



Universidad
de Alcalá

ANÁLISIS DE LA REDACCIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN INGLÉS Y EN ESPAÑOL

ANALYSIS OF THE WRITING OF INFORMED CONSENTS IN ENGLISH AND IN SPANISH

ANALYSE DE LA RÉDACTION DE CONSENTEMENTS ÉCLAIRÉS EN ANGLAIS ET EN ESPAGNOL

CURSO ACADÉMICO 2019-2020

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

**Presentado por:
D^a MARÍA RUIZ ESCRIVÁ**

**Dirigido por:
Dra. D^a MARÍA DEL CARMEN PENA DÍAZ**

Alcalá de Henares, a 1 de junio de 2020

Tabla de contenido

1. Introducción.....	1
1.1. Justificación del estudio.....	1
1.2. Objetivos.....	2
1.3. Motivación personal.....	3
2. Marco teórico.....	4
2.1. El sistema sanitario en España.....	4
2.2. El sistema sanitario en el Reino Unido	7
2.3. La traducción y la interpretación en los servicios públicos de España	9
2.4. La traducción y la interpretación en los servicios públicos del Reino Unido ..	25
2.5. El texto híbrido	27
2.6. El texto médico-jurídico y sus problemas de traducción	27
2.7. El consentimiento informado y sus problemas de traducción	29
2.8. Qué tipo de traductor/intérprete debe traducir los textos médico-jurídicos y sus competencias	37
3. Metodología.....	39
4. Análisis textual.....	41
4.1. Consentimientos informados en inglés	41
4.2. Consentimientos informados en español.....	46
5. Comparación de la redacción de los consentimientos informados en inglés y en español	51
6. Conclusiones	54
7. Bibliografía	61

RESUMEN:

En la actualidad, tanto en el sistema sanitario de España como en el del Reino Unido, todo paciente que se tenga que someter a un procedimiento médico tiene el derecho a que un profesional sanitario le explique este procedimiento y, tras ser informado, tiene el derecho a consentir que se lleve a cabo o no.

Uno de los objetivos principales de esta investigación es analizar la redacción de los consentimientos informados en español y en inglés para comprobar si se cumple una de las características principales de los consentimientos informados. Esta característica es el hecho de ser comprensible para los pacientes, para que, sin tener amplios conocimientos sobre el ámbito médico, puedan comprender el procedimiento al que se van a someter y decidir si quieren que se realice o no. El otro objetivo principal es analizar el consentimiento informado desde el punto de vista del hecho de ser un texto híbrido, comparando la cantidad de terminología e información del ámbito médico con la perteneciente al ámbito jurídico.

Se trata de un estudio comparativo en el que, tras el análisis, por una parte, de los consentimientos informados en inglés y, por otra parte, de los consentimientos informados en español, se compare la redacción entre ambos idiomas. Para ello, se ha compilado un corpus de 50 consentimientos informados en inglés y 50 consentimientos informados en español de 50 temáticas distintas procedentes de distintas instituciones sanitarias de España y del Reino Unido. En este análisis se tendrán en cuenta aspectos relacionados con la macroestructura y la microestructura de cada texto como, por ejemplo, organización general de la información, registro, y terminología, entre otros.

Los resultados apoyan la característica del consentimiento informado de ser un texto híbrido puesto que, por ejemplo, en cuanto a la cantidad de terminología especializada, el número entre la médica y la jurídica es muy similar. Además, se muestra que la redacción en inglés es mucho más cercana al lector que la de los textos redactados en español.

PALABRAS CLAVE:

Comunicación, terminología, sistemas sanitarios, T&I en ámbito sanitario.

ABSTRACT:

Nowadays, in the Spanish health system and in the British health system, if a patient has to undergo a medical procedure, they have the right to be informed by a health professional about that procedure. After the patient has been informed, they have the right to decide if the procedure is going to be carried out or not.

One of the main objectives of this research is to analyse the writing of informed consents written in English and informed consents written in Spanish. With this, it can be confirmed if one of the principal characteristics of the informed consents is fulfilled or not. This characteristic is the fact of being understandable for the patients who, without extensive knowledge about the medical field, can be able to understand the procedure they are going to undergo and decide whether they want it to be carried out or not. The other main objective is to analyse the informed consent focusing on the fact of being a hybrid text by comparing the quantity of terminology and information related to the medical field with the terminology and information related to the legal field.

This research is a comparative study in which, after the analysis of the English informed consents and the Spanish informed consents, the writing of both languages is compared. In order to do that, a corpus of 50 English informed consents and 50 Spanish informed consents has been compiled. The informed consents are about 50 different topics and they are from different healthcare institutions of Spain and the United Kingdom. The analysis has focused on aspects related to macrostructure and microstructure of each text such as general organization of the information, register and terminology.

The results support the characteristic of the informed consent of being a hybrid text since, for example, in terms of specialized terminology, the quantity between medical terminology and legal terminology is very similar. Moreover, it has been confirmed that the writing in English is much closer to the reader than the writing in Spanish.

KEY WORDS:

Communication, terminology, health systems, health translation and interpreting.

1. Introducción

1.1. Justificación del estudio

Hoy en día, los consentimientos informados son un tipo de texto muy habitual en la sociedad. Se trata de documentos que el médico u otro tipo de profesional sanitario debe entregar y explicar al paciente antes de que se lleve a cabo un procedimiento médico. Por lo tanto, son documentos obligatorios en el sistema de salud de España y en el del Reino Unido.

Una de las características principales de este tipo de textos es que son textos híbridos puesto que combinan temática médica y jurídica. La razón por la que se combinan estas dos áreas del conocimiento es porque el consentimiento informado incluye información sobre la descripción del tratamiento médico que se va a realizar e información jurídica que indica que el paciente ha comprendido todo y que consiente la realización de dicho procedimiento. Por ello, es un tipo de texto que combina tanto terminología especializada del ámbito médico como del ámbito jurídico.

Además, una de las características más importantes que debe poseer un consentimiento informado es que sea de fácil comprensión. Si bien el profesional sanitario tiene el deber de explicarle de forma oral el procedimiento al paciente, puesto que también se le entrega el consentimiento informado de forma escrita para que lo firme, es indispensable que esté redactado de una forma comprensible. Esto servirá de ayuda tanto en el momento en el que el profesional sanitario que se lo explique al paciente como en el momento en el que el paciente debe leer el documento escrito y firmarlo para dar su consentimiento. Normalmente, los pacientes son personas legas en la materia de la medicina por lo que tienen el derecho a que se les explique el procedimiento al que se van a someter de una forma en la que lo puedan comprender fácilmente. De esta forma, podrán decidir si desean dar su consentimiento para que se lleve a cabo el procedimiento o no.

Esta característica es una de las bases de este estudio puesto que se ha analizado la redacción de consentimientos informados y, a partir de este análisis, se ha podido deducir si son de fácil comprensión o no. En el análisis se han observado aspectos relacionados con la macroestructura y con la microestructura del texto como, por ejemplo, la terminología o el registro utilizado. La otra característica en la que se ha basado este estudio es el hecho de ser un tipo de texto híbrido, comparando la cantidad de información y terminología relacionada con el ámbito médico con la información y terminología perteneciente al ámbito jurídico.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, los consentimientos informados son un derecho y, por lo tanto, una obligación, por lo que los traductores e intérpretes serán imprescindibles en aquellas ocasiones en las que un paciente extranjero acuda a un hospital en España o un paciente español acuda a un hospital en el extranjero. Se abre entonces el debate sobre qué tipo de traductor debe encargarse de la traducción de un tipo de texto como es el consentimiento informado, que combina tanto conocimientos médicos como jurídicos. Las dos opciones que se aportan son, en primer lugar, un traductor especializado en medicina. Los consentimientos informados se basan, principalmente, en describir un procedimiento médico y describir todos sus posibles riesgos y efectos secundarios, por lo que el hecho de que un traductor especializado en medicina sería muy recomendable ya que tendría conocimientos sobre el procedimiento. La otra opción es un traductor especializado en la jurídica o un traductor jurado ya que, como se ha mencionado anteriormente, un consentimiento informado es un texto híbrido que combina información médica e información jurídica. Se podría decir que un consentimiento informado es un

tipo de contrato en el que el paciente indica y firma que el profesional sanitario le ha explicado el procedimiento, que lo ha comprendido y que está dispuesto a que se lleve a cabo. De hecho, en muchas ocasiones sirve para la defensa de los profesionales sanitarios cuando un procedimiento no obtiene un buen resultado y el paciente decide presentar una reclamación. En la mayoría de los casos los profesionales sanitarios están protegidos por el hecho de que el paciente ya había sido avisado a través del consentimiento informado de que la probabilidad de que se obtenga un buen resultado nunca es completa.

Sin embargo, independientemente del tipo de traductor que se encargue de este tipo de texto, no hay duda de que el trabajo del traductor e intérprete es indispensable y de que la traducción y/o interpretación de los consentimientos informados es muy importante.

1.2. Objetivos

En este trabajo, se ha recopilado un corpus de 50 consentimientos informados en inglés extraídos de siete páginas web de distintos hospitales del Reino Unido: Cambridge University Hospitals, University Hospitals Bristol, Kingston Hospital, Guy's and St Thomas' Hospital, Chelsea and Westminster Hospital, Barts Health, y Royal Cornwall Hospitals.

Por otra parte, se han recopilado 50 consentimientos informados en español extraídos, en este caso, de cinco páginas web de distintos centros e instituciones sanitarios: Hospital General Universitario de Ciudad Real, Portal de la Junta de Andalucía, Agència Valenciana de Salut, Generalitat Valenciana y Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT).

Estos hospitales e instituciones comparten en sus páginas web los consentimientos informados de diversa temática que utilizan en sus instalaciones. Para este trabajo, se han compilado consentimientos informados de 50 temáticas diferentes. Los consentimientos informados en inglés son de 50 temáticas que se repiten en los consentimientos informados en español para conseguir así un análisis más exhaustivo. De esta forma, el análisis de la redacción puede ser más concluyente puesto que se trata de consentimientos informados que tratan sobre el mismo procedimiento médico. Con ello, se ha conseguido igualar la dificultad temática y la cantidad de terminología especializada, entre otros, puesto que el procedimiento médico será el mismo tanto en el Reino Unido como en España.

Como objetivo, en primer lugar, se propone analizar la redacción de los consentimientos informados en inglés y la redacción de los consentimientos informados en español. De esta forma, se podrá saber si su redacción ayuda a que los lectores legos comprendan el contenido del documento o si, por el contrario, la redacción suele ser muy confusa y compleja. También se ha comparado el análisis de la redacción en ambas lenguas para comprobar en qué idioma la redacción es más comprensible para los usuarios y cuál conlleva más dificultad.

En el análisis textual se han observado los mismos aspectos en los consentimientos informados tanto en inglés como en español para después hacer una comparación entre ambos idiomas. Los aspectos analizados han sido: macroestructura y microestructura.

Dentro de la macroestructura se ha tenido en cuenta la organización del documento de forma general y la organización, por una parte, de la sección donde se encuentra la información relacionada con el procedimiento médico, y, por otra parte, la información relacionada con el consentimiento del paciente, más relacionado con el ámbito jurídico. En cuanto a la microestructura, se ha analizado la gramática, el registro y la terminología.

En segundo lugar, se propone analizar la cantidad de información y terminología relacionada con el ámbito médico frente a la relacionada con el ámbito jurídico para así analizar la característica del consentimiento informado de ser un tipo de texto híbrido.

Debido a la gran cantidad de consentimientos informados, se ha limitado la búsqueda y la investigación a 50 temáticas distintas y a 50 documentos en cada lengua.

1.3. Motivación personal

El motivo por el que he decidido realizar este trabajo de investigación es por mi interés personal tanto en la traducción e interpretación en el ámbito sanitario como en el ámbito jurídico. Una vez terminé mi carrera de Traducción e Interpretación de inglés y francés en la Universidad de Granada, supe que las áreas que más me interesaban eran la medicina y la jurídica. Por este mismo motivo decidí cursar el Máster de Comunicación intercultural, traducción e interpretación en los servicios públicos de la Universidad de Alcalá puesto que unía los dos ámbitos que me interesaban al igual que se trabajaba tanto la traducción como la interpretación.

En el momento en el que tuve que escoger la temática de mi trabajo de fin de máster, en un primer lugar tuve que decidir si quería realizarlo sobre el ámbito médico o sobre el ámbito jurídico. Como he mencionado anteriormente, las dos temáticas me interesaban mucho por lo que finalmente decidí buscar un tema de trabajo de fin de máster que pudiese combinar ambos.

Tras documentarme y leer una gran cantidad de artículos de investigación y trabajos de grado y de máster de otros años y de varias universidades, encontré el tema de los textos híbridos, en concreto, los que combinaban medicina y jurídica. A partir de este momento, me centré en buscar un texto híbrido en concreto para trabajarlo y, tras sopesar varios como, por ejemplo, actas de defunción o de nacimiento, escogí los consentimientos informados.

La principal razón por la que decidí trabajar con los consentimientos informados fue porque me interesaban mucho sus características. Tienen una gran variedad temática puesto que pueden contener información de varias áreas de la medicina y, además, cuentan con la información jurídica ya que puede considerarse una forma de contrato. Asimismo, durante el máster habíamos trabajado algunos ejemplos de consentimientos informados y pudimos ver que, en muchas ocasiones, su redacción no es tan comprensible como debería serlo.

Por este motivo, decidí escoger este tema para mi trabajo de fin de máster. Considero que el consentimiento informado es un tipo de texto muy común e importante en el día a día de nuestra sociedad y que, además, cuenta con algunos problemas de redacción que pueden dificultar su principal objetivo: ser comprendidos por los pacientes legos.

Con este trabajo pretendo que se visibilicen los textos híbridos, muy comunes, pero poco conocidos, así como la necesidad que necesitan las instituciones sanitarias de revisar la redacción de sus consentimientos informados para que se adecúen a su objetivo, el de ser comprendidos de forma fácil por los pacientes que vayan a someterse a un procedimiento médico.

2. Marco teórico

2.1. El sistema sanitario en España

El sistema sanitario en España se denomina Sistema Nacional de Salud (SNS) y, tal y como se establece en la guía *Sistema Nacional de Salud* de 2010 redactada por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, «es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos». (p.15)

Se configuró en 1986 por la Ley General de Sanidad inspirada en el sistema británico (López, 2014). Además, se rige por el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 en el que se explica el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. Los principios y criterios que permiten este derecho son: «financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso; derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos; descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas». (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p.8) Así como la prestación de la atención completa de la salud con la máxima calidad, siempre evaluada y controlada; y la integración de los servicios públicos y las estructuras a los servicios de la salud en el Sistema Nacional de Salud (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

En la tesis de López (2014) titulada *El sistema sanitario público: ¿una gestión imposible?*, se indica que «Los principios generales que inspiran el funcionamiento del sistema son: eficacia, eficiencia, equidad, participación ciudadana, celeridad, economía y flexibilidad en la organización de sus servicios, financiación pública, cobertura universal y gestión pública del sistema.» (p.124)

En cuanto a la gestión del Sistema Nacional de Salud, como se ha mencionado anteriormente, se sigue un modelo descentralizado en las Comunidades Autónomas ya que, de esta forma, se puede atender con mayor adecuación y rentabilidad social a la población (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

El estado, por su parte, está a cargo de las siguientes competencias: «bases y la coordinación general de la sanidad, sanidad exterior y la relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, y legislación sobre productos farmacéuticos», según indica Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010, p.9)

En cuanto a las bases y la coordinación general, se trata de establecer las normas de condiciones y requisitos mínimos para conseguir la igualdad de condiciones en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Con respecto a la sanidad exterior, hace referencia a la vigilancia y el control de los posibles riesgos para la salud que puedan surgir de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. La última competencia está relacionada con la labor, entre otros, de la legislación sobre los productos farmacéuticos, la decisión sobre la financiación pública y la fijación del precio de los medicamentos, la importación de medicación extranjera y urgente, etcétera (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Por otra parte, cada Comunidad Autónoma dirige un Servicio de Salud administrando y gestionando todos los centros, servicios y establecimientos de toda la Comunidad, de las Diputaciones, Ayuntamientos y otras Administraciones territoriales intracomunitarias (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006).

De esta forma se quiere conseguir que este tipo de gestión garantice la equidad, la calidad y la participación. En relación con la equidad, se pretende que todos los ciudadanos tengan el acceso y el derecho a las prestaciones sanitarias de manera igualitaria. La calidad hace referencia a la calidad de las prestaciones sanitarias, siempre con el objetivo de mejorar. Por otra parte, la participación se relaciona con la participación ciudadana a la hora de respetar sus decisiones de manera individual y de tener en cuenta sus expectativas como usuarios del sistema sanitario (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Con respecto a la financiación, se realiza mediante los impuestos y está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma. Existen dos fondos adicionales: el de Cohesión gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Programa de Ahorro temporal en Incapacidad Temporal. De esta forma, los ciudadanos aportan impuestos según su capacidad económica y a la misma vez, reciben la prestación sanitaria según sus necesidades (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006).

Los titulares del derecho a recibir la asistencia sanitaria son: trabajadores afiliados y en alta o en una situación similar, pensionistas y personas que obtengan prestaciones por parte de la Seguridad Social de forma periódica, y personas desempleadas que no obtengan ya prestaciones ni subsidio de desempleo (Comisión Europea, Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, 2012).

Por otra parte, «los familiares de los asegurados también tienen acceso al seguro de salud, incluidos, siempre que residan en España y se cumplan determinadas condiciones». (Comisión Europea, Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, 2012, p. 9). Los familiares que pueden acceder al seguro de salud son: el cónyuge o la persona que conviva maritalmente con el titular del derecho durante un mínimo de 12 meses y sus hijos, los descendientes del titular y del cónyuge, menores de 26 años o con grado de invalidez de mínimo 65 %, hermanos y acogidos de hecho, y «los hijos adoptivos y menores durante el periodo de acogimiento familiar, hasta la formalización de la adopción, menores de 26 años o con un grado de invalidez mínimo del 65 %». (Comisión Europea, Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, 2012, p.9)

Las personas que reúnan las siguientes características también pueden recibir la asistencia sanitaria: personas separadas o divorciadas que tengan un matrimonio declarado nulo y que no tengan derecho a la prestación por otro concepto, además, se necesita que el beneficiario tenga derecho a la asistencia sanitaria; ser residente legal en España y no superar los ingresos mínimos legalmente establecidos (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2019). Por último, «ser emigrante español o ser pariente de uno y que, durante una estancia temporal en España o al volver de forma definitiva, se suscriba un convenio de asistencia sanitaria por no tener derecho a ella por otro concepto». (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

Por otra parte, la guía *Sistema Nacional de Salud* de 2010 redactada por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, indica qué tipo de personas pueden beneficiarse de la asistencia sanitaria pública: en primer lugar, todas las personas españolas y extranjeras que se encuentren en el territorio nacional según los términos explicados en el artículo 1.2 de la Ley Orgánica 4/2000 del 11 de enero relacionada con las libertades y los derechos de los extranjeros en España y su integración social. Además, las personas con nacionalidad perteneciente a Estados que no forman parte de la Unión Europea, pero que posean los derechos que les reconozcan las leyes, tratados y convenios suscritos (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Por último, «los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y

convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación». (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p.14)

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2019, España cuenta con aproximadamente cinco millones de extranjeros. En cuanto al caso de las personas extranjeras, aquellos que no están registrados y no poseen autorización de residencia en España también tienen derecho a la misma protección y asistencia sanitaria que las personas con nacionalidad española (Web oficial de la Comisión Europea).

Desde el punto de vista de la organización, Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) explica que «se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa». (p.17)

La Atención Primaria tiene como instalaciones principales los Centros de salud, compuestos por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo. También pueden contar con la labor de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. Su principal objetivo es promocionar la salud y prevenir la enfermedad. Además, existe la posibilidad de que se preste la asistencia médica en el domicilio del paciente en el caso de que sea necesario (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

La asistencia se realiza de forma programada o de forma urgente e incluye la indicación o prescripción y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el caso de que fuese necesario. También se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y servicios de rehabilitación física. Asimismo, se realizan programas de actividades enfocados a grupos de población concretos: adolescencia, mujer, infancia, adultos y grupos de riesgo y pacientes crónicos, personas mayores, violencia de género y malos tratos, salud bucodental, paciente terminal, y salud mental (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006).

La Atención Especializada, por otra parte, se lleva a cabo en Centros de especialidades y hospitales ya sea como ingreso o de forma ambulatoria. En este nivel de prestación sanitaria, después de que el paciente sea asistido, su información clínica correspondiente es enviada a su médico de Atención Primaria para que se recojan todos sus datos. De esta forma, se garantiza la continuidad de los cuidados del paciente. Las distintas Áreas de Salud las organiza cada comunidad autónoma según diversos factores y teniendo en cuenta la proximidad de las instalaciones a los usuarios. Cada Área de Salud cuenta con un hospital general como referente para la Atención Especializada (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

En este nivel se realizan «actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de las de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad». (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006, p.13)

La atención especializada incluye la hospitalización en internamiento, los cuidados paliativos a pacientes terminales, la asistencia especializada en consultas, en hospitales de días y en hospitales médicos y quirúrgicos, la atención a la salud mental y la rehabilitación en personas con déficit funcional y el apoyo a la atención primaria en el alta precoz y la hospitalización a domicilio. En cuanto a los servicios que incluye se encuentran: los servicios de anestesia y reanimación, los cuidados intensivos, la rehabilitación, la hemoterapia, la dietética y nutrición, la planificación familiar y la reproducción humana asistida, la nutrición y dietética, y el seguimiento del embarazo. Relacionado con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la atención especializada

también se ocupa de su indicación, prescripción y realización (Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006).

En la siguiente figura se pueden observar las distintas características de los dos niveles en los que se divide el Sistema Nacional de Salud (Figura 1).

	Atención Primaria	Atención Especializada
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de atención	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Sistema Nacional de Salud en España, 2010. Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social.

2.2. El sistema sanitario en el Reino Unido

El NHS (*National Health Service*) es el sistema nacional de salud del Reino Unido. Además, cabe destacar el hecho de que España se inspiró en este modelo británico a la hora de establecer y organizar la sanidad (Sánchez, 2016).

Los principios en los que se basa el NHS son: proporcionar un servicio completo a todo el mundo, que el acceso a sus servicios esté basado en la necesidad clínica y no en las posibilidades económicas de las personas, alcanzar el nivel más alto de calidad y profesionalidad, reflejar las necesidades y preferencias de los pacientes, de sus familiares y de sus cuidadores, colaborar con otras organizaciones para proteger los intereses de los pacientes, de las comunidades locales y del conjunto de la población, proveer los mejores servicios que puedan ser financiados y utilizar de una forma eficaz, equitativa y sostenible los recursos limitados, y, por último, ser responsable de sus acciones ante el público, las comunidades y los pacientes (Department of Health, 2009).

Además, los valores que representa y fomenta el NHS son: respeto y dignidad, compromiso para ofrecer una atención de calidad, compasión, mejorar vidas, trabajo continuo para los pacientes, y el pensamiento de que todo el mundo cuenta (Department of Health, 2009).

Fue en 1946 cuando se aprobó la ley National Health Service Act con la que se establecían los principios del modelo, la organización y la financiación del sistema de sanidad nacional. A partir del año 1948, el National Health Service comenzó a funcionar hasta la actualidad (González, 2017). Desde su fundación en 1948, el NHS mantuvo sus principios de universalidad, gratuidad, atención en base a la necesidad y financiación central (Grosios, Gahan, & Burbidge, 2010).

Lima (2012) en su libro titulado *Las reformas de los sistemas de salud del Reino Unido, Estados Unidos y Países Bajos de la década del 90 al siglo XXI* indica que desde el año 1998, ha sido posible elegir las legislaturas y los gobiernos de Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Estas tres administraciones descentralizadas adquirieron el poder sobre la Salud de sus ciudadanos, así como de la mayoría de los servicios sociales formando unos los modelos de Servicios Nacionales de Salud (NHS). Estos modelos están

financiados por los impuestos generales, son de acceso universal y están organizados según modelos de médicos de familia como puerta de entrada al sistema. En los tres casos, la Salud fue una prioridad en sus políticas ya que el NHS se encontraba en una situación de preocupación. «Pero además porque la limitación en las políticas delegadas a estas administraciones convirtió a la Salud en una parte importante de los asuntos del gobierno y el parlamento». (Lima, 2012, p. 19)

Con respecto a la organización de la sanidad en el Reino Unido de forma descentralizada, González (2017) explica que el Reino Unido consta de tres naciones constituyentes que son Inglaterra, Escocia y Gales, y una unidad constituyente que es Irlanda del Norte. A día de hoy y desde 1997, año en el que se le devolvieron las competencias a los Parlamentos de Escocia, Gales e Irlanda del Norte, todas estas naciones cuentan con la autoridad sobre la materia de la Sanidad.

Además, indica que «esto significa que cada estado o región, es decir, Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte, tiene potestad para organizar sus políticas sanitarias, subordinados únicamente a los principios generales que dicta el Departamento de Sanidad.» (p.13)

Sin embargo, el Gobierno del Reino Unido es la máxima autoridad, siendo responsable del sistema de sanidad en Inglaterra, de la colaboración internacional y de materias reguladoras (González, 2017).

En cuanto a las competencias de cada región, en Escocia, el Parlamento establece la legislación que el NHS in Scotland debe seguir. Este organismo es un organismo ejecutivo análogo al inglés que fue creado después de las reformas de descentralización. Con respecto a Gales, las instituciones que se ocupan del desarrollo de las políticas de salud y de las estrategias para mejorar los servicios sociales, la sanidad y la salud pública son el Departamento de Sanidad y Servicios Sociales. Junto con Inglaterra, Gales es la nación que más importancia da a la prevención y a la salud pública. En el caso de Inglaterra, el Secretario de Estado de Sanidad, que sería el equivalente al ministro de sanidad en España, es el encargado del NHS. En Irlanda del Norte, debido a ser la menos extensa, al ser una entidad constitutiva y al tener menos población y un menor poder económico, es el Secretario de Sanidad perteneciente al Departamento de Sanidad, Servicios Sociales y Salud Pública el que posee la autoridad y el que encarga la responsabilidad de planificar y ofrecer la asistencia sanitaria a las Comisiones Locales (González, 2017).

Existen otros organismos estatales derivados del NHS: el Instituto Nacional para la Sanidad y la Excelencia del Cuidado, la Agencia Reguladora de Medicamentos y Cuidado y los Reales Colegios Profesionales (González, 2017).

