a los *ad hoc*), se observa que en todos los parámetros hay un mayor número de profesionales médicos que estaban “muy satisfechos” con los intérpretes profesionales, mientras que en todos los parámetros hay un mayor número de valoraciones bajas (“algo satisfecho”, “no muy satisfecho”, y “para nada satisfecho”) para los intérpretes *ad hoc*.

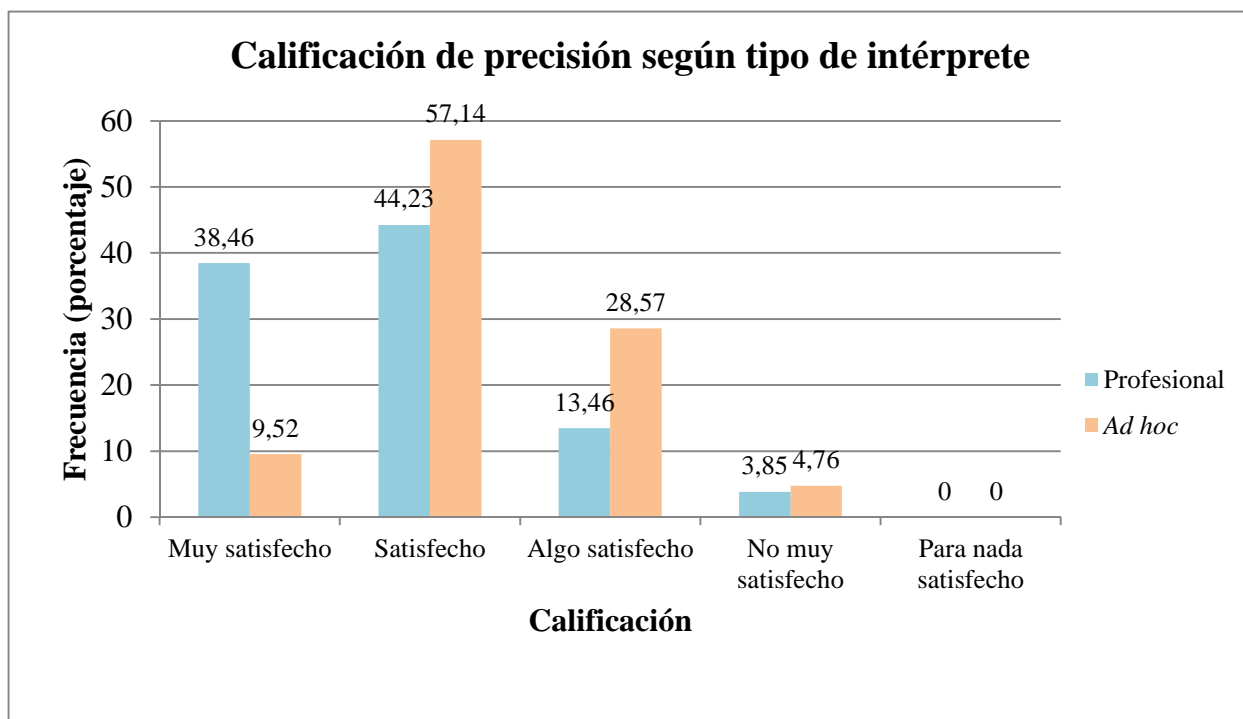


Gráfico 14: Calificación que dieron los profesionales médicos a la precisión de los intérpretes según la formación del intérprete (profesional o ad hoc)

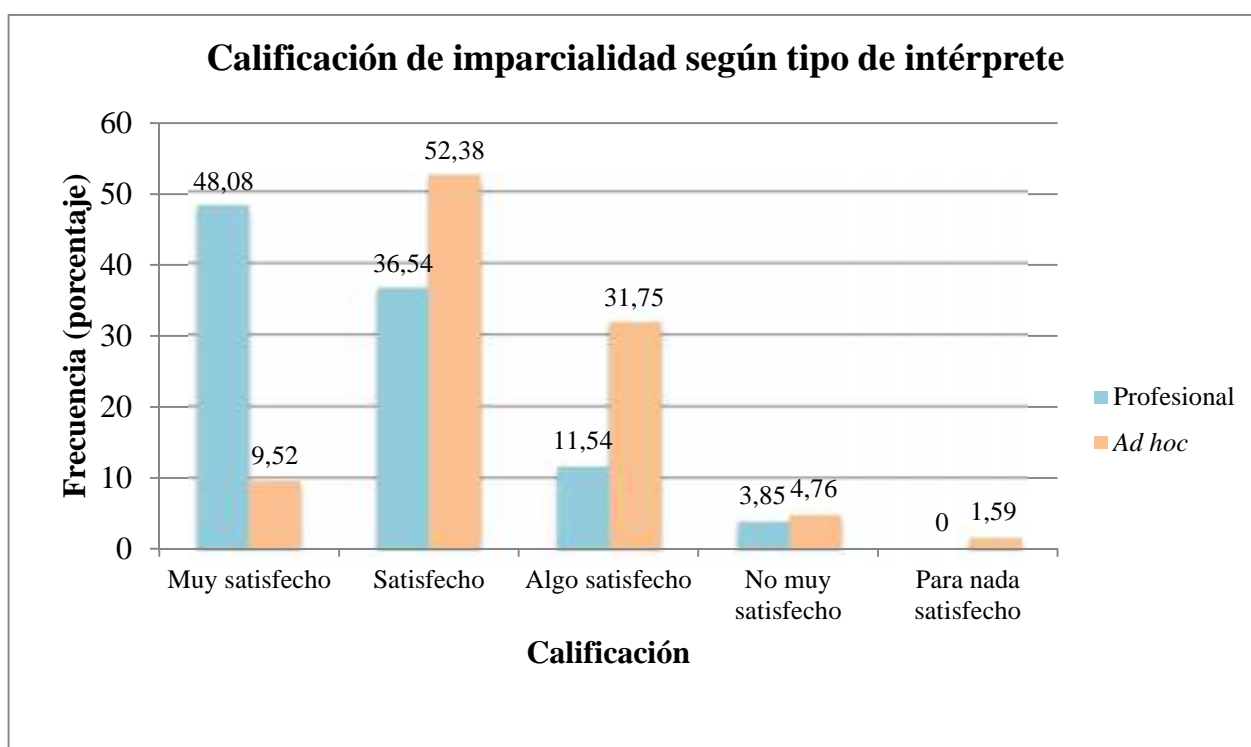


Gráfico 15: Calificación que dieron los profesionales médicos a la imparcialidad de los intérpretes según la formación del intérprete (profesional o ad hoc)

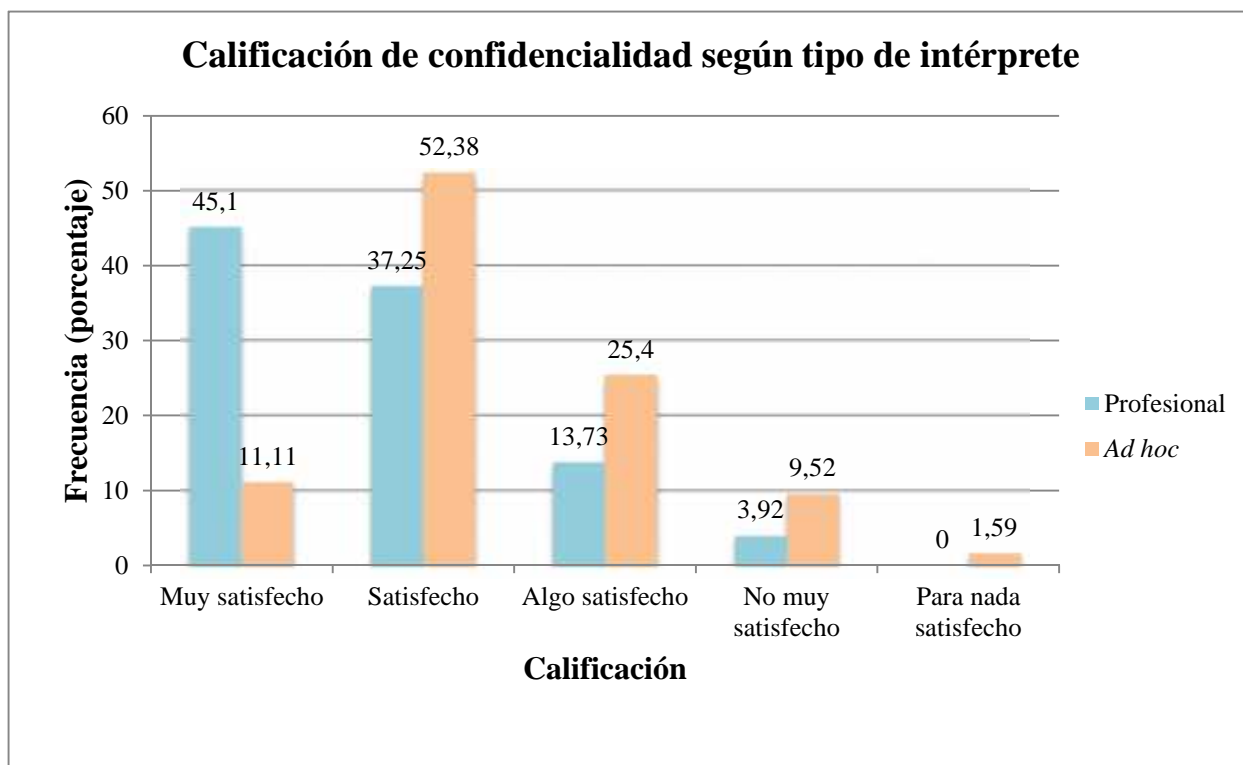


Gráfico 16: Calificación que dieron los profesionales médicos a la confidencialidad de los intérpretes según la formación del intérprete (profesional o ad hoc)

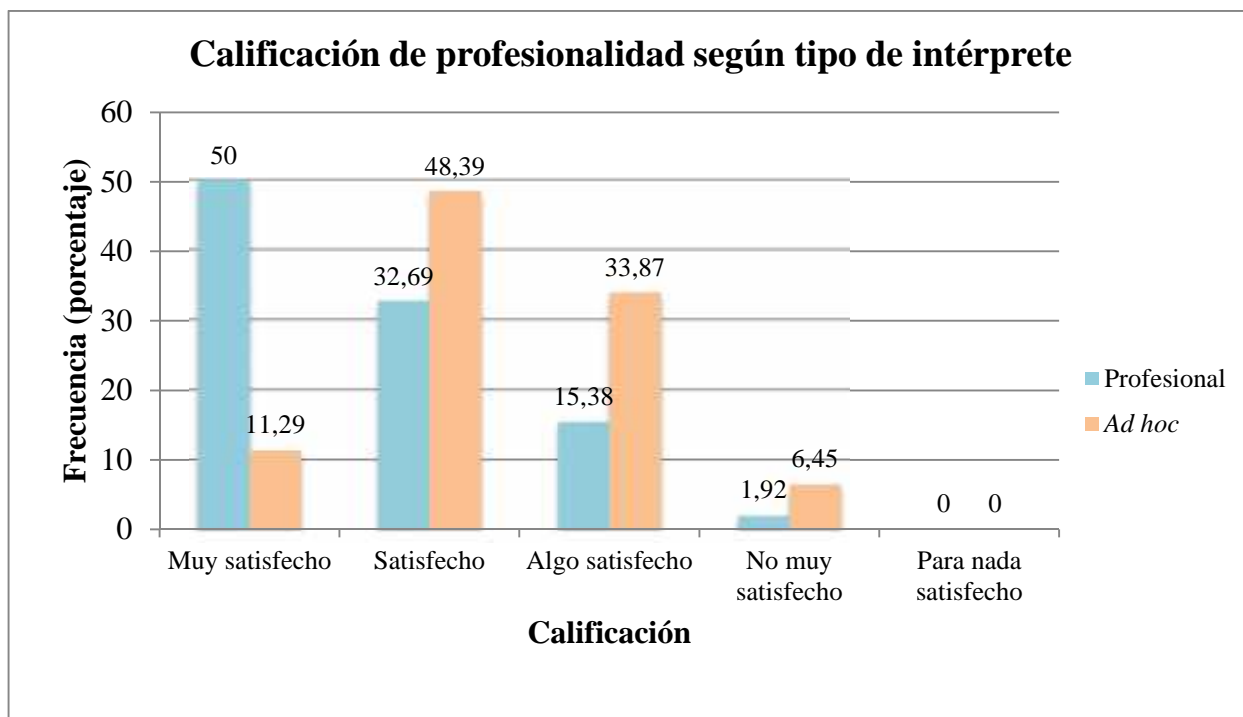


Gráfico 17: Calificación que dieron los profesionales médicos al profesionalidad de los intérpretes según la formación del intérprete (profesional o ad hoc)

Además, para conocer la posible existencia de una relación entre la percepción de los intérpretes profesionales y los *ad hoc*, se compararon todos los atributos proporcionados por los encuestados en estas dos preguntas⁵ calculando el coeficiente de correlación de Spearman (r_s) (descrito anteriormente). Los coeficientes de correlación para todos los parámetros estudiados en las Preguntas 10 y 11 se muestran en la Tabla 7.