Con respecto a la financiación, la publicación de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2013) titulada *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud* indica que el modelo de financiación del Reino Unido es el siguiente: en primer lugar, en cuanto a los seguros privados, estos cubren tan solo el 12 % de la población que puede acceder a terapias alternativas, salud mental, determinados tratamientos opcionales y similares. En segundo lugar, el pago del propio bolsillo del ciudadano para pagos de medicamentos extrahospitalarios, aunque existen algunas excepciones: medicamentos para personas con bajos ingresos, menores, mayores de 60 años, personas con enfermedades crónicas y embarazadas. Además, cada uno de los cuatro países gestiona el presupuesto destinado a sanidad desde su departamento de Salud. En el caso de Inglaterra se destina un 85% a la atención primaria (AP) siguiendo una fórmula que incluye la captación y los resultados de una serie de indicadores cumplidos por Organizaciones de AP. Por último, los «provedores, los TRUSTs compran sus servicios a hospitales públicos y médicos privados auto-empleados.

A los médicos de AP se les paga mediante una combinación de salario, capitación y desempeño de servicios. Los médicos especialistas tanto ambulatorios como hospitalarios perciben un salario». (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013, p.94)

En cuanto a los beneficiarios y a los servicios que se proporcionan, todos los residentes cuentan con una cobertura universal. Sin embargo, no cuenta con una lista establecida de servicios como tal, sino que se indica que se debe proporcionar los servicios sanitarios que sean razonablemente necesarios, según la Ley de Sanidad de 1997 (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

En la Ley de Sanidad de 2009 se establece el derecho de acceso a la atención sanitaria gratuita y el derecho a recibir los tratamientos recomendados por NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), institución que publica con carácter obligatorio para todo el SNS recomendaciones clínicas sobre el uso de las tecnologías sanitarias (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

En la práctica, el NHS ofrece tanto servicios preventivos, como programas de inmunizaciones y de *screening*; como servicios médicos generalistas; atención dental; atención hospitalaria ambulatoria (especialistas) y con internación; salud mental, incluyendo la atención de problemas de aprendizaje; medicamentos; parte de la atención oftalmológica; parte de la atención de crónicos y rehabilitación y cuidados paliativos (Lima, 2012).

Por otra parte, «los servicios no cubiertos por el SNS: fármacos de venta sin receta, servicios oftalmológicos y los servicios sociales, aunque existen exenciones y precios reducidos en función de rentas.». (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013, p.94)

En relación con el Brexit, la salida del Reino Unido de la Unión Europea, el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (2018) publicó un artículo en la revista Actualidad Internacional Sociolaboral titulado *Brexit: asistencia sanitaria recíproca* en la que indica se prevé que en el momento en el que el Reino Unido salga oficialmente de la Unión Europea van a mantenerse los derechos de los ciudadanos del Reino Unido y de la Unión Europea que hasta ese momento tenga el derecho a la asistencia sanitaria tanto en el Reino Unido como en la Unión Europea. Es decir, «los visitantes del Reino Unido o de la UE que estén recibiendo tratamiento de urgencia podrán finalizar su tratamiento tras el Brexit, y, por otra parte, los que estén residiendo legalmente tendrán derecho a la asistencia sanitaria de por vida. (Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, 2018, p.85)

2.3. La traducción y la interpretación en los servicios públicos de España

El surgimiento de la TISP (Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos) se fecha en el boom migratorio de 1990 y 2000 según Cedillo (2016) y Gil (2010). Por otra parte, Burdeus (2015) y Valero (2011) lo sitúan en la entrada en la Unión Europea de España en los años 80. Sin embargo, todos estos autores coinciden en la tardanza de la aparición de la TISP en España lo que justifica la poca cantidad de estudios de investigación sobre esta temática (Cedillo, 2017).

En esta época, España pasó a convertirse en un país receptor de migrantes. En el año 2000, contaba con una población extranjera de 923.879 personas y en una década alcanzó 4.823.855 según el INE (Cedillo, 2016). Tal y como indica Cedillo (2016), «Con todo ello, es posible asegurar que España es desde hace tiempo un país multilingüe y multicultural. Este nuevo escenario exigió al Estado desplegar iniciativas para promover su integración y garantizarles una serie de servicios públicos». (p.165)

Con la llegada de población extranjera a España, el país se va enriqueciendo, ya que esta población aporta su lengua y cultura. En las instituciones que suelen frecuentar los usuarios extranjeros la comunicación con los proveedores de servicios es complicada debido, en la mayoría de los casos, a los problemas culturales y lingüísticos (Valero, 2010). «Estos nuevos ciudadanos, que en muchas ocasiones no dominan el español, son usuarios al igual que la población autóctona de los diferentes servicios sociales, administrativos, sanitarios o educativos que ofrece nuestra sociedad». (Valero, 2010, p.103)

Como explica Valero (2006) en el artículo de la Revista española de lingüística aplicada titulado *Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la zona centro*:

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (*El País* el 19 de noviembre de 2005. Sociedad: 31), la sociedad española vuelve a batir récords de crecimiento gracias a la inmigración, situándose por encima de la media en los países desarrollados y aumentado en un año cerca de un millón de personas. Lo que equivale, según el INE, a un 8,4% de ciudadanos no españoles. Los grupos más numerosos son, según estas fuentes, marroquí, ecuatoriano, rumano, colombiano y británico. Y la mayor proporción de población inmigrante se sitúa en Madrid (12,9%), Murcia (12,3%), Comunidad Valenciana (12,3%) y Cataluña (11,4%), datos que contrastan con las cifras dadas por A. Martín para Andalucía en este volumen. (p.62)

Tal y como indica Martín (2006) en su artículo titulado *La realidad de la traducción y la interpretación en los servicios públicos en Andalucía*, «Andalucía es una de las principales zonas turísticas del país, por lo que recibe la visita de millones de turistas al año y, además, tiene un alto índice de población residente procedente de otras zonas de Europa». (p.131) Esta comunidad autónoma cuenta con alrededor de 650.000 inmigrantes a fecha de 1 de enero de 2019 (INE) y «al igual que en el resto de España, la mayoría de los inmigrantes no comunitarios residentes en Andalucía procede de Marruecos». (Martín, 2006, p.131)

Teniendo como base el artículo de González (2006) titulado *Traducción e interpretación en los Servicios Públicos de la zona norte: Estado en cuestión*, publicado en la Revista española de lingüística aplicada:

Los datos estadísticos reflejan que el aumento de población que hemos experimentado en los últimos años se debe a la llegada de personas extranjeras, fenómeno que está directamente relacionado con el aumento de la demanda de traductores e intérpretes en los servicios públicos (SSPP). (p.152)

En cuanto a los turistas de la Comunidad Autónoma Canaria, este tipo de colectivo no se puede contabilizar como población extranjera debido a su carácter provisional y a la brevedad de sus estancias. Sin embargo, se tiene que tener en cuenta para establecer el panorama de la interpretación en los servicios públicos en las Islas Canarias. El motivo por el que los turistas deben incluirse en el grupo de potenciales usuarios de los servicios públicos es porque, en ocasiones, pueden pedir servicios de mediación lingüística en lugares como comisarías, ayuntamientos u hospitales (Toledano, Fumero y Díaz, 2006). Por otra parte, el número de población extranjera es de casi 300.000 habitantes a 1 de enero de 2019 (INE).

A continuación, se indica el número de habitantes extranjeros en el resto de comunidades autónomas a 1 de enero de 2019 según el Instituto Nacional de Estadística. Anteriormente, ya se ha mencionado la población extranjera en Andalucía y en la Comunidad Autónoma Canaria. Las ciudades autónomas, Ceuta y Melilla cuentan con alrededor de 5.700 y 13.000 habitantes extranjeros respectivamente. Las comunidades

autónomas con el menor número de población extranjera son Cantabria y Extremadura con alrededor de 32.000 habitantes, les sigue el Principado de Asturias con casi 42.000 habitantes y la Comunidad Foral de Navarra con alrededor de 64.000. Las siguientes comunidades con más población extranjera son Galicia con un poco más de 100.000 habitantes, el País Vasco con alrededor de 163.000, Castilla y León con 129.000, Aragón con alrededor de 148.000, Castilla-La Mancha con un poco más de 171.000, las Islas Baleares con alrededor de 200.000 y la Región de Murcia con 210.000 habitantes. Por último, las comunidades autónomas con más habitantes extranjeros son la Comunidad Valenciana con 700.000, la Comunidad de Madrid con 880.000 y Cataluña con 1.157.000 habitantes.

«La TISP surgió, consecuentemente, de la urgencia por facilitar la comunicación entre personas que no hablaban la lengua del país, pero necesitaban hacer uso de determinados servicios públicos, y entre los proveedores de tales servicios públicos». (Cedillo, 2016, p.165)

Por otra parte, en algunos países donde la profesión del traductor e intérprete en los servicios públicos está más desarrollada, tal y como indican Martín y Abril (2002) «al menos se reconoce la existencia del tema como tal e incluso es objeto de especificaciones en los códigos deontológicos y durante la formación de los intérpretes». (p.56) Sin embargo, existen países que aún no lo han profesionalizado, como es el caso de España (Martín y Abril, 2002).

Es inevitable que los millones de turistas que cada año visitan España, puesto que se trata de una de las potencias turísticas mundiales, visiten en muchas ocasiones, distintas comisarías de policía en el país debido a robos, hurtos o incluso delitos como transgresores de la ley. Si bien el Ministerio de Sanidad está trabajando durante varios años en la formación de idiomas en los nuevos agentes de policía, es muy frecuente que en las comisarías, sobre todo de las zonas de la costa, trabajen intérpretes para solucionar los problemas de comunicación que pueden surgir entre los turistas extranjeros y los funcionarios de policía (Martín del Pozo, 2002).

Dentro de las distintas modalidades de la interpretación, probablemente la más antigua es la interpretación social ya que siempre ha sido necesaria desde que diferentes sociedades comenzaron a interactuar. Sin embargo, no está normalizada y tiene poco prestigio (Ruiz y Soria, 2016).

A continuación, se describirá la situación de la interpretación y la traducción en los servicios públicos en las distintas regiones de España. Las áreas tratadas de los servicios públicos serán la administración, la sanidad, la educación y las comisarías de policía y juzgados.

En primer lugar, se hablará sobre el ámbito de la administración e instituciones públicas. En cuanto a la zona de Madrid, los lugares que contaban con medios para facilitar la comunicación eran algunas instituciones públicas u oficinas. Para ello, utilizaban sus propios recursos o pasaban la tarea a terceros, normalmente ONG. Por lo general, las ONG buscaban intermediarios entre sus amigos o parientes para ayudarles en la comunicación. Esta situación no ha avanzado mucho, aunque algunas instituciones prometen crear servicios de traducción y mediación (Valero, 2006).

«No hay, pues, una política lingüística sólida y definida para paliar esta necesidad de aquellos que deben acudir a las administraciones estatales o servicios públicos y no conocen el español». (Valero, 2006, p.63) Ante esto, las iniciativas que se proponen son los Centros de Atención Social a Inmigrantes (CASI) en los que mediadores, voluntarios y personas que conocen varias lenguas se dedican a ofrecer servicios de interpretación y traducción; las ONG, los sindicatos y los compatriotas (Valero, 2006); y, por último, «el Proyecto de Apoyo con Intérpretes (PACI) de OFRIM, Oficina para la Extranjería y la

Migración de la Comunidad de Madrid, y que trabaja solo con voluntarios». (Valero, 2006, pp.63,64)

Por otra parte, en la comunidad de Castilla-La Mancha, al igual que en otras comunidades del país, cuando las administraciones requieren la labor de intérpretes y traductores, recurren a subcontratas, concretamente, en el caso de esta comunidad, recurren a una academia de idiomas que les proporciona tanto traductores como intérpretes. El centro posee una lista de traductores e intérpretes profesionales que trabajan en juzgados y se les contrata por servicio, no de forma permanente (Valero, 2006). «No se habla de formación. pero se informa de que la mayor parte de los I&T son residentes extranjeros que han aprendido el español en España, donde llevan ya varios años». (Valero, 2006, pp.73)

Con respecto al personal de plantilla, las personas contratadas de forma permanente son tres y se ocupan de realizar traducciones e interpretaciones en todo el territorio perteneciente a Castilla-La Mancha. Una persona en Ciudad Real se ocupa de las traducciones en francés y árabe, otra persona licenciada en traducción e interpretación en Alemania se ocupa de las traducciones en inglés y alemán, y otra se ocupa de las traducciones en inglés y francés en Albacete (Valero, 2006).

En Aragón, en concreto en Zaragoza, se encuentra la Casa de las Culturas, una institución es la responsable de la atención a los inmigrantes. Esta institución se ocupa de todas las labores de traducción e interpretación de la ciudad. Además, cuenta con un Servicio Permanente de Intérpretes para Inmigrantes y un Servicio Telefónico de Interpretación (SERPI) para aquellos extranjeros que no tengan recursos económicos suficientes (Valero, 2006). Las labores de la Casa de las Culturas son ofrecer servicios de atención laboral, jurídica y social; informar a los inmigrantes sobre su situación y sus derechos; ayudar en la acogida de los inmigrantes y mejorar las herramientas que es necesitan para conseguir una normalización laboral y social; mejorar la participación de los inmigrantes y las minorías (Valero, 2006); y, por último, «servir de punto de encuentro entre los inmigrantes, sus asociaciones y otras personas o instituciones interesadas en el tema». (Valero, 2006, p.75)

Con respecto a la Comunidad Valenciana, tal y como indica Sales (2006) en el artículo de la Revista española de lingüística aplicada titulado *Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y en la región de Murcia*:

Xavier Gállego, uno de los técnicos de promoción lingüística (funcionarios públicos) nos contaba que solo trabajan en la combinación lingüística castellano-valenciano, y ellos mismos son los primeros en constatar que se requieren trabajadores en lenguas de inmigración. Aseguran que el servicio para proporcionar intérpretes en los servicios públicos de la Comunidad Valenciana en lenguas extranjeras no está regulado, no está protocolizado, y que no saben cómo se solventan las necesidades, aunque imaginan que, sobre la base de la buena voluntad de los implicados y la ayuda de voluntarios, lo que es totalmente cierto. (p.89)

Además, de 1998 a 2001 existió un Servicio de Atención al Inmigrante de la Generalitat Valenciana que se ocupaba de tareas de mediación e interpretación a nivel de toda la comunidad, sobre todo realizaban tareas de interpretación telefónica. Sin embargo, este servicio cerró en 2001. Actualmente, los que actúan como intérpretes son voluntarios de la ONG Cruz Roja (Sales, 2006).

Por otra parte, en la comunidad autónoma de Islas Baleares existe la asociación FAIB (Federación de Asociaciones de Inmigrantes de Baleares) que ofrece un servicio de mediación intercultural de traductores e intérpretes. Las principales traducciones que realizan son de certificados de nacimiento, certificados de matrimonio y cartas a

consulados. Los idiomas con los que se trabaja son inglés, francés, ruso y búlgaro (Ugarte i Ballester, 2006). Con respecto a la interpretación, tiene una gran demanda por parte de los usuarios. Debido a que no existe un servicio institucional organizado que cuente con intérpretes, son los profesionales los que tienen que recurrir a conocidos o asociaciones (Ugarte i Ballester, 2006). En el caso de FAIB, ofrece el servicio de mediadores interculturales, «personal cualificado, con buenos conocimientos lingüísticos (catalán, castellano y una lengua extranjera como mínimo), conocimiento del país de acogida y del origen del inmigrante –o bien con experiencia migratoria–, mayores de 25 años». (Ugarte i Ballester, 2006, p.124)

Existe también un equipo de Mediadores Interculturales de Palma que trabaja en el Área de Servicios Sociales del *Ajuntament de Palma*. Este equipo cuenta con tres mediadores sociales interculturales, dos técnicos especialistas en mediación intercultural y una coordinadora (Ugarte i Ballester, 2006) «Son profesionales de los ámbitos de derecho, la psicología, la educación social, el trabajo social, la antropología social y cultural con experiencia en los campos de la mediación, servicios sociales y cooperación internacional». (Ugarte i Ballester, 2006, p.124)

Asimismo, se estableció el II Plan integral cuyas medidas más importantes relativas a la mediación son: la formación en diversidad, interculturalidad y mediación de profesionales de sanidad, justicia, educación y servicios sociales y de los trabajadores que mantengan contacto con personas inmigrantes; promover en las escuelas, en la administración, en la sanidad y en el ámbito social la figura de los mediadores; y la elaboración en distintos idiomas de folletos informativos para los ámbitos educativo, servicios sociales, derechos y deberes de las personas inmigradas, género y salud (Ugarte i Ballester, 2006).

Además, en la zona norte de España, existe un servicio de traducción e interpretación para los ámbitos de la justicia y la ciudadanía, pero la forma de contratación de los profesionales no es la adecuada (González, 2006). «El modo de contratación más habitual en la zona es el de las empresas gestoras, que actúan como intermediarias entre los diferentes juzgados y los propios intérpretes». (González, 2006, p.155) En el momento en el que un juzgado requiere la labor de un intérprete, se llama a la empresa y ésta selecciona al intérprete. En el caso de Galicia, con lenguas como el rumano, ruso o chino se llama directamente al intérprete que trabaje con dicha lengua (González, 2006).

En cuanto al ámbito administrativo y de los servicios sociales, en Galicia ningún ayuntamiento cuenta con un servicio de traducción e interpretación a excepción de la localidad de Arteixo que cuenta con una gran comunidad magrebí. Allí tienen contratada a una mediadora que también desempeña las labores de traducción e interpretación. Es una persona bilingüe y bicultural con formación profesional en mediación (González, 2006).

Otro de los ayuntamientos que cuenta con un servicio de mediación es el de Pamplona, servicio provisto por la Asociación Navarra de Formación y Empleo (Anafe), vinculada a Comisiones Obreras. Entre sus mediadores hay una persona argelina y otra búlgara que dominan varios idiomas, y dos mediadores nacionales que hablan francés e inglés. En momentos puntuales también se han desplazado del ayuntamiento a algún centro de salud. (González, 2006, p.164)

En San Sebastián existe un servicio de mediación para los colectivos de sudamericanos, europeos del este y magrebíes. Cuenta con seis mediadores con formación en antropología, psicología, traducción e interpretación y filología (González, 2006).

Por otra parte, el ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz cuenta con una bolsa de traductores e intérpretes que tuvieron que pasar por unas pruebas elaboradas, en parte, por profesores de la Universidad del País Vasco (González, 2006). «Incluso se les hicieron llegar unos

protocolos de actuación en los que se incluían el código ético para los intérpretes y las normas de uso del servicio para los proveedores y los propios usuarios». (González, 2006, p.165)

Por último, en la comunidad autónoma de las Islas Canarias, como en otras, se establecen programas de inmigración con medidas para conseguir la integración de los extranjeros y su acceso a los servicios y políticas de asistencia de la comunidad. Algunas de las medidas que se llevan a cabo son editar materiales en distintos idiomas, contratar a traductores e intérpretes en diferentes servicios e impulsar el aprendizaje de idiomas en los trabajadores de administraciones y organismos (Toledano, 2006).

Además, otras medidas son traducir materiales informativos sobre derechos, deberes y recursos de las distintas áreas del Gobierno de Canarias. Algunas de estas áreas son: sanidad, consumo, educación y servicios sociales. También contratar intérpretes en oficinas, comisarías de policía y delegaciones oficiales que sean frecuentados por extranjeros (Toledano, 2006).

En concreto, en la sección de los servicios sociales, se requiere la presencia de mediadores culturales y traductores para la atención de los extranjeros, así como para la traducción de los folletos informativos sobre prestaciones sociales y económicas. También se precisa la labor de mediadores y traductores para el material informativo en el ámbito de acceso a la vivienda para extranjeros para que puedan conocer las diferentes políticas de empleo (Toledano, 2006).

Con respecto a las Oficinas de Extranjería de Santa Cruz de Tenerife y de Las Palmas de Gran Canaria, cuentan con tres traductoras/intérpretes que trabajan con inglés, francés y alemán. Por otra parte, Lanzarote y Fuerteventura cuenta con traductores e intérpretes desde julio hasta enero y recurre a voluntarios, asociaciones y consulados (Toledano, 2006).

«En el área de los servicios sociales, es también frecuente la necesidad de mediación lingüística, especialmente en aquellos municipios con un alto porcentaje de población extranjera inmigrante». (Toledano, 2006, p.199) Por el contrario, tampoco cuentan con personal cualificado y las tareas de traducción e interpretación se llevan a cabo por los trabajadores del centro que sepan el idioma, voluntarios o acompañantes de los extranjeros que acuden al centro (Toledano, 2006).

También hay otras áreas de los ayuntamientos, aparte de los servicios sociales, en los municipios con un número más alto de población extranjera residente, donde se necesitaría la presencia de intérpretes para llevar a cabo gestiones relacionadas con la vivienda o la tributación municipal, como por ejemplo el pago de recibos de la luz, basura, etc. Sin embargo, no se cuenta con nadie para prestar asistencia lingüística, ni siquiera con algún empleado que tenga ciertos conocimientos de otra lengua extranjera. Prueba de ello es el hecho de que, en muchas de estas oficinas municipales, por ejemplo, del Sur de la isla de Tenerife, se pueden encontrar carteles en los que se ruega a los usuarios que vengán acompañados de su propio intérprete. (Toledano, 2006, p.199)

Con respecto a las ONG, también tienen problemas de comunicación que suelen resolverse, en su mayor parte, por voluntarios e inmigrantes que conocen el español en lugar de por traductores e intérpretes profesionales (Toledano, 2006).

El siguiente servicio público que se describirá será la sanidad. Actualmente, la interpretación en los distintos hospitales españoles es muy variada. En la mayoría de los casos, los pacientes extranjeros acuden a las instituciones sanitarias acompañados de familiares o amigos que saben hablar español para que los ayuden realizando una interpretación no profesional. Por lo tanto, esta traducción no es adecuada y suele ser una traducción literal, provocando muchos problemas de comprensión (Sanz-Moreno, 2018).

«Y aunque es cierto que algunos hospitales disponen de intérpretes o mediadores culturales en plantilla, los problemas de comunicación siguen planteándose para las lenguas más desconocidas por los sanitarios en general (lenguas árabes o africanas, por ejemplo)». (Sanz-Moreno, 2018, p. 67)

Según el estudio realizado por Sanz-Moreno (2018), la modalidad de interpretación más común en varios hospitales de la provincia de Valencia es la que se realiza por un familiar o amigo del paciente. En este caso, los problemas más comunes que se presentan son los siguientes: «dificultad a la hora de garantizar la fidelidad de la interpretación del mensaje, que se acentúa sobre todo en aquellas lenguas desconocidas por el personal sanitario. Este desconocimiento genera cierta desconfianza sobre la exactitud del contenido de la interpretación». (p.71) Además de dificultad para garantizar la imparcialidad puesto que el personal sanitario indica que la mayoría de los familiares y conocidos siempre dan su opinión y no se limitan a interpretar lo que dice el profesional sanitario. Esto es especialmente incómodo cuando se tratan temas relacionados con la oncología o ginecología. Otra de las dificultades es garantizar la confidencialidad, sobre todo en las áreas de anestesiología, psiquiatría y ginecología. La falta de dominio del español y del conocimiento de la terminología médica son otros de los problemas que se suelen dar en estas situaciones (Sanz-Moreno, 2018).

Tras esta modalidad, se encuentra la interpretación telefónica que presenta también una serie de problemas. En primer lugar, la ausencia física del intérprete que provoca una desconfianza en el profesional sanitario al no conocer ni ver al intérprete. También existe una dificultad para que el intérprete comprenda todo lo que el paciente comunica ya que, al no poder verlo físicamente, no tiene información sobre el contexto y la situación del paciente. Además, en estos casos no suele haber una fluidez en la comunicación y suelen darse problemas técnicos con los dispositivos que se utilizan (Sanz-Moreno, 2018).

La modalidad de la presencia física de un intérprete profesional es la menos utilizada. «Su valoración es la más alta de las tres: 3,6/5; ello nos permite deducir que la experiencia con un intérprete profesional presencial es la mejor de las tres expuestas en el presente estudio». (Sanz-Moreno, 2018, p. 72) Las ventajas que surgen de esta modalidad son la garantía de confidencialidad, la garantía de fidelidad del mensaje interpretado, una mayor confianza en la relación médico-paciente, desarrollo de estrategias para garantizar una comunicación fluida y eficaz, una mayor visibilidad del intérprete, y una mayor fluidez en la comunicación (Sanz-Moreno, 2018).

El principal problema que se encuentra el personal sanitario relacionado con los problemas de comunicación con un paciente es la falta de disponibilidad de los intérpretes presenciales. En la mayoría de los casos, los profesionales de salud desconocen si el hospital cuenta con intérpretes o si existe la posibilidad de contactar con alguno de forma telefónica. Por ello, el mayor inconveniente es la falta de previsión (Sanz-Moreno, 2018). «Las urgencias plantean serios problemas, ya que requieren resolver situaciones de forma inmediata y no hay tiempo para esperar a un profesional de la interpretación, por lo que se recurre al acompañante, si lo hay». (Sanz-Moreno, 2018, p.72)

Por tanto, en la mayoría de los casos, son los propios profesionales sanitarios los que se ocupan de la comunicación con pacientes que hablen otros idiomas. Algunos de los profesionales sanitarios tienen conocimientos en inglés y en francés, pero, normalmente, no son suficientes para llevar a cabo una comunicación con el paciente sin ningún tipo de problema. Por ello, los problemas que suelen surgir en estos casos son los siguientes: no todos los sanitarios hablan inglés o francés, los que lo hacen, no tienen conocimientos suficientes, existen lenguas como el árabe y el rumano que suelen ser muy comunes entre los pacientes que llegan y, en la mayoría de las ocasiones, los sanitarios no hablan estos idiomas, el personal sanitario no está informado sobre las diferencias culturales que se

pueden dar en una conversación, al igual que tampoco tiene conocimientos sobre las técnicas de interpretación (Sanz-Moreno, 2018).

Es imprescindible que el intérprete profesional tenga la suficiente visibilidad para que pueda formar parte de la plantilla de los hospitales y trabajar conjuntamente con los profesionales de la salud. Los intérpretes son necesarios para facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y todos los grupos de inmigrantes que acuden a las instalaciones sanitarias. De esta forma, se ahorraría tiempo en las consultas, se reducirían errores en los diagnósticos o en la toma de decisiones sobre ciertos tratamientos, se garantizaría la confidencialidad y la imparcialidad en unas situaciones tan delicadas y sensibles como son las que se dan en los centros sanitarios, y se reforzaría la confianza entre el médico y el paciente. (Sanz-Moreno, 2018). «Pero al margen de todas estas razones, los servicios sanitarios públicos deben velar por que el paciente extranjero entienda todo lo que se le comunica, por lo que deben proporcionar servicios de interpretación». (Sanz-Moreno, 2018, p.74)

En la Comunidad de Madrid, en el ámbito sanitario, no se traducen los materiales a otras lenguas ni hay personal contratado para facilitar la comunicación entre los sanitarios y la población extranjera. Sin embargo, algunos hospitales como el hospital Ramón y Cajal, el hospital Niño Jesús o el Gregorio Marañón cuentan con la labor de estudiantes de la Universidad de Alcalá de traducción e interpretación en forma de prácticas. Las iniciativas que se proponen en este ámbito son: la sugerencia al paciente de que sea acompañado por alguien que le pueda ayudar; pedir ayuda al personal del centro sanitario; pedir la labor de un voluntario perteneciente a alguna ONG; o llamar a las embajadas o consulados para que envíen a una persona para que ayude en la comunicación (Valero, 2006).

Además, el ya mencionado Hospital Ramón y Cajal cuenta con un software multilingüe e interactivo llamado Universal Doctor Project disponible en la Intranet del Hospital. Los idiomas que se ofrecen son inglés, francés, alemán, portugués, ruso, rumano, árabe marroquí, chino mandarín y urdu. Además, cuentan con informadores multilingües que se ocupan de la acogida a los usuarios del hospital, de ofrecer una atención personalizada y también global en la atención socio-sanitaria para los pacientes que requieran sus servicios en inglés, italiano y francés (Gallego et al., 2011). «Por otra parte, existe un equipo de mediadores/intérpretes que han sido formados en el propio hospital en 2008, gracias a un proyecto financiado por la Fundación Pfizer, y que colaboran puntualmente, en calidad de voluntarios». (Gallego et al., 2011, pp.58,59)

También «dispone de tres terminales móviles que facilitan la comunicación y, por tanto, la asistencia sanitaria». (Gallego et al., 2011, p.58) De forma general, la calidad de este servicio de interpretación remota está bien valorada por parte de los profesionales sanitarios que hacen uso de él. Además, no muestra grandes limitaciones a excepción de los problemas técnicos relacionados con la cobertura de los teléfonos móviles, y es también muy útil para conservar la confidencialidad de la interpretación y de la comunicación entre médico y paciente debido a uso de los auriculares. Este servicio también destaca por su inmediatez, muy requerida en los servicios urgencias. Sin embargo, el hecho de que el intérprete no esté de forma física en la labor de interpretación provoca, por un lado, una desconfianza por parte del paciente, y, por otro lado, una mayor sensación de confidencialidad. Otra de las ventajas de este servicio es la gran cobertura horaria y lingüística. El servicio está contratado con la empresa Dualia y se realiza con tres teléfonos móviles con auriculares para mantener la confidencialidad de la comunicación y con esponjilla desechables que cubren los auriculares para evitar infecciones. Se puede utilizar para realizar una traducción en directo o incluso una llamada de tres personas. (Gallego et al., 2011) Cuentan con 51 idiomas entre los que se

encuentran además de los más comunes, «farsi, bambara, suniki, noruego, sueco, checo, finés, griego, turco, rumano, ucraniano, tailandés, esloveno, wolof, lituano, indi, poular, holandés, húngaro, búlgaro, brasileiro, cantonés, eslovaco, euskera, servo-croata, danés, coreano, urdu, armenio, mandinca, afgano, albanés, bereber, bosnio, tabanés, georgiano, gallego, persa y sirio». (Gallego et al. 2011, p.62) El horario es de ocho de la mañana a seis de la tarde de lunes a viernes. Además, existe un servicio disponible todos los días del año a todas las horas del día para inglés, francés, alemán, chino, ruso, árabe y rumano (Gallego et al., 2011). «Estos siete idiomas, además de ser los más usados, pueden permitir una flexibilidad, porque a veces, el intérprete de ruso, por ejemplo, puede traducir fuera del horario, ucraniano, o georgiano». (Gallego et al. 2011, p.62)

En la sanidad de Castilla-La Mancha, la Consejería de Sanidad SESCAM ha sido la primera en apoyar la investigación sobre la calidad de la comunicación en sus instalaciones. Además, ha proporcionado material escrito en varios idiomas (Valero, 2006).

Con respecto a Aragón, se recurre al pariente o amigo para que facilite la comunicación entre paciente y sanitario, en lugar de contratar a un traductor y/o intérprete (Valero, 2006).

En cuanto a la Comunidad Valenciana, la labor de interpretación y mediación lingüística se lleva a cabo, en su mayor parte, por el voluntariado, por asociaciones de inmigrantes y por ONG. En el caso del Hospital de la Fe de Valencia, sí que cuentan con un servicio de traducción, pero solo recurren a él en situaciones de urgencia (Sales, 2006).

En la sanidad pública de la Región de Murcia, también recurren al voluntariado. Además, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca tiene contratado un servicio privado de traducción e interpretación. Este servicio está disponible todos los días del año las 24 horas del día. Los idiomas que se ofrecen son: francés, árabe, ruso, inglés, rumano, ucraniano, búlgaro, polaco, albanés, alemán, chino, italiano y también lengua de signos. El servicio también se ocupa de trabajos de traducción escrita de uso interno en el hospital como, por ejemplo, traducción de diagnósticos, de informaciones sobre anestesia o de consentimientos informados. Además, ofrecen interpretación telefónica las 24 horas del día (Sales, 2006).

Otros hospitales de Murcia y Cartagena recurren a los servicios de la ONG Murcia Acoge que cuenta con voluntarios que ejercen las labores de traductores e intérpretes (Sales, 2006).

En la zona norte de España, «el modo más común de sortear las barreras lingüísticas y culturales para el paciente es el de ir acompañado de familiares o conocidos que ya dominan la lengua oficial». (González, 2006, p.162) Las medidas que se suelen tomar son que el propio personal médico se comuniquen con los conocimientos de otras lenguas que posea, que normalmente solo incluye inglés y/o francés. Otra medida es llamar a embajadas o consulados del país de procedencia de los pacientes para que hagan una interpretación telefónica, o recurrir a las ONG (González, 2006).

También hay casos, como en algunos centros de atención primaria de Vitoria-Gasteiz, en los que el personal sanitario consta de una lista de expresiones o preguntas básicas traducidas a varios idiomas, que emplean como medio de comunicación elemental con aquellos pacientes con los que no se pueden comunicar. En las situaciones más extremas incluso se recurre a la comunicación no verbal, tal y como señalaron algunos de los encuestados. El problema verdadero es que, si la situación descrita se prolonga, se podría poner en peligro la integridad física de decenas de ciudadanos. (González, 2006, p.163)

«Uno de los casos que consideramos más graves es el del Servicio Canario de Salud, que no prevé ningún tipo de asistencia lingüística a sus usuarios en ninguno de sus

hospitales o centros de salud de las islas». (Toledano, 2006, p.198) Las labores de interpretación se cubren con el personal sanitario que tenga conocimientos de idiomas o voluntarios y acompañantes de los enfermos (Toledano, 2006). Además, «ha editado un cartel en varios idiomas (español, inglés, francés, alemán y árabe) en los que se pide a los pacientes que acuden a los centros de salud y que no hablan castellano que vengan acompañados de un intérprete». (Toledano, 2006, p.198). Por el contrario, algunos de los hospitales privados de las islas suelen disponer de traductores e intérpretes en plantillas de los idiomas más comunes (Toledano, 2006).

Con respecto a la traducción escrita, se necesita la traducción de artículos de revistas profesionales y normas de funcionamiento de material médico, entre otros. Asimismo, se requiere la traducción de informes médicos y otros tipos de información para pacientes, al igual que la información y los documentos que traen los propios pacientes. Para los materiales del hospital se recurre a agencias de traducción o traductores *freelance*, mientras que para los documentos de los pacientes se realizan traducciones a vista por personal del centro que conozca el idioma, por acompañantes del paciente, o por voluntarios (Toledano, 2006).

En el ámbito de la sanidad pública andaluza, existe un programa de asistencia sanitaria a los más inmigrantes que ha servido de guía y modelo para los servicios del resto de comunidades autónomas del país. Este programa se llama Fundación, progreso y salud y está formado por varias ONG entre las que se encuentran Andalucía Acoge, Médicos del Mundo y la Cruz Roja. Uno de los objetivos de la labor de traducción e interpretación es acompañar al paciente inmigrante al centro destinado para su asistencia médica facilitando la comunicación (Martin, 2006).

Por otra parte, una gran cantidad de documentos escritos de distinto tipo ha sido elaborado en numerosos idiomas con el objetivo de facilitar el acceso a la sanidad pública de la población extranjera. Entre este material se puede encontrar vocabulario relacionado con la anatomía, preguntas rutinarias y sencillas que se suelen realizar a los pacientes, terminología para el uso del personal sanitario a la hora de comunicarse con personas no hispanohablantes y vocabulario relacionado con servicios y unidades de un centro hospitalario (Martin, 2006). «Igualmente, los impresos de consentimiento informado para los distintos procedimientos médicos han sido traducidos por la Fundación al francés, inglés, alemán, ruso, árabe y rumano». (Martin, 2006, p.133)

A propósito de los servicios de interpretación, los centros que formen parte de este convenio realizan las peticiones de la labor de interpretación a un coordinador que se encuentra en cada centro sanitario para que contacte con la ONG correspondiente. Será la ONG la que realice el servicio de interpretación que será denominado «acompañamiento». La ONG manda a un voluntario a realizar el servicio y la Fundación paga hasta un máximo de 18€ por servicio que se destinan a la ONG, no al voluntario en cuestión (Martin, 2006).

Además, la mayoría de estos voluntarios no son personas con formación en interpretación. En algunos casos, realizan una formación inicial breve que les ofrece el centro sanitario o los intérpretes que coordinen el servicio. Sin embargo, esta formación no aporta técnicas de interpretación sino conocimientos de primeros auxilios y técnicas médicas entre otros (Martin, 2006).

En la sanidad catalana existe un servicio de 24 horas de información sanitaria general vía telefónica llamado *Sanitat respon*. Este servicio cuenta también con interpretación telefónica para el personal médico que esté atendiendo a un extranjero. Los idiomas con los que se trabaja son: árabe, fula, hebreo, griego, pakistaní, turco, ruso, urdu y japonés, entre otros (Ugarte i Ballester, 2006).

Además, la web del *Departament de Salut* aporta guías de consejos para tratar el resfriado y la gripe, entre otros, en inglés, francés, catalán, español y árabe. También se

traducen trípticos de bancos y cajas de ahorro para los inmigrantes (Ugarte i Ballester, 2006).

Con respecto a Castilla y León, los principales problemas que se encuentran son la falta de documentación sobre el estado de salud y los antecedentes del paciente, así como la falta de actividades preventivas básicas. Por ejemplo, no se suele seguir el calendario de vacunación de los niños o medidas bucodentales básicas. Otros problemas que se encuentran son la poca información que se tiene en España sobre enfermedades tropicales o raras que proceden de otros países y la dificultad en la asistencia médica por motivos religiosos, culturales o políticos (Baigorri, J. et al, 2006).

Para solucionar estos problemas, se sugiere «la elaboración de una guía de atención al inmigrante». (Baigorri, J. et al, 2006, p.178) Además, se sugiere también crear manuales o guías básicos de traducción e interpretación en consulta para los idiomas más demandados y crear enlaces permanentes con embajadas o consulados para casos de interpretación urgente (Baigorri, J. et al, 2006).

Para la gran mayoría de los centros la comunicación entre el personal hospitalario y los pacientes extranjeros no sería un problema. Podemos explicar esta actitud por el hecho de que no reciban pacientes extranjeros, porque el número de extranjeros sea mínimo y las necesidades sean marginales, o porque cuando se presenten dificultades de comunicación se recurra a soluciones *ad hoc*. En todo caso, la cuestión no se considera como algo prioritario entre las necesidades de los hospitales. (Baigorri, J. et al, 2006, pp.178,179)

Cuando el problema de comunicación surge en las situaciones de tipo administrativo o en las conversaciones entre el médico y el paciente, se resuelve de dos formas. Por una parte, se requiere la ayuda de algún sanitario que conozca el idioma, aunque normalmente esta solución solo es válida para los pacientes que hablen francés o inglés. Y, por otra parte, se pide la ayuda de algún acompañante del paciente que conozca el español. También se recurre a la interpretación telefónica en algunos casos y la de voluntarios de ONG como Cruz Roja (Baigorri, J. et al, 2006).

A continuación, se hablará sobre el ámbito educativo en las distintas zonas del país. Ruiz (2016) indica en su artículo titulado *La interpretación social y la mediación intercultural en el ámbito escolar, un estudio exploratorio sobre las necesidades de interpretación en la ciudad de Córdoba* que, en el ámbito escolar, se necesita más documentación. «Aunque existe regulación, reflejada más adelante, no hay bibliografía específica sobre la interpretación social en el ámbito escolar. Sí que hay, sin embargo, información sobre la figura incipiente del mediador intercultural». (Ruiz, 2016, p. 53)

Las posibles razones de la falta de material son: el escaso reconocimiento de la profesión, el intrusismo laboral, ya sea de ONG o de familiares o amigos de los interesados, las interferencias entre mediador e intérprete, y los recortes de presupuestos en educación. Además, la interpretación en este ámbito no tiene mucho reconocimiento y existen pocos empleos de intérpretes en los colegios. Son figuras que se desconocen y su labor suele realizarse por profesores, familiares, amigos, e incluso otros alumnos (Ruiz, 2016).

En el sector educativo de la zona de Madrid, se cuenta con la traducción de documentos para la escolarización del alumnado inmigrante, e interpretación en las entrevistas o reuniones relacionadas con servicios educativos. Sin embargo, este servicio es lento a la hora de la traducción de dichos documentos y también a la hora de que disponer de un intérprete (Valero, 2006).

Por otra parte, en Castilla-La Mancha, «por la Orden de 8/07/2002 de la Consejería de Educación y Cultura de la JCCM se crean los llamados Equipos de Apoyo Lingüístico al alumno inmigrante o refugiado (EALI) como respuesta a las nuevas necesidades

educativas». (Valero, 2006, p.74) En este sector tampoco hay contratados traductores ni intérpretes y se recurre al servicio de las ONG y de los parientes de los estudiantes. Se planteó la idea del «alumno acompañante» que consistía en que un alumno estuviese encargado de aquel alumno que no supiese hablar español para ayudarlo en la comunicación (Valero, 2006).

En el caso de Aragón, si surge un problema educativo se recurre a un alumno, familiar o amigo o a alguna ONG (Valero, 2006).

«Pasando al ámbito educativo, como resume Amelia Petit, en lo relativo a la Comunidad Valenciana, existe una Oficina de Acogida al alumnado inmigrante, que se supone que incluye la intervención de un mediador». (Sales, 2006, p.91) Además, se traducen folletos informativos en algunas lenguas y algunos municipios cuentan con mediadores culturales en los colegios (Sales, 2006).

En las Islas Baleares, en 2005 se estableció el *Programa d'Actuacions d'Interlocució (Traducció i Interpretació)* cuyos objetivos era ayudar en la comunicación con aquellos estudiantes y familiares que no hablasen español ni catalán, traducir documentos oficiales, dar información general e interpretar en situaciones de realizar la matrícula, reuniones con profesores, etcétera (Ugarte i Ballester, 2006).

En el área de la educación no se lleva a cabo tampoco la contratación de traductores e intérpretes y algunos centros educativos cuentan con mediadores interculturales (González, 2006).

En la comunidad de Galicia, no existe ningún servicio de traducción e interpretación, aunque su página web tiene algunas secciones traducidas al gallego y al árabe. En cuanto a Asturias, existe un plan por el que se crea un aula de inmersión compuesto por niños que estén en una situación similar de comunicación. En Cantabria, se estableció un plan que cuenta con mediadores, traductores e intérpretes en distintas lenguas (González, 2006).

Cada centro dispone de un coordinador intercultural que se ocupa de la enseñanza de la lengua oficial a los niños extranjeros y de asesorar a los docentes en materia de interculturalidad. Estas personas son docentes que han recibido un curso preparatorio de 100 horas- dispusieron de sustitutos para cubrir su docencia mientras hacían el curso-. Existe también la denominada Aula de Dinamización Intercultural formada por profesores de secundaria y un Equipo de Dinamización Intercultural formado por profesores de primaria, a los cuales se incorporarán los mediadores en el futuro. (González, 2006, p.166)

«En el País Vasco las necesidades de tipo lingüístico y cultural se gestionan a través del Consorcio de Educación Compensatoria. Dicho consorcio trabaja sobre todo con mediadores, y lo hace a través de una subcontrata». (González, 2006, p.166) En Navarra no existe servicio de traducción e interpretación. En el caso de la Rioja, es cada centro el que debe gestionar los servicios de interpretación si son necesarios (González, 2006).

En cuanto a las Islas Canarias, «en el ámbito de la educación, el I PCI incluye entre sus acciones editar una guía sobre la oferta formativa en los idiomas más representativos del colectivo de alumnos extranjeros matriculados en las islas, con la finalidad de orientar y dar a conocer el sistema educativo y su funcionamiento». (Toledano, 2006, p.195) Se prevé que mediante convenios entre la consejería de educación de las universidades se llegue a ofrecer mediación lingüística en los centros educativos públicos llevada a cabo por estudiantes de prácticas de traducción, interpretación y español para extranjeros (Toledano, 2006).

Además, en este servicio público tampoco se cuenta con la ayuda de profesionales para las tareas de traducción e interpretación (Toledano, 2006). «Son los mismos profesores del centro los que actúan de traductores e intérpretes en las diferentes

situaciones comunicativas en las que se requiere la presencia de un mediador lingüístico». (Toledano, 2006, p.199) En el caso de que los profesores no conozcan el idioma del estudiante, es la familia la que se encarga de acudir al centro acompañado de un intérprete (Toledano, 2006).

En los centros educativos de Andalucía, se sigue El Plan Andaluz de Educación de Inmigrantes mediante la contratación de mediadores a través de subvenciones otorgadas por la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Otro objetivo de este plan es la rotulación de los distintos espacios de los centros educativos en todos los idiomas que se hablen por los estudiantes. Sin embargo, en este plan no se incluye ni se tiene en cuenta la labor de los intérpretes. En los casos en los que sea necesaria, se recurre a los mediadores interculturales mencionados anteriormente, aunque no tengan la formación necesaria para ello (Martín, 2006).

Tras este, se estableció el III Plan Andaluz en el que «se nombra por primera vez el uso de intérpretes a nivel andaluz». (Ruiz, 2016, p.59) Se propone impulsar los servicios de interpretación y asistencia en el ámbito laboral y de empleo (Ruiz, 2016). «Otro gran proyecto que se ampara bajo este plan y que se relaciona directamente con la interpretación es «Hablamos tu idioma», un servicio de interpretación telefónica a disposición de la población inmigrante de Andalucía. Este proyecto se ha puesto en marcha en algunas localidades». (Ruiz, 2016, p.59)

En cuanto a Cataluña la Generalitat mantiene convenios con distintas entidades que ofrecen servicios de traducción e interpretación en centros docentes (Ugarte i Ballester, 2006). «El establecimiento escolar interesado en la entrevista con intérprete deberá cumplimentar los formularios de solicitud y evaluación llamados *Escolarització de l'alumnat de nova incorporació al sistema educatiu que desconeix les dues llengües oficials de Catalunya*». (Ugarte i Ballester, 2006, p.120) La asistencia lingüística tendrá un máximo de 120 minutos (Ugarte i Ballester, 2006).

Por último, se describirá la situación de la traducción y la interpretación en el ámbito policial y judicial.

En primer lugar, se explica que el trabajo de un intérprete en una Comisaría de Policía engloba «desde información general a visitantes extranjeros, interpretación con fines de formular denuncias, información de derechos, interrogatorios a detenidos, transcripción de conversaciones telefónicas intervenidas, traducción de documentos recibidos de particulares o instituciones extranjeras...». (Martín del Pozo, 2002, p.86) Además, se espera que sea capaz de trabajar con el mayor número de idiomas y que en muchas ocasiones tome la iniciativa de preguntar lo que crea conveniente para asegurarse de que el extranjero comprende todo a la perfección. Con respecto a la traducción escrita, en muchos documentos policiales no se indica que se trata de una traducción, sino que se entiende que ha sido redactada en español (Martín del Pozo, 2002).

Por otra parte, Luncan (2014) explica que para ser un buen intérprete en el ámbito policial es necesario dominar las distintas técnicas de interpretación con el objetivo de poder adaptarse a las distintas situaciones comunicativas que se puede encontrar. En algunos casos tendrá que utilizar el *chuchotage* o susurrado, la interpretación consecutiva (donde es muy importante el control de la toma de notas), y, cuando haya presentes documentos, la traducción a vista.

Existen dos tipos de grabaciones con las que el intérprete tiene que trabajar: las escuchas en vivo y las escuchas en diferido (El-Madkouri, 2019). Tal y como indica El-Madkouri (2019) en su artículo titulado *La precisión conceptual y terminológica en el ámbito policial y judicial: traducción y transcripción de escuchas telefónicas*, «en las escuchas en vivo, el intérprete suele disponer de más elementos contextuales y pragmáticos que le ayudan a captar las palabras exactas y el modo de interpretarlas.»

(p.121) Por ejemplo, el intérprete puede escuchar y detectar si se encuentran en un domicilio o en la calle y los agentes policiales normalmente le proporcionan más datos que le pueden ayudar a la hora de interpretar (El-Madkouri, 2019). Por el contrario, en las escuchas en diferido, «dependerá casi exclusivamente de la buena voluntad colaboradora y de la confianza del agente policial para proporcionarle datos extralingüísticos que le ayuden a contextualizar la escucha, su transcripción, su interpretación y, finalmente, su producción traductora.» (El-Madkouri, 2019, p.121)

Los temas tratados en las escuchas en diferido y en las escuchas en vivo en las que participan las Fuerzas de Seguridad y los intérpretes son, entre otros, el tráfico de armas, el narcotráfico, el terrorismo, la inmigración ilegal, el blanqueo de dinero y el espionaje (El-Madjouri, 2019). «Existen otro tipo de grabaciones privadas, como las realizadas por detectives privados, que pueden versar sobre prácticamente todos los ámbitos de la vida: relación de pareja, paternidad, desavenencias familiares, relaciones laborales, coacciones y chantajes...» (El-Madkouri, 2019, p.121)

Otras de las tareas que lleva a cabo un traductor e intérprete policial es la traducción de documentación. En este caso, se tendrá «que buscar paralelismo en fórmulas de actuación, o adecuar procedimientos en ausencia de ese paralelismo; pero en la mayor parte de los casos será información tasada, susceptible de ser revisada y contrastada con otros profesionales». (Olalla, 2006, p. 241) También participará en entrevistas entre el agente policial y un testigo o detenido. En este caso «ante una respuesta dudosa o una interpretación poco definida, siempre se puede intentar precisar más mediante nuevas preguntas. Lo importante es que en esta circunstancia se produce una interacción en el diálogo». (Olalla, 2006, p. 241)

Con respecto al ámbito policial en la Comunidad Valenciana,

Las mayores demandas lingüísticas se refieren al rumano y al árabe, y en mucha menor medida, inglés y francés. La Asociación de Inmigrantes de Países del Este en Castellón colabora con la policía en lo que al rumano se refiere, pero como nos explicaba Heredero las carencias son muchas y en numerosas ocasiones, ante la falta de quien pueda ayudarles, derivan a los detenidos a los juzgados, que sí cuentan con un servicio de interpretación. (Sales, 2006, p.92)

A continuación, en cuanto a la policía de Murcia, «no cuentan con traductores/intérpretes en plantilla, y que cuando necesitan estos servicios lo que suelen hacer es acudir al juzgado, para que les faciliten a los traductores/intérpretes que trabajan allí». (Sales, 2006, p.97)

Desde el punto de vista del caso de Andalucía, si bien en algunas instancias judiciales la figura del intérprete es un derecho, la ley no establece el perfil profesional de las personas que ejercen como intérpretes (Martín, 2006). Además, tal y como se indica en el artículo 441 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal de España, «El intérprete será elegido entre los que tengan títulos de tales, si los hubiere en el pueblo. En su defecto será nombrado un maestro del correspondiente idioma, y si tampoco lo hubiere, cualquier persona que lo sepa».

«La anomalía reflejada en el artículo reproducido y el hecho de que todavía siga en vigor es señal de la poca importancia que se viene concediendo en España a la interpretación y traducción en los servicios públicos». (Martín, 2006, pp.136,137) El único servicio público que posee una plantilla de traductores e intérpretes funcionarios es la Administración de Justicia, pero cuenta con muy pocas plazas. Los servicios que no pueden cubrir estos funcionarios se llevan a cabo por *freelancers*, al igual que en otras comunidades autónomas de España (Martín, 2006).

«En cuanto a la traducción escrita, las Comisarías de Policía Nacional cuentan con formularios estándar traducidos a alemán, francés, inglés, e italiano para facilitar las

denuncias por extranjeros sobre la comisión de hechos presuntamente delictivos». (Martín, 2006, p.142) En otras comisarias cuentan con una máquina que redacta de forma automática las denuncias en idiomas distintos al español. También existen formularios en distintos idiomas con información sobre los derechos de los detenidos en las comisarias de la Policía Nacional y en la Guardia Civil, aunque la traducción no es de buena calidad. Sin embargo, documentos comunes como las solicitudes de permiso de residencia y de trabajo no están disponibles en otros idiomas (Martín, 2006).

Por otra parte, en Cataluña, «CSAR (*Associació Catalana de Solidaritat i Ajuda als Refugiats*) ofrece también un servicio de «Traducción e interpretación no jurada, oral, escrita, presencial o telefónica» en diversas lenguas en el ámbito de bienestar social». (Ugarte i Ballester, 2006, p.121) Existe también un servicio institucional, el de la Xarxa Local per a la Gestió de la Immigració i la Diversitat (Red Local para la gestión de la Inmigración y la Diversidad) que contiene el servicio de interpretación para los trámites y como mediación (Ugarte i Ballester, 2006).

Con respecto a la documentación escrita en otras lenguas, existe desde 2003 la *Guia d'acollida Connecta amb Catalunya*. Son guías de acogida destinadas a la población extranjera que acaba de llegar al país con información de interés. Hay un total de 100.000 ejemplares distribuidos en distintas lenguas. También hay documentos en 16 lenguas distintas con información relacionada con la matrícula escolar y con formularios de pre-inscripción (Ugarte i Ballester, 2006).

En la comunidad autónoma de Asturias también cuentan con una agencia que contrata a intérpretes y traductores para trabajar en los juzgados. Las personas que trabajan con las lenguas más comunes, inglés y francés, son profesionales y algunos de ellos proceden del ámbito del derecho. Para las lenguas más minoritarias contratan a personas extranjeras que tengan buenos conocimientos de español. Asimismo, esta empresa ofrece cursos de formación y glosarios de términos judiciales para el uso de los traductores e intérpretes de su empresa (González, 2006).