Característica	Coeficiente Spearman (r_s)
Precisión	0,307
Imparcialidad	0,164
Confidencialidad	0,239
Profesionalidad	0,377

Tabla 7: La relación entre la percepción que tuvieron los encuestados de los intérpretes profesionales y *ad hoc*, representada por coeficientes de Spearman (r_s) para cada característica estudiada

Como se demuestra en la Tabla 7, no existía ninguna relación entre la satisfacción con los intérpretes profesionales y los *ad hoc* ($0 < r_s < 0,30$), salvo en la característica de la profesionalidad, donde hay una relación directa muy débil ($0,30 < r_s < 0,50$). Esta relación significa que según sube la valoración de un tipo de intérprete en este parámetro, es ligeramente probable que suba la valoración del otro, de manera que se puede predecir que si un encuestado está satisfecho con la profesionalidad de un intérprete profesional, es ligeramente probable que también lo esté con un intérprete *ad hoc*, y viceversa; igualmente, uno que no está satisfecho con la profesionalidad de un tipo de intérprete tampoco lo estaría con el otro. No obstante, la relación no es muy fiable, sobre todo cuando se complementa con la gráfica de dispersión que muestra la relación entre los dos conjuntos de datos (Gráfico 18) donde se ve que en realidad los datos son bastante dispersos y hay una concentración de respuestas en la esquina superior derecha del gráfico, lo cual significa que muchos encuestados estaban “satisfechos” o “muy satisfechos” (1, 2) con la profesionalidad de los dos tipos de intérpretes, pero no ocurría lo mismo con la insatisfacción (3, 4), donde se ven muy pocas respuestas.



Gráfico 18: Gráfica de dispersión representando la relación débil entre la satisfacción con la profesionalidad de los intérpretes profesionales y *ad hoc*, donde 1=Muy satisfecho, 2=Satisfecho, 3=Algo satisfecho, 4=No muy satisfecho y 5=Para nada satisfecho⁶

Basándose en la casi ausencia de una relación, se puede conjeturar que pese a las valoraciones más favorables para los intérpretes profesionales en los datos brutos, en realidad los encuestados no distinguen entre los intérpretes formados y no formados en cuanto a su satisfacción con estos dos. Es decir, la contemplación de los intérpretes formados y no formados según los encuestados no parece estar vinculada, al menos en las cuatro características en cuestión. Por lo tanto, se puede concluir que no existe una clara preferencia por tipo de intérprete en cuanto a su desempeño de la labor de interpretar—un hecho que puede explicar la conclusión de que la mayoría de los encuestados optaban por usar intérpretes *ad hoc*, dada la percepción de que estos intérpretes tienen mayor disponibilidad y su presencia supone un esfuerzo menor (pese a la disponibilidad de intérpretes profesionales a través del servicio gratuito de interpretación telefónica). Sugiere además el poco valor que conceden los profesionales médicos a los intérpretes profesionales, sea por un desconocimiento del papel del intérprete, o bien por la escasa o incoherente calidad de los intérpretes profesionales con los cuales tienen experiencia.

Cabe destacar la paradoja de que la única característica estudiada en la cual existía una relación directa (aunque débil) entre la satisfacción con los intérpretes profesionales y *ad hoc* fue la profesionalidad—es decir, la que supuestamente distingue a los intérpretes profesionales de los *ad hoc* por definición. Esta relación sugiere que según aumenta la satisfacción con la profesionalidad de un intérprete profesional, aumenta la satisfacción con la profesionalidad de un intérprete *ad hoc*, y viceversa si la satisfacción disminuye. Ya que por definición un intérprete *ad hoc* no es un profesional, es muy sorprendente que los encuestados hayan valorado a estos de una manera parecida a la de los intérpretes formados. Junto con la ausencia de una relación en las

otras características (la cual sugiere que no se distingue entre los profesionales y los *ad hoc*), estas conclusiones indican que los encuestados no sabían evaluar a los intérpretes en absoluto.

Pregunta 12: *Please list briefly any advantages or disadvantages of using a professional versus non-professional interpreter, or any observations you have made about the difference between the two.*

Esta pregunta estuvo destinada a indagar más sobre las diferencias que observan los profesionales médicos entre los intérpretes profesionales y los *ad hoc*. Al final 56 de los 64 encuestados proporcionaron comentarios para esta pregunta. En general hubo más comentarios sobre ventajas de los intérpretes profesionales (45) que cualquier otra categoría entre los dos tipos de intérpretes (20 sobre desventajas de los intérpretes *ad hoc*, 20 sobre las desventajas de los profesionales, y 14 sobre las ventajas de los *ad hoc*). Las respuestas se clasificaron, resultando en categorías con temas comunes.

Como se expone en las Tablas 8 y 9, las características de los intérpretes profesionales que más valoraban los encuestados eran la precisión (15 encuestados), el conocimiento de terminología médica y familiarización con el ámbito sanitario (8), su mayor conocimiento y formación en general (4), su imparcialidad (3), su efectividad para trámites “críticos” como los consentimientos informados (2), su mayor comprensión de las intervenciones del paciente (2), etc. En cuanto a las desventajas, se observó que tienen menor disponibilidad (9), suponen un coste (3) y que son desconocidos (3), entre otras.

Siguiendo la tendencia que se ha visto en preguntas anteriores, varios encuestados se quejaron de la falta de pericia médica que tienen los intérpretes profesionales (algo que no se menciona con referencia a los intérpretes *ad hoc*), con comentarios como: “[they] have very poor medical training” (Comentario 43) y “On occasion telephone interpreters lack sufficient medical knowledge to accurately translate” (Comentario 44). De nuevo se muestra la falta de entendimiento del papel del intérprete por parte de los profesionales médicos, quienes esperan que los intérpretes tengan formación médica, sin reconocer la posibilidad de formación en interpretación. Otro dato curioso es que 9 encuestados citaron la falta de disponibilidad y otros 3 el coste del servicio, aunque el servicio de interpretación telefónica en el hospital es disponible las 24 horas del día y no incurre en ningún gasto por parte de los proveedores. Un encuestado, por ejemplo, expresó, “Professionals not available around the clock at the hospital” (Comentario 45) y otro: “Professionals are usually hard to come by” (Comentario 46). No obstante, al menos un encuestado citó un problema realista de disponibilidad con el servicio contratado: “We do not have a phone jack in some of the rooms so we cannot always use the interpreter line” (Comentario 47).

Ventajas de los intérpretes profesionales	Nº encuestados
Más precisión	15
Conocimiento de terminología médica y el ámbito sanitario	8
Más conocimiento y formación	4
Más destrezas lingüísticas	3
Más profesionales	3
Más rápidos y eficientes	3

Imparcialidad (no toman partido ni se involucran emocionalmente)	3
Efectivos para consentimientos informados	2
Mayor comprensión de las intervenciones del paciente	2
Más cómodo para proveedor y paciente	1
Exento de problemas legales	1
Desventajas de los intérpretes profesionales	
Menos disponibilidad (más esfuerzo y tiempo para programar)	9
Coste	3
Impersonales / desconocidos	3
No saben algunos términos médicos	2
Falta de formación médica	2
Requiere más tiempo	1

Tabla 8: Ventajas y desventajas de los intérpretes profesionales según los encuestados

En cuanto a los intérpretes *ad hoc*, los encuestados citaron más desventajas que ventajas. Algunas de las ventajas eran su disponibilidad (4), su rapidez (sin especificar si se refería a la disponibilidad o el acto de interpretar) (3), la comodidad del paciente (2) y su familiaridad (2). Con respecto a desventajas de los *ad hoc*, se citó sobre todo las carencias de precisión (7), imparcialidad (4) y terminología médica (3). En algunos casos se hizo referencia a las ventajas o desventajas de usar personal bilingüe en el hospital para interpretar: una ventaja era que los compañeros son imparciales y conocen términos médicos (1), y una desventaja era que tienen que volver a sus puestos (1).

Ventajas de los intérpretes <i>ad hoc</i>	Nº encuestados
Disponibilidad	4
Más rápidos	3
Paciente está cómodo	2
Conocidos, fiables, “en mi equipo”	2
Personal bilingüe en el hospital es imparcial y conoce términos médicos	1
Más precisos	1
Capaces de explicar en lenguaje lego	1
Desventajas de los intérpretes <i>ad hoc</i>	
Falta de precisión (cambian significados o hay dudas sobre la precisión)	7
Falta de imparcialidad (toman partido, expresan sus opiniones)	4
Falta de terminología médica	3
Requiere más tiempo porque hay que repetir para asegurar precisión	1
Conducen a error / pueden confundir al paciente	1
Falta de profesionalidad	1
Personal en el hospital tiene que volver a su puesto	1
Falta de inglés	1
“Profesionales sin formación” carecen de pericia, sobre todo familiares	1

Tabla 9: Ventajas y desventajas de los intérpretes *ad hoc* según los encuestados

Las valoraciones favorables de los intérpretes profesionales en cuanto a la labor de interpretar en estas respuestas (y las quejas sobre las carencias de los *ad hoc* en cuanto a esta labor) contradicen

la conclusión (descrita anteriormente) que los encuestados no diferencian entre los dos tipos de intérpretes en cuanto a las características pertinentes al acto de interpretar.

Pregunta 13: *In your opinion, what is the role of the interpreter? a. To interpret all that is said faithfully and precisely, without omitting or adding information, leaving clarifications up to the patient and me; b. To ensure comprehension by simplifying or summarizing statements made by both the patient and myself; c. Other (please explain briefly).*

Esta pregunta, la última de la encuesta principal, tuvo el fin de conocer más el entendimiento del papel del intérprete según los profesionales médicos. De los 64 encuestados, 57 contestaron, de las cuales la gran mayoría eligió la opción a. (47 encuestados o el 82,46%), mientras que un número menor eligió la b. (7, 12,28%) y unos pocos eligieron ambas a. y b. (3, 5,26%). Ningún encuestado eligió la opción c. (Otro). Las respuestas a esta pregunta representan la única ocasión en la cual los encuestados muestran un entendimiento del papel del intérprete, o al menos están de acuerdo con el papel que las propias asociaciones de intérpretes proponen para su labor.

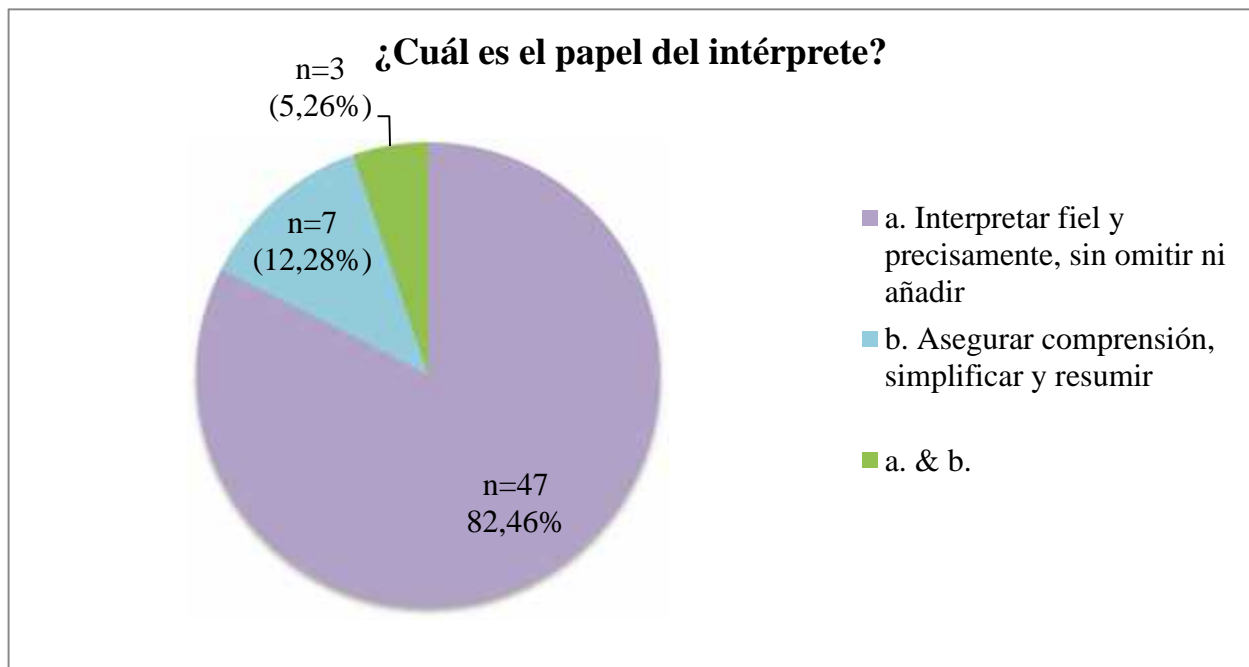


Gráfico 19: *Respuestas a la Pregunta 13 sobre el papel del intérprete*

No obstante, cabe destacar la incongruencia de esperar que el intérprete desempeñe la labor de trasvasar intervenciones de manera fiel y precisa, sin omitir ni añadir información, dadas las percepciones que expresaron los encuestados a las demás preguntas (por ejemplo, su creencia que ser bilingüe es suficiente para la interpretación, su satisfacción general con los intérpretes *ad hoc*, y la noción que la formación médica, en vez de formación en la propia profesión de interpretación, es fundamental para la interpretación médica). Quizás en esta pregunta los encuestados reconozcan lo que esperan de los intérpretes, pero evidentemente, debido a su desconocimiento de la profesión y los riesgos implicados en el uso de los intérpretes *ad hoc*, no logran reconocer la correlación entre el papel que ejerce el intérprete y su formación.

Para complementar todos los datos descritos y hacer una aproximación a la hipótesis, se calculó de nuevo el coeficiente de contingencia de Spearman (r_s) para comprobar si existía una relación entre las variables del entendimiento del papel del intérprete y el uso de los intérpretes profesionales⁴. Para ello, se codificaron las respuestas a las Preguntas 7, 8 y 13 de la siguiente manera:

Pregunta 7: ¿En su opinión, es la habilidad de una persona para hablar ambas lenguas (inglés y la del paciente) suficiente para la interpretación? ¿Por qué?

Sí=0

No=2

Otra respuesta=0 o 1 dependiendo de la explicación⁷

Pregunta 8: ¿Cree que los intérpretes deben cumplir con cierto grado de educación profesional y formación en interpretación o estar acreditados para trabajar en el ámbito sanitario?