Por otra parte, Cantabria cuenta con la labor de la empresa Babel. Esta empresa está compuesta por profesionales licenciados en traducción e interpretación, personas bilingües con formación adecuada, y personas licenciadas en derecho bilingües (González, 2006).

En la Rioja cuentan con una lista de traductores e intérpretes que la gerencia territorial ha confeccionado a través de una compilación de currículos. Otras veces, los funcionarios no tienen que preocuparse acerca del tema porque los extranjeros han pasado primero por dependencias policiales y traen al mismo intérprete. Según los funcionarios consultados, la preparación de dichos profesionales es «variada». (González, 2006, p.158)

En el caso del País Vasco hay dos tipos de intérpretes: los de euskera y los del resto de lenguas. Los de euskera son titulados superiores que están en plantilla y se encargan de todas las traducciones e interpretaciones de los juzgados. Los intérpretes del resto de lenguas trabajan para una empresa privada (González, 2006).

«En Navarra es también una agencia la encargada de proveer los servicios de traducción e interpretación en los juzgados. La agencia CCI (Centro de Comunicación Internacional) es una empresa que mantiene un contacto directo con la Universidad del País Vasco». (González, 2006 p.159)

Con respecto al ámbito policial,

En Galicia, por ejemplo, en la policía nacional se sirven de «conocidos» (extranjeros que dominan ambos idiomas) y de sindicatos cuando necesitan la asistencia de un intérprete. En la guardia civil, por el contrario, la gente que les asiste está compuesta principalmente por filólogos o por titulados de la Escuela Oficial de Idiomas.

Normalmente es gente «bien cualificada para llevar a cabo las diligencias fundamentales», aunque sí se considera que para casos más complicados vendría bien una preparación más específica que aglutinara conocimientos técnicos del medio. (González, 2006, p.159)

En las comunidades de Asturias y Cantabria, tienen listas de personas «dispuestas» a realizar la labor de interpretación que suelen ser personas nativas de las lenguas de trabajo (González, 2006).

«En el País Vasco y Navarra son las mismas agencias que trabajan en los juzgados las que proveen los intérpretes en la policía». (González, 2006, p.160) En concreto, en Navarra solo se recurre a la empresa cuando tienen complicaciones puesto que recurren más a la labor de un familiar o amigo del declarante o detenido (González, 2006).

En cuanto a las Oficinas de Atención a las Víctimas de delitos de las Islas Canarias y a la asistencia jurídica gratuita, se requiere también la labor de traductores y la traducción de materiales informativos (Toledano, 2006).

En el ámbito jurídico, hay cuatro traductores e intérpretes en plantilla. Dos trabajan en los juzgados del sur de Tenerife con los idiomas inglés y francés e inglés y alemán; uno trabaja en la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife con inglés y francés; y otro en Las Palmas de Gran Canaria en la Secretaría del Gobierno del Tribunal Superior con inglés y francés (Toledano, 2006). «Para los juicios celebrados en las islas menores se recurre también a intérpretes *free-lance* o a personas que conozcan la lengua y con las que se contacta a través de conocidos, consulados, negocios, etc.» (Toledano, 2006, p.197)

Además, tal y como indica Toledano (2006), «los servicios de traducción e interpretación en la Policía Nacional en la isla de Tenerife cuentan con tres traductores/intérpretes en plantilla con contrato laboral: dos en la Comisaría Provincial con inglés y alemán y uno en la policía de extranjería». (p.197) Mientras que la Policía Nacional cuenta con un servicio telefónico de denuncias que se puede utilizar en distintos idiomas. En otras comisarías un traductor/intérprete de las lenguas inglés, francés y/o alemán trabaja durante seis meses al año. En el caso del resto de idiomas, «la solución se improvisa recurriendo a consulados, personas conocidas, negocios o bien solicitando la colaboración del personal de los Juzgados o de la Comisaría General». (Toledano, 2006, p.197)

Con respecto a la traducción de documentos escritos, en las comisarías de la Policía Nacional se pueden encontrar algunos documentos redactados en distintos idiomas. Por ejemplo, el formulario de denuncias, el de atención al detenido o la solicitud de asilo, puesto que los mandan ya traducidos del Ministerio del Interior. Por el contrario, los órganos judiciales no ofrecen documentación en otros idiomas (Toledano, 2006). «Las necesidades de traducción de textos que surgen suelen ser generalmente cubiertas por los intérpretes/traductores de la plantilla». (Toledano, 2006, pp.197,198)

Aunque en España no se reconozca la figura del intérprete en los servicios públicos, España cuenta con una serie de grupos académicos que se dedican a la actividad investigadora relacionada con este ámbito. Entre los grupos académicos se encuentran el «Grupo FITISPos, de la Universidad de Alcalá, el Grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales), de la Universidad Jaime I de Castellón, o el grupo GRETI, de la Universidad de Granada». (Navaza et al. 2009, p.145) Estos grupos forman parte de la Red Comunica, al igual que el Grupo de la Zona Norte (Universidad del País Vasco), el Grupo Comunidad Catalana (Universidad de Vic), el Grupo de Castilla y León y Extremadura (Universidad de Salamanca), el Grupo de Alicante (Universidad de Alicante), el Grupo de las Islas Canarias (Universidad de La Laguna) y el Grupo de Galicia (Universidad de Vigo), cada uno representando una zona y comunidad autónoma distinta (Navaza et al. 2009).

Por otra parte, debido a la situación económica de España, los servicios públicos se han visto afectados al igual que los servicios que se ofrecían para llevar a cabo la comunicación con las personas inmigrantes que no dominan el español (Foulquié y Sánchez-Pedreño, 2019).

Al principio del siglo XXI, la traducción e interpretación se desarrolló en las entidades sin ánimo de lucro, en los servicios sociales y en los ayuntamientos. Sin embargo, debido a la crisis económica del país, los servicios públicos, es decir, los servicios sociales y las instituciones que proporcionaban servicios de traducción e interpretación se han visto muy afectados (Foulquié, 2019). «Esta disminución de los servicios se ha puesto de manifiesto especialmente en aquellos servicios destinados a la población inmigrante que no domina la lengua del país de acogida, es decir, aquellos dedicados a la traducción e interpretación». (Foulquié, 2019, p.109)

2.4. La traducción y la interpretación en los servicios públicos del Reino Unido

Tal y como indica Faya (2016) en su artículo *La necesidad de servicios de traducción e interpretación en el sector sanitario* publicado en la revista *Entreculturas*, «según datos del Instituto Nacional de Estadística (UK National Statistics), la BBC y las embajadas, el Reino Unido tiene una población aproximada de 60 975 400 habitantes». (p.545) De ese número de habitantes, casi 4 millones son inmigrantes. Además, en la zona de Londres, el número de habitantes es de casi 8 millones y medio y el número de inmigrantes de un millón y medio. Los inmigrantes vienen de Polonia, India, Estados Unidos, Pakistán y la República de Irlanda. Con respecto a cifras de inmigración, las personas que provienen de Alemania ocupan el décimo puesto y las de España el decimoséptimo (Faya, 2016).

Además, Abril (2006) indica en su tesis que «el Reino Unido tiene ya una larga tradición como sociedad multilingüe, que se manifiesta en parte en la provisión más o menos generalizada de servicios de interpretación desde hace varias décadas». (p.179)

En el Reino Unido, el impulso del proceso de generalización de los servicios de interpretación en los servicios públicos (ISP) surge de profesionales de la lengua y de los idiomas, quienes se preocuparon de la escasa atención lingüística que se les daba a las minorías étnicas (Abril, 2006).

En 1981, algunos profesionales del sector público el *Institute of Linguists*, una asociación de profesionales de las lenguas modernas, «creó un grupo de trabajo para estudiar vías de formación y evaluación de intérpretes con vistas a la profesionalización de la ISP». (Abril, 2006 p.180).

De esta forma, entre 1893 y 1990, se inició el Community Interpreter Project que reunía iniciativas piloto como definir criterios para la selección de candidatos a una formación específica, crear un curso y una prueba de evaluación de la competencia lingüística, diseñar un programa de formación en justicia, sanidad y servicios públicos locales, elaborar una guía de condiciones laborales, redactar un código ético y deontológico, e identificar las pautas de la formación de intérpretes (Abril, 2006).

A continuación, entre 1990 y 1996 se inició el Nuffield Interpreter Project para «promover la implantación nacional del modelo de formación evaluación y normas de calidad que se había identificado previamente». (Abril, 2006, p.180) Con este proyecto se llevaron a cabo programas formativos en centros de enseñanza superior y universidades y se impartieron cursos de fin de semana para formar a intérpretes en el ámbito de los servicios públicos. También se ofrecieron becas para el pago de la matrícula de los exámenes de evaluación y se llevó a cabo una campaña de concienciación sobre la necesidad de la labor de los intérpretes (Abril, 2006).

Fue en 1994 cuando el Institute of Linguists se ocupó de crear y gestionar el primer directorio nacional de intérpretes en los servicios públicos del Reino Unido llamado el *National Register of Public Service Interpreters (NRPSI)*. Su base de datos cuenta con intérpretes cualificados por poseer el *Diploma in Public Service Interpreting (DPSI)* o por haber demostrado un nivel equivalente y también incluye un código deontológico y un procedimiento disciplinario (Abril, 2006).

«En el Reino Unido un modelo de formación en ISP que se imparte en más de 30 centros de todo el país, la mayoría de ellos de educación superior o escuelas universitarias (*colleges*), y 29 otros de educación de adultos». (Abril, 2006, pp.181) Con esta formación se pretende conseguir la preparación necesaria para las pruebas de evaluación del Institute of Linguists con el que se consigue el Diploma in Public Service Interpreting o DPSI. Existen cuatro temáticas distintas de especialización: Derecho escocés (*Scottish Law*), Derecho inglés (*English Law*), Servicios de la Administración local (*Local Government*) y Servicios de salud (*Health Care*), y está disponible para 31 lenguas distintas. Además, posee una acreditación gubernamental ya que está incluido en el sistema nacional de titulaciones de formación profesional y también está incluida dentro del marco nacional de titulaciones (Abril, 2006).

Además, el DPSI está reconocido por la Administración pública del Reino Unido en el ámbito legal mediante el *National Agreement for England and Wales* de 1997. De esta forma, las autoridades judiciales solo contratan a intérpretes del National Register o NRPSI. En los casos en los que el idioma que se requiera no se trabaje por los intérpretes registrados, se contratarían a intérpretes con un nivel de cualificación equivalente al DSPI o que pertenezcan a una asociación de intérpretes reconocida (Abril, 2006).

Por otra parte, el NHS afirma que cualquier inmigrante que tenga problemas en la comunicación en un centro sanitario puede contar con servicios de traducción e interpretación. Todo esto está estipulado por la ley Disability Discrimination Act 2005, Race Relations Amendment Act 2000, y la Ley de Derechos Humanos de 1998 (Faya, 2016). En el caso en el que un paciente necesite los servicios de traducción e interpretación, el NHS es el responsable de ofrecérselos. Además, un paciente puede necesitar estos servicios, no solo para el momento de la consulta con el profesional sanitario sino también en el caso de que necesite una traducción, ya sea de prospectos, folletos, indicaciones o cualquier otro tipo de documento (Faya, 2016).

Por ejemplo, el hospital Guy's and St. Thomas' Hospital de Londres cuenta con servicios de interpretación que se pueden solicitar por pacientes y por médicos. En ningún caso se pedirá al paciente que abone dinero puesto que el hospital cuenta con un presupuesto para estos servicios. El hospital cuenta con profesionales en plantilla que llevan a cabo interpretaciones y, además, contacta con empresas de traducción privadas y traductores e intérpretes *freelance*. También ofrecen servicios de interpretación para personas con diversidad funcional auditiva y visual (Faya, 2016).

«El King's College Hospital invierte aproximadamente 500 000 libras anuales en la oferta de servicios de traducción e interpretación a 150 idiomas debido a la gran diversidad étnica de la zona». (Faya, 2016, p.550) También se ofrecen servicios de interpretación de enlace presenciales y servicios de interpretación telefónica las 24 horas (Faya, 2016).

Según la fundación hospitalaria de Chelsea and Westminster NHS, una organización que se dedica a ofrecer servicios de promoción de la salud, información y consejo y servicios de apoyo, muchos de los hospitales trabajan con la empresa Language Line. Existen también otros hospitales que contratan a traductores para ayudar a aquellas minorías étnicas que no tienen un dominio del inglés. La fundación no posee un presupuesto fijo para la traducción y la interpretación, sino que realiza los pagos cuando

sus servicios son necesarios (Faya, 2016). «Por último, destaca que el aspecto comunicativo es muy importante y, en los últimos 5 años han percibido un aumento considerable en el interés por integrar a la población inmigrante». (Faya, 2016, pp.550,551)

Como conclusión, todos los hospitales del Reino Unido están obligados por ley a ofrecer servicios de traducción e interpretación para conseguir así la igualdad de condiciones de los inmigrantes. Sin embargo, cada hospital gestiona sus servicios en base a la demanda que tenga cada uno. La mayoría de ellos trabaja con la empresa privada Language Line, que trabaja para la NHS, pero también existen hospitales como el Guy's Hospital que cuenta con su propio departamento de traducción, hospitales que contratan a otra empresa privada o a traductores e intérpretes *freelance* (Faya, 2016).

Por otra parte, algunas comunidades étnicas cuentan con una red de personas que ofrecen servicios y centros comunitarios. Proporcionan asistencia lingüística, ofrecida por intérpretes profesionales y también por voluntarios sin formación (Abril, 2006).

2.5. El texto híbrido

El tipo de texto que se analiza en esta investigación es un texto híbrido. Una de las definiciones que se pueden encontrar sobre esta tipología textual es que «un texto o documento híbrido es un producto comunicativo escrito y estructurado que presenta características propias de dos o más disciplinas». (Pajares, 2015, p.186)

A continuación, se exponen algunos de los fenómenos lingüísticos y sociales que genera hibridación. En primer lugar, la diversidad de elementos retóricos, por ejemplo, atenuadores y enfatizadores como ensayo público, tesis, publicidad, patente, etcétera. En segundo lugar, la variedad temática que puede encontrarse en un mismo género como, por ejemplo, instrucciones de uso, folletos técnicos, tesis, patentes, entre otros. Otro fenómeno es la combinación de tipologías discursivas como narrativo, argumentativo o descriptivo, por ejemplo, patentes, editoriales, informes internacionales de búsqueda, tesis, artículos de investigación o publicidad. También la combinación de distintas disciplinas dentro de un mismo género a raíz del trabajo conjunto entre distintos gremios que forman parte de la misma labor, por ejemplo, medios alternativos de solución de conflictos o patentes. La diversificación de soporte que suele darse en los género electrónicos, multimedia o digitales, como la resolución electrónica de controversias o blogs. Asimismo, la coautoría, que tiene lugar cuando un mismo texto está redactado por expertos que pertenecen a distintos ámbitos especializados o por personas de forma privada, por ejemplo, partes médico legales o documentos de voluntades anticipadas. Por último, la combinación de propósitos comunicativos e intenciones causado por la participación de varios interlocutores que pertenecen a distintas instituciones, por ejemplo, ensayos clínicos, partes médico-legales, o artículos de investigación (Aragónés, 2012).

2.6. El texto médico-jurídico y sus problemas de traducción

De esta forma, surgen entonces los textos híbridos y, concretamente, en este trabajo se analizarán los médico-jurídicos que como afirma Borja (2012): «son aquellos [textos] en los que aparecen combinados conceptos propios de la medicina y conceptos legales [...], o bien textos médicos que pueden surtir efectos legales». (p.167) Este tipo de texto puede encontrarse en varios ámbitos temáticos, pero son muy comunes en el ámbito de los servicios públicos (Pajares, 2015). Por otra parte, Borja (2012) nos aporta también una clasificación de los textos médico-jurídicos según la situación comunicativa. En primer

lugar, textos judiciales con temática médica, como, por ejemplo, sentencias de incapacitación o demandas por negligencia médica. En segundo lugar, textos normativos con temática médica como leyes, normativas y reglamentos relacionados con cuestiones de la salud. Otro de los tipos son los acuerdos de voluntades, como contratos de seguros de salud o contratos de suministro médico. También se encuentran las declaraciones unilaterales de voluntad, como, por ejemplo, donaciones de órganos, testamentos vitales o consentimientos informados. Por último, «textos administrativos que requieren la intervención de un médico para tener eficacia jurídica o resoluciones administrativas sobre aspectos de salud: informes forenses, certificados de defunción, certificados médicos para una solicitud de reconocimiento de invalidez, autorizaciones, etcétera». (Borja, 2012, p.168)

Otra importante definición de este tipo de texto, en este caso, desde el punto de vista del autor, es la definición que aporta Casado (2008): «todas aquellas actuaciones escritas que utiliza el médico en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o con cualquier persona». (p.19) Indica también que también pueden ser redactados por otros profesionales sanitarios y que contienen también la denominación de jurídicos porque adquieren legalidad antes las autoridades sanitarias, administrativas o judiciales (Casado, 2008).

Una definición más clara y breve de los textos médico-jurídicos puede ser aquellos textos en los que se combina información del ámbito médico e información del ámbito jurídico (Borja, 2012).

Otra particularidad de estos documentos es el hecho de ser textos híbridos que suelen encontrarse entre la traducción científica y la traducción jurídico-administrativa. Pero cuando los analizamos observamos que tienen más de textos médicos que de jurídicos. El contenido está más cercano a la traducción médica, el emisor es siempre un especialista de la salud, mientras que la forma del documento y el receptor, que suele ser casi siempre la Administración, los aproxima a los textos jurídicos. (Gallardo, 2012, p.231)

A continuación, se indicarán los principales problemas de traducción que presentan este tipo de textos híbridos, los médico-jurídicos que, tal y como establece Borja (2012), «desde el punto de vista de la traducción plantean problemas diferentes a los que aparecen en la traducción médica o la traducción jurídica por separado». (pp.167-175)

Por una parte, Nuez (2015) indica: «la traducción jurídica, como acto de comunicación intercultural que pone en contacto la realidad social de la lengua de partida y la de llegada, está marcada y condicionada por el componente campo». (p. 21) El hecho de que el componente de partida y el de llegada se traten de dos ordenamientos jurídicos diferenciados provoca una gran cantidad de problemas a la hora de traducir debido a la falta de equivalencias entre los dos ordenamientos jurídicos (Nuez, 2015).

Uno de los fallos más comunes es reproducir las estructuras lingüísticas del original en la lengua meta, obteniendo como resultado calcos sintácticos que provocan falsos sentidos, sinsentidos o pobreza de estilos. Para solucionar estos problemas, la recomendación que se aconseja para realizar una buena traducción de estos tipos de textos es comparar los sistemas jurídicos de las culturas de ambas lenguas, la lengua origen y la lengua meta, y escoger la estrategia de traducción más apropiada para conseguir que el término de la lengua meta sea el más adecuado para reflejar el significado del término de la lengua origen (Borja, 2012).

De esta forma, el traductor que se enfrente a un texto médico-jurídico debe, en primer lugar, comprender el significado concreto del término que le cree problemas traductológicos y buscar un equivalente en la lengua meta. En el caso de que no exista un equivalente en la otra lengua se recomienda: dejarlo en el idioma original, sustituir el

término por una explicación de su significado o utilizar el término que más se aproxime al significado en la lengua original (Borja, 2012).

En cuanto a los problemas relacionados con la información médica, hay que tener en cuenta una serie de aspectos. En primer lugar, en el inglés médico es más abundante el uso de latinismos que en el español médico. Se suelen utilizar abreviaturas del latín para indicar los períodos o los días de un tratamiento mientras que en español se prefiere no utilizar el latín. Además, el español suele adoptar términos originales en inglés, sin embargo, esto no siempre está justificado en el caso de que exista un equivalente acuñado en la lengua y cultura meta (Martínez, 2010).

2.7. El consentimiento informado y sus problemas de traducción

El consentimiento informado es un documento que representa el proceso por el que un paciente recibe toda la información necesaria sobre el procedimiento o ensayo clínico al que se va a someter para tomar la decisión de aceptar su participación o no (Fernández y Ardura, 2012). Cecilia (2012) lo define como «un procedimiento formal escrito de la comunicación médico-paciente que corresponde a una concepción de la relación clínica basada en la ética de la autonomía». (p.294). Por su parte, Cañete et al. (2007) nos indica:

El colegio americano de médicos definió el CI como “la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos”. (p.123)

En otras palabras, «es la aceptación autónoma de una intervención médica, o la elección entre cursos alternativos posibles, por un paciente que decide en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le ha informado y el paciente ha comprendido». (Ortiz y Burdiles, 2010, p.645)

Otra de las definiciones que se pueden encontrar es que «el consentimiento informado es la institución, el proceso y el documento médico-legal y bioético más trascendente de la relación médico-paciente o prestador usuario de los servicios de salud». (Vázquez et al., 2017, p.175)

El consentimiento informado también se puede definir como el «proceso en el que se proporciona a los pacientes información importante, como los riesgos y beneficios posibles de un procedimiento o tratamiento médico, una prueba genética o un ensayo clínico». (Instituto Nacional del Cáncer) El objetivo es ayudar a los pacientes a que decidan si quieren que el procedimiento médico, las pruebas o la participación en un ensayo clínico se lleve a cabo o no (Instituto Nacional del Cáncer).

Además, el consentimiento informado está compuesto de dos fases: la primera es la información sobre el procedimiento médico que se va a llevar a cabo que se aporta por el profesional sanitario teniendo en cuenta las necesidades del paciente en concreto; y la segunda fase es la que realiza el paciente, cuando decide de forma libre y voluntaria su consentimiento o rechazo del procedimiento médico al que se le pretende someter (Junta de Castilla y León).

El primer pensamiento relacionado con un consentimiento informado surge en la filosofía política, no en el ámbito de la medicina (Ortiz, 2010). «Aparece en escena en los albores de la Modernidad (en medio de las luchas entre protestantes y católicos, en pleno siglo XVI) y sólo desde ahí, llegó al campo de la medicina casi cuatro siglos más tarde». (Ortiz, 2010, p.646) Se indicaba que las relaciones humanas, ya fuesen privadas o públicas, no debían basarse en la idea de que una parte tenía el poder y la otra debía obedecer. En aquella época, era el médico quien siempre sabía qué hacer con los pacientes

y quién se encargaba de salvarles la vida. La relación médico-paciente era asimétrica porque el médico era quien tenía los conocimientos por lo que el paciente tenía que someterse a él. Además, la relación médico-paciente y la relación del médico con la familia del paciente siempre se basaban en el respeto, la comprensión, la confianza e incluso a veces, se establecían relaciones de amistad (Ortiz, 2010).

Fue con la Ley General de Sanidad de 1986 cuando se introdujeron los contenidos esenciales del consentimiento informado en España. Sin embargo, no fue hasta años después cuando se llevó a la práctica asistencial diaria (Vida, 1998). «La aparición del Consentimiento Informado significa un avance en la relación entre los pacientes y sus médicos». (Vidal, 1998, p.12)

Además, tal y como indica César Antón Beltrán, consejero de sanidad, en la presentación de la Guía de consentimiento informado de la Junta de Castilla y León, «es un concepto que ha evolucionado con el tiempo hasta convertirse en pieza clave de la relación entre los profesionales y los pacientes una vez superada la tradicional concepción paternalista de dicha relación». (p.4)

El hecho de que los pacientes tomen decisiones que les afectan directamente tiene un gran protagonismo a partir de las leyes reguladoras de los derechos de las personas en el ámbito sanitario. También es muy importante que los profesionales sanitarios ayuden a los pacientes, con su competencia técnica y conocimientos, a comprender cuál es su situación y qué pueden decidir al respecto. A raíz de estas nuevas leyes, los profesionales sanitarios necesitan realizar un esfuerzo mayor a la hora de informar a sus pacientes cuando tengan que tomar una decisión con respecto a su salud. También tienen que tener en cuenta que se debe respetar la autonomía del paciente y que se debe formalizar en determinados casos cumpliendo con una serie de requisitos (Junta de Castilla y León).

El objetivo principal del documento escrito del consentimiento informado es que sirva como evidencia documental de que el profesional sanitario ha producido la información y que el paciente ha otorgado su consentimiento para la realización del consentimiento informado. Con la firma del paciente se pretende asegurarse de que entiende la naturaleza y el objetivo del procedimiento al que se va a someter (Vidal, 1998).

Por una parte, el consentimiento informado facilita el proceso de la comunicación entre médico y paciente, pero también atiende otras necesidades: en primer lugar, en los procedimientos más complejos asegura que la información se ha proporcionado y esto sirve de ayuda para el profesional sanitario; en segundo lugar, permite que el paciente tenga una copia del consentimiento informado para poder reflexionar y tomar una decisión con respecto a su realización o no (Junta de Castilla y León).

En cuanto a los tipos de consentimientos informados que existen, «en primer lugar, el consentimiento tácito o implícito, en el que existe una información y una solicitud al sujeto, quien expresa su aprobación mediante omisión, en ausencia de negativa expresa». (Adelguer y Cos 2003, p.90) El segundo tipo de consentimiento es el presunto puesto que se presume por ausencia de negativa o por tratarse de una petición general, como, por ejemplo, una donación de órganos. El tercer tipo es el expreso o informado, que requiere un consentimiento escrito o verbal del consentimiento del paciente de forma expresa una vez ha recibido la información del procedimiento (Adelguer, 2003).

«Para muchos procesos diagnósticos, tales como el examen físico, la obtención de muestras de sangre y orina para análisis bioquímicos de diagnóstico o control o la realización de exploraciones complementarias no invasivas, el consentimiento es tácito y se da por sobreentendido». (Guía metabólica) En casos como pruebas de diagnóstico genético e investigación o procedimientos que conllevan más riesgos sí que se recurre al ya mencionado tercer tipo de consentimiento informado (Guía metabólica).

Otra característica principal de este tipo de texto es que es fundamentalmente verbal. Sin embargo, la decisión y el consentimiento del paciente debe figurar por escrito, por lo que es obligatorio que el paciente reciba un documento con toda la información redactada. Por este motivo, es un requisito imprescindible que el lenguaje utilizado en los consentimientos informados sea simple y comprensible, adaptado al lector (Fernández y Ardura, 2012).

Existe una confusión entre el proceso verbal de entrega de información por parte del profesional al paciente y el documento de CI. Se trata evidentemente de dos cuestiones distintas. La información verbal del profesional al paciente es un proceso gradual que se puede llevar a cabo en una o más entrevistas y no puede ser sustituido por ningún documento o papel. El documento tan sólo prueba que el profesional ha facilitado la información y que el paciente la ha recibido y está de acuerdo con lo que se le ha propuesto. El documento no es la información sino la garantía de que se ha producido. No obstante, el debate se ha centrado más en el documento que no en el proceso de información al paciente: qué información hay que dar y cómo hay que darla. (Ortiz, 2010, p.645)

«Una prueba de ello es que hay una infinidad de guías para elaborar los documentos y, en cambio no las hay de cómo hay que dar la información». (Ortiz, 2010, p.645) Además, tampoco existe una formación para los estudiantes ni para los residentes de cómo informar a los pacientes y familiares a la hora de dar una mala noticia, escuchar o gestionar las distintas emociones que puede vivir un paciente (Ortiz, 2010).

Asimismo, el consentimiento informado es un elemento esencial en la asistencia médica y tiene como principal objetivo mejorar la calidad de ésta utilizando la información, la educación y la voluntariedad del paciente que se vaya a someter al procedimiento (Cecilia, 2012).

«En cuanto a la obtención del consentimiento informado, debe partirse de la base de la ignorancia del paciente y de ahí que el médico no debe esperar a ser interrogado por el paciente, sino que la información debe fluir de él». (Vázquez, 2007, p.3)

«Debe tenerse en cuenta que en Europa la proporción de reclamaciones judiciales aumenta cuando el riesgo es bajo». (Vázquez, 2007, p.7) El motivo es porque en las intervenciones que conllevan un mayor riesgo, como, por ejemplo, procedimientos oncológicos o cardiovasculares, el profesional sanitario suele explicar la información de una forma más exhaustiva a los pacientes y a sus familiares. Además, esto se suele realizar en centros hospitalarios más grandes donde se sigue una serie de protocolos. En estos casos, tanto el paciente como los familiares son conscientes de los riesgos del procedimiento médico y de la necesidad que existe de que se lleve a cabo (Vázquez, 2007).

El consentimiento informado sirve como «herramienta de mediación entre los intereses de investigadores, financiadores e individuos incluidos en la investigación científica» y, además, «permite garantizar la autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica o que reciben atención médica». (Cañete et al, 2012, p.122)

En la práctica de la medicina, los principios de beneficencia y de autonomía siempre se encuentra en tensión. Debido a los conocimientos y a la experiencia, el médico evalúa la situación de su paciente de la forma más racional y objetivamente posible con el objetivo de obtener el bienestar del paciente. Por otra parte, el paciente, sin conocimientos médicos, juzga las consecuencias que tendrá la decisión médica en su día a día, en sus valores o en su historia personal. Es por este motivo por el que el procedimiento del consentimiento informado tiene tanta importancia, y que da la oportunidad de que el paciente tome una decisión (Vidal, 1998).

Se deben tener en cuenta aquellos grupos que pueden ser vulnerables, es decir, personas que tengan dificultad para proteger sus propios intereses. Cañete et al. (2007) indica las condiciones que pueden influir en que una persona forme parte de un grupo vulnerable. Entre estas condiciones se encuentra: ser menor de edad, no hablar el idioma fluidamente, padecer un deterioro cognitivo grave, encontrarse en una situación de pobreza, padecer una discapacidad sensorial que provoque dificultades a la hora de comprender, padecer un trastorno psiquiátrico agudo o crónico, y estar recluido en instituciones en las que terceros puedan ejercer influencias coercitivas.

Por otra parte, los elementos principales que debe tener todo consentimiento informado son: voluntariedad (libertad), información en una cantidad adecuada y con la calidad adecuada, y validez y autenticidad de la decisión (Cecilia, 2012). En cuanto a la voluntariedad, «debe expresarse clara y reiteradamente que el firmante está obrando de forma plenamente voluntaria, sin coerción ni presión alguna, y con plena consciencia de sus actos». (Cecilia, 2012, p.294) También tiene que poseer voluntariedad la posibilidad de revocación en cualquier momento y por cualquier motivo. Con respecto a la información, debe ser detallada y en un tono que se adapte a las condiciones del firmante. El consentimiento informado se trata de un documento en el que se refleja la comunicación entre el médico y el paciente (Cecilia, 2012). Por último, a propósito de la validez y autenticidad, «su firma debe hacerse en presencia de un testigo y deben comprobarse los datos pertinentes para darle el curso correspondiente. Todo documento de consentimiento informado debe incluir una cláusula de declaración jurada sobre la firma y la voluntad del firmante». (Cecilia, 2012, p.295)

Cecilia (2012) establece que las partes que debe contener un consentimiento informado son: «Identificación de las partes implicadas: profesionales de la salud, pacientes/participantes; patrocinadores; etcétera; consignación de la fecha del documento, ya que este acto es revocable posteriormente respecto a hechos futuros»; (p.295) identificación del nombre del estudio y de ciertas características y descripción del procedimiento que se piensa realizar (intervención quirúrgica, experimento, tratamiento, etc.); reconocimiento por parte del paciente de que ha comprendido todo el consentimiento informado tras haberlo leído; especificación de los riesgos y consecuencias que conlleva el procedimiento, tanto los generales como los específicos según el estado del paciente; especificación de la renuncia a presentar acciones legales en el caso de que el procedimiento médico produzca unas consecuencias no deseadas pero previsibles (Cecilia, 2012); «especificación del derecho del paciente de revocar en cualquier momento la autorización y la responsabilidad. Por supuesto, tal revocación no tiene nunca carácter retroactivo; y firmas, testigos, representaciones, declaraciones». (Cecilia, 2012, p.295)

En concreto, la información del procedimiento del consentimiento debe incluir siete aspectos esenciales relacionados con la intervención. En primer lugar, su naturaleza, es decir, cuál es el procedimiento, en qué consiste. En segundo lugar, cuáles son los objetivos. A continuación, qué beneficios se pueden obtener de ella. También se deben incluir los riesgos y efectos secundarios que pueda haber tras hacerse la intervención, así como los derivados de la no realización del procedimiento. Otro de los aspectos son las alternativas a dicha intervención. Además, se debe incluir una explicación por parte del profesional sanitario indicando por qué se decide realizar esa intervención y no otra de las alternativas. Y, por último, la posibilidad de retirar el consentimiento en cualquier momento (Aguilar et al.).

En cuanto a la información de la parte de las declaraciones, en ella se debe incluir los datos de identificación del profesional sanitario responsable, el centro y el servicio sanitario en el que se vaya a llevar a cabo el procedimiento médico; un apartado en el que

se indique que el paciente ha leído y comprendido el consentimiento informado, se le han explicado las dudas que ha planteado, se indique su consentimiento o no y su firma; el nombre completo del profesional sanitario encargado de aportarle la información y el consentimiento informado por escrito; un apartado para los tutores o representantes en el caso de que el paciente sea incompetente o incapaz; la declaración de la incapacidad del paciente; el nombre completo del tutor; la declaración de que el paciente ha sido informado junto con su consentimiento y firma; apartado para la aceptación del proceso, rechazo y revocación y firma; el lugar y la fecha (Aguilar et al.).

Vázquez et al. (2017) indican que el consentimiento informado debe respetar «simultáneamente los requisitos, forma y contenido establecido por la legislación civil, sanitaria y los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia para alcanzar su existencia y validez jurídica, así como su perfección ética y legal». (p. 175)

Además, «el deber de consentimiento informado, es decir, de informar al paciente y de respetar su decisión, es un deber del profesional sanitario que no sólo tiene un fundamento ético, sino también jurídico, al venir así establecido por imperativo legal». (Junta de Castilla y León, p.11)

Como se ha mencionado anteriormente, el consentimiento informado debe redactarse con un lenguaje sencillo para que el lector lo pueda comprender de una forma fácil. Por ello, las recomendaciones son escribir con frases directas y cortas, analizar y evaluar los formularios con alguna técnica de evaluación lingüística, utilizar el menor número posible de signos de puntuación diferentes del punto y la coma, usar palabras cortas: escribir tal y como se habla, hacer que pacientes y personas sanas lean y hagan observaciones sobre los formularios, evitar en lo posible el uso excesivo de símbolos y números, y procurar incluir el menor número posible de tecnicismos (Cecilia, 2012).

Por otra parte, la información debe ser adecuada, veraz y comprensible con el objetivo de que ayude al paciente a la hora de tomar la decisión de que se lleve a cabo el procedimiento médico o no. El lenguaje que se utilice debe tener en cuenta el lector, por lo que tendrá que adaptarse al nivel cultural e intelectual, siempre evitando el uso de la terminología técnica. La información siempre será verdadera, independientemente de si los casos son pronóstico fatal y nunca debe buscar una decisión determinada por parte del paciente, se debe evitar la coacción y manipulación (Ortiz, 2010). «Además, debe ser adecuada a las circunstancias personales del paciente (edad, estado de ánimo, gravedad), a la finalidad de la misma (dar a conocer el estado de salud, obtener el consentimiento, conseguir la colaboración activa)». (Ortiz, 2010, p.647)

Siempre se tiene que tener en cuenta el lector del consentimiento informado para adaptar así el tipo de lenguaje que se utilice para su redacción, adaptándolo al nivel intelectual y cultural y evitando la terminología técnica. Se tiene que evitar también la mentira, aunque el pronóstico sea fatal. Además, la información se debe adecuar al estado personal del paciente y su finalidad, es decir, informar sobre el estado de salud del paciente, obtener el consentimiento y conseguir así una colaboración activa. La cantidad de información debe regularse por el tipo de paciente y siempre se deberá evitar la manipulación (Junta de Castilla y León).

En los casos en los que los profesionales sanitarios hablan a sus pacientes utilizando el lenguaje médico es muy probable que el paciente se vea incapaz de comprender la información (Idoate, 1998). «Esto implica que debemos usar el lenguaje coloquial para conseguir que nos entienda, y asegurarnos de que así ha sido, mediante la repetición por parte del enfermo de lo que él ha comprendido». (Idoate, 1998, p.10)

Además, tal y como indica Ariza, R. y Miguel, E. (2003) «el consentimiento ha de ser libre y lúcido, lo que exige a los médicos el esfuerzo de hacerse entender, adecuándose a

cada paciente. Para ello, debemos usar un lenguaje coloquial, evitando términos técnicos.» La información incluida en el consentimiento también debe ser «la suficiente y adecuada para que el paciente se haga una representación del alcance del acto sobre el que va a consentir.» (Ortiz, 2010, p.650) Debe incluir información importante redactada de forma breve y utilizando un lenguaje comprensible para poder ser entendido por los pacientes (Ortiz, 2010).

«Para que un formulario se considere aceptable según la teoría del Consentimiento Informado debe reunir unos requisitos mínimos». (Vidal, 1998, p.17) La cantidad de información que se proporcione debe seguir un criterio razonable y, con respecto a la claridad de la información, en la mayoría de los casos se dan problemas de comprensión puesto que se utiliza una terminología técnica con frases complejas y extensas que no están adaptadas al nivel cultural del paciente e incluso, en algunos casos, en un idioma distinto (Vidal, 1998).

Por otra parte, en cuanto a quién debe informar al paciente sobre el consentimiento informado, Ortiz y Burdiles (2010) indican en su artículo titulado *Consentimiento informado* que aquel profesional sanitario que vaya a llevar a cabo el procedimiento médico será el encargado de informar al paciente. «Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de la asistencia, sino a cumplir los deberes de información y documentación clínica». (Ortiz, 2010, p.647)

Asimismo, «se asignará a los pacientes un médico responsable, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial, y un enfermero responsable del seguimiento de su plan de cuidados». (Junta de Castilla y León, p.12)

Excepto en los casos en el que el paciente haya indicado que no quiere ser informado, el destinatario de la información siempre será el paciente (Junta de Castilla y León). «Las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, serán informadas en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita, pudiendo éste prohibir expresamente la información a cualquier persona». (Junta de Castilla y León) Sin embargo, si el estado en el que se encuentra el paciente puede afectar a otras personas, el paciente también debe ser informado sobre qué precauciones debe tener y, en algunos casos, del deber que tiene de informar a personas cercanas a él con el objetivo de proteger su salud. El paciente siempre será informado en función de su grado de comprensión y de sus facultades, aunque también se le informe a su representante legal o a las personas vinculadas a él. En el caso de que el paciente sea menor y sus padres estén separados y compartan la tutela, los dos padres deben recibir la información. El lenguaje se debe adaptar a la edad, madurez y el estado psicológico de los menores, pero siempre tienen el derecho a recibir también la información sobre su salud. Solo se podrá limitar el derecho a la información asistencial de los pacientes cuando el conocimiento de su estado pueda perjudicar a su salud gravemente (Junta de Castilla y León).

Con respecto al lugar específico donde explicar al paciente el consentimiento informado y donde se lleve a cabo su firma, se aconseja que se realice en una sala o consulta privada para que la comunicación sea tranquila, sin interrupciones y en un ambiente de confidencialidad. También es importante que el paciente se sienta cómodo para realizar preguntas y tomar la decisión en conciencia (Ortiz, 2010). «Es imprescindible que haya un buen entendimiento y una auténtica colaboración entre el médico y el paciente en este único proceso de hacerse adultos y responsables, cada uno según su condición». (Ortiz, 2010, p.652)

Se debe partir de la presunción de capacidad, siempre se considerará al paciente capaz para decidir a menos que se demuestre lo contrario. En los casos en los que el paciente no posea la competencia necesaria para tomar la decisión, se ejercerá la representación o la

sustitución por otra persona o institución. Los representantes serán personas vinculadas al enfermo por razones familiares o de hecho (Junta de Castilla y León).

Los casos en los que se puede dar la representación o la sustitución en el consentimiento son cuando los pacientes están incapacitados de forma legal, los pacientes menores de 16 años que no estén emancipados y no tengan madurez para comprender el procedimiento médico, y los pacientes que por su estado psíquico o físico no sean capaces para tomar una decisión (Junta de Castilla y León).

Se debe tener en cuenta que el hecho de que el paciente reciba el consentimiento informado no protege al profesional sanitario de demandas de responsabilidad por mala praxis en los casos en los que hubo culpa en la actuación y se infringió la *lex artis* (Junta de Castilla y León).

Existe la posibilidad de que el paciente, una vez haya leído y comprendido la información del consentimiento informado, se niegue a dar su consentimiento para la realización del procedimiento médico. En este caso, se debe respetar su voluntad y no se debe llevar a cabo el procedimiento. Por ley, todo paciente tiene el derecho de negarse a la realización del procedimiento médico excepto en el caso de que conlleve un riesgo para la salud pública o el riesgo de terceras personas (Junta de Castilla y León). «En el caso de no autorizar una intervención, el paciente deberá ser informado de otros procedimientos alternativos existentes y, en su caso, ofertar éstos cuando estén disponibles, aunque tengan carácter paliativo, debiendo tal situación quedar debidamente documentada». (Junta de Castilla y León, p.16)

En los casos en los que sean los padres o los representantes legales quienes se nieguen a dar el consentimiento, «deberán hacerse constar en la historia clínica las circunstancias por las que no se da el consentimiento por si fuera preciso solicitar la pertinente autorización judicial». (Junta de Castilla y León, p.16)

Por otra parte, el paciente siempre tiene derecho a dar o no dar su consentimiento por escrito antes de un procedimiento médico excepto en los casos en los que el hecho de que no se lleve a cabo el procedimiento provoque un riesgo para la salud pública, «cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a la familia o personas allegadas; cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento». (Vidal, 1998, p.16)

En cuanto a los posibles problemas de traducción, de forma general, los textos redactados en inglés pertenecientes al ámbito médico muestran una serie de limitaciones. En primer lugar, desde el punto de vista de la terminología, la presencia de nomenclaturas y sistemas de denominación internacional normalizados u de listados de prefijos y sufijos que se utilizan para formar términos médicos. En segundo lugar, las condiciones del encargo, que influyen tanto en la toma de decisiones del traductor como en la presentación del texto meta. Desde el punto de vista estilístico, la existencia de normas de estilo y la presentación de documentos del ámbito biosanitario. Relacionado con las medidas, unidades y los pesos, la presencia de normas de conversión al sistema métrico decimal. En cuanto a los aspectos lingüísticos: presencia de calcos o falsos amigos por influencia del inglés, utilización de calcos ortográficos por influencia del inglés, presencia de anglicismos por influencia del inglés, calco de acrónimos procedentes del inglés, utilización de epónimos de la cultura anglosajona, polisemia de términos clave en el inglés médico que necesitan una traducción distinta en español según el contexto. Por último, desde el punto de vista de la cultura, la presencia de referentes culturales de la cultura anglosajona que no tienen equivalente en la cultura hispanohablante, y el tratamiento de marcas comerciales y la presencia del *spanglish* (Martínez, 2010).

También se pueden encontrar características del lenguaje médico que condicionan su traducción. En primer lugar, la presencia de diversos contextos en el ámbito sanitario y

sus características lingüísticas. En segundo lugar, los distintos niveles de la lengua que se dan en el discurso médico (especializado, semiespecializado y divulgativo) (Martínez, 2010). Y, por último, «la variación lingüística (diastrática, diafásica y diatópica) que caracteriza al discurso médico tanto en inglés como en español». (Martínez, 2010, p.505)

La traducción de los consentimientos informados es indispensable desde el punto de vista legal (Gallego-Borghini, L., 2012) y «tras la aprobación del documento de consentimiento informado general o Master ICF —del inglés Master Informed Consent Form—, es necesario traducir y adaptar dicho documento a la lengua y a los requisitos de cada país participante». (Fernández y Ardura, 2012, p.291) Por este motivo, la traducción de los consentimientos, en muchas ocasiones de mala calidad, ha provocado una serie de errores que son comunes en muchos de estos documentos: la escasa calidad de la redacción, la elección de palabras que no se utilizan en nuestro contexto sanitario (como ‘clínica’ por *clinic*), el mantenimiento de las marcas comerciales extranjeras, los anglicismos flagrantes (‘niño no nacido’ en vez de ‘feto’; ‘notas médicas’ en lugar de ‘historia clínica’) o la absoluta falta de rigor en el castellano (¿las muestras ‘se ensayan’? ¿Los ‘sujetos macho’?) (Gallego-Borghini, L., 2012).

En su investigación, Fernández y Ardura (2012), aportan una serie de recomendaciones a la hora de traducir un consentimiento informado según el modelo Master ICF (Master Informed Consent Form). Con respecto a los ensayos multinacionales donde el promotor es de estadounidense, se debe reemplazar la Dirección Federal de Fármacos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y al Institutional Review Board por «las autoridades sanitarias españolas y de otros países y los CEIC» ya que en España no existe la FDA. En las pólizas de seguro se debe omitir la información relacionada con el tipo de seguro médico personal del paciente puesto que esto no se aplica en los centros participantes que sean parte de la Seguridad Social de España.

Por otra parte, los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC), recomiendan que se reduzcan las páginas relacionada con la hoja de información. Algunos de sus apartados son muy extensos e incluyen las visitas o los riesgos de la medicación del estudio, algo que dificulta la comprensión del paciente. En cuanto a las visitas, se recomienda incluir la duración estimada del estudio, la enumeración de los procedimientos y el número de visitas. En cuanto a los riesgos, se debe redactar de forma sencilla y breve indicando que es posible, si el paciente lo desea, que el profesional sanitario le dé un documento con una lista detallada de los riesgos y otros tratamientos disponibles. Siempre se recomienda evitar frases repetidas o innecesarias. También se debe adaptar el texto en inglés para que sea más comprensible para el paciente español o a los procedimientos locales de la institución. Por ejemplo, traducir *study nurse* como «miembro del personal de estudio» o *tablespoon* por la cantidad en mililitros.

Además, se debe incluir una persona o institución de contacto para el sujeto del ensayo clínico en la hoja de información. En la mayoría de los casos, la persona que figura como contacto en el caso de que el paciente tenga más dudas con respecto a su participación es el equivalente al CEIC, pero se recomienda que se deje solo al investigador como persona de contacto. A propósito del formulario de consentimiento, se suele aceptar la traducción del formulario del Master ICF, pero en algunos casos se pide que se incluya un apartado con los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. Por último, en ocasiones, los CEIC piden la redacción de un formulario de consentimiento específico independiente del general para estudios de extensión o subestudios.

Otros de los problemas que pueden surgir de la traducción de los textos médico-jurídicos es la sinonimia y la polisemia a la que se tiene que enfrentar el traductor. Además, en el caso de este tipo de texto, las repercusiones en las personas son mayores

ya que aparecen términos del día a día que se utilizan con otro significado distinto en el ámbito del derecho también de la medicina (Rodríguez-Perdomo, 2012).

2.8. Qué tipo de traductor/intérprete debe traducir los textos médico-jurídicos y sus competencias

Los textos híbridos médico-jurídicos, al pertenecer a dos ámbitos especializados distintos, presentan un dilema a la hora de decidir qué tipo de traductor y/o intérprete debe encargarse de ellos. Por una parte, los traductores médicos indican que, debido a la complejidad por el alto contenido de terminología y conceptos legales, son los traductores jurídicos los que son los más adecuados para encargarse de ello. Por otra parte, los traductores jurídicos establecen que las consecuencias de traducir términos y conceptos médicos son muy graves, por lo que son los traductores médicos quienes deberían traducirlos (Borja, 2012).

Cada tipo de texto médico-jurídico deberá ser traducido por un traductor y/o intérprete distinto. Los textos que son esencialmente jurídicos y que se consideran médico-jurídicos únicamente por su temática, por ejemplo, acuerdos de voluntades o contratos, deben ser traducidos por traductores jurídicos puesto que tienen conocimientos relacionados con el ámbito legal tanto de la lengua origen como de la lengua meta. Sin embargo, será necesario que completen su labor con un gran trabajo de documentación relacionado con la materia de la medicina que se trata en el documento. Por el contrario, los tipos de textos que son administrativos y requieren la intervención de un médico, por ejemplo, los consentimientos informados, contienen menos cantidad de temática jurídica. Por este motivo, se recomienda que sean traducidos por traductores médicos ya que es fácil documentarse y encontrar las soluciones adecuadas para los posibles problemas que puedan surgir de la parte jurídica (Borja, 2012).

Borja (2012) también indica las competencias que el traductor debe reunir a la hora de traducir este tipo de texto.

En primer lugar, «tener un conocimiento instrumental y comparado del campo del discurso en el que se encuadra el documento que va a traducir, para que su comprensión y reexpresión del texto original sea lo más correcta y precisa posible». (p.167) En los consentimientos informados, lo ideal sería un traductor que tuviese conocimientos básicos del derecho y de la medicina. En cuanto al ámbito jurídico, existe una dificultad mayor debido a la falta de equivalencias entre los sistemas jurídicos. Por el contrario, en cuanto al ámbito médico, los conceptos especializados con los que trabajan los traductores médicos suelen tener un equivalente exacto en el otro idioma, por ejemplo, instrumental quirúrgico o los principios de los medicamentos. Sin embargo, esto no ocurre con la terminología jurídica con términos como nombres de los tribunales, documentos procesales o figuras e instituciones jurídicas (Borja, 2012).

En segundo lugar, tener conocimientos sobre la terminología de la especialidad, tanto en la lengua origen como en la lengua meta (Borja, 2012). «Nos hallamos ante dos lenguajes de especialidad o tecnolectos muy bien definidos sobre los que existe una extensa literatura que incluye manuales, libros de estilo, diccionarios. Esta circunstancia facilita la formación de los traductores y su trabajo de documentación». (Borja, 2012, p.167)

Otra de las competencias es «dominar las convenciones macroestructurales y de estilo del género médico-jurídico que se va a traducir —en la lengua de partida y de llegada— para que el texto traducido suene natural y resulte aceptable para la cultura receptora». (Borja, 2012, p.167) Esta competencia se puede adquirir con el trabajo de géneros

equivalentes en la lengua meta, o creando corpus propios de documentos originales en la lengua origen a partir de manuales de documentos médico-legales o modelos de documentos que publican los organismos públicos (Borja, 2012).

Por último, «conocer la función que va a tener el texto traducido, su valor legal y las necesidades y expectativas de sus clientes —médicos, juristas, usuarios de los servicios de salud, empresas...— en cuanto a la traducción de los mismos». (Borja, 2012, p.168) Todo esto está muy relacionado con la función que tenga el texto meta, ya sea como elemento de información para la negociación de un ensayo clínico, como elemento que un paciente tiene que comprender como consentimiento informado, etcétera. Según la función del texto meta, el traductor tendrá que decidirse por unas decisiones u otras. Por ejemplo, se puede seguir una estrategia de uso de extranjerismos, uso de la literalidad, etcétera (Borja, 2012).

3. Metodología

Este trabajo de investigación comenzó con la compilación de un corpus de textos. Para ello, se realizó una búsqueda de consentimientos informados en inglés y de consentimientos informados en español. Una vez encontradas varias páginas web de hospitales e instituciones sanitarias que ofreciesen los documentos de sus consentimientos, se escogieron aquellos consentimientos cuya temática podía encontrarse tanto en español como en inglés.

De esta forma, utilizando las páginas web mencionadas anteriormente (Barts Health, Cambridge University Hospitals, Chelsea and Westminster Hospital, Guy's and St Thomas' Hospital, Kingston Hospital, Royal Cornwall Hospitals, University Hospitals Bristol, Agència Valenciana de Salut, Generalitat Valenciana, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Portal de la Junta de Andalucía, y Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)), se extrajeron 50 documentos de consentimientos informados en inglés y 50 documentos de consentimientos informados en español de 50 temáticas distintas.

Los procedimientos médicos sobre los que tratan los consentimientos informados analizados en este trabajo son: la amniocentesis, la amputación o desarticulación de un miembro, la apendicectomía, la cesárea, la colecistectomía, la cirugía de catarata, la cirugía de la columna lumbar, la ecocardiografía con estrés farmacológico, el retinoblastoma, la cirugía de la fístula anal, la cirugía de las hemorroides, la histerosalpingografía, la histeroscopia, la implantación de un marcapasos permanente, la cirugía de la incontinencia urinaria, la mastectomía radical, la otoplastia, la cirugía del prolapso rectal, la prótesis de cadera, la prótesis de rodilla, el tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo esofágico, la resección pancreática, la cirugía del sinus pilonidal, el trasplante hepático, el trasplante pancreático, el trasplante renal, la cirugía de corrección de prolapso, la angioplastia coronaria, la cirugía del defecto craneal, la extirpación del neurinoma de acústico de lado afecto, la resección del recto por cirugía abierta, la linfadenectomía axilar, la infiltración con toxina botulínica, el cateterismo terapéutico coronario, la ecocardiografía transesofágica, la gastroscopia, el análisis genético de utilidad clínica, en sangre periférica y/o tejido tumoral, la colonoscopia diagnóstica y terapéutica, la laminectomía y discectomía por hernia discal, la fecundación in vitro-transferencia embrionaria (FIV-TE), la mastoplastia de aumento, la mastoplastia de reducción, la implantación de resincronizador-DAI, la biopsia cutáneo mucosa, la septoplastia, la tiroidectomía, la paratiroidectomía, la amigdalectomía, la submaxilectomía, la infiltración epidural, y la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU).