Sí=2

No=0

Otra respuesta=0 o 1 dependiendo de la explicación⁸

Pregunta 13: En su opinión, ¿cuál es el papel del intérprete? a. Interpretar todo lo que se dice de manera fiel y precisa, sin omitir ni añadir información, dejando las aclaraciones para el paciente y mí; b. Para asegurar la comprensión por simplificar o resumir intervenciones por parte de ambos paciente y mía; c. Otro (por favor explique brevemente).

a=2

b=0

a y b=0

Se dio el mismo peso a las tres preguntas para el análisis, ya que todas se consideraron de igual importancia para el entendimiento del papel del intérprete. El análisis resultó en un coeficiente de contingencia de $r_s=-0,180$, lo cual indica que no existe una relación entre el entendimiento del papel del intérprete por los encuestados y el uso más frecuente de los intérpretes profesionales. No obstante, este hecho no asegura que dicha relación no exista, y como se ha demostrado en los datos brutos, sigue siendo cierto que los encuestados han demostrado un desconocimiento importante del papel del intérprete y un uso poco frecuente de los intérpretes profesionales, lo cual sugiere que quizás sería posible hallar dicha relación con una muestra más amplia y diversa.

4.2 Encuesta adicional para los profesionales médicos bilingües o multilingües

The second data collection instrument, Survey Form B, was directed towards respondents who spoke another language in addition to English. Despite that a total of 56 of the 64 participants filled out the survey, only 40 of them actually reported knowing at least one language other than English, although some of these admitted that their command of the language was “not sufficient for professional purposes.” The other 16 participants that completed the survey reported that they did not know another language but still answered further questions dependent upon knowing one

(presumably referring to interactions involving an interpreter, whether professional or *ad hoc*). Unless otherwise indicated, their answers are not included in the analyses below.

Of the 40 respondents who reported knowing another language, 19 (47,50%) were doctors and 21 (52,50%) were nurses. In Question 1, the participants reported the languages they spoke in addition to English, yielding the following frequencies: Spanish (24), Filipino/Tagalog (13), Arabic (3), Vietnamese (2), Afrikaans (1), Chinese (1), Farsi (1), French (1) and Portuguese (1). Included in these frequencies are 5 respondents who reported speaking more than one language apart from English, in the following combinations: Spanish and Vietnamese (2), Spanish, Arabic and French (1), Spanish and Arabic (1), Spanish and Portuguese (1), and Spanish and Tagalog (1).

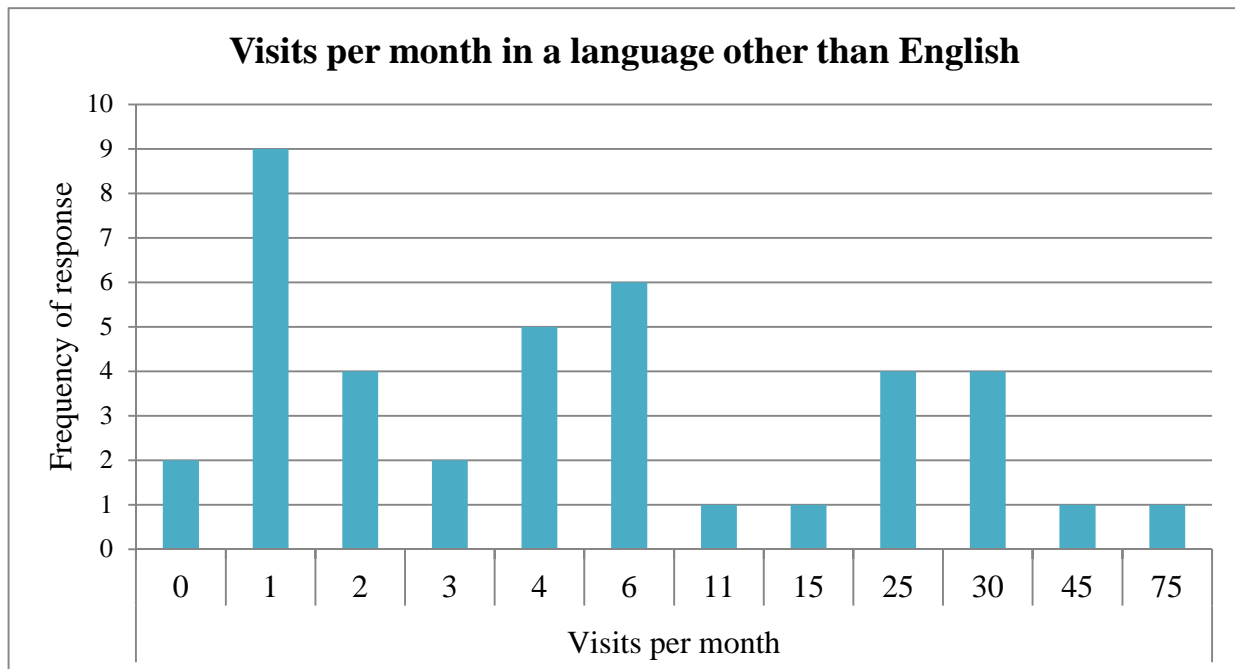
Question 2 asked participants to indicate their level of proficiency in each language on the following scale: Native, Fluent, Proficient, Conversational, Not sufficient for professional purposes. Of the 40 respondents who reported knowing another language, 36 answered this question, only 6 of whom reported being native in the languages they listed, while 1 circled both Native and Fluent. Another 7 participants reported being fluent, 1 between fluent and proficient, 3 were proficient, 7 were conversational, 2 were between conversational and “not sufficient,” 5 reported that their second language was “not sufficient,” and the remaining 4, who spoke more than one other language, reported differing levels of command for each of the languages (between native to “not sufficient,” although all were native or fluent in at least one of the languages).

Question 3: Do you ever interact with patients in a language other than English? If so, how often and in which language(s)?

This question was aimed at determining how common it is for medical professionals to address the obstacle of treating patients with limited English proficiency by interacting with the patient in the patient’s language, whether as a bilingual professional or with a certain degree of fluency in the language, rather than opting to use an interpreter. In total, 46 respondents answered this question, most of whom answered that they do indeed interact with patients directly in the patient’s language (40), whereas several answered that they do not (5), and the remaining participant (1) answered “Yes, with an interpreter.” Oddly, 5 of the 40 who answered affirmatively reported not actually knowing another language (presumably they referred to either interactions with an interpreter or “making do” with hand gestures and basic words), whereas 3 of the 5 who answered negatively did in fact know another language and yet prefer to use an interpreter. The 40 respondents who answered yes to this question make up 62,50% of the entire sample studied (i.e., 64 respondents), which means that 62,50% of the medical professionals surveyed sometimes interact with patients in a language other than English as a solution to interacting with non-English speaking patients. Importantly, however, 15 of the 40 (37,50%) reported in Question 2 that their command of the second language was either not sufficient for professional purposes (7), only conversational (7), or somewhere between the two (1). That is to say that out of the entire sample of 64 respondents, more than 23% act as bilingual professionals despite having inadequate proficiency in the patient’s language. Moreover, after adding to this figure the at least 4 medical professionals who were truly bilingual in at least one language combination but reported using other languages of which they had little command in order to

interact with patients, the frequency of respondents who engage in this practice rises to nearly 30%.

In terms of the how often patient-provider interactions occur in a language other than English (i.e., without an interpreter), only 30 of the 40 participants who indicated having such interactions reported their frequency. All answers were coded so as to be reported in frequency of visits per month, based on the following criteria: “daily”=30, “weekly”=4, “very frequently”=25, “sometimes”=2, “rarely”/“not often”=1, and “never”=0. Answers resulting in decimals (e.g., “2-3 times per month”=2.5) were rounded up if 0.5 or down if 0.49 to make whole numbers in the interest of space and coherence. Answers ranged from 0 to 75, with the majority (26) falling between 1 to 4 visits per month, as illustrated in Graph 20.

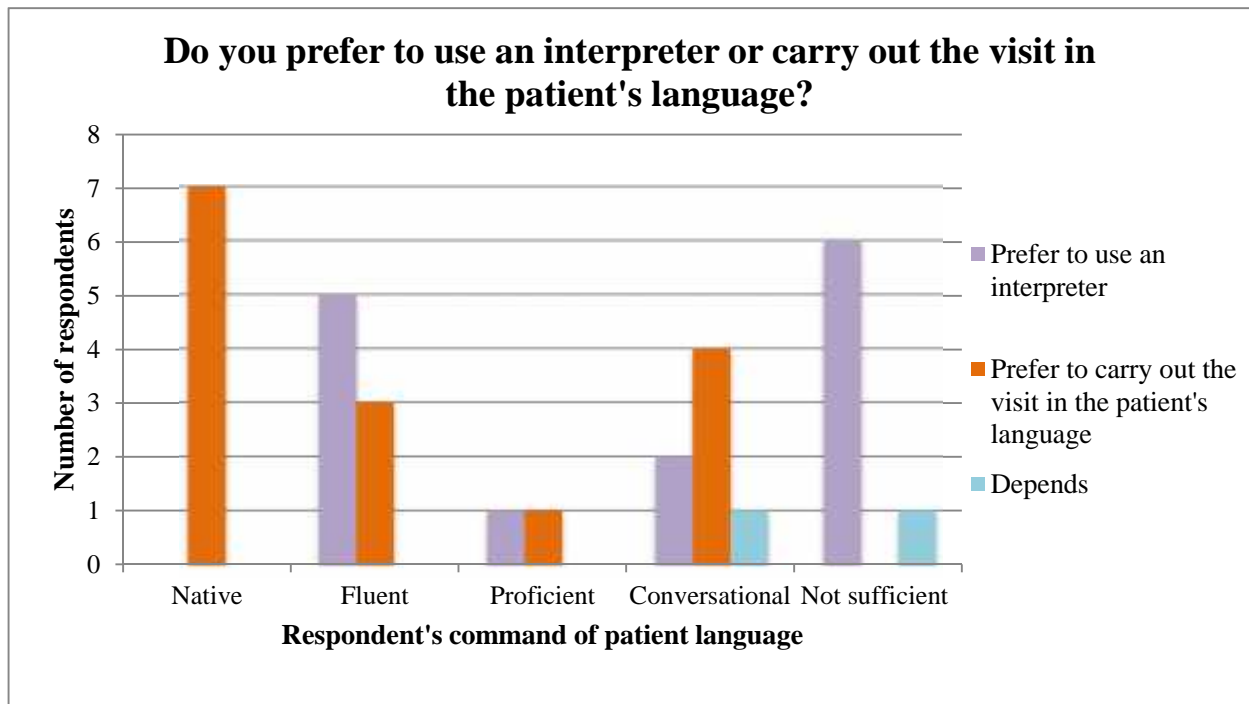


Graph 20: Frequency of patient-provider encounters per month in a language other than English, as reported by respondents

Question 4: When a patient speaks a language other than English that you have a certain command of, do you prefer to carry out the visit in that language or do you prefer to use an interpreter? Why?

This question was aimed at further exploring medical professionals’ perception of interpreters and their willingness to use interpreters when other options are available in order to treat patients with limited English. In total, 35 respondents answered this question, most of whom reported preferring to use an interpreter (18), although a similarly large proportion expressed their preference to carry out the visit in the patient’s language (15), and the remaining 2 explained that their choice depends on the situation and whether they’re able to communicate in the patient’s language (both rated their proficiency level as either only conversational or “not sufficient”). It must be pointed out that when expressing their preference to use an interpreter, respondents were not asked to specify whether this meant using a professional or untrained interpreter.

Of the 18 who preferred to use an interpreter, 6 reported being either fluent or proficient in the other language, whereas 8 reported being only conversational or “not sufficient,” and the remaining 4 either did not know another language (3) or did not specify their proficiency level (1). Of the 15 who indicated that they prefer to carry out the visit in the patient’s language, 6 were native speakers of at least one language apart from English, while 5 rated themselves as being between fluent and proficient, and 4 were only conversational. These data are represented in Graph 17 (in which for purposes of space and clarity, ratings falling between two different levels of command were counted as the higher level, and those who did not know another language or did not specify their proficiency level were not included). These responses demonstrate that there are cases where medical professionals who are fluent or proficient in the patient’s language actually prefer to use an interpreter, whereas in other cases medical professionals who have a poor command of the patient’s language opt to interact with the patient directly rather than using an interpreter. The occurrence of the latter may suggest a perceived threat to work autonomy or a failure to recognize the risks to quality of care when treating a patient in a language that the medical professional is not adequately familiar with.



Graph 21: Preference for using an interpreter versus carrying out the visit in the patient’s language based on medical professionals’ command of patient language

Many illuminating comments arose in relation to Question 4. Both respondents who answered that their preference depended on the situation (and who both reported having a very low command of the second language) expressed that their protocol is to attempt to speak the patient’s language, only resorting to an interpreter if there is difficulty communicating. One, whose comment was also discussed in section 4.1 above, explained, “I like to use Spanish to help ‘practice’ and patients appreciate the effort, but if there’s a critical issue, I get a fluent person to re-verify the conversation.” Another respondent who reported being conversational in Spanish

explained, “Prefer to use language. Saves time!” and yet another: “Prefer to carry out [myself] due to time constraints.” One respondent who was a native Spanish speaker and also conversational in Portuguese explained, “In Spanish I do not want an interpreter, they are not very accurate or even adequate.” One who was a native speaker of Arabic and conversational in Spanish justified their choice to carry out appointments in the patient’s language: “1. More accurate, 2. Faster, 3. Patients feel more comfortable.” Similarly, a nurse who rated herself as conversational in Tagalog said, “Prefer to carry out in that language—I feel that they feel more confident and comfortable.”

On the other hand, respondents who preferred to use an interpreter expressed that they either weren’t comfortable with the amount of language needed or that they wanted information to be complete and accurate. For example, one nurse who rated her level of Spanish as “not sufficient for professional purposes” explained that using an interpreter ensures that “all topics are covered.” Another, who rated her Tagalog as “not sufficient” commented, “Interpreter because I’m not fluent.” Interestingly, another respondent, despite rating their level of Farsi as fluent said they prefer to use an interpreter “so I will not miss any important info.”