A continuación, se llevó a cabo un análisis de los consentimientos informados. Primero se analizó el texto en inglés y después el texto en español sobre el mismo procedimiento. De esta forma, era más fácil comparar la redacción en ambos idiomas. Teniendo en cuenta que trataban sobre el mismo procedimiento era más probable que, por ejemplo, utilizaran la misma cantidad de terminología especializada puesto que se ha observado que en los procedimientos más complejos se utiliza una cantidad mayor de terminología médica y su longitud es mayor. Por el contrario, los procedimientos menos complejos eran más breves y no contenían tanta cantidad de terminología especializada.

En este análisis, se tuvo en cuenta la macroestructura del texto, cuáles eran los distintos apartados que formaban el texto, cómo estaba estructurada la parte del consentimiento, si en general estaba estructurado con guiones, tablas y en diferentes párrafos, y qué apartados se incluían.

En cuanto a la microestructura, se tuvo en cuenta la gramática, el registro, la terminología, la cantidad de información relacionada con el ámbito médico y la cantidad de información relacionada con el ámbito jurídico.

Para analizar la terminología, a la misma vez que se analizaban los aspectos de redacción mencionados anteriormente, se realizó la extracción terminológica de los documentos en inglés y de los documentos en español, de forma individual. De esta forma, se pudieron conseguir los datos necesarios para analizar la cantidad de terminología jurídica que contenía cada consentimiento frente a la cantidad de terminología médica. En los casos en los que se analizaron más de un tipo de consentimiento informado del mismo modelo, se calculó la media de la terminología médica, que es la que variaba ya que la información relacionada con la parte del ámbito jurídico coincidía independientemente del tipo de procedimiento médico que se realizase. A la hora de reflejar la terminología en el análisis textual, se utilizaron gráficas para representar el porcentaje de terminología especializada del ámbito médico frente a la terminología especializada perteneciente al ámbito jurídico. Se compararon los dos tipos de terminología especializada, médica y jurídica, tanto dentro de cada modelo de consentimiento informado redactado en inglés y los redactados en español, como entre las dos lenguas. Además, el aspecto de la terminología justificó una de las características principales de los consentimientos informados, la de ser un texto híbrido donde, en este caso, se combina la temática y la terminología del ámbito médico con la temática y la terminología del ámbito jurídico.

Tras esto, se hizo una comparación entre la redacción de ambas lenguas. Se indicaron las semejanzas más frecuentes en los textos y las de más importancia, así como las diferencias más significativas. De esta forma, se pudo obtener como conclusión en qué idioma se redactan los consentimientos informados de una forma más comprensible.

4. Análisis textual

En primer lugar, se describirá el análisis de los consentimientos informados en inglés, después de los escritos en español y, tras esto, se hará una comparación entre ambos. Se organizará por temáticas, según los distintos aspectos que se han tenido en cuenta a la hora de analizar todos los consentimientos informados.

Las temáticas analizadas son: macroestructura y microestructura. Dentro de la microestructura se ha tenido en cuenta la gramática, el registro y la terminología.

En la macroestructura se ha analizado la forma en la que está organizado el documento de forma general, si el texto se ha redactado o si, por el contrario, tiene una estructura propia de formulario, siendo más esquemática, utilizando guiones y recuadros para separar la información, con menos cantidad de párrafos y de menos extensión. También se ha analizado la estructura por separado, por una parte, la información sobre el procedimiento y, por otra parte, las declaraciones tanto del paciente como del profesional sanitario.

Dentro de cada una de estas partes se ha indicado qué apartados la componen, por ejemplo, en la parte de la información del procedimiento suelen aparecer: la explicación y los riesgos que conlleva; y en la parte de las declaraciones: el consentimiento del paciente y el consentimiento del profesional sanitario.

Además, se ha descrito la forma en la que están presentadas dichas partes, si están redactadas en párrafos o si, por el contrario, están redactadas como un formulario con distintas tablas y casillas para rellenar.

Con respecto a la microestructura, como se ha mencionado anteriormente, se ha analizado la gramática, el registro y la terminología.

Desde el punto de vista de la gramática se ha tenido en cuenta el tipo de tiempo verbal utilizado, la voz gramatical, si las oraciones son breves o extensas, y si los títulos de los distintos apartados están planteados en forma de pregunta o de afirmación.

En cuanto al registro, se ha analizado qué persona se utiliza. En la parte del procedimiento, en el caso del inglés, si se utiliza la segunda persona del singular («you») o el impersonal, y en el caso del español si se utiliza la segunda persona del singular («tú»), «usted» o el impersonal. En la parte de las declaraciones si se utiliza la primera persona del singular «I» o el impersonal.

En la terminología se ha tenido en cuenta si se utilizan expresiones pertenecientes a un registro alto o si se utiliza un vocabulario general. También se ha analizado si se añaden explicaciones para aquellos términos que puedan provocar más problemas en el paciente a la hora de comprender el procedimiento. Asimismo, se ha calculado la cantidad de terminología jurídica y terminología médica que contiene cada modelo de consentimiento informado. En aquellos casos en los que se han analizado más de un consentimiento de la misma institución, se ha hecho una media de los términos. También se ha calculado el contenido total de los términos jurídicos y médicos de todos los consentimientos informados analizados.

4.1. Consentimientos informados en inglés

A continuación, se analizarán siete modelos de consentimientos informados en inglés de siete instituciones distintas del Reino Unido: Barts Health, Cambridge University Hospitals, Chelsea and Westminster Hospital, Guy's and St Thomas' Hospital, Kingston Hospital, Royal Cornwall Hospitals y University Hospitals Bristol.

Macroestructura

La mayor parte de los consentimientos son similares y comparten varias características.

En primer lugar, los consentimientos informados de Cambridge University Hospitals, Kingston Hospital y Royal Cornwall Hospitals estructuran la información relacionada con la explicación del procedimiento médico con títulos escritos en negrita y con párrafos no muy extensos.

Por otra parte, los consentimientos de Barts Health y Guy's and St Thomas' Hospital estructuran esta información como formulario con casillas para rellenar. En este caso, la cantidad de información que aportan sobre el procedimiento es mucho menor que la de los modelos de consentimiento mencionados anteriormente.

De la misma forma, los consentimientos de University Hospitals Bristol también aportan una cantidad de información menor, estructurada en un único párrafo redactado y en forma de casillas para rellenar.

Los consentimientos de Chelsea and Westminster Hospital no son tan similares y, en su caso, la información sobre el procedimiento va incluida en la declaración del paciente, indicando que está de acuerdo y que comprende toda la información.

En cuanto a la parte dedicada a las declaraciones, principalmente del paciente y del profesional sanitario responsable, los consentimientos de Cambridge University Hospitals, Royal Cornwall Hospitals y University Hospitals Bristol utilizan una estructura de formulario con varias tablas y casillas.

Por el contrario, Barts Health, Chelsea and Westminster Hospital, Guy's and St Thomas' Hospital y Kingston Hospital siguen una estructura en párrafos y oraciones redactadas sin utilizar recuadros ni tablas.

Con respecto a la información que aportan relacionada con el procedimiento, la mayoría de los consentimientos contienen los mismos apartados: en qué consiste el procedimiento, quién puede someterse a él, qué beneficios aportará, qué posibles riesgos existen, cómo se ha de preparar el paciente, qué ocurrirá después, y qué alternativas existen.

Los consentimientos de Cambridge University Hospitals y Kingston Hospital, además, incluyen la sección de información sobre la anestesia donde se explican los tipos que existen y los posibles riesgos que puede conllevar. Esta sección solo la incluyen en aquellos procedimientos en los que el uso de la anestesia es obligatorio o recomendable. El resto de instituciones no incluyen este tipo de información en el mismo documento del consentimiento, sino que, en el caso de que sea necesaria, le dan al paciente otro documento aparte con toda la información sobre la anestesia.

Por otra parte, Cambridge University Hospitals también incluye información sobre el afeitado de la zona a tratar en aquellos consentimientos en los que se requiere como, por ejemplo, el procedimiento de la implantación de un marcapasos permanente.

En relación a la información de la parte de las declaraciones, los apartados que coinciden en todos los consentimientos informados son la declaración del paciente, con la opción de ser firmada por el tutor legal en el caso de que el paciente sea menor de edad, y la declaración del profesional sanitario. En algunos casos como los de Cambridge University Hospitals, Guy's and St Thomas' Hospital, Royal Cornwall Hospitals y University Hospitals Bristol se añade en la declaración del paciente el apartado de la firma por un testigo en el caso de que el paciente esté incapacitado y no pueda firmar.

Otro de los apartados que aparece en los consentimientos de Cambridge University Hospitals, Kingston Hospital y University Hospitals Bristol es la confirmación del consentimiento. En este apartado, el profesional sanitario responsable declara y firma que el paciente no tiene ninguna pregunta, que ha comprendido toda la información y que está de acuerdo con que se lleve a cabo el procedimiento.

También se incluye en los consentimientos de Cambridge University Hospitals, Guy's and St Thomas' Hospital y University Hospitals Bristol la revocación del consentimiento.

Este apartado se utiliza en el caso de que el paciente se niegue a que el procedimiento se realice.

Por otra parte, Cambridge University Hospitals, Guy's and St Thomas' Hospital, Royal Cornwall Hospitals y University Hospitals Bristol incluyen el apartado de la declaración del intérprete para que, en el caso de que se haya requerido su labor, declare y firme que ha interpretado y traducido el consentimiento de la mejor forma posible con el objetivo de que el paciente comprenda toda la información sobre el procedimiento.

Los consentimientos de Cambridge University Hospitals, Kingston Hospital y Royal Cornwall Hospitals también incluyen un apartado con información de contacto para que el paciente pueda obtener una copia del documento del consentimiento en otro idioma, en el caso de que no comprenda el inglés, o en Braille o en audio, en el caso de que sea una persona con discapacidad funcional visual.

En los consentimientos de Barts Health, Cambridge University Hospitals, Kingston Hospital y University Hospitals Bristol se incluyen también apartados relacionados con la posibilidad, en el caso de que el paciente dé el consentimiento, de poder ser tratado por estudiantes en prácticas, siempre contando con la supervisión de un profesional. De la misma forma, los consentimientos de Cambridge University Hospitals informan sobre la posibilidad de ser grabados o de que les tomen fotografías para futuras investigaciones o para la formación de los estudiantes. Además, los consentimientos de Barts Health, Cambridge University Hospitals, Guy's and St Thomas' Hospital y University Hospitals Bristol informan sobre que puede que se tomen muestras biológicas del paciente que puedan utilizar en futuras investigaciones médicas.

Una de las características que tienen en común los consentimientos de todas estas instituciones sanitarias es que dan mucha importancia a recordar al paciente que debe leer detenidamente el documento, preguntar cualquier duda al profesional sanitario responsable y comprenderlo perfectamente antes de dar su consentimiento.

Otra característica que comparten todos es que se incluye en todas las páginas del documento el nombre y logo de la institución.

Por otra parte, algunos de los consentimientos incluyen apartados que no comparten con el resto.

En primer lugar, Kingston Hospital incluye los datos del autor del documento en el pie de página indicando, por ejemplo, su nombre y la fecha de publicación del documento.

En el caso de Cambridge University Hospitals, incluyen un apartado en el que piden al paciente que informe si padece la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob para tomar medidas y evitar posibles infecciones en las instalaciones. También aportan información sobre el derecho a la privacidad en el hospital y recuerdan que está prohibido fumar en todo el recinto.

Además, algunos consentimientos como los de Royal Cornwall Hospitals añaden imágenes explicativas para explicar el procedimiento de una forma más fácil con el objetivo de que el paciente lo comprenda de una mejor forma.

Las estadísticas de los posibles riesgos también es otro apartado que se incluye en algunos de los consentimientos analizados, en concreto, de los de Cambridge University Hospitals, Royal Cornwall Hospitals y University Hospitals Bristol. De esta forma, muestran al paciente la probabilidad, basándose en los casos del Reino Unido, de que pueda sufrir ese riesgo o padecer ese síntoma.

Desde el punto de vista de la información, tal y como se ha mencionado anteriormente, algunos de los consentimientos aportan mucha más cantidad de información que otros. Los consentimientos que más información incluyen sobre el procedimiento son los de Cambridge University Hospitals, Kingston Hospital y Royal Cornwall Hospitals, mientras que el resto ofrecen mucha menos información.

Gramática

La gramática utilizada, por lo general, suele coincidir en todos los consentimientos informados.

Los tiempos verbales que se utilizan principalmente en la parte de la explicación del procedimiento son el presente («*this procedure involves*») y el futuro simple («*you will see*»). Por otra parte, en las declaraciones se combina el presente («*I agree*») junto con el presente perfecto («*I have read and understood*»).

Con respecto a la voz, se utiliza tanto la voz activa como la pasiva. Normalmente, la voz pasiva se utiliza para expresar aquellas acciones en las que el paciente será el que reciba la acción y en las que el agente será el profesional sanitario («*you will be given general anaesthetic*»).

Desde el punto de vista de la longitud y complejidad de las oraciones, suelen ser oraciones no muy extensas y de una gramática simple.

En cuanto a los títulos de los apartados, en el caso de los consentimientos de Cambridge University Hospitals, Kingston Hospital y Royal Cornwall Hospitals, están redactados en modo interrogativo, a modo de pregunta («*Are there any risks or complications?*»). Por el contrario, los consentimientos de Barts Health, Chelsea and Westminster Hospital, Guy's and St Thomas' Hospital y University Hospitals Bristol redactan sus títulos en modo afirmativo («*Serious or frequently occurring risks*»).

Registro

El registro de los consentimientos es formal, haciendo uso de fórmulas de cortesía como «*please*». Sin embargo, este tipo de texto, aunque es formal, se caracteriza también por el acercamiento al lector utilizando en muchas ocasiones la segunda persona del singular («*you*»), en la parte de la explicación del procedimiento. Por el contrario, en la parte de la declaración se utiliza la primera persona del singular («*I understand*») ya que es la parte en la que el paciente indica que ha comprendido todo y que está de acuerdo con que el procedimiento se lleve a cabo.

Terminología

Con respecto a la terminología, puesto que se trata de un texto que tiene como función que el paciente comprenda el procedimiento por el que se va a someter, la mayoría de los consentimientos poseen una terminología general. Sin embargo, debido a la temática de los textos, es necesario el uso de terminología especializada del ámbito médico y también del ámbito jurídico. Por ello, muchos consentimientos aportan explicaciones entre paréntesis para que el lector pueda comprender el mensaje («*nephrologist (kidney specialist)*»).

En cuanto a la diferencia entre la cantidad de términos jurídicos y los términos médicos, solo los consentimientos de Barts Health, Chelsea and Westminster Hospital y Kingston Hospital cuentan con más de un 60 % de terminología médica frente a menos de un 40% de terminología jurídica (Figura 2, Figura 4 y Figura 5).

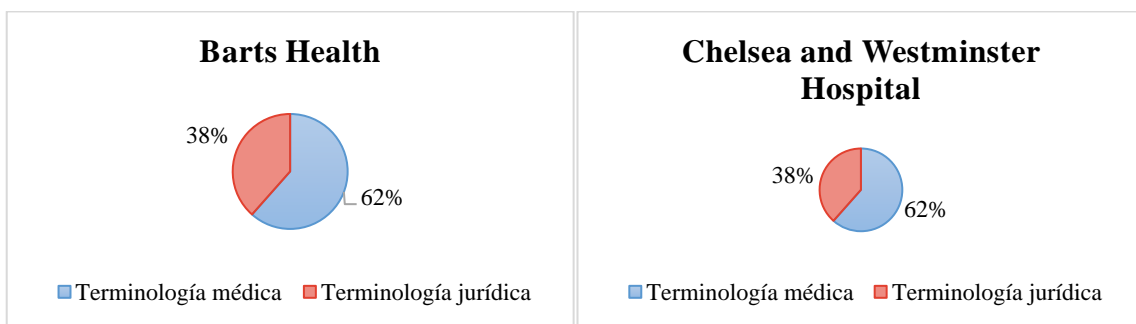


Figura 2

Figura 4

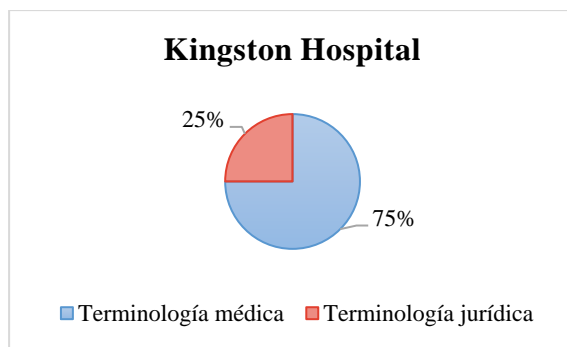


Figura 5

Por el contrario, los consentimientos de Cambridge University Hospitals, Royal Cornwall Hospitals y University Hospitals Bristol no muestran tanta diferencia terminológica y tienen alrededor de un 55 % de terminología médica y alrededor de un 45 % de terminología jurídica (Figura 3, Figura 7 y Figura 8).

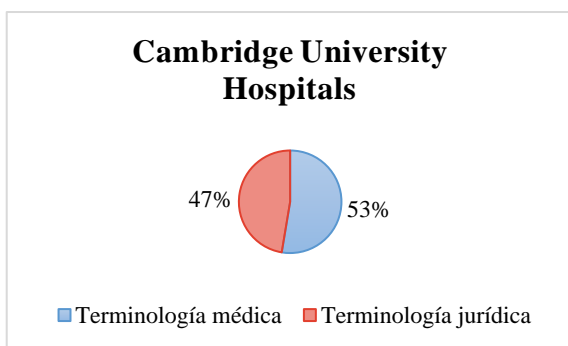


Figura 3

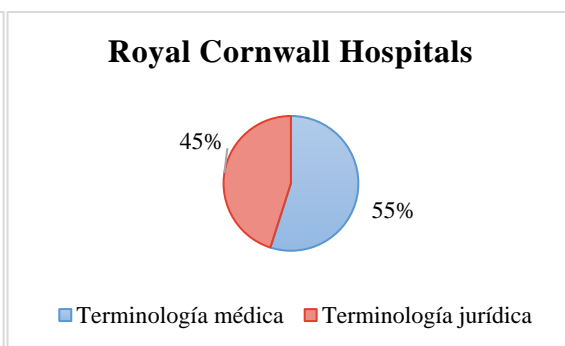


Figura 7

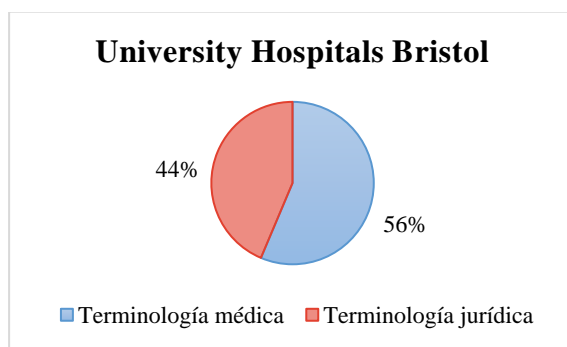


Figura 8

Por lo que se refiere a los consentimientos de Guy's and St Thomas' Hospital, tal y como se ha mencionado anteriormente, la información que aportan está estructurada como formulario, lo que muestra la posible causa de ser el tipo de consentimiento que más porcentaje de terminología jurídica presenta con un 77 % (Figura 6).

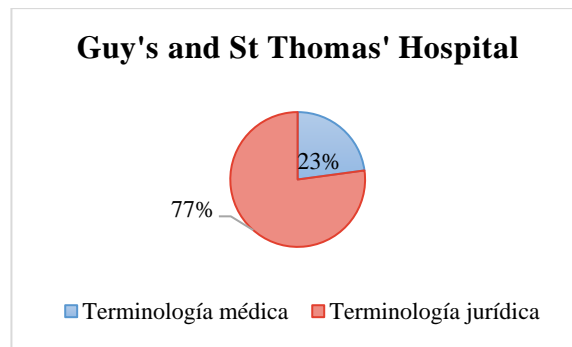


Figura 6

Se puede concluir, por tanto, que los consentimientos analizados en este trabajo muestran que la diferencia entre el número de terminología médica y jurídica no es muy destacable. La terminología médica obtiene un 55 % frente a la jurídica con un 45 % (Figura 9).

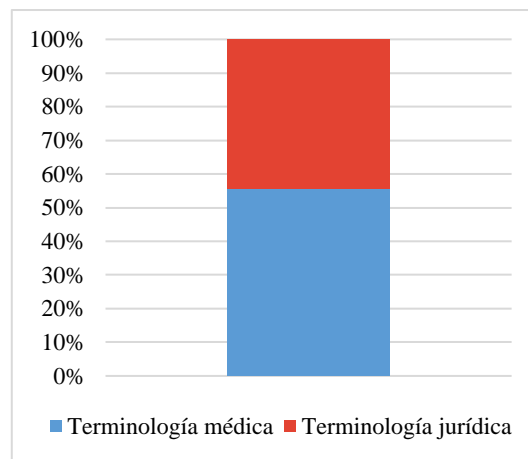


Figura 9

4.2. Consentimientos informados en español

En este apartado se analizarán cinco modelos de consentimientos informados de cinco instituciones distintas: Agència Valenciana de Salut, Generalitat Valenciana, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Portal de la Junta de Andalucía y Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT).

Macroestructura

Los consentimientos analizados en este trabajo comparten varias características en cuanto a la macroestructura.

En primer lugar, la mayoría de ellos, en concreto los de la Agència Valenciana de Salut, la Generalitat Valenciana, el Hospital General Universitario de Ciudad Real y el Portal de la Junta de Andalucía estructuran su información relacionada con la explicación del procedimiento médico utilizando títulos escritos en negrita y párrafos redactados no muy extensos.

Por el contrario, los consentimientos de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), estructuran esta información en un recuadro escribiendo los títulos de cada apartado de forma enumerada y en mayúsculas puesto que, en este caso, la explicación del procedimiento va incluida dentro de la declaración del paciente, indicando que ha entendido toda esta información y que está de acuerdo con que se lleve a cabo. A

diferencia del resto, la cantidad de información relacionada con el procedimiento es mucho menor.

Con respecto a la parte de las declaraciones, los consentimientos de la Agència Valenciana de Salut, el Portal de la Junta de Andalucía y la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) estructuran la información de forma redactada con espacios a rellenar por el paciente y el profesional sanitario responsable.

Por otra parte, los consentimientos de la Generalitat Valenciana y del Hospital General Universitario de Ciudad Real estructuran la parte de las declaraciones como formulario. Incluyen poca cantidad de texto redactado y utilizan casillas y huecos para rellenar.

En cuanto al tipo de información que se incluye, todos los consentimientos de estas instituciones sanitarias comparten los mismos tipos de apartados. Se explica el procedimiento en sí, los objetivos, los posibles riesgos y consecuencias y las alternativas existentes.

Los consentimientos de la Generalitat Valenciana también incluyen un apartado explicando las posibles consecuencias que habría en el caso de que el paciente no se sometiese a dicho procedimiento y otro apartado en el que se indican los riesgos que existen según el estado del paciente, a diferencia del resto de consentimientos que solo aportan información sobre los riesgos de forma general, independientemente de las características específicas del paciente.

A propósito de la redacción del documento, los consentimientos del Portal de la Junta de Andalucía incluyen al principio de la primera página un apartado en el que indican la Orden del BOJA (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía) que siguen a la hora de redactar el consentimiento informado. Esta misma institución también añade un apartado para rellenar por el profesional en el caso de que quiera explicar alguna otra información de interés para el paciente. De la misma forma, se incluye un apartado para añadir imágenes explicativas en el caso de que el profesional sanitario crea conveniente que puedan ser de ayuda para que el paciente comprenda el procedimiento.

Otro de los apartados que comparten los consentimientos del Portal de la Junta de Andalucía y de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) es el de información acerca de otros permisos que se le piden al paciente. Por ejemplo, permiso para tomar muestras biológicas para estudiar mejor el caso del paciente, o permiso para ser grabado o fotografiado para futuras investigaciones médicas. Para esto, aseguran la confidencialidad y el anonimato del paciente.

La información relacionada con las declaraciones también comparte algunas características en todos los consentimientos analizados. Las partes que se incluyen en todos ellos son la parte de los datos y declaración del paciente, el apartado del representante legal en el caso de que el paciente sea menor de edad, y la parte de la declaración del profesional sanitario responsable.

Otro apartado que comparten todos los consentimientos a excepción de los del Hospital General Universitario de Ciudad Real, es el de la revocación del consentimiento. En este apartado se indica que el paciente se niega a someterse al procedimiento y que esto no influirá en la forma en la que reciba su asistencia médica.

Por otra parte, los consentimientos de Generalitat Valenciana y del Hospital General Universitario de Ciudad Real añaden el apartado en el que el paciente puede firmar su deseo de no ser informado sobre el procedimiento.

Con respecto a los consentimientos de la Agència Valenciana de Salut, se incluye el apartado en el que el paciente puede firmar que no desea recibir los resultados de la prueba que se le realice.

Relacionado con la declaración del paciente, la Generalitat Valenciana incluye en sus consentimientos una nota informativa indicando que, en el caso de que el paciente sea

menor de edad y de que sus padres tengan la patria potestad compartida, es necesario que el consentimiento sea firmado por ambos. Asimismo, los consentimientos de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) incluyen el apartado de la declaración de un testigo en el caso de que el paciente esté de acuerdo, pero no esté capacitado para firmar el documento.

A propósito del derecho del paciente a leer detenidamente el consentimiento, preguntar cualquier duda que le surja al profesional sanitario responsable, firmar únicamente cuando lo haya comprendido todo y recordar que tiene el derecho a revocar el consentimiento incluso una vez que ya lo haya firmado, solo los consentimientos del Portal de la Junta de Andalucía y de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) dedican un apartado para ello.

Una de las características generales que comparten todos los consentimientos informados analizados es que se incluye el logo de la institución en todas las páginas del documento.

Teniendo en cuenta la cantidad de información aportada en el consentimiento, las instituciones Portal de la Junta de Andalucía y Hospital General Universitario de Ciudad Real son las que más información incluyen. Mientras que el resto, aportan una cantidad de información menor. Sin embargo, todos los consentimientos incluyen la información mínima y apropiada para que el paciente conozca todos los datos sobre el procedimiento al que se va a someter.

Gramática

Todos los consentimientos analizados suelen compartir las mismas características gramaticales.