Question 5: Have you ever had the experience of working with an interpreter in a language you were familiar with? (That is, you were able to understand some or all of what was said in the second language by the patient and the interpreter.) If so, what observations did you make about the interpreter, taking into account aspects such as accuracy, impartiality, etc.?

Only 14 respondents reported having been able to understand the second language in a visit with an interpreter, and of those, only 4 specified whether their observations were in reference to professional or *ad hoc* interpreters. One of the 4 observed that daughters are reluctant to ask embarrassing questions of their parents, whereas another expressed their satisfaction with professional interpreters, who they described as “wonderful,” compared to family members: “amazing how much gets altered/simplified/changed to be less serious/grave.” Another cited professionals as being “very helpful” because of their “deeper knowledge of medical terminology and diseases.” Finally, the fourth pointed out that when a family member interprets, “the interpretation at times is subjective, as interpreter has his/her spin on symptoms.” Overall, these comments point to a positive perception of professional interpreters based on their accuracy, completeness, impartiality and knowledge of relevant terminology and concepts, whereas family members were perceived poorly because of their inaccuracy, subjectivity and bias.

Unfortunately the other comments cannot be assumed to be in reference to professional or *ad hoc* interpreters, although in general they reflect the above comments and in some cases conjectures can be made (for example, a remark about professionalism is likely in reference to trained interpreters). All responses from Question 5 are displayed in Table 10 (including those from the 4 respondents mentioned above), where observations are grouped into two columns based on favorability.

Favorable observations	Frequency of response	Unfavorable observations	Frequency of response
Very accurate	3	Subjectivity, inaccuracy or incompleteness of family members	3

Very helpful in relaying information	2	Sometimes must correct them	2
Good knowledge of medical terminology and diseases	1	Inaccurate	2
Professional behavior	1	Lack understanding of medical terms	1
-	-	Sometimes takes a long time to explain what the two parties are trying to say	1
Total	7		9

Table 10: Observations about interpreters made by respondents who have had the experience of understanding the second language in visits with interpreters

4.3 Entrevista con la directora general de enfermería

The final means of gathering information for supplemental analysis was to be through interviews with personnel in the hospital. Ultimately, due to time constraints and the difficulty of establishing contact due to the significant time difference between Spain and the West Coast of the U.S., only 1 telephone interview was carried out, with the hospital's Chief Nursing Officer.

The Chief Nursing Officer, who is charged with monitoring and enforcing the use of the contracted telephone interpretation service through CyraCom, offered complementary information regarding the service and its use. The service, she explained, which has now been in use at the hospital for almost four years, was originally contracted when the hospital was purchased by a new health care company which sought to replace the contemporary service (AT&T Language Line) in order to be consistent across health care centers and to comply with regulations mandating that interpretation services be provided by certified interpreters. She mentioned that although there was the potential to train bilingual hospital staff to interpret, this option was ruled out on the basis that such staff would not always be available and that furthermore it would be impossible to cover all relevant languages.

When asked what kind of training and information staff receive regarding the service's availability and how to use it, she expressed that representatives from CyraCom were very helpful in visiting the hospital on several occasions, "ensuring that the staff understood the process on how to get the phone calls to the patient and how to use the double phones." Nonetheless, she also recognized the difficulty in being consistent across staff over time:

Over time you have new employees, you have people that forget the system, that don't understand it, and it's so very simple. Yes, it does take a couple minutes. However, trying to find somebody to help translate will take you much longer. And that's why we didn't elect to get people within the organization certified because there's no guarantee that they're going to be on staff that day, that moment, that shift. And you kind of want some continuity as far as... you know, there are so many languages and so many dialects out there. We needed to be able to look at a very diverse population.

Regarding actual use of the service, she admitted that after looking over the surveys completed for the current study, whose dispersal she oversaw among nursing staff, she herself was surprised at how few of the respondents recognized the phone service as hospital protocol, and in the short

time between mailing completed surveys and doing the phone interview, she had already prepared and delivered a presentation with hospital leadership staff in order to reinforce use of the service. In response to the question of just how often the service is used based on records, she explained that based on bills, the service actually appears to be widely utilized:

I've asked to see the bills, because there was some concern about the amount of minutes for certain calls and I wanted to do just a little drill down [...] and [make] sure that we're utilizing it. And I was very pleasantly surprised. I know it's costly, but I was very pleasantly surprised to see that there are I would say hundreds of calls. Hundreds. And they range anywhere from usually average three minutes and some up to 45 minutes, if it's an unusual case that requires a lot of explanation and the patient's asking a lot of questions. So it's very heavily utilized.

She mentioned that some of the longer calls can also be explained by calls made in procedures involving inmates, as the hospital regularly serves a significant prison population, and staff must "batch" calls for these patients in order to mitigate inmates' contact with external entities.

Nonetheless, she pointed to the fact that using the service is not always realistic, offering the example of a recent case in which a patient suffering psychosis refused to use the phone:

We have had situations where... we have a patient right now that's a little psychotic and the telephone is his enemy. And we happen to know the two nurses very well that were able to speak Spanish to him. There are always those cases where you need to take action right away. It did help deescalate him and now we're making sure that there is a Spanish-speaking nurse's aide around that he trusts that can have dialogue with him. And sometimes it's just listening and talking.

This suggests that in some cases bilingual staff are able to handle cases directly, but only in certain languages and based on availability. Furthermore, based on numerous comments made by respondents, it is also common for bilingual staff to act as interpreters. Nonetheless, the CNO reaffirmed: "We're reinforcing the language line, which is our policy."

When asked whether staff receive any training or information on the risks of using untrained interpreters, she explained that new employees attend an orientation where the hospital policy of using the contracted service is stressed:

Yes, we did talk about that. That's why we made the change [to CyraCom]. [...] So yes, we were very clear—and it is even covered in hospital-wide orientation for new employees—very clear that this is the regulation and that we must at least in those cases where it's not an emergent situation and we can't get on the line and something's happening like [a psychotic] patient or one of those where it's just going to be an unusual situation that we need to be very careful with.

In response to a question regarding risks involved in using such interpreters, she cited that it is impossible to know just how accurate the communication is and the need to offer patients and families with appropriate services, but also reiterated that it is not always feasible to contact a telephone interpreter right away.

There's always that risk because if I don't understand the language [...] I cannot validate that what they're saying is exactly what I'm saying. There's always that feeling of can they insert

something in there to either sway the patient one way or the other or maybe they don't understand enough and so they come up with another explanation. I can't guarantee that with a family member. Of course there are occasions where they come into the emergency room and you don't know what's wrong and you have to ask the family what's happening, you know, ask them are they having any pain, point to where they're having pain, so they can get a quick assessment. So for things like that we have to rely on anybody that's there to explain to us what's been happening. But as far as I would say for the more routine consents, assessment, discussion of physicians explaining their course, their disease, we know we have to take time to get the interpreter, because the patient deserves that. And so does the family, because I can't even guarantee that they understand what I'm trying to say to the patient through them.

In scenarios such as the one mentioned above where a patient arrives accompanied by family members who must explain an urgent problem to medical staff, it is understandably difficult to access professional interpreting services right away, but another concern in this type of situation is that once the visit is underway, eventually making contact with a trained interpreter to continue the visit is likely to be equally challenging, as this would imply ultimately halting the progression of an encounter already underway by rejecting help from concerned family members and making a phone call.

In terms of the comfort and convenience of the system, the CNO expressed that while it does take some initiative on the part of the service provider, it is an efficient and valuable process for providing care to patients who require language access:

To me, it's been very efficient. And like anything, you know, when you're having to do an interpretation [...] there's that lag time and you do miss some of the nuances and there's that, she's translating, you're getting the information, it's going back to the patient... but for all intents and purposes... we just know it might just take a little bit longer.

Her comments regarding daily events in the hospital and the conditions under which some patients arrive is revealing of why many medical professionals may not use the system despite its availability. For some, the presence of a bilingual family member may overthrow their sense of a need to provide fair and appropriate language access, or they may still be unaware of the risks of taking advantage of family members. Others may find it equally convenient to resort to their own language skills, even when they recognize that these may be inadequate.

5. Análisis

Having presented the raw data along with statistical analyses and resulting trends, in addition to discussing the implications that the data have in terms of the medical professional's perception of the interpreter, further conclusions will be discussed in the context of the greater sphere of research on interpreting, in addition to the current situation for patients with limited English proficiency in the U.S.

5.1 Necesidad de soluciones adecuadas para asegurar atención médica equitativa

As demonstrated by the demographic statistics cited in the theoretical framework (chapter 2), 39.5% of the population in San Diego age 5 or older speaks a language other than English at home, and one-sixth of the population have limited proficiency in English (U.S. Census Bureau, 2014). This means that nearly half a million individuals in the city face real challenges to receiving equitable health care from English-speaking providers. There is ample evidence that quality of service declines with decreased language proficiency (David & Rhee, 1998; Jacobs, Shepard, Suaya & Stone, 2001; Jacobs, Lauderdale, Meltzer, Shorey, Levinson & Thisted, 2005; Schyve, 2007; Khan, Sevilla & Anger, 2013). Indeed, despite an individual's command of English, the mere fact of speaking another language at home has been demonstrated to increase one's likelihood of receiving a diminished quality of care (Woloshin, Schwartz, Katz & Welch, 1997).

As expected, the data from the current study reflect the prevalence of patients who require language access to health services in San Diego, and furthermore reveal the considerable frequency of using interpreters (be they professional or *ad hoc*) as a means of overcoming this barrier. The majority of responding medical professionals (89%) reported using interpreters at least once a month, whereas 73% used them between 1-10 times per month, and some up to 40 times. The frequency of untrained interpreters, such as family members or bilingual hospital staff, was found to be much greater than that of professionals, although the hospital studied subscribes to a professional telephone interpretation service that is free of charge for providers and patients. A low to moderate positive correlation ($C=0.48$) was found between type of medical professional (doctor vs. nurse) and more frequent use of professional interpreters, such that nurses were more likely to use trained interpreters. It is speculated that this may be due to their closer contact with the Chief Nursing Officer, who oversees and enforces the hospital's subscription to professional interpreting services.

Other hazardous means of dealing with patients with limited English also arose, such as the practice of communicating in the patient's language despite the health care provider's self-assessed insufficient language skills. Nearly one-third of respondents reported regularly making use of this practice as a solution to treating patients who are unable to carry out their medical consultations in English. One respondent affirmed "[O]ften each can understand the other language but not speak it well, i.e. Espanglish—my specialty." Despite having rated himself as "conversational" in Spanish, this respondent also commented in response to the question of whether he prefers to speak to patients directly in Spanish or use an interpreter, "I will give it a try." This trend, which has been observed in prior research as well, implies risks that have been discussed by numerous studies (O'Leary, Burbano, Federico & Hampers, 2003; Yawman, McIntosh, Fernandez, Auinger, Allan y Weitzman, 2006).

Such a practice may be explained by a perceived threat to work autonomy that interpreters instill in service providers, who are accustomed to being sole possessors of specialized knowledge that generally requires no external support (Pauwels, 1995; Raval & Smith, 2003; Leanza, 2005; Lee et al., 2005). Corsellis speculates that this fear of intrusion may in fact be exacerbated with the added stress of being tasked with treating patients from unfamiliar language and culture backgrounds, resulting in a habit of “self-justification” in order to affirm one’s self-sufficiency:

Public service personnel may have been dealing with speakers of other languages for some time, without qualified linguists, without really understanding how to work with interpreters and translators or across cultures and without informed support in this aspect of their work. These professional situations may therefore have become associated with anxiety, stress, sometimes guilt and even accompanied by a measure of self-justification to mitigate the guilt. (Corsellis, 2008: 124-125).

5.2 Tendencia a usar intérpretes *ad hoc*

Despite the around the clock availability of a professional telephone interpretation service at no cost to service providers or patients, only 10 out of the 64 respondents in the current study reported using this service exclusively, whereas 78% of respondents reported using in-person interpreters somewhere in the range of half of the time to always. Likewise, only 11 respondents reported always using a professional, whether in person or via telephone, and 10 reported never using a professional, whereas no respondent reported never making use of an untrained interpreter, and only 5 reported rarely using one. On the other hand, 16% reported always using untrained interpreters, 36% almost always, and 39% sometimes.

The tendency to settle for *ad hoc* interpreters is alarmingly prevalent, even in countries where high quality interpreting services are widely available. Past literature has cited cost, time constraints, patient preference, and availability as some of the factors influencing the practice of resorting to untrained interpreters (Kuo & Fagan, 2000; Edwards, Bogusia & Alexander, 2005; Lee et al., 2005; Gadon, Balch & Jacobs, 2007). In an attempt to rationalize this state of affairs, Sandra Hale (2007: 40) observes (in quoting Candlin & Candlin, 2003: 137): “The severe lack of qualified medical interpreters is ‘almost endemic in health care worldwide—such that pragmatic, ethical, clinical, and ideological issues inevitably arise.’” Nonetheless, this explanation is hardly applicable when a telephone interpreting service is available without pause and at no cost to provider or patient. Findings from the present study suggest that even when cost and availability are no longer an issue, medical professionals’ lack of awareness regarding the interpreter’s role and the risk of using non-professionals, paired with the convenience and proximity of family members or medical staff as *ad hoc* interpreters, appear to compel doctors and nurses to resort to these inadequate and detrimental practices. What is particularly compelling is that they do so despite their own high expectations for interpreters.

Similar results were reported by Diamond, Schenker, Curry Bradley and Fernandez (2009), who carried out in-depth interviews with resident physicians at two U.S. hospitals which both offered on-site professional interpreters 7 days a week, 12-17 and 16 hours per day (respectively), in addition to 24-hour telephone interpretation services at both hospitals. The researchers found that residents were apt to use *ad hoc* interpreters despite the ample services available. Physicians readily acknowledged that this practice may constitute a compromise to quality of care, but

normalized what had become an internal cultural norm. The interviewees referred to this habit as “getting by” (Diamond et al., 2009: 258), defending the practice by suggesting that it is simply more convenient to use family members, or even resorting to their own inadequate language skills. Also in line with the current study, Diamond et al. (2009: 258) found that resident physicians made deliberate choices regarding whether to use a professional interpreter based on what they refer to as “high-stakes clinical interactions” (which some respondents in the present study referred to as “critical care decisions” or “critical issues”), yet decisions were not deliberate when family members were present or the physician perceived that they could make do with their own language skills, no matter how insufficient. Few interviewees reported true concern or a desire to change. Two, however, admitted:

I feel guilty... because I feel like I'm not doing my job, and it also makes me feel very frustrated and upset at how our hospitals and clinics are run – that we allow this to happen... There is a lot of sentiment that “well maybe [patients with LEP] shouldn't be getting healthcare.” I think the reason that I feel badly is because I know that I am not giving equal care to my patients. (Diamond et al., 2009: 259).

[W]hen I have Spanish speaking patients, I really relish the opportunity to try to practice my Spanish, but I also do not think that I give the best care because... I don't think I'm fluent enough to be very eloquent with them so that there... can be some misunderstandings. (Diamond et al., 2009: 259).

Another physician succinctly summed up the dilemma (Diamond, et al, 2009: 259) in a way that reflects the sentiments expressed by participants in the current study: “I think on a daily basis... people are really trying to get around [calling an interpreter] if they can.” Hale (2007: 47) admonishes against such cavalier decisions on the part of medical professionals, pointing to the risk it unfairly imposes on patient care: “The important question is not whether the doctor is happy to make do, but whether the patient is receiving adequate treatment.”

Diamond et al. (2009) cited among the possible limitations of their study the fact that all participants were residents rather than seasoned medical professionals. The current study, which included a wider sample of participants in terms of professional experience and exposure to interpreters, found no evidence of a correlation between years in practice and use of professional interpreters. This finding, although inconclusive, offers insight that may fuel further research.

5.3 Falta de distinción entre intérpretes profesionales y *ad hoc* por parte de los proveedores

Participating medical professionals reported using untrained interpreters more frequently than professionals, and the majority (about 80%) of respondents reported that they either leave the choice of interpreter up to the patient or intentionally opt for an untrained interpreter. This is consistent with the fact that no relationship was found between their opinion of professional and *ad hoc* interpreters based on their ratings of four key qualities (accuracy, impartiality, confidentiality and professionalism), which suggests that they fail to distinguish between the two and are thus likely to opt for a “default” interpreter. Contradictorily, they praised professionals for their accuracy, knowledge of medical terminology, familiarity with the medical field, training, linguistic skills, professionalism, speed and efficiency, impartiality, effectiveness for critical decisions and events such as informed consent and relaying diagnoses and prognoses, their comprehension of patient statements, their ability to put both service provider and patient at ease,

and the fact that using a professional means avoiding legal risks. On the other hand, they expressed authentic concerns about *ad hoc* interpreters, such as errors, insufficient English, poor accuracy and impartiality, and lack of knowledge of medical terminology, among others, and furthermore had expectations for quality and training in interpretation that *ad hoc* interpreters are unable to fulfill. Nevertheless, they believed *ad hoc* interpreters to have greater availability (considered a disadvantage of professionals) and cited that they believed the patient was more comfortable with someone familiar, in addition to the possibility that family members may offer privileged knowledge about the patient.

In sum, the absence of a correlation between medical professionals' perception of trained and untrained interpreters suggests that they do not distinguish between the two, and paired with their poor understanding of the interpreter's role, it is unsurprising that their means of selecting an interpreter (or more accurately, allowing individuals with no training to perform this specialized and high-demand task) should be so casual and heedless.

In a prior study, Kuo & Fagan (1999) found notable satisfaction with professional interpreters among medical residents (98%) compared to that with family and friends acting as interpreters (62%). They also found that patient satisfaction pointed to a preference for professionals (92.4%), although they were not dissatisfied with family and friends (85.1%). The authors, both medical professionals, concluded that in order to save on scarce health care funds, the use of *ad hoc* interpreters should be encouraged. Hale compares this hasty conclusion to the suggestion that nurses replace surgeons in order to save on resources, observing that the importance of training for interpreters goes unrecognized, and furthermore exposes the damage that this type of thinking may incur on the work of service providers themselves:

It is difficult to imagine anyone suggesting that the work of surgeons should be performed by nurses to save on limited resources, because it is clear that in order to perform surgery, specialist training is required. However, it is not clear that in order to interpret adequately, training is also required. Until that becomes clear, professional interpreters will continue to be dismissed as redundant. It is also not clear to other professionals that poor, inaccurate interpreting will impinge on their ability to perform their own duties. Education is needed for interpreters and for those who speak through them in order to achieve optimum results (cf. Isaacs, 2002; Tebble, 2003). (Hale, 2007: 35-36).

In explaining the threat to the medical professionals' own efficacy when using untrained interpreters, Hale emphasizes that studies regarding questioning style in medical encounters suggest that the way in which medical professionals pose questions and interact with patients affects clinical outcomes—a deliberate technique which in turn requires deliberate and meticulous transfer from one language to another by an interpreter who is trained in both techniques of interpretation and medical discourse. Furthermore, outcomes improve when patients have a sense of empowerment (Ainsworth-Vaughn, 1998), whereas the *ad hoc* interpreter's tendency to render messages in third person, thus altering, adding to or omitting meaning, arguably compromises both patient and provider autonomy.

In the same vein, and taking into consideration the characteristics of medical encounters that depend on choices made by both provider and patient, such as questioning style and subtle clues regarding symptoms, research provides robust support for the conclusion that direct interpretation by a professional is the most effective means of safeguarding appropriate, fair, and efficacious

treatment (Flores, 2005; Karliner, Jacobs, Chen & Mutha, 2007; Moreno & Morales, 2012), in addition to the fact that service providers themselves have been demonstrated to prefer this type of interpretation, provided by a professional (Valero Garcés, C., 2003b; Vasquez and Javier, 1991).

5.4 Falta de entendimiento de ambos el papel del intérprete y de su profesión

Another trend apparent in the data is that medical professionals fail to understand the interpreter's role and profession. About 60% of respondents believed that knowing both English and the language of the patient was sufficient qualification to interpret, whereas only 17% believed that it was not, and 22% cited conditions upon which bilingualism would be sufficient (e.g., knowledge of medical terminology, having a background in medicine, the content of the visit), although ultimately this 22% also generally expressed that being bilingual was sufficient. No respondent cited the necessity of training specific to the profession of interpretation, and those who considered it advisable asserted nonetheless that expecting interpreters to receive training is unrealistic. There was a common inclination towards arguing the importance of medical training for interpreters, and some respondents argued that bilingual medical professionals were ideal candidates to act as interpreters. On the other hand, several respondents stressed that they would choose a professional interpreter simply because this would ensure evading legal consequences, but no mention was made of benefits to the medical encounter itself based on using professionals, and none mentioned whether they considered these legal obligations to have compelling grounds.

In spite of the fact that the majority of respondents recognized the interpreter's role as relaying messages faithfully and accurately, without omissions or additions (in a multiple choice question), this perception—or perhaps preference—was consistently contradicted by other responses, in which medical professionals expressed their belief that being bilingual was grounds enough to interpret satisfactorily, that interpreters ought to have a background in medicine or that medical personnel make ideal interpreters, their failure to distinguish between professional and *ad hoc* interpreters in terms of important characteristics for interpreting, and that they did not acknowledge the existence or value of training in interpretation. While medical professionals appear to prefer for the interpreter to behave in a way consistent with being a trained professional, their persistent dependence on *ad hoc* interpreters denies them such a service.

Respondents further betray their understanding of interpreting by agreeing, contrary to their conviction that being bilingual is sufficient to interpret, that interpreters should have training or accreditation in order to interpret, although their explanations reveal a failure to recognize the need for or even the existence of training in interpreting. Many explained that not much *medical* background was necessary, while others claimed that medical training was in fact necessary or advisable. Others cited familiarity with medical terminology as sufficient, ignoring the other skills required to interpret accurately and ethically. One respondent expressed that interpreters should have training if they are paid for their services, but did not explain whether one should have training if they expect to be paid or whether trained interpreters deserve remuneration because their task requires rigorous training, knowledge, and a highly specialized skill set, as is the case with other paid professions. This comment, like numerous others, implies the misconception that the professional interpreter only differs from a bilingual person or a family member who knows English in that they receive pay, and not in any concrete skill set or adherence to a code of ethics that ensures an effective and safe practice. Hale (2007: 40) points

out that the prevalence of interpreters with dubious levels of training may have contributed to this tarnished perception: “The disparity that exists in the background of practising interpreters leads to a wide range of conflicting practices which create confusion among patients and medical practitioners about the role of the interpreter.” This suggests that greater exposure to trained interpreters may help to eliminate these misconceptions.

In Hale’s 2007 study on doctors’ and lawyers’ perceptions of interpreters (discussed in chapter 2), a similarly sparse recognition and understanding of interpreters was found: only 30% of doctors and 52% of lawyers believed that interpreters should have university-level education, where as 46% of doctors affirmed that interpreters need not satisfy any qualification in order to practice and 23% expressed that being bilingual would suffice (significantly fewer than the present study). Many respondents failed to understand the interpreter’s role, a fact that was betrayed by their suggestion that interpreters should ensure patient/client comprehension, rather than considering this the responsibility of the service provider.

As for the popular alternative of using *ad hoc* interpreters, this practice has been widely criticized based on studies evidencing the risks both to safety and, paradoxically, to finance (as poor quality of care results in persistent problems for patients) of using such untrained individuals as interpreters (Flores, 2005; Karliner, 2007; Flores, Abreu, Barone, Bachur & Lin, 2012). Beyond their unfamiliarity with interpretation techniques, as well as their potentially poor grasp of medical terminology in one or both languages, family and friends who act as interpreters pose numerous significant risks to the interpreted medical encounter. According to Gilbert (2005), family members acting as interpreters are likely to omit and edit information in order to avoid embarrassment or lighten the impact of bad news on loved ones. They may not consider certain information to be of importance, or their perspective may differ from that of the patient, leading them to choose to report based on their own outlook. They are also likely to commit errors and breach confidentiality. Moreover, the risks of using family members to interpret impact more than patient and provider: the *ad hoc* interpreters themselves are likely to suffer guilt and embarrassment (Gilbert, 2005).

The concept of *ad hoc* interpreters is often attributed only to family or friends of the patient, but ample use of bilingual hospital staff has also been observed. As demonstrated in the current study, medical professionals may assume that their bilingual colleagues make appropriate or even ideal interpreters because of their medical training. While it is true that bilingual staff possess medical knowledge that interpreters may not, the role confusion that unwittingly occurs when a medical professional doubles as an interpreter has been shown to jeopardize care. The literature indeed points to particular risks to using bilingual staff to interpret: they have been demonstrated to monopolize the provider-patient interaction, alter patient statements and convey information transferred from patient to provider based on their own role as a medical professional rather than directly transferring cues and patient concerns (Athorp & Downing, 1996; Elderkin-Thompson, Cohen Silver & Waitzkin, 2001; Flores, 2006). Furthermore, their use is inefficient in both cost and time, as staff must leave their regular posts to perform a task that is not within their skill set or job description (Rader, 1988; Drennan, 1996).

Although the risks of using friends, family, bilingual staff, and other untrained individuals to improvise interpretations in medical encounters stem from characteristics that vary depending on the person’s position (e.g., relation to the patient or position as a medical professional), ultimately

what is shared among all *ad hoc* interpreters is a lack of training. Furthermore, service providers themselves, who generally possess poor knowledge of the interpreter's role and protocols for interpreted encounters (to be further discussed in section 5.5 below), are unable to judge whether the encounter is being carried out appropriately. Hale outlines these dilemmas, emphasizing not only the danger of using untrained interpreters but also the impact that poor understanding on part of the service provider has on the professional interpreter's performance:

Untrained interpreters may not understand the reasoning behind procedures, specific questions or mode of delivery in different settings, as well as the significance of the lay person's responses in allowing the primary service providers to perform their duties adequately. On the other hand, professionals working with interpreters rarely understand the complexity of the task and the interpreter's needs in producing an accurate rendition. Professional interpreters have a responsibility to acquire the necessary language and interpreting skills, to gain an understanding of the settings in which they work and their requirements, of the purposes for which language is used in each of these settings, and to abide by a code of ethics. (Hale, 2007: 35).

5.5 Colaboración y entendimiento entre profesional médico e intérprete

Results from the present study suggest that despite the regulations for continuing education set forth in the California Business and Professions Code, which mandates training in language access and cultural competency for medical professionals, the reality appears to be that very few practitioners comply (19%). Observance of similar requirements across the country has been shown to be similarly scarce: 40%, according to a 2008 survey yielding responses from 4,700 physicians nationwide regarding training in cultural competency (Reschovsky & Boukus, 2010).

Nonetheless, Reschovsky and Boukus recognize that their survey did not indicate for respondents to report what type of training they had received or how recent it was. (Similarly, one respondent in the current study reported having taken high school and university language classes.) In an interview, one of the authors expressed, "If a clinician is using high school Spanish to interpret for his Latino patients, it may not provide the level of communication you want in a clinical counter" (Cantlupe, 2010). Reschovsky expresses his concern that medical professionals avoid their obligation to satisfy legal requirements for language access to services by allowing family members to interpret or attempting to carry out visits in a language that they have some knowledge of, what Reschovsky laments as "not necessarily the optimum arrangement" (Cantlupe, 2010).