En cuanto al tiempo verbal, en el apartado de la explicación del procedimiento predomina el uso del presente de indicativo («la amniocentesis se realiza en unos pocos minutos») y del futuro simple de indicativo («después de la intervención presentará molestias»). En la parte de las declaraciones se utiliza el presente de indicativo («doy mi consentimiento») junto con el pretérito perfecto de indicativo («he leído y comprendido»).

Desde el punto de vista de la voz, se combina el uso de la voz activa y de la pasiva («su identidad siempre será preservada»).

Con respecto a la complejidad de las oraciones, suelen ser extensas en algunos casos, sobre todo en la parte de la explicación del procedimiento.

Los títulos de todos los consentimientos analizados están planteados en forma de afirmación («Qué riesgos tiene»), a excepción de los de la Generalitat Valenciana en los que se plantean a modo de pregunta («¿Cuáles son sus riesgos?»).

Registro

El registro de los consentimientos informados es formal, dirigiéndose al paciente de «usted» en lugar de utilizar la segunda persona del singular («tú»). Además, la formalidad también se refleja con el uso de algunas expresiones como «estimarlo oportuno», «a estos efectos» o «será debidamente informado».

En la parte del procedimiento, algunos consentimientos utilizan «usted», tal y como se ha mencionado anteriormente. También se utiliza la forma impersonal («si se padece de»), y la primera persona del plural («también le indicaremos») haciendo referencia a los profesionales sanitarios.

La parte de las declaraciones se redacta utilizando la primera persona del singular («declaro»).

Terminología

Al tratarse de un tipo de documento que tiene como objetivo principal que sea comprendido de manera fácil por el lector, principalmente, contiene términos generales. Sin embargo, también contiene una gran cantidad de términos especializados del ámbito

médico y del ámbito jurídico. En algunos casos en los que se considera que el lector no va a poder comprender el significado de algunos términos, se incluye una explicación entre paréntesis: «cáteteres (cables muy finos, largos y flexibles)».

A continuación, se incluyen varias gráficas que representan los porcentajes de terminología médica y terminología jurídica que contienen los consentimientos de cada institución sanitaria analizada.

La mayoría de los consentimientos, en concreto los pertenecientes a la Generalitat Valenciana, Hospital General Universitario de Ciudad Real y Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), contienen un porcentaje más alto de terminología médica, en torno a un 55 % por ciento, frente a aproximadamente un 45 % de terminología jurídica (Figura 11, Figura 12 y Figura 14).

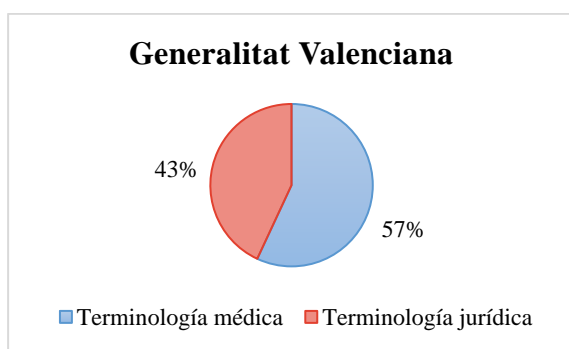


Figura 11

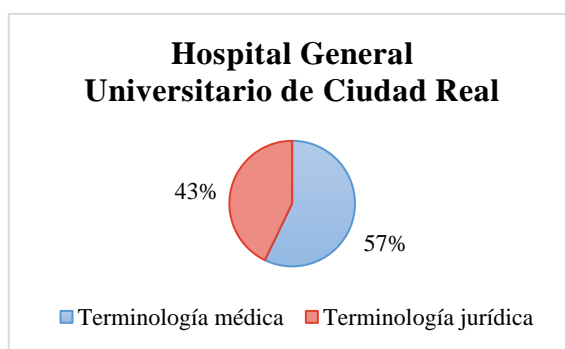


Figura 12

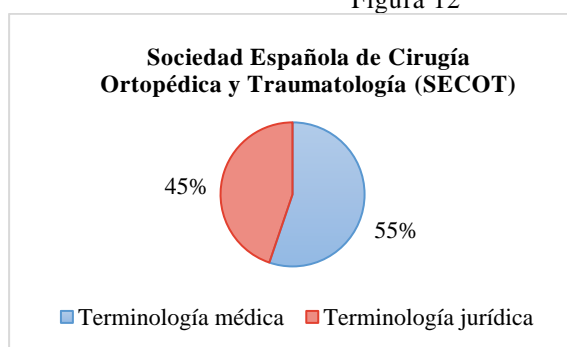


Figura 14

Por el contrario, los consentimientos de la Agència Valenciana de la Salut contienen tan solo un 27 % de terminología médica frente a un 73 % de terminología jurídica (Figura 10).

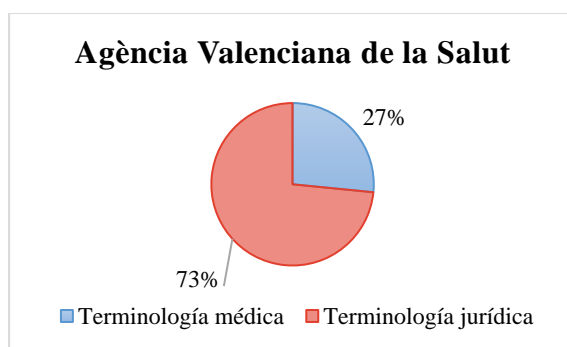


Figura 10

En cuanto a los consentimientos del Portal de la Junta de Andalucía, la terminología especializada está equilibrada, con un 49 % de terminología médica y un 51 % de terminología jurídica (Figura 13).

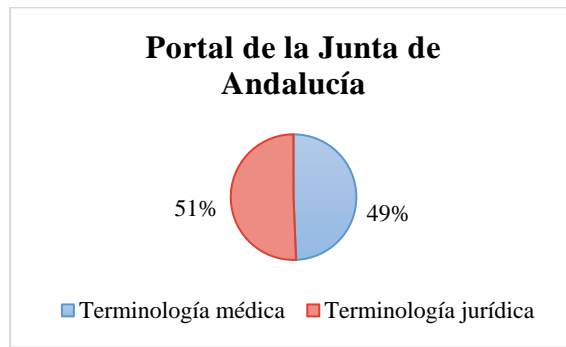


Figura 13

Como conclusión, los consentimientos analizados en este trabajo muestran que la diferencia entre la terminología médica y la jurídica no es muy notable (Figura 15).

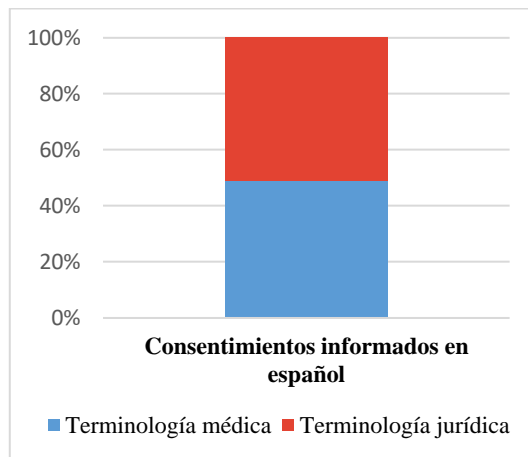


Figura 15

5. Comparación de la redacción de los consentimientos informados en inglés y en español

En este apartado se expondrán las principales diferencias y similitudes encontradas en la redacción de los consentimientos informados en inglés y consentimientos informados en español. Se debe tener en cuenta que las diferencias y similitudes de las que se hablan se han extraído de algunos de los consentimientos en inglés y algunos de los consentimientos en español, no todas las características aparecen en todos los consentimientos de la misma lengua. Se ha hecho una selección de aquellos más representativos y que más se repiten.

En primer lugar, se indicarán las similitudes encontradas entre la redacción en ambos idiomas.

Una característica en común es que todos los documentos tanto en inglés como en español incluyen el logo de la institución en todas las páginas del documento. Es una forma de establecer la autoría y la legalidad del documento.

Otra de las características que comparten ambas lenguas es la redacción de un apartado para informar al paciente sobre la posibilidad de ser grabado o fotografiado con fines académicos o de investigación. De la misma forma, se añade información sobre la posibilidad de tomarle muestras biológicas para futuras investigaciones médicas. En este mismo apartado también se informa sobre la posibilidad de ser atendido por un estudiante en prácticas, siempre garantizando la seguridad del paciente puesto que en todo momento será supervisado por un profesional. Con ello, se pretende mejorar la formación académica de aquellos estudiantes que formen parte de estudios relacionados con el ámbito de la medicina. Algunos consentimientos incluyen un apartado adicional a este donde el paciente puede firmar su permiso para todos los casos, para algunos o para ninguno.

Los consentimientos en español y en inglés también comparten el hecho de añadir imágenes explicativas en la parte de la información sobre el procedimiento que se va a realizar. De esta forma, el paciente puede entender más fácilmente un término o un procedimiento.

Por último, otra similitud que comparten es el apartado de revocación del consentimiento informado. En este apartado, el paciente se niega y firma que el procedimiento se lleve a cabo. Además, se le suele recordar que puede revocar el consentimiento en cualquier momento, incluso después de haber firmado que está de acuerdo y que quiere que se realice.

En cuanto a la terminología, en ambos idiomas se puede observar que la cantidad de terminología perteneciente al ámbito médico y al ámbito jurídico es muy similar. En ambos, la terminología médica es mayor que la jurídica, pero no se trata de una diferencia notable (Figura 16).

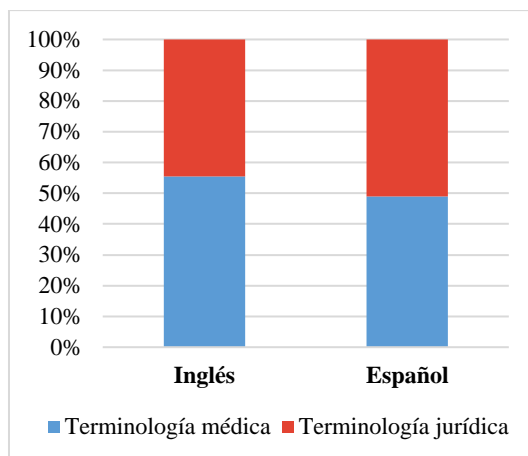


Figura 16

A continuación, se expondrán las diferencias encontradas en los consentimientos analizados.

Primero, en los consentimientos informados escritos en inglés, en el caso de que el procedimiento requiera anestesia, se incluyen en el mismo documento del consentimiento la información relacionada con la anestesia. Sin embargo, en español, en el caso de que sea necesaria, se indica que se le aportará al paciente otro documento con información sobre ella: tipos que existen y riesgos que puede conllevar.

En segundo lugar, en la mayoría de los consentimientos informados analizados en inglés se incluye el apartado de la declaración del intérprete. En el caso de que se haya requerido sus servicios, deberá firmar que ha interpretado de la mejor forma que considera posible con el objetivo de que el paciente comprenda el procedimiento. Por el contrario, en ninguno de los consentimientos informados analizados en español se incluye este apartado ni se nombra la figura del intérprete.

Relacionado con la anterior diferencia, en español no se incluye la posibilidad de obtener el consentimiento en otro idioma, o en audio o en Braille para las personas con diversidad funcional visual. Sin embargo, en los consentimientos informados en inglés aportan un número de teléfono y/o una página web para que el paciente pueda acceder a estos servicios.

Por otra parte, en la mayoría de los consentimientos en inglés, se le da mucha más importancia al derecho que tiene el paciente para indicar si quiere que se lleve a cabo el procedimiento o no. Añaden un párrafo o varios informando al paciente de que es muy importante que lea todo detenidamente y que no lo firme hasta que lo haya comprendido todo y no tenga ninguna pregunta que plantearle al profesional sanitario. Sin embargo, en los consentimientos en español no se le da tanta importancia a esto y en algunos puede aparecer algo de información relacionada con esto, pero no tanta como en los consentimientos en inglés.

Existe otro apartado, la confirmación del consentimiento, donde el profesional sanitario firma y declara que ha explicado todo lo necesario sobre el procedimiento al paciente y que este lo ha comprendido. Este apartado solo aparece en alguno de los consentimientos informados en inglés mientras que en los consentimientos en español no aparece en ninguno de ellos.

Con respecto a la parte jurídica, en los consentimientos en español, aparece la ley por la que se rige el consentimiento y dan información sobre ello. Por el contrario, en los consentimientos analizados en inglés no se hace referencia a esto.

Otra característica de los consentimientos informados en inglés que no se da en los consentimientos en español es la aportación de estadísticas. En inglés, se añaden datos

estadísticos sobre la probabilidad que existe de que el paciente pueda padecer ciertos síntomas o sufrir ciertas consecuencias debido al procedimiento. Incluso en algunas ocasiones, estos datos se acompañan de imágenes para que el paciente pueda ver de una forma más fácil que es muy improbable que sufra dichos riesgos. Esto puede servir para tranquilizar al paciente y convencerle de que se lleve a cabo el procedimiento.

Por tanto, se puede indicar que, por lo general, los consentimientos informados escritos en inglés aportan mucha más cantidad de información sobre el procedimiento que los de español. Además, incluyen más apartados como, por ejemplo, el apartado de la confirmación del profesional sanitario y la declaración del intérprete, que los consentimientos en español no incluyen. De esta forma, se puede concluir que la redacción de los consentimientos informados en inglés es mucho más completa que los redactados en español.

6. Conclusiones

Como conclusión, tras el análisis de los consentimientos informados en inglés y en español, se pueden extraer algunos aspectos destacables.

En primer lugar, como se ha comentado anteriormente, en los consentimientos informados escritos en español no se incluye nunca el apartado de la declaración del intérprete. Es posible que esto se deba a que la traducción y la interpretación en los servicios públicos en España no tiene un papel importante todavía por lo que no es muy habitual la figura del intérprete a la hora de informar a un paciente sobre el procedimiento médico al que se va a someter.

Aún no se ha conseguido el reconocimiento profesional de la traducción y la interpretación como actividad imprescindible en los ámbitos de administración pública y demás servicios públicos del país, a pesar de que cada vez es mayor la llegada de inmigrantes con distintas lenguas y culturas que necesitan asistencia lingüística en las distintas instituciones españolas (Hicheri, 2010).

A día de hoy, se sigue recurriendo a intérpretes ad hoc e incluso al uso del lenguaje gestual para conseguir la comunicación entre pacientes extranjeros en centros de servicios públicos de España (Navaza et al., 2009). Afortunadamente, «cada vez existe más conciencia de que esta no es una solución efectiva ni fiable para suplir la falta de entendimiento entre médico y paciente extranjero». (Navaza et al., 2009, p.145)

Con respecto a la interpretación por parte de mediadores, Valero (2006) explica que con la interpretación que se lleva a cabo por familiares, amigos o voluntarios que no tienen formación ni experiencia en la traducción y la interpretación en los servicios públicos, si bien se consigue solucionar algunos de los problemas lingüísticos que se dan en las conversaciones entre médico-paciente, «su actuación no reúne los requisitos exigibles a un mediador interlingüístico profesional, ni a nivel de competencias lingüística y comunicativa ni en cuanto a los principios básicos del código ético y profesional». (Valero, 2006, p.210)

Asimismo, es necesaria la elaboración de recursos y materiales en los hospitales, que «dispongan de un listado de términos o expresiones en otros idiomas, de dibujos y elementos gráficos que puedan facilitar la explicación a pacientes extranjeros, etc.» (Faya, 2016). También «sería conveniente que cada hospital dispusiera de su propio departamento de traducción e interpretación o un mínimo de traductores e intérpretes en plantilla, ya que, de esta forma, se facilitaría la prestación de estos servicios» (Faya, 2016).

«Al tratarse de un ámbito tan complejo, quien interpreta necesitará conocer el ámbito en profundidad y manejar la terminología específica para garantizar que la comunicación se produzca sin malentendidos». (Montanheiro, 2016, p.41) La recomendación es que los intérpretes estén especializados en la traducción e interpretación médico-sanitaria (Montanheiro, 2016).

Una de las consecuencias de la situación de la traducción y la interpretación en los servicios públicos en España es «una percepción negativa del otro participante en la conversación, lo que amenaza con crear o corroborar estereotipos culturales o nacionales». (Valero, 2006, p.170) Según algunos datos analizados, en muchas ocasiones, la consulta médica se ve alterada porque el paciente extranjero no conoce el idioma ni los trámites que se suelen realizar (Valero, 2006). «Dicha alteración no afecta sólo el orden en el que interviene cada parte en la interacción, sino también el tiempo y el esfuerzo empleados, la cantidad y calidad de información recibida». (Valero, 2006, p.170)

Por otra parte, relacionado con lo anterior, en los consentimientos informados en español, a diferencia de los escritos en inglés, tampoco se incluye la sección para poder

obtener el consentimiento informado en otro idioma. Esto también puede apoyar la idea expuesta en el párrafo anterior, el hecho de que la traducción y la interpretación en los servicios públicos en España no es tan importante como en el Reino Unido.

Mientras que en España el desarrollo de la traducción y la interpretación en los servicios públicos se dio alrededor de los años ochenta y noventa, con respecto al caso de Reino Unido, Navaza (2009) indica que el desarrollo más importante en este país comenzó a partir de los años sesenta y setenta. El motivo fue la llegada de inmigrantes que procedían de las antiguas colonias de la Commonwealth, por lo que se necesitó la labor de los intérpretes en escuelas y hospitales, sobre todo. «Así, en 1983, el Institute of Linguistics puso en marcha un proyecto denominado Community Interpreter Project con el objetivo de formar a intérpretes y traductores para los servicios públicos». (Navaza, 2009, p.144) También se creó el National Register of Public Service Interpreters (NRPSI Ltd) como sistema de acreditación de intérpretes a nivel nacional (Navaza, 2009).

Además, en el Reino Unido, en algunos hospitales trabaja la agencia CINTRA (Cambridgeshire Interpretation and Translation Agency). Se trata de una agencia fundada por el Gobierno inglés en 1995 formada por traductores e intérpretes que trabajan para los servicios públicos del Reino Unido y trabajan con alrededor de 50 idiomas distintos. Además de esta agencia, existen otras muchas empresas privadas que son contratadas por los distintos hospitales cubriendo su necesidad de traducción e interpretación (Faya, 2016).

Por el contrario, «en España hay pocos hospitales que ofrezcan servicios presenciales de traducción e interpretación, pero sí se puede afirmar que la gran mayoría disponen de sistemas diseñados para eliminar estas barreras, y que hay un claro dominio del teléfono de manos libres de Dualia». (Faya, 2016, p.555)

En el caso del Reino Unido, el modo de trabajo más habitual es la interpretación telefónica y la interpretación presencial. Por el contrario, en España, lo más habitual es la interpretación telefónica realizada en la mayoría de los casos por Dualia. Sin embargo, algunos hospitales españoles, como por ejemplo el Ramón y Cajal, cuentan con un propio departamento de interpretación en el que tienen a intérpretes en plantilla (Faya, 2016).

También es importante destacar el hecho de que en los consentimientos informados redactados en inglés se incluye información para que las personas con diversidad funcional visual puedan conseguir el consentimiento informado en Braille o en formato de audio. Sin embargo, en los consentimientos redactados en español no se incluye este apartado. Se puede concluir por tanto que la accesibilidad en España es aún una tarea pendiente.

La forma de expresión adecuada para comunicarse por escrito con una persona con discapacidad funcional visual es el alfabeto braille. «La información por escrito debería ser facilitada en este formato en cada hospital, ya que es la única forma de cerciorarse de la comprensión del mensaje y es lo que le otorgaría total validez». (Aparicio, 2016, p.11) El hecho de que el paciente pueda obtener toda la información que le den en un hospital escrito en braille «permitiría aumentar su independencia a la hora de firmar cualquier solicitud o un consentimiento informado y poder así llevarse esa información a casa pudiendo consultarla en cualquier momento sin depender de que alguien se lo lea». (Aparicio, 2016, p.21)

Por otra parte, los pacientes que acuden a los centros sanitarios con discapacidad funcional auditiva tendrán problemas a la hora de que les llamen mediante el equipo de megafonía o en la comunicación con el profesional sanitario que les atiendan (Aparicio, 2016). «Esto puede crear una sensación de “incomunicación” en un lugar desconocido y ajeno a su entorno creando mayor desconfianza, miedo e introversión». (Aparicio, 2016, p.14)

Aparicio (2016) explica que la mayoría de los pacientes con discapacidad funcional auditiva acuden a los centros sanitarios acompañados con alguien que les ayude con la interpretación entre él y los profesionales sanitarios. De esta forma, se pierde la intimidad y confidencialidad que debería darse en estos contextos. En muchas ocasiones, se sienten cohibidos en el momento de expresar sus necesidades por el hecho de tener que hablar con una persona que haga de puente en la conversación, quien normalmente, será alguien conocido, y no un intérprete que sea imparcial y profesional. Si bien es cierto que hay asociaciones que ofrecen los servicios de los intérpretes cuando las personas con diversidad funcional auditiva lo necesiten, «estos servicios son deficitarios ya que el número de intérpretes es muy limitado y los horarios también, por lo que no siempre pueden beneficiarse de ellos para la asistencia sanitaria». (Aparicio, 2016, p.14)

Con respecto a la característica de los consentimientos informados de ser comprensible para los pacientes que, normalmente, serán personas legas en la materia médica, tras analizar y comparar los consentimientos en inglés y en español se han extraído las siguientes conclusiones.

Tal y como se ha indicado en el análisis textual, en los consentimientos informados en inglés se utiliza la segunda persona del singular «*you*» para dirigirse al paciente. Por el contrario, en los consentimientos en español se utiliza «usted». Esto demuestra que en español se pretende mostrar cierto respeto al paciente evitando el uso de la segunda persona del singular «tú». Por lo tanto, la redacción en inglés posee un mayor acercamiento al paciente que la redacción en español. Considerando que el objetivo de este tipo de texto es que el paciente comprenda el procedimiento médico de una forma fácil, el hecho de no utilizar la segunda persona del singular en español puede provocar que al paciente no le sea tan fácil comprender el consentimiento informado ya que es más habitual para un hispanoparlante, utilizar la segunda persona del singular en lugar de «usted».

Relacionado con este aspecto, como ya se ha mencionado en el apartado del análisis textual, algunos de los consentimientos informados en inglés redactan sus títulos en forma de preguntas («*What should I expect before the procedure?*»). Mientras que en español se prefieren utilizar oraciones afirmativas y no interrogativas. Por este motivo, la redacción de los consentimientos en inglés vuelve a querer acercarse al paciente, formulando sus títulos en forma de preguntas en primera persona para que el paciente que lea el consentimiento informado se sienta identificado y lo pueda entender de una forma más fácil.

Como indica Lorenzo (2015), «hay que pensar que los enfermos en una gran mayoría de ellos no entienden y comprenden bien los documentos del consentimiento que se les entregan.» en la práctica, el uso del consentimiento informado ha servido para demostrar en un futuro que se ha informado sobre el procedimiento y que el paciente ha dado su consentimiento (Lorenzo, 2015). «Se busca más la prueba anticipada para emergencias posteriores que el reconocimiento de la libertad y de la decisión autónoma del paciente para elegir entre las posibles opciones, inclusive la mera negativa a toda intervención». (Lorenzo, 2015)

Es por este motivo por el que es de vital importancia que el consentimiento informado esté redactado de una forma que sea comprensible para el paciente. Es necesaria un tipo de «información adecuada y puesta al alcance del enfermo para que ostente, después de recibida, la capacidad de elección y de decisión en algo que, en definitiva, afecta directa y primordialmente a su persona y a su vida». (Lorenzo, 2015) Sin embargo, en la práctica, el consentimiento informado se trata de una exigencia escrita ya que se pide al paciente que se firme cuanto antes, en los momentos previos al procedimiento médico. De esta forma, el paciente no tiene tiempo de leer y comprender toda la información que se le

aporta y la conversación verbal con los profesionales sanitarios suele ser breve y rápida (Lorenzo, 2015).

Los principales objetivos de la redacción de un consentimiento informado son «aportar información en cantidad y calidad suficiente, para que el paciente competente pueda tomar decisiones respecto a su proceso y garantizar el derecho de las personas a su autonomía y a su libertad en la toma de decisiones». (Aguilar et al.), que apoyan la idea de que el consentimiento informado se redacte de una forma que pueda ser entendido por personas legas en el ámbito médico.

Además, Aldeguer (2003) indica en el artículo *Hablemos de consentimiento informado* que «la exposición de la información debe realizarse en un lenguaje adecuado al nivel intelectual y cultural y debe ser tan amplia como lo requiera y permita la capacidad cognitiva del paciente que ha de ser competente». (p.92)

Por otra parte, Hernández y López (2006) indican en su artículo titulado *La no-comunicación en la interacción médico-paciente* que la terminología utilizada por el médico suele ser técnica y especializada, lo que provoca, por una parte, que el paciente no comprenda la información y, por otra parte, que se sienta intimidado por el médico. Además, «el médico, por tanto, está obligado a no caer en esa pedantería de emplear continuamente su tecnolecto al dirigirse al paciente, mientras que, por el contrario, su uso sería adecuado para comunicarse con otros facultativos». (Hernández, 2006, p.85) El abuso de extranjerismos por parte del médico también provoca problemas en la conversación con el paciente puesto que no está habituado a ellos o no los comprende. Los más utilizados son by-pass, drenaje o escáner. Por último, el uso de siglas y acrónimos también puede provocar problemas en la conversación con el paciente por el mismo motivo que el uso de extranjerismos (Hernández, 2006).

Es importante recordar que una comunicación entre dos personas, en este caso, médico-paciente, tiene que ser un proceso interactivo bidireccional y equilibrado en el que la actividad comunicativa se realice por ambas partes y a un mismo nivel. Aspectos como las diferencias en educación, situación económica, sexo, raza o edad no deben influir negativamente en una buena comunicación entre el médico y el paciente (Hernández, 2006).

De la extracción terminológica se puede observar que no hay una diferencia notable entre la cantidad de términos especializados del ámbito médico y los del ámbito jurídico. Como ya se ha indicado en la comparación de la redacción de ambos idiomas, en inglés, los porcentajes de terminología médica y terminología jurídica son alrededor de 55% frente a un 45%. Por otra parte, en los consentimientos informados en español, la terminología médica representa un 45% frente a un 55% de terminología jurídica. Por lo tanto, estos resultados muestran otra de las características de los textos híbridos, el uso tanto de terminología especializada médica como de jurídica debido a la presencia de temática médica y temática jurídica.