As evidenced in chapter 4 of the present study, no relationship was found between compliance with continuing education in cultural competency or language access to health care services and use of professional interpreters ($C=0,14$). In addition to the limitation of a small sample in which only 12 respondents reported having participated in such training, it is speculated that the type of training fulfilled by respondents was not particularly relevant to being aware of how to manage interpreted encounters.

Ann Corsellis, who has long been a champion for training service providers to work alongside interpreters, emphasizes in her book *Public Service Interpreting: The First Steps* (2008) the importance of service provider education in interpreting and intercultural communication. She affirms that the responsibility for such training lies with the profession and its providers, rather

than with individual interpreters, who are also responsible for receiving appropriate training on collaboration with service providers prior to collaborating with them. Corsellis furthermore outlines concrete exercises for such training, which are organized into the categories of distinguishing between communication in a shared culture and shared language and communication when culture and language are not shared, characteristics of communication between two parties who share a language but not a culture, how to communicate using an interpreter, and how to work across cultures. Corsellis points out that learning how to work with interpreters should not be perceived as alarming or new to service providers, who are already trained to work as multidisciplinary teams:

For example, judges, lawyers and police officers know each other's roles in court; doctors, nurses, physiotherapists and pharmacists recognize and respect each other's expertise while providing health care. They have been trained to do this from the start and develop their skills in this during their day-to-day professional practice (Corsellis, 2008: 124).

Hale (2007) similarly proposes a relationship of mutual support between service provider and interpreter, in which the provider offers the interpreter relevant information about the consultation, including a description of the patient's condition, the goals of the visit, and what to expect of any procedures to be carried out. The interpreter, on the other hand, explains her role and the interpreting process, as well as protocols, such as seating arrangement and addressing the patient directly by establishing eye contact and speaking in the first person. Hale asserts that such a practice improves rapport and fosters a partnership between service provider and interpreter, resulting in better quality of service for users. Numerous studies have demonstrated that relevant service provider training increases quality of service and service provider ease and efficiency (Tebble, 2003; Gerrish, Chau, Sobwale & Birks, 2004; Karliner, Pérez-Stable & Gildengorin, 2004; and Friedman-Rhodes & Hale, 2010).

Corsellis further mentions that such training need not be rigorous or costly; rather it involves simply gaining an understanding of the roles of one's colleagues in order to form an effective coworker alliance:

[Such training] has proved to be simple and inexpensive to carry out and useful in practice. Public service personnel do not have to know the intricacies of how languages work any more than interpreters and translators need to know how to remove an appendix or investigate a crime. Each discipline has to know just sufficient about the others' role and expertise to be mutually supportive and complementary (Corsellis, 2008: 124).

Fatahi, Hellström, Skott and Mattsson (2008) also argue that the success of the interpreted encounter does not rely solely on the interpreter but on all parties involved, including the service provider. The doctors interviewed by Fatahi et al. underscored that health care providers must be prepared to accept visits with patients who do not have a command of the majority language as part of their job, in addition to recognizing, being sensitive to, and responding appropriately to cultural cues. The authors observe several challenges that may arise in the pursuit of mutual understanding:

The GP's role in achieving the best possible benefit of the triad gathering seems to be related to two conditions, an open attitude towards cultural disparities and a patient-oriented approach. The latter is a basic position frequently demanded in patient-doctor relations, and is not specific to cross-cultural meetings. A patient with different cultural background may reinforce

a sense of distance and feeling of alienation. This tendency to enhance the remoteness to the patient could in fact be some sort of counter-transference from the GP [19]. The inclination to notice cultural dissimilarities more than similarities seemed to be more evident among some GPs, as also experienced by Wachtler et al. They stated that cultural differences seem to be one of many individual factors that influence how well doctor and patient understand each other (Fatahi, Hellström, Skott & Mattsson, 2008: 44).

As mentioned above, responsibility for proper interpretation is often attributed to interpreters alone, in spite of the many factors that influence the success of an interpreted encounter. Medical professionals are apt to let accountability rest with the interpreter alone, and for this reason may be unenthusiastic about sharing their professional space with interpreters or learning about how best to do so. Furthermore, the widespread reliance on untrained interpreters may prevent service providers from recognizing the benefits of using interpreters with training.

Raval and Smith (2003) found in interviews with medical professionals in the UK that there was general dissatisfaction with interpreters because of perceived time constraints, difficulty in gathering relevant information, doubts about accuracy, a loss of autonomy, and difficulty in building a relationship with the patient. However, the authors point out that many of these problems may originate with the providers' lack of knowledge of interpreters and the absence of a relationship between provider and interpreter:

The responses of the participants made it apparent that these important attributes were difficult to achieve in creating a positive co-worker alliance. For example, insufficient time built into the work to identify the respective roles and set agreed goals, lack of opportunities to develop continuity and integration, power imbalances, and role ambiguities were some of the factors working against forming a strong co-worker alliance (Raval y Smith, 2003: 24).

In a study by Mesa (2000) on service provider perception of interpreters, introduced in chapter 2, medical professionals and interpreters reported similar goals in terms of working together as a team. The service providers expressed their satisfaction with professional interpreters, who they found to be instrumental in assuring the accuracy of interpretation of patient statements and the process of diagnosis. Furthermore, the doctors preferred professional interpreters because they believed that they permitted patients to be informed and active in their own health and were able to help doctors create culturally appropriate care plans.

In another study by Lee, Lansbury and Sullivan (2005), respondents were found to have a negative perception of professional interpreters, citing that their accuracy was questionable, in addition to their being time consuming and costly. The current study found, on the contrary, that medical professionals were pleased with professional interpreters' accuracy, while some, albeit few, reported similar concerns about time and expense, despite that neither of these factors were relevant given the availability of a constantly available and free interpretation service. This reluctance to use professional interpreters despite a favorable perception of them and their availability suggests that there are other greatly influential factors that influence service providers' hesitance to use interpreters that they do not report.

Swedish doctors interviewed by Fatahi, Hellström, Skott and Mattsson (2008) emphasized that the success of an interpreted doctor's visit depends upon all three parties involved (doctor, patient and interpreter) and pointed to particular characteristics of each person. Their expectations for

doctors were summarized as an “ability to embrace cultural circumstances” (Fatahi et al., 2008: 42). One interviewee explained, “Of course it is easier to meet a patient from another ethnic background if I understand a little about the foreign culture. I know in some cultures pain in the head is regarded as more dangerous than pain in other parts of the body” (Fatahi et al., 2008: 42). They also recognized the need to accept immigrants as equal to other patients and as part of their duty as doctors. Finally, they underscored the value of patient orientation (looking at the patient and being aware of non-verbal language and its cultural significance), which is even greater when the patient’s culture differs from that of the service provider.

In all, federal and state legislation may take measures to improve the situation for the overwhelming number of LEP patients in the U.S. both in terms of language access and cultural competency of its service providers, but it unfortunately misses the mark in terms of just what kind of assistance is appropriate. The U.S. Department of Health and Human Services’ Language Access Plan (2013), for example, mandates the following:

Language assistance may be provided through a variety of means, including qualified bilingual and multilingual staff, staff or contract interpreters (including telephonic interpretation), and interpreters from community organizations or volunteer interpreter programs. Agencies must ensure that the interpreters they use are qualified to provide the service and understand interpreter ethics and client confidentiality needs. (U.S. Department of Health and Human Services, 2013).

These guidelines may encourage equity, but they fall short of explaining just what exactly is meant by “qualified bilingual and multilingual staff.” Are these medical professionals, receptionists, housekeepers, or other staff at the hospital who are bilingual and multilingual, or are they hospital staff who are dually qualified as interpreters? Regardless, despite such well-intentioned propositions, the use of unqualified interpreters undoubtedly remains to be pervasive, and until legislation is both appropriate and precise and safeguarded by true enforcement (both for interpreter qualification and provider training), patients with language needs will continue to receive a woefully diminished quality of care.

6. Conclusión

To conclude, a brief overview of findings will be presented, along with a discussion of conclusions based on the original hypothesis. Subsequently, suggestions for improving the situation of patients with limited English proficiency in the United States will be introduced based on findings and past research. Finally, possible limitations of the study and proposals for further research will be suggested.

The principle findings from this study, as illustrated in chapters 4 and 5, are the following:

1. Solutions for providing care to patients with limited English in the hospital studied are inadequate and potentially detrimental to quality of care. These included a significantly more frequent use of *ad hoc* interpreters, including family and friends of patients and bilingual staff, as well as use of inadequate second language skills by medical professionals despite the availability of a free and readily available professional interpretation service.
2. Medical professionals exhibited a substantial lack of familiarity with and recognition of the role of professional interpreters, which, despite not constituting a statistic correlation, appeared alongside the tendency to resort to using untrained interpreters.
3. Medical professionals' perceptions of professional interpreters were not found to be statistically different from those of untrained interpreters, which may explain providers' penchant for overlooking free and readily available professional interpretation services, settling instead for untrained interpreters.
4. Few medical professionals had complied with laws mandating obligatory professional education in cultural competency and language access. Furthermore, no correlation was found between the training that few had received and use of professional interpreters.

It was hypothesized that despite ample exposure to interpreters, health care providers would lack concrete knowledge of the interpreter's role and would therefore express no preference between professional and *ad hoc* interpreters. As expected, participants reported frequent use of interpreters (whether trained or untrained) yet failed to understand the interpreter's role and were furthermore unfamiliar with the profession and the appropriate qualifications for practice. Statistically, respondents expressed no preference for professional interpreters and indeed resorted to *ad hoc* interpreters more often. Nonetheless, more positive commentaries were made in favor of professionals, revealing a clash between principles and action.

Based on the immigrant population in San Diego, hospital statistics, and participant responses, the frequency of medical encounters with patients who speak little or no English is significant. Thus the necessity to find solutions capable of ensuring that these patients receive access to equitable care through an efficient, safe, and readily available service, rather than a mere semblance thereof, is crucial. The findings of this study, which originally set out to explore medical professionals' impressions of interpreters, reveal that service providers in the medical field are apt to settle for untrained interpreters despite the availability of professionals. Furthermore, health care providers, despite differentiating professionals from untrained interpreters in terms of their expectations for services offered, did not express a significant difference in satisfaction with one or the other, and failed to understand both the role and task of the interpreter. Nor did respondents acknowledge the risks involved in using family members and bilingual staff, thus resorting to the most convenient action: taking none at all, allowing patients

to make use of English-speaking family members as crude interpreters, or speaking with patients in a language that providers admit to having no sufficient command of.

Some respondents reported making efforts to enlist the help of bilingual colleagues, whom they consider adequate interpreters because of their medical background. This deliberate choice, which is likely to require more time and effort than using the professional telephone interpretation line, suggests that medical professionals do not always base their choice of interpreter on convenience but rather on what they perceive to be important qualities for interpreting—qualities which are inconsistent with overwhelming evidence presented in past research regarding the hazards of using bilingual staff to interpret and the aptness of trained interpreters (Elderkin-Thompson, et al., 2001; Flores, 2005; Karliner et al., 2007; Flores et al., 2012). In this way, medical professionals appear to either disregard the quality of care delivered to their patients, or fail to recognize that quality is diminished when such disparate standards are tolerated and perpetuated for patients lacking English proficiency. Ann Corsellis succinctly addresses the issue of service provider responsibility:

Mostly it is self-evident that an interpreter is needed but it can be a more complex decision. It can be hard to admit to language limitations. It should be made clear that the need for communication is equally shared. The public service employee needs to communicate as much as the member of the public. It is not only the latter's 'problem.' (Corsellis, 2008: 141).

The finding that there was no statistical difference between health care provider satisfaction with professional and *ad hoc* interpreters, which was belied by their expectation that interpreters have specialized skills and knowledge, is reflected in seminal research on the use of interpreters in the U.S. court system carried out by Susan Berk-Seligson (2002). Her research revealed that despite the conviction on the part of court participants that the interpreter's role is to be accurate and impartial, interpreters were consistently asked to intervene in and direct interactions. In this way, court participants' expectations and behaviors in using interpreters are patently contradictory. This tendency, which implies a failure to understand interpreters (particularly their role and code of ethics), is congruent with the aforementioned inconsistency found in health care providers' expectations that interpreters be accurate, impartial and possess knowledge of medical terminology and the field of medicine, while also being able to relay critical and sensitive information to patients (such as prognoses and informed consent) in a manner that is not only accurate but furthermore consistent with the law. Berk-Seligson, in another study on interpretation in law enforcement, made the following poignant comment, which rings equally true for medical interpretation:

Perhaps it is merely naïveté on the part of law enforcement officers, or simply their lack of appreciation for the demanding nature of interpreting and translating, but the willingness of the police to entrust to non-professional interpreters the task of questioning suspects during investigative police work is playing with fire. (Berk-Seligson, 2000: 233)

Another surprising finding was the tendency of medical professionals to opt to use self-assessed insufficient language skills to communicate with patients. This constitutes another dangerous practice for which viable alternatives for improving care for LEP patients should be discussed. Apart from putting an emphasis on educating medical professions on the usefulness of professional interpreters, they may also be encouraged to improve their language skills and cultural competency, which would grant them the opportunity to treat patients appropriately

without jeopardizing their sense of autonomy. Prior research by Pfaff and Couper (2009) has proposed methods for language acquisition for health care workers. Considering that this option is not viable for all medical professionals, further suggestions for improvement of care are also suggested.

While previous research has implied that time and cost ought to be taken into account in order to improve use of professional interpreters, the present study found these two factors to be irrelevant in terms of overlooking professional interpreters. It is thus suggested that further research and efforts to advance quality of care for LEP patients focus on educating medical professionals on how to collaborate with interpreters and to familiarize them with the benefits to both patient and service provider of using professionals. Anne-Marie Mesa, based on findings from her 2000 study of interpreters and service providers in Montreal, designed a reference sheet with guidelines for both parties in order to improve partnership and mutual efficiency. A similar guide may be a constructive tool for medical professionals in the U.S. on a regional or even smaller scale, depending on the options available for professional interpreter services in each center.