Respecto al debate sobre qué tipo de traductor debe traducir este tipo de texto, tal y como se ha indicado en el apartado «Qué tipo de traductor/intérprete debe traducir este tipo de texto y sus competencias», el debate está aún abierto y existen muchas opiniones sobre esto. Después de los resultados de este análisis se podría concluir que ya que la cantidad de terminología especializada médica y la jurídica es muy similar no se requiere de un tipo concreto de traductor para realizar la traducción de este tipo de texto. Es necesario, sin embargo, como en cualquier otro tipo de traducción, que el traductor que trabaje en los consentimientos informados lleve a cabo una extensa labor de documentación sobre los términos y sobre el procedimiento explicado en el consentimiento informado para que, posteriormente, realice otra labor de documentación para encontrar las respectivas equivalencias en la lengua meta. Por lo tanto, es

indispensable que el traductor comprenda el mensaje del texto origen para poder buscar su equivalente en la lengua meta y poder reflejar el mismo mensaje, pero en la otra lengua. Sobre este asunto, Mayoral (1997-1999) indica que puede parecer que un traductor profesional podrá obtener más posibilidades de trabajo cuanto mayor sea su especialización en un ámbito concreto y, esto puede ser cierto, pero solo a corto plazo o en casos excepcionales. «En general, el traductor profesional tiene que estar abierto a trabajar con tipos muy diferentes de textos en campos muy diferentes o limitaría gravemente sus posibilidades laborales». (Mayoral, 1997-1999, p.142)

Por lo que se reafirma la idea de que la persona necesaria para realizar la traducción de un consentimiento informado es un traductor profesional y no un traductor que solo esté especializado en el ámbito médico o en el ámbito jurídico.

Por otra parte, Pajares (2015) indica que lo ideal sería el tipo de traductor que se encargue de la traducción de un consentimiento informado es aquel que esté especializado tanto en el ámbito médico como en el jurídico, sin embargo, esta situación no suele darse habitualmente. Por ello, el tipo de traductor ideal para una traducción siempre dependerá de la tipología del texto a trabajar. «Un texto médico con cierto contenido jurídico será más adecuado para un traductor médico, mientras que un texto jurídico con cierta terminología médica será más idóneo para un traductor jurídico». (Pajares, 2015, pp.191,192)

Uno de los aspectos fundamentales de la labor de todo traductor profesional es estar familiarizado con el documento. Es necesario conocer el tipo de texto con el que está trabajando, cuál es su función y objetivo, su estructura, las partes que lo forman, en qué condiciones se utiliza, cuáles son los sujetos intervinientes, qué finalidad tiene, conocer las diferencias y similitudes entre las lenguas que se trabajan, conocer su legislación, los modelos que normalmente se utilizan, su situación comunicativa, etcétera (Gallardo, 2012).

Gallardo (2012) también indica:

No hay una traducción más fácil que otra, lo que hay es un traductor al que le resulta más fácil un tipo de traducción u otro debido a su conocimiento del campo temático, su especialización, su experiencia, su formación previa, su grado de familiaridad con la misma, etc. No obstante, sí es cierto que hay traducciones en las que aparte de ser necesario adquirir el conocimiento especializado preciso para la comprensión del texto, debemos conocer también la terminología, el lenguaje, el estilo y el discurso propio de ese tipo de texto, y otros tipos de traducción que no exigen estos requisitos. (p.228)

En el caso de los consentimientos informados, al ser un texto híbrido que combina información del ámbito científico y del ámbito jurídico, presenta una serie de características. Tanto el lenguaje científico en general, como la redacción médica comparten tres características principales: la veracidad, la claridad y la precisión. De esta forma, un texto científico no puede aportar información que sea falsa, ambigua, incomprensible o que contenga una gran dificultad a la hora de su lectura. Por lo tanto, un traductor especializado en este ámbito tiene que evitar las ambigüedades que puedan provocar interpretaciones erróneas (Castillo, 2015). «Para que la traducción se ajuste cada vez más al “estilo científico” de alcance internacional hay que tener muy en cuenta cuáles son las características esenciales de este estilo». (Castillo, 2015, p.2)

A pesar de todos los resultados que se han conseguido mediante este trabajo de investigación, han tenido lugar también muchas limitaciones. En primer lugar, son tantas las temáticas que existen de consentimientos informados, que es muy difícil poder tratar todas. Además, en cuanto al acceso a consentimientos informados tanto en inglés como en español, ha sido difícil acceder a ellos puesto que la mayoría de los centros

hospitalarios no comparten este tipo de información. Relacionado con esto, también ha sido muy difícil analizar la redacción de una gran variedad de modelos de consentimientos informados de distintos hospitales o centros sanitarios puesto que, como se acaba de mencionar, no todos los centros ofrecen en sus páginas web los consentimientos informados que utilizan en su día a día. También existe la dificultad de que en muchas instalaciones sanitarias utilizan un modelo de consentimiento informado para todos los procedimientos que se llevan a cabo. En este caso, los profesionales sanitarios rellenan y directamente explican al paciente de forma oral el procedimiento que se vaya a llevar a cabo. Por ello, estos tipos de consentimientos informados no han resultado útiles puesto que no incluían la información relacionada con el procedimiento médico y no se podía analizar su redacción.

Por lo tanto, es necesaria mucha más investigación en este campo ya que los consentimientos informados son un tipo de texto muy habitual en España y en el Reino Unido y también en muchos otros países. Además, es un tipo de texto con el que tratan tanto profesionales sanitarios como pacientes que se vayan a someter a cualquier procedimiento por lo que pueden ser pacientes masculinos, femeninos, niños, jóvenes, adultos, ancianos, etcétera. Por ello, se trata de un tipo de texto que va a ser tratado por una gran parte de la sociedad al menos una vez en su vida ya que existe un gran número de personas que han pasado como mínimo una vez por un procedimiento que requiera de un consentimiento informado.

Tal y como se ha ido mencionado a lo largo de este trabajo durante repetidas veces, una de las características principales de este tipo de texto es que esté redactado de una forma fácil y comprensible para una persona que no conozca sobre el ámbito médico. Por lo tanto, el estudio y el objetivo de este trabajo es tan importante y por ello se necesita mucha más investigación sobre esto. Es indispensable que las instituciones sanitarias responsables de la redacción de los consentimientos informados tengan en cuenta esta característica y que se adapten al perfil de los pacientes puesto que son ellos los que tienen el derecho a que se les explique el procedimiento al que se van a someter para aceptar o no que se lleve a cabo. De la misma forma que las instituciones se tienen que asegurar de que el procedimiento se realice de la manera más segura, tienen que asegurarse también de que los pacientes comprendan en todo momento a qué se están sometiendo sin tener que conocer sobre el ámbito médico. Además, «estudios sobre la satisfacción de los pacientes indican que la información y discusión de las causas de su enfermedad, entre otros, son elementos muy importantes». (Aldeguer, 2003, p.91), por lo que el consentimiento informado juega un papel muy relevante para los pacientes que se vayan a someter a cualquier tipo de procedimiento médico.

Existe muy poca literatura académica relacionada con este tema y los escasos trabajos de investigación que se pueden encontrar son tan solo el principio (Pajares, 2015). Tal y como indica Pajares (2015), existe «una labor iniciada por varios profesionales y grupos del campo de la traducción que no solo se centran en los aspectos teóricos de estos documentos, sino en la gestión de los mismos y su aprovechamiento a nivel académico y profesional». (p.192)

Además, este tipo de trabajo forma parte del estudio de la comunicación intercultural, en este caso, de un paciente extranjero que acude a recibir atención médica en España o en cualquier otro país donde se hable una lengua distinta. Es por ello por lo que se necesita más investigación en este tema debido a la situación de España. Sales (2005) en su artículo *Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España* explica que la investigación en el ámbito de la comunicación intercultural es cada vez más necesario. El principal motivo es porque países como España o Portugal siempre han sido países de emigración, pero, actualmente, se están

convirtiendo en países de inmigración por la cantidad de personas que acuden a estos países a vivir, lo que provoca cambios necesarios en nuestra sociedad. Se requieren más servicios para acoger a estos grupos de inmigrantes, sobre todo servicios relacionados con la comunicación y con la convivencia de las distintas culturas. En el caso de España, a nivel mediático se ha dramatizado la situación de la inmigración y, en la mayoría de los casos, «sólo la representa metonímicamente a través de las pateras, las redes de explotación y situaciones como las de El Ejido, tomando así la parte por el todo, sirve de cortina de humo que nubla una realidad que abarca innumerables factores». (Sales, 2005)

Es por ello por lo que, en el caso de España, existen ya dos grupos de investigación en este campo. En primer lugar, los dos grupos principales que se ocupan tanto de la investigación como de la formación en este campo son la Universidad de Alcalá de Henares y la Universidad de Granada. La Universidad de Alcalá de Henares es el grupo que ha desarrollado un trabajo más continuado y comprometido en este ámbito. Cuenta con el Grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, llamado FITISPos que está coordinado por Carmen Valero Garcés, la persona que más ha publicado sobre los servicios públicos en España. Además, el grupo FITISPos fue el encargado de organizar el primer congreso sobre traducción e interpretación en los servicios públicos en España en 2002, y el encargado de liderar la acción formativa pionera en este campo mediante su Máster en Comunicación intercultural, traducción e interpretación en los servicios públicos (Sales, 2005). En cuanto al caso de la Universidad de Granada, cuenta con «el primer curso de doctorado dedicado a este tema, y desde esa universidad el grupo de investigación GRETI ha venido desarrollando diversos estudios en torno a la evaluación de la calidad de los servicios prestados por los intérpretes en servicios sociales». (Sales, 2005)

Los consentimientos informados son un derecho y deben cumplir su objetivo: informar al paciente sobre el procedimiento para que dé su consentimiento o no para su realización. Por este motivo, es tan importante que las instituciones sanitarias tomen medidas para mejorar la redacción de sus consentimientos informados y que sean más comprensibles para los pacientes.

7. Bibliografía

Abril Martí, M. (2006). *La interpretación en los servicios públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. (Tesis doctoral) Universidad de Granada. Granada. España. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf>

Adelguer, M. y Cos. E. (2003). *Hablemos de consentimiento informado*. Revista de Gastroenterología y Hepatología Continuada Vol. 2, número 2, págs. 89-94. Recuperado de: <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2012/05/v2n2a106pdf001.pdf>

Aguilar, P. et al. *Elaboración del Consentimiento Informado*. Rioja Salud: riojasalud.es. Recuperado de: <https://www.riojasalud.es/profesionales/comite-asistencial-de-etica/849-elaboracion-del-consentimiento-informado>

Aparicio Niño, C. (2016). *La enfermería ante la discapacidad auditiva y visual*. (Trabajo de grado). Universidad de Valladolid. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17612/TFG-H401.pdf?sequence=1>

Aragonés Lumeras, M. 2012. *La hibridación de los géneros: ¿un espejismo?* Panacea@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, Vol. 13, número 36, págs. 299-304. Recuperado de: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n36-tribuna_MAragonesLumeras.pdf

Ariza, R. y Miguel, E. 2003. *Guías generales para la elaboración de documentos de consentimiento informado*. Sociedad Española de Reumatología: ser.es. Recuperado de: <https://www.ser.es/profesionales/que-hacemos/investigacion/herramientas/hojas-informativas-y-consentimiento/guias-generales-para-la-elaboracion-de-documentos-de-consentimiento-informado/>

Baigorri Jalón, J. et al. (2006). *Notas sobre la interpretación en los servicios públicos de salud en Castilla y León*. Revista española de lingüística aplicada, Vol. Extra 1 págs. 175-186. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198702>

Borja Albi, A. 2012. *Aproximación traductológica a los textos médico-jurídicos*. Panacea@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, Vol. 13, número 36, págs. 167-175. Recuperado de: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n36-Panacea36_Diciembre2012.pdf

Burdeus Domingo, N. (2015). *La interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. Estudio comparativo de las ciudades de Barcelona y Montreal*. (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/310427/nbd1de1.pdf?sequence=1>

Cañete R., Guilhem D. y Brito K. (2012). *Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales*. Acta bioética, Vol. 18, número 1, págs. 121-127. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v18n1/art11.pdf>

Casado, Mariano (2008): *Manual de Documentos médico-legales*. Consejería de Sanidad y Dependencia. Recuperado de: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_45494_FICHERO_NOTICIA_28621.pdf

Castillo Pereira, L. (2015). *La traducción médica y la traducción literaria. Características, diferencias, ¿coincidencias?* XIII Simposio de Traducción Literaria. ACTI Asociación Cubana de Traductores e Intérpretes. Recuperado de: <http://www.acti.cu/wp-content/uploads/2016/01/Ponencia-Traducci%C3%B3n-m%C3%A9dica-y-literaria.pdf>

Cecilia Ramos, L. 2012. *El consentimiento informado*. Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, Vol. 13, número 36, págs. 194-298. Recuperado de: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n36-revistilo_LCRamos.pdf

Cedillo Corrochano, C. (2016). *Análisis de la presencia mediática de la TISP en España y de su posible profesionalización / An analysis of the media coverage of PSIT in Spain and of its possible professionalisation*. FITISPos II, 3: 164-173. Recuperado de: http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.5/index.php/fitispos/article/view/105/139

Cedillo Corrochano, C. (2017). *Radiografía de la traducción e interpretación en los servicios públicos en España*. Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, Vol. 18, número 46, págs. 149,150. Recuperado de: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n46_resenas-CCedillo.pdf

Comisión Europea, Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. 2012. *La Seguridad Social en España*. Web oficial de la Unión Europea. Disponible en: https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Spain_es.pdf

Department of Health. (2009). *The NHS Constitution, Los Estatutos del NHS*. NHS: England, Reino Unido. Recuperado de: <https://www.stgeorges.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/08/nhs-constitution-spanish.pdf>

El-Madkouri Maataoui, M. (2019). *La precisión conceptual y terminológica en el ámbito policial y judicial: traducción y transcripción de escuchas telefónicas*. Entreculturas, Revista de traducción y comunicación intercultural. Vol, 10, págs. 119-128. Recuperado de: <http://www.entreculturas.uma.es/n10pdf/articulo10.pdf>

Faya Ornia, G. (2016). *La necesidad de servicios de traducción e interpretación en el sector sanitario. La situación en Londres, Düsseldorf y Madrid*. Entreculturas, Revista de traducción y comunicación intercultural. Vol. 7 y 9 págs 543-574. Recuperado de: <http://www.entreculturas.uma.es/n7yn8pdf/articulo25.pdf>

Fernández Piera, M. y Ardura Ortega, M. 2012. *Adaptación del consentimiento informado a la legislación española de los ensayos clínicos internacionales*. Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción. Recuperado de: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n36-revistilo_MFPiera-MArduraOrtega.pdf

Foulquié Rubio, A. y Sánchez-Pedreño Sánchez, A. (2019). *Impacto de la crisis en los servicios de traducción e interpretación de las organizaciones sin ánimo de lucro en la*

región de Murcia. *Entreculturas*, Revista de traducción y comunicación intercultural. Vol. 10, págs. 105-117. Recuperado de: <http://www.entreculturas.uma.es/n10pdf/articulo09.pdf>

Gallardo San Salvador, N. (2012). *Hacia un "globalización" de la traducción: el caso de la traducción jurada de los documentos médico-legales (inglés-español)*. *Sendeban*: Revista de la Facultad de Traducción e Interpretación, volumen 23, págs. 227-250. Recuperado de: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/sendeban/article/view/37/37>

Gallego Helguera, A., Arévalo Gómez, A., Sanz Gil, A. y Martínez Aguado, L. C. (2011). *Traducción remota en el servicio de urgencias del Hospital Ramón y Cajal del Servicio madrileño de salud*. Actas del Congreso Internacional sobre TISP, págs. 58-66. Grupo FITISPos-UAH. Traducción e interpretación en los Servicios Públicos en un mundo INTERcoNEcTado. Recuperado de: <http://www3.uah.es/master-tisp-uah/wp-content/uploads/2015/11/TISP-INTERCONNECTADO-2011.pdf>

Gallego-Borghini, L. 2012. *La traducción de géneros jurídico-administrativos en la gestión de ensayos clínicos multinacionales en España: más allá del protocolo*. *Panace@*: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, Vol. 13, número 36, págs. 176-200. Recuperado de: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n36-tradyterm_LGallegoBorghini.pdf

Gil Bardají, Anna (2010): *Estado de la cuestión de la TISSPP en España: ¿Qué? ¿Cómo? ¿Quién? ¿Para qué?* Recuperado de: grupsderecerca.uab.cat/miras/sites/grupsderecerca.uab.cat.miras/files/1.ppt

González García, E. (2006). *Traducción e interpretación en los Servicios Públicos de la zona norte: Estado de la cuestión*. *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. Extra 1 págs. 151-174. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198699>

González Pérez, J. (2017). *El Reino Unido y España: revisión sistemática de sus sistemas sanitarios*. (Trabajo de grado) Universidad de Valladolid, España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24694/TFG-H932.pdf?jsessionid=63057B2F0E191088145645E9C40A626C?sequence=1>

Grosios, K., Gahan, P. B., y Burbidge, J. (2010). *Overview of healthcare in the UK*. *EPMA Journal*, 529–534. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/233825452_Overview_of_healthcare_in_the_UK

Hernández Sánchez, E. y López Martínez, M. I. (2006). *La no-comunicación en la interacción médico-paciente*. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica, Valencia, Vol. 3, págs. 83-95. Recuperado de: [https://www.uv.es/perla/3\[06\].HernandezyLopez.pdf](https://www.uv.es/perla/3[06].HernandezyLopez.pdf)

Hicheri, L. (2010) *Traducción e interpretación en instituciones públicas*. Actas del IV Congreso «El español, lengua de traducción para la cooperación y el diálogo». ESLEtRA,

Madrid, págs. 213-218. Recuperado de: https://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/04/027_hicheri.pdf

Idoate García, V. (1998). *Aspectos bioéticos en el concepto y la comprensión del consentimiento informado*. Cuadernos de bioética, número 33, págs. 9-11. Recuperado de: <http://aebioetica.org/revistas/1998/1/33/9.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer NIH. *Diccionario de cáncer*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/consentimiento-conocimiento-de-causa>

Junta de Castilla y León. *Guía de consentimiento informado*. Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación y Ordenación. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon.ficheros/1266525-Guia%20de%20Consentimiento%20Informado.pdf>

Ley Nº 260. *Ley de Enjuiciamiento Criminal*, España, 17 de septiembre de 1882. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1882-6036&p=20151006&tn=1#a441>

Lima Quintana, L. et al. (2012) *Las reformas de los sistemas de salud del Reino Unido, Estados Unidos y Países Bajos de la década del '90 al siglo XXI*. Buenos Aires, Argentina, Fundación Sanatorio Güemes. Recuperado de: http://www.fsg.com.ar/facebook/ediciones_pdf/reformas.pdf

López López, F. (2014). *El sistema sanitario público: ¿una gestión imposible?* (Tesis doctoral). Universidade da Coruña. A Coruña, España. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/61914516.pdf>

Luncan A. (2014). *La interpretación en los servicios públicos: la interpretación policial en España*. (Trabajo de grado). Universidad Jaume I, Castellón, España. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/107359/TFG_%20Luncan_Alexandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martín del Pozo, J. (2002). *La interpretación y traducción en el ámbito policial en España*. Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades. Alcalá de Henares: Servicios de Publicaciones de la Universidad, págs. 87-90. Recuperado de: <http://www3.uah.es/master-tisp-uah/wp-content/uploads/2015/11/TISP-NUEVAS-NECESIDADES-PARA-NUEVAS-REALIDADES-2002.pdf>

Martin, A. (2006). *La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía*. Revista española de lingüística aplicada, Vol. Extra 1, págs. 129-150. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198698>

Martin, A. y Abril, I. (2002). *Los límites difusos del papel del intérprete social*. Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades. Alcalá de Henares: Servicios de Publicaciones de la Universidad, págs. 87-90. Recuperado de: <http://www3.uah.es/master-tisp-uah/wp-content/uploads/2015/11/TISP-NUEVAS-NECESIDADES-PARA-NUEVAS-REALIDADES-2002.pdf>

Martínez López, A. (2010). *La terminología médica en francés, inglés y español, problemas que se derivan de la presencia del inglés como lingua franca de la comunicación científica a escala internacional*. Revista Anales de filología francesa, número 10, págs. 393-404. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3709900>

Martínez López, A. (2010). *Limitaciones y condicionantes de la práctica profesional de la traducción médica: aplicaciones a la combinación lingüística inglés-español*. Actas del IV Congreso «El español, lengua de traducción para la cooperación y el diálogo». ESLEtRA, Madrid, págs. 501-520. Recuperado de: https://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/04/052_martinez.pdf

Mayoral, R. (1997-1999). *La traducción especializada como operación de documentación*. Sendebarr: Revista de la Facultad de Traducción e Interpretación, número 8-9, págs. 137-154. Recuperado de: https://www.ugr.es/~rasensio/docs/Trad._Esp._y_Documentacion.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Sistema de información de Atención Primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SIAP0405.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. (2010). *Sistema Nacional de Salud de España*. [monografía en internet]. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema_Nacional_de_Salud_2010.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. (2009). *Sistema Nacional de Salud*. [monografía en internet]. Recuperado de: <https://www.uv.es/=atortosa/SNS08.pdf>

Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. (2018). *Brexit: Asistencia sanitaria recíproca*. Actualidad Internacional Sociolaboral. (224) p. 85-86. Recuperado de: <http://www.mitramiss.gob.es/es/mundo/Revista/revista224/revista224.pdf>

Montanheiro Rodrigues, T. R. (2016). *La formación y especialización en interpretación médico-sanitaria en contextos de violencia de género*. (Trabajo de máster). Universitat Jaume I. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/166369/TFM_Montanheiro%2C%20Ta%CC%81ssia%20Rafaela.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Navaza, B., Estévez, L. y Serrano, J. (2009) «*Saque la lengua, por favor*». *Panorama actual de la interpretación sanitaria en España*. Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción. Vol. 10, número 30, págs. 141-156. Recuperado de: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf

Olalla Fernández, P. (2006). *El intérprete en la investigación policial*. Revista española de lingüística aplicada, Vol. Extra 1, págs. 239-248. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2199415>

Ortiz, A. y Burdiles, P. (2010). *Consentimiento informado*. Revista Médica Clínica Las Condes, Vol. 21, número 4, págs. 644-652. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864010705824>

Pajares Nievas, J. S. (2015). *La traducción de textos médico-jurídicos: un breve análisis*. FITISPos International Journal Public Service Interpreting and Translation, pp. 183-193. Recuperado de: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/29511/traduccion_pajares_FITISPos_2015_n.%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodríguez-Perdomo, T. 2012. *La polisemia en la traducción jurídico-médica*. Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, Vol. 13, número 36, págs. 321-326. Recuperado de: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n36-tribuna_TRodriguezPerdomo.pdf

Ruiz Mezcuca, A. y Soria López, E. (2016). *La interpretación social y la mediación intercultural en el ámbito escolar. Un estudio exploratorio sobre las necesidades de interpretación en la ciudad de Córdoba*. Sendebar, Vol. 27, págs. 51-71. Recuperado de: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/sendebar/article/view/4596>

Sales Salvador, D. (2006). *Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia*. Revista española de lingüística aplicada, Vol. Extra 1, págs. 85-110. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198693>

Sales, Salvador, D. (2005). *Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España*. Translation journal, Vol. 9, número 1. Recuperado de: <https://translationjournal.net/journal/31mediacion.htm>

Sánchez Sagrado, T. (2016) *La atención primaria en el Reino Unido*. Medicina de familia: SEMERGEN. Volumen 42 (2), pp 110-113. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-atencion-primaria-el-reino-S113835931500297X>

Sanz-Moreno R. (2018). *La percepción del personal sanitario sobre la interpretación en hospitales. Estudio de caso*. Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, Vol. 19, número 47, págs. 67-75. Recuperado de: <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n47-tribuna-1.pdf>

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2013). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014. Recuperado de: https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

Toledano Buendía, C., Fumero Pérez, M. y Díaz Galán, A. (2006) *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Situación en la Comunidad Autónoma Canaria*. Revista española de lingüística aplicada, Vol. Extra 1 págs. 187-204. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198706>

Ugarte i Ballester, X. (2006). *Traducción e interpretación de los servicios públicos en Cataluña y Baleares*. Revista española de lingüística aplicada, Vol. Extra 1 págs. 111-128. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198695>

Valero Garcés, C. (2006). *El Grupo FITISPos, Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos*. Revista de lingüística aplicada, Vol extra 1, págs. 205-216. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198711>

Valero Garcés, C. (2006). *GRUPO Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (FITISPOS)*. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica, Valencia, Vol. 3, págs. 167-178. Recuperado de: [https://www.uv.es/perla/3\[11\].ValeroGarces.pdf](https://www.uv.es/perla/3[11].ValeroGarces.pdf)

Valero Garcés, C. (2006). *Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la zona centro*. Revista española de lingüística aplicada, Vol. Extra 1, págs. 61-84. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198690>

Valero Garcés, C. (2011). *Nuevos caminos con buenos maestros en Traducción e Interpretación: en homenaje a Valentín García Yebra*. Mutatis Mutandis, 4: 155-171. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5012717>

Valero Garcés, C. y Mancho Barés, G. (eds.) (2002) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades*. Alcalá de Henares: Servicios de Publicaciones de la Universidad. Recuperado de: <http://www3.uah.es/master-tisp-uah/wp-content/uploads/2015/11/TISP-NUEVAS-NECESIDADES-PARA-NUEVAS-REALIDADES-2002.pdf>

Valero, Garcés, C. (2010). *Traducción y producción de materiales en lenguas minoritarias como herramienta de integración*. Actas del IV Congreso «El español, lengua de traducción para la cooperación y el diálogo». ESLETRA, Madrid, págs. 103-117. Recuperado de: https://cvc.cervantes.es/lengua/esletra/pdf/04/015_valero.pdf

Vázquez Guerrero, A. R. et al. (2017). *Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético?* Medigraphic, Literatura Biomédica, Vol. 39, número 3, págs. 175-182. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg173h.pdf>

Vázquez Ferreyra, N. (2007). *El consentimiento informado en la práctica médica*. Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico. Recuperado de: <http://www.sideme.org/doctrina/articulos/ci-ravf.pdf>

Vidal Casero, M. (1998). *La problemática del consentimiento informado*. Cuadernos de bioética, número 33, págs. 12-24. Recuperado de: <http://aebioetica.org/revistas/1998/1/33/12.pdf>

Web Guía metabólica. *El consentimiento informado, un proceso importante para pacientes y profesionales de la salud*. Hospital San Joan de Déu. Barcelona. Recuperado de: <https://metabolicas.sjdhospitalbarcelona.org/noticia/consentimiento-informado-proceso-importante-pacientes-profesionales-salud>

Web oficial de la Comisión Europea. *España – Asistencia Sanitaria*. Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. [online] Recuperado de: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1129&langId=es&intPageId=4791>