Some respondents expressed preference for family interpreters based on the fact that they consider them to be “on the same team” as the service provider. They become familiar to the provider and are already familiar to the patient (which, in the case of impartiality, may provoke conflicts). This suggests that doctors may value interpreter continuity—a tendency that was also suggested by Fatahi et al. (2008). Moreover, preferences were implied for on-site interpreters (a finding that has also surfaced in prior research, such as Gray et al., 2011; Bagchi et al., 2010; Hadziabdic et al., 2010; and Fatahi et al., 2008.). This could serve as a partial explanation for why medical professionals in the hospital studied were reluctant to use the remote interpretation system in place despite its convenience and freedom of use. Perhaps staffing in-house interpreters for common language combinations would allow medical professionals to build rapport and trust with professional interpreters and increase the probability of successful collaboration. The availability of in-house interpreters would also contribute to the possibility for interpreter continuity, mentioned above.

Possible limitations of this study include the limited time available to carry out research and a relatively small sample size. Given time restraints, it was not possible to obtain interviews with more respondents that may have provided further insight into the use or absence thereof of professional interpreters in the hospital, in addition to revealing additional characteristics of the internal culture of making do with other methods. Furthermore, although intentionally in this case, the scope of the study was limited to one hospital.

Further research is recommended on possible motives for resorting to *ad hoc* interpreters despite access to professional services. Potential motives suggested by the current study include the value of work autonomy and the apparent perception that the use of trained interpreters has no effect on outcomes for patients and service provider efficacy, whereas any negative outcomes resulting from the use of untrained interpreters are overlooked. Efforts to promote training for service providers on intercultural communication and interpretation are considered especially fundamental, and may be complemented with further investigation to determine whether this type of education on the role and profession of interpreters may affect service provider use of appropriate language access services in treating their patients.

Notas

¹ Todas las preguntas y comentarios aparecen en inglés, el idioma original. Las traducciones al español se encuentran en el Anexo 1.

² Los números que no son enteros (por ej., 0.5) son el resultado del promedio de respuestas como “0-1 veces por mes”.

³ Los valores de 0 y 6 que aparecen en los ejes no corresponden a datos sino que aparecen por defecto debido a la amplitud del gráfico.

⁴ Se consideraron nulos los datos de los encuestados que no contestaron todas las preguntas necesarias para este análisis, ya que había que comparar respuestas para cada uno de los parámetros.

⁵ En este caso se consideraron nulos los datos de los encuestados que no proporcionaron una valoración para los 8 parámetros (precisión, imparcialidad, confidencialidad y profesionalidad de los dos tipos de intérpretes), ya que el análisis requiere valores de todos los encuestados para cada una de las variables.

⁶ El valor de 5 en el eje horizontal y el valor de 6 en el vertical no corresponden a datos sino que aparecen por defecto debido a la amplitud del gráfico.

⁷ Respuestas que demostraban cierto entendimiento del intérprete recibieron el valor de 1 y los que no, el valor de 0. Por ejemplo: “Depende de su conocimiento de términos médicos”=1, mientras que “Depende de su formación en la medicina”=0.

⁸ Respuestas que demostraban cierto entendimiento del intérprete recibieron el valor de 1 y los que no, el valor de 0. Por ejemplo: “Sería interesante, ¿pero quién pagaría?”=1, mientras que “Los auxiliares médicos tienen la formación adecuada”=0.

Bibliografía

Ainsworth-Vaughn, Nancy (1998) *Claiming Power in Doctor-Patient Talk*. Oxford University Press.

Alvarado Hospital Medical Center. "Patient rights". 24 marzo 2014. <http://www.alvaradohospital.com/Patients-and-Visitors/Patient-Guide/Patient-Rights.aspx>

Andrulis, Dennis; Goodman, Nanette y Pryor, Carol. (2002) "What a difference an interpreter can make: health care experiences of uninsured with Limited English Proficiency." Boston, MA: *The Access Project*.

Angelelli, Claudia (2004) *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

Athorp, Catherine y Downing, Bruce (1996) "Modes of doctor-patient communication: How interpreter roles influence discourse" – comunicación presentada en la 1996 Annual Conference of the American Association for Applied Linguistics en Chicago.

Bagchi, Ann D.; Dale, Stacy; Verbitsky-Savitz, Natalya y Andrecheck, Sky (2010). "Examining effectiveness of medical interpreters in emergency departments for Spanish-speaking patients with limited English proficiency: results of a randomized controlled trial" en *Emergency Medicine*, 20:10. pp. 1-13.

Berk-Seligson, Susan (2002) *The bilingual courtroom. Court interpreters in the judicial process*. Chicago: The University of Chicago Press.

Blake, Caminee (2003) "Ethical considerations in working with culturally diverse populations: the essential role of professional interpreters" en *Bulletin de l'association des psychiatres du Canada*, 6. pp. 21-23.

Bolton, Jonathan (2002) "The third presence: a psychiatrist's experience of working with non-English speaking patients and interpreters" en *Transcultural Psychiatry*, 39:1. pp. 97-114.

Bot, Hanneke (2003) "The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three-person psychology" en *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. pp. 27-35.

Cambridge, Jan (1999) "Information loss in bilingual medical interviews through untrained interpreters" en *The Translator*, 5:2. pp. 201-219

Cambridge, Jan (2003) "Unas ideas sobre la interpretación en los centros de salud" en Valero-Garcés, C. (ed.) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares. pp. 57-59.

Candlin, Christopher y Candlin, Sally (2003) "Health care communication: a problematic site for applied linguistic research" en *Applied Linguistics*, 24:3. pp. 386-394.

Cantlupe, Joe (2010) "Language and cultural barriers hurting patient care, say physicians". 19 mayo 2014. <http://www.healthleadersmedia.com/print/PHY-246495/Language-and-Cultural-Barriers-Hurting-Patient-Care-Say-Physicians>.

Chen, Alice H.; Youdelman, Mara K. y Brooks, Jamie (2007) "The legal framework for language access in healthcare settings: Title VI and beyond" en *Journal of General Internal Medicine*, 22:2. pp. 362-367.

Corsellis, Ann (2008) *Public Service Interpreting: The First Steps*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

CyraCom Language Solutions. 24 marzo 2014. <http://www.cyracom.com>

David, Rand A.; Rhee, Michelle (1998) "The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community" en *Mount Sinai Journal of Medicine*, 65:5-6. pp. 393-397.

DeCola, Álvaro (2010) "Making Language Access to Health Care Meaningful: The Need for a Federal Health Care Interpreters' Statute" en *Journal of Law and Health*, 58:151, 151-182.

Diamond, Lisa C.; Schenker, Yael; Curry, Leslie; Bradley, Elizabeth H. y Fernandez, Alicia (2009) "Getting by: underuse of interpreters by resident physicians." en *Journal of General Internal Medicine*, 24. pp. 256-262.

Edwards, Rosalind; Bogusia, Temple y Alexander, Claire (2005) "Users' experiences of interpreters: the critical role of trust" en *Interpreting*, 7. pp. 77-95.

Elderkin-Thompson, Virginia; Cohen Silver, Roxane; Waitzkin, Howard (2001) "When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting" en *Social Science & Medicine*, 52. pp. 1343-1358.

Englund Dimitrova, Birgitta (1997) "Degree of interpreter responsibility in the interaction process in community interpreting" en S. Carr, R. Roberts, A. Dufour y D. Steyn (eds.), *The Critical Link: Interpreters in the Community*. pp. 147-164.

Estados Unidos (1964) Title VI of the Civil Rights Act: 42 U.S.C. §2000d.

Fatahi, Nabi; Hellström, Mikael; Skott, Carola y Mattsson, Bengt (2008) "General practitioners' views on consultations with interpreters: a triad situation with complex issues" en *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26. pp. 40-45.

Flores, Glenn (2005) "The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review" en *Medical Care Research and Review*, 62. pp. 255-299.

Flores, Glenn (2006) "Language barriers to health care in the United States" en *The New England Journal of Medicine*, 355:3. pp. 229-231.

Flores, Glenn; Abreu, Milagros; Barone, Cara Pizzo; Bachur, Richard y Lin, Hua (2012) "Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters" en *Annals of Emergency Medicine*, 60:5. pp. 545-553.

Friedman-Rhodes, Elizabeth y Hale, Sandra (2010) "Teaching Medical Students to Work with Interpreters" en *The Journal of Specialised Translation*, 14. pp. 121-144.

Gadon, Margaret; Balch, George I. y Jacobs, Elizabeth A. (2007) "Caring for patients with limited English proficiency: the perspectives of small group practitioners" en *Journal of General Internal Medicine*, 22:2. pp. 341-346.

Gerrish, Kate; Chau, Ruby; Sobwale, Abi, y Birks, Elizabeth (2004) "Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing" en *Health and Social Care in the Community*, 12:5. pp. 407-431.

Gray, Ben; Hilder, Jo y Donaldson, Hannah (2011) "Why do we not use trained interpreters for all patients with limited English proficiency? Is there a place for using family members?" en *Australian Journal of Primary Health*, 17:3. pp. 240-249

Hadziabdic, Emina; Albin, Björn; Heikkilä, Kristiina y Hjelm, Katarina (2010) "Healthcare staffs perceptions of using interpreters: a qualitative study" en *Primary Health Care Research & Development*, 11:3. pp. 260-270.

Hale, Sandra (2004) *The discourse of court interpreting: discourse practices of the law, the witness and the interpreter*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins.

Hale, Sandra (2005) "The interpreter's identity crisis" en *Translation and the Construction of Identity*. Manchester: St. Jerome. pp. 14-29.

Hale, Sandra (2007) *Community Interpreting*. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan.

Hudelson, Patricia (2005) "Improving patient-provider communication: insights from interpreters" en *Family Practice*, 22. pp. 311-316.

Industry Canada (2007) "Community Interpreting in Canada". 31 marzo 2014. http://www.ic.gc.ca/epic/site/lain-inla.nsf/en/h_qs00229e.html

Jacobs, Elizabeth A., Shepard, D.S., Suaya, J.A. y Stone, E.-L. (2001) "The Impact of Interpreter Services on Delivery of Care to Limited-English-Proficient Patients" en *Journal of General Internal Medicine*, 16:7. pp. 468-474.

Jacobs, Elizabeth A., Lauderdale, D.S., Meltzer, D., Shorey, J.M., Levinson, W. y Thisted, R.A. (2005) "Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services" en *American Journal of Public Health*, 94:5. pp. 866-869.

Jalbert, Maya (1998) Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique en *P.R.I.S.M.E.*, 8:3. pp. 94-111.

Karliner, Leah S.; Pérez-Stable, Eliseo J. y Gildengorin, Ginny (2004) “The language divide: the importance of training in the use of interpreters for outpatient practice” en *Journal of General Internal Medicine*, 19. pp.175–183.

Karliner, Leah S.; Jacobs, Elizabeth A.; Chen, Alice H., y Mutha, Sunita (2007) “Do professional interpreters improve clinical care for patients with Limited English Proficiency? A systematic review of the literature” en *Health Services Research*, 42:2. pp. 727-754.

Karliner, Leah S. and Mutha, Sunita. (2010) “Achieving quality in health care through language access services: lessons from a California public hospital” en *American Journal of Medical Quality*, 25:1. pp. 51-59.

Kaufert, Joseph y Koolage, William W. (1984) “Role conflict among ‘culture brokers’: the experience of native Canadian medical interpreters” en *Social Science & Medicine*, 18:3. pp. 283-286.

Kaufert, Joseph (1990) “Sociological and anthropological perspectives on the impact of interpreters on clinician/client communication” en *Santé Culture Health*, 7:2/3. pp. 209-235.

Kaufert, Joseph y Putsch, Robert W. (1997) “Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power” en *Journal of Clinical Ethics*, 8:1. pp. 71-87.

Kaufert, Joseph; Putsch, Robert y Lavallée, Marie-Claude. (1998) “Experience of aboriginal health interpreters in mediation of conflicting values in end-of-life decision making” en *International Journal of Circumpolar Health*, 57:1. pp. 43-48.

Khan, Asqa K.; Sevilla, Claudia y Anger, Jennifer T. (2013) “Communication barriers among Spanish-speaking women with pelvic floor disorders: lost in translation?” en *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 19:3. pp. 157-164.

Kuo, David y Fagan, Mark J. (1999) “Satisfaction with Methods of Spanish Interpretation in an Ambulatory Care Clinic” en *Journal of General Internal Medicine*, 14. pp. 547-550.

Leanza, Yvan (2005) “Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers” en *Interpreting*, 7:2. pp.167-192.

Lee, Teresa S.; Lansbury, Gwenda y Sullivan, Gerard (2005). “Health care interpreters: a physiotherapy perspective” en *Australian Journal of Physiotherapy*, 51. pp. 161-165.

Mesa, Anne-Marie (2000) “The cultural interpreter: an appreciated professional. Results of a study on interpreting services: client, health care worker and interpreter points of view” en *The*

Critical Link 2: Interpreters in the Community. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. pp. 67-79.

Migration Policy Institute (2013) “Limited English Proficient population of the United States”. 2 mayo 2014. <http://www.migrationpolicy.org/article/limited-english-proficient-population-united-states>

Moreno, Gerardo y Morales, Leo S. (2010) “Hablamos Juntos (Together We Speak): interpreters, provider communication, and satisfaction with care” en *Journal of General Internal Medicine*, 25:12. pp. 1282-1288.

Morris, Ruth (2000) “Plus ça change...? Community interpreters at the end of the twentieth century” en *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. pp. 243-264.

National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (2001) “Outlines of NAATI credentials”. 31 marzo 2014. <http://www.naati.com.au/PDF/Misc/Outliness%20of%20NAATI%20Credentials.pdf>

Office of Statewide Health Planning & Development (2013) “Hospital Discharge Summary Report: Alvarado Hospital Medical Center”. Disponible en <http://gis.oshpd.ca.gov/atlas/places/facility/106370652>

Office of Minority Health (2013) “The National CLAS Standards”. 3 mayo 2014. <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=15>

Pandya, Chhandasi; Jeanne Batalova y Margie McHugh (2011) “Limited English Proficient individuals in the United States: number, share, growth, and linguistic diversity”. Washington, DC: Migration Policy Institute.

Pauwels, Anne (1995) *Cross-cultural communication in health sciences*. Melbourne: MacMillan Education Australia.

Pfaff, Colin y Couper, Ian (2009) “How do doctors learn the spoken language of their patients?” en *South African Medical Journal*, 99:7. pp. 520-522.

Pöchhacker, Franz (2000) “The community interpreter's task: self-perception and provider's view” en *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. pp. 49-65.

Raval, Hitesh y Smith, Jonathan A. (2003) “Therapists’ experiences of working with language interpreters” en *International Journal of Mental Health*, 32:2. pp.6-31.

Reschovsky, James D. y Boukus, Ellyn R. (2010) “HSC Issue Brief: Modest and uneven: physician efforts to reduce racial and ethnic disparities” en Center for Studying Health System Change Issue Brief, 130.

Rosenberg, Ellen; Leanza, Yvan y Seller, Robbyn (2007) “Doctor–patient communication in primary care with an interpreter: physician perceptions of professional and family interpreters” en *Patient Education and Counselling*, 67. pp. 286–292.

Salaets, Heidi (2012) “The next step in the CBI professionalization process: training the public service providers” en *The Interpreters’ Newsletter*, 17. pp. 191-203.

Sarver, Joshua y Barker, David W. (2000) “Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit” en *Journal of General Internal Medicine*, 15. pp. 256-264.

Schyve, Paul M. (2007) “Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission Perspective” en *Journal of General Internal Medicine*, 22:2. pp. 360-361.

Shi, Leiyu; Lydie A. Lebrun y Jenna Tsai (2009) “The influence of English proficiency on access to care” en *Ethnicity & Health*, 14:6. pp. 625-642.

Tebble, Helen (2003) “Training doctors to work effectively with interpreters” en L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin and H. Clarke (eds.), *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins. pp. 81–95.

U.S. Census Bureau (2014) “State and County QuickFacts”. 2 mayo 2014. <http://quickfacts.census.gov/qfd/states/06/0666000.html>

U.S. Census Bureau (2012) “Data. Top 20 Cities. Highest Ranking Cities, 1790 to 2010”. 2 mayo 2014. <https://www.census.gov/dataviz/visualizations/007/>

U.S. Department of Health and Human Services (2013) *Language Access Plan*. Disponible en <http://www.hhs.gov/open/execorders/2013-hhs-language-access-plan.pdf>.

Valero-Garcés, C. (2003b) “Responding to communication needs. Current issues and challenges in community interpreting and translation in Spain.” en L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin and H. Clarke (eds.), *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins. pp. 175-192.

Vasquez, Carmen y Javier, Rafael Art (1991) “The problem with interpreters: communicating with Spanish-speaking patients” en *Hospital & Community Psychiatry*, 42:2. pp. 163-165.

Wadensjö, Cecilia (1998) *Interpreting as Interaction*. Londres y Nueva York: Addison Wesley-Longman.

Woloshin, Steven; Schwartz, Lisa M.; Katz, Steven J.; Welch, Gilbert H. (1997) “Is language a barrier to the use of preventive services?” en *Journal of General Internal Medicine*, 12. pp. 472-477.

Youdelman, Mara y Perkins, Jane (2002) “Providing language interpretation services in health care settings: examples from the field”. National Health Law Program.

Índice de gráficos y tablas

Gráfico 1.....	<i>página 33</i>
Gráfico 2.....	<i>página 34</i>
Gráfico 3.....	<i>página 35</i>
Gráfico 4.....	<i>página 36</i>
Gráfico 5.....	<i>página 37</i>
Gráfico 6.....	<i>página 38</i>
Gráfico 7.....	<i>página 39</i>
Gráfico 8.....	<i>página 40</i>
Gráfico 9.....	<i>página 42</i>
Gráfico 10.....	<i>página 43</i>
Gráfico 11.....	<i>página 45</i>
Gráfico 12.....	<i>página 48</i>
Gráfico 13.....	<i>página 49</i>
Gráfico 14.....	<i>página 52</i>
Gráfico 15.....	<i>página 52</i>
Gráfico 16.....	<i>página 53</i>
Gráfico 17.....	<i>página 53</i>
Gráfico 18.....	<i>página 55</i>
Gráfico 19.....	<i>página 58</i>
Gráfico 20.....	<i>página 67</i>
Gráfico 21.....	<i>página 62</i>

Tabla 1.....*página 39*
Tabla 2.....*página 42*
Tabla 3.....*página 47*
Tabla 4.....*página 48*
Tabla 5.....*página 50*
Tabla 6.....*página 51*
Tabla 7.....*página 54*
Tabla 8.....*página 56*
Tabla 9.....*página 57*
Tabla 10.....*página 63*

ANEXO 1

Traducciones de preguntas y comentarios

Preguntas: encuesta principal (Survey Form A)

Pregunta 1: Como promedio, ¿cuántas veces al mes le facilita la comunicación con sus pacientes un intérprete?

Pregunta 2: ¿Tiene usted suficiente dominio de otra lengua para no requerir un intérprete? Sí, No. En caso afirmativo, ¿qué lengua(s)?

Pregunta 3: ¿Con cuánta frecuencia se proporciona la interpretación por teléfono versus en persona? 100% por teléfono; 100% en persona; 50% por teléfono, 50% en persona; Normalmente por teléfono (porcentaje aproximado: ____); Normalmente en persona (porcentaje aproximado: ____).

Pregunta 4: ¿Con qué frecuencia proporciona la interpretación un intérprete profesional (sin importar si es por teléfono o en persona)? Siempre, Casi siempre, A veces, Raras veces, Nunca.

Pregunta 5: ¿Con qué frecuencia se proporciona la interpretación un intérprete sin formación o uno no profesional (es decir, un familiar o conocido del paciente, un miembro del personal bilingüe en el hospital, etc.)? Siempre, Casi siempre, A veces, Raras veces, Nunca.

Pregunta 6: ¿Cuál es la manera más frecuente de elegir al intérprete? Dejo que decida el paciente, Sugiero que usemos un intérprete profesional pero dejo que decida el paciente, Decido usar un intérprete profesional sin importar la preferencia del paciente, Otra (expone brevemente).

Pregunta 7: ¿En su opinión, es la habilidad de una persona para hablar ambas lenguas (inglés y la del paciente) suficiente para la interpretación? ¿Por qué?

Pregunta 8: ¿Cree que los intérpretes deben cumplir con cierto grado de educación profesional y formación en interpretación o estar acreditados para trabajar en el ámbito sanitario?

Pregunta 9: ¿Ha participado en formación, cursos, charlas, etc. sobre la interpretación, comunicación intercultural, o temas relacionados? Sí, No.

Pregunta 10: Basándose en sus experiencias con intérpretes profesionales, ¿cuán satisfecho está con su desempeño?

Pregunta 11: Basándose en sus experiencias con intérpretes sin formación o no profesionales (por ej., familiares, empleados bilingües), ¿cuán satisfecho está con su desempeño?

Pregunta 12: Por favor exponga brevemente las ventajas o desventajas de usar un intérprete profesional versus uno no profesional, o cualquier observación que haya hecho en cuanto a la diferencia entre estos dos.

Pregunta 13: En su opinión, ¿cuál es el papel del intérprete? a. Interpretar todo lo que se dice de manera fiel y precisa, sin omitir ni añadir información, dejando las aclaraciones para el paciente y mí; b. Asegurar la comprensión por simplificar o resumir intervenciones por parte de ambos paciente y mía; c. Otro (por favor explique brevemente).

Preguntas: encuesta adicional (*Survey Form B*)

Pregunta 3: ¿Interactúa de vez en cuando con pacientes en una lengua que no sea inglés? ¿Con cuánta frecuencia y en qué lengua(s)?

Pregunta 4: Cuando un paciente habla una lengua que no sea inglés y usted tiene cierto dominio de dicha lengua, ¿prefiere realizar la consulta en esa lengua o prefiere usar intérprete? ¿Por qué?

Pregunta 5: ¿Ha tenido la experiencia alguna vez de trabajar con un intérprete en una lengua con la que usted esté familiarizado? (Es decir, pudo entender todo o una parte de lo que se decía en la segunda lengua por el paciente y el intérprete.) De ser así, ¿qué observaciones ha hecho sobre el intérprete, tomando en cuenta aspectos como la precisión, imparcialidad, etc.?

Comentarios

1. “Decido usar a un intérprete profesional por los estándares de práctica.”
2. “En ocasiones, un familiar asume que tiene que interpretar hasta que me encargo yo.”
3. “Normalmente uso a familiares.”
4. “Prefiero que sea su mujer o hermano o uno de los padres porque muchas veces conocen la historia médica y el paciente mayor tiene demasiada demencia para acordarse.”
5. “Pido al paciente que lleve a un familiar.”
6. “Si la familia insiste, usar familia, si no está la familia—usar la Línea de Idiomas.”
7. “Si está presente un familiar, lo usaré. Si no está disponible la familia o es una lengua hablada poco frecuente, uso el teléfono.”
8. “Lo que sea más oportuno.”
9. “Cualquiera que esté a mano.”
10. “Cualquier persona capaz de traducir.”
11. “Normalmente está presente un familiar, algo que siempre es una gran ayuda. Sobre todo cuando la familia habla inglés.”
12. “Si es para revisión médica y el paciente se conforma con que interprete su familia, permito la conveniencia de usar la familia. Para ciertas situaciones importantes, elegiría a un intérprete.”
13. “Depende de lo que se interprete. Consentimientos versus cómo usar el botón de llamada, etc.”
14. “Sí. Requerimos que los pacientes que no hablen inglés estén acompañados por un familiar o amigo que tenga dominio.”
15. “Sí, porque puede haber comunicación directa entre la enfermera y el paciente.”
16. “Si la persona es un profesional sanitario y entiende toda la información que se cuenta y es capaz de transmitir dicha información con precisión y contestar las preguntas del paciente, entonces está bien. Si no, uso un profesional.”
17. “Sí, para que pueda traducir precisamente.”
18. “No, porque el significado de las palabras podría ser distinto en distintas culturas/lenguas, por ejemplo en inglés *gay*=homosexual/feliz.”

19. “Sí, porque si la persona puede interpretar con competencia suficiente para que el paciente entienda, supongo que está bien.”
20. “No y sí, porque pueden hablar y entender lo que se dice pero quizás no entiendan el tema en cuestión.”
21. “Sí, siempre y cuando se pueda confiar en ellos para interpretar lo que pretende decir el proveedor sanitario sin utilizar atajos.”
22. “Sí, mientras que el paciente esté *Ox3*.” (*Oriented times three* en inglés significa que el paciente está consciente y orientado a persona, lugar y hora.)
23. “No. Puede que un intérprete no profesional no sepa terminología médica y por motivos legales es necesario que sea un profesional.”
24. “En nuestro hospital no. Han de ser certificado.”
25. “Según nuestra política no, aunque durante el curso de cuidado las enfermeras sí conversan con los pacientes sobre generalidades si hablan la lengua nativa del paciente.”
26. “Sí, si esta persona puede hablar ambas lenguas, debe de ser capaz de interpretar interacciones sencillas, pero información más compleja (diagnósticos o consentimiento) debe dejarse en manos de un profesional.”
27. “No. Problemas de lenguaje técnico; puede que un amigo/familiar no sea capaz de superar limitaciones emocionales/sociales.”
28. “no toman decisiones médicas, sólo traducen palabras legas. No uso términos médicos con pacientes legos.”
29. “Sí. El intérprete no necesita muchos estudios médicos mientras la traducción sea precisa.”
30. “No creo que los intérpretes necesiten destrezas médicas extras—sólo que la traducción sea precisa. Casi todos mis pacientes nativos de inglés no tienen estudios médicos. Es la labor del médico convertir síntomas en patrones de enfermedades.”
31. “No, necesitan un nivel de sofisticación médica del que quizás no disponen.”
32. “[Las lenguas son] un problema a menudo, especialmente en la primera vista con el primer diagnóstico de cáncer. Intento conseguir a un profesional para asegurar que el diagnóstico y pronóstico exactos se traducen.”
33. “Sí, mucho, especialmente en decisiones sobre el cáncer y los cuidados críticos.”
34. “Me gusta hablar español para ‘practicar’ y los pacientes aprecian el esfuerzo, pero si hay un asunto crítico, consigo a alguien que tenga fluidez para volver a verificar la conversación.”
35. “Los auxiliares médicos disponen de formación adecuada.”
36. “No, no es práctico (idealmente, sí).
37. “Esto sería ideal, probablemente no realista.”
38. “Sería útil.”
39. “Sí, deben realizar una prueba para asegurar su conocimiento de la lengua para conversación y terminología médica.”
40. “Sí, por fines legales.”
41. “Sí, porque algunas palabras están en términos médicos que el intérprete no conoce y no traduce. Cuando sea posible, sería bueno que el intérprete en el hospital proceda del ámbito sanitario.”
42. “Formación en terminología médica debe ser suficiente.”
43. “tienen una formación médica muy escasa”
44. “En ocasiones los intérpretes telefónicos carecen de conocimiento médico suficiente para traducir precisamente.”
45. “Los profesionales no están disponibles los 24 horas del día.”
46. “Los profesionales suelen ser difíciles de conseguir.”

47. “No hay enchufes de teléfonos en todas las habitaciones así que no siempre podemos usar la línea de intérpretes.”