



Universidad
de Alcalá

La interprofesionalidad en interpretación sanitaria: una revisión sistematizada de la literatura

Interprofessionality in healthcare interpreting: a systematized literature review

Curso académico 2021-2022

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

Presentado por:

D^a CLARA SOFÍA GIL ORTEGA BARAHONA

Dirigido por:

Dra. D^a RAQUEL LÁZARO GUTIÉRREZ

Alcalá de Henares, a 1 de junio de 2022

Resumen

La sociedad actual es multicultural y multilingüe, debido al aumento de los flujos migratorios a nivel internacional en los últimos años. Por lo tanto, resulta fundamental que los servicios públicos cuenten con los recursos necesarios para operar en este contexto de diversidad cultural. Los intérpretes para los servicios públicos son una pieza indispensable para garantizar que la población extranjera alófono recibe una asistencia sanitaria de la mayor calidad posible, en igualdad de condiciones con los usuarios que sí hablan la lengua en la que opera el proveedor de servicios. Esta revisión sistematizada sobre la interprofesionalidad en interpretación sanitaria pretende arrojar luz sobre los beneficios que derivan de la adecuada colaboración entre profesionales sanitarios e intérpretes. Utilizando una metodología sistematizada desarrollada en cinco fases, se compone un estado de la cuestión que informa de la situación actual en este ámbito, de los principales beneficios que acompañan a la práctica profesional colaborativa en la atención al paciente alófono y las iniciativas formativas que se han desarrollado hasta la fecha en el ámbito académico. La síntesis de las veinticinco investigaciones analizadas en esta revisión revela que la colaboración interdisciplinar favorece el resultado terapéutico del paciente alófono, mejorando su bienestar físico y emocional, al igual que supone un avance hacia la profesionalización de la interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario.

Palabras clave: Intérprete, Mediador, Interpretación sanitaria, Comunicación intercultural, Colaboración interprofesional

Abstract

Contemporary society is multicultural and multilingual, due to the increase in migration flows worldwide in recent years. Therefore, public services must have the necessary resources to operate in this context of cultural diversity. Interpreters are key to ensuring that the allophone population receives the highest quality in healthcare services, on equal terms with the users who do speak the language of the service provider. This systematized review on interprofessionalism in healthcare interpreting aims to shed light on the benefits of appropriate collaboration between healthcare professionals and interpreters. A status of the issue is compiled, following a systematized methodology developed in five phases. This reports on the current situation in the field, the main benefits that accompany collaborative professional practice in the care of the allophone patient, and the training initiatives that have been developed in the academic environment to present day. The synthesis of the twenty-five research studies analysed in this review reveals that interdisciplinary collaboration favours the therapeutic outcomes of the allophone patient, improving their physical and emotional well-being, as well as representing a step towards the professionalization of interpreting in the public health services.

Keywords: Interpreter, Mediator, Healthcare interpreting, Intercultural communication, Interprofessional collaboration

Índice de tablas

Tabla 1. Elección de palabras clave según los elementos «Facetar» y «Derivar» del Framework FDC.....	42
Tabla 2. Ficha de análisis.....	46
Tabla 3. Banco de documento recuperado tras las fases de búsqueda y evaluación.....	51
Tabla 4. Resultados del análisis del banco de documentos.....	53
Tabla 5. Temáticas centrales identificadas en el análisis de documentos.....	62

Índice de contenidos

Resumen	2
Abstract	3
1 La interprofesionalidad en interpretación sanitaria.....	8
1.1 Hipótesis.....	9
1.2 Objetivos	9
1.3 Justificación y motivación.....	10
2 Marco teórico	12
2.1 La interpretación en los servicios públicos: la especialidad sanitaria	13
2.1.1 Trayectoria histórica y situación actual en España	15
2.1.2 El papel del intérprete vs el del mediador intercultural	17
2.1.3 Diferentes modalidades	21
2.2 La formación en atención a población alófono	24
2.2.1 Especialización en interpretación sanitaria	26
2.3 La colaboración interprofesional: formación y práctica profesional	28
2.4 Las revisiones bibliográficas sistematizadas.....	31
2.4.1 El meta-framework ReSiste-CHS (Codina, 2018).....	33
2.4.1.1 Fase de búsqueda.	34
2.4.1.2 Fase de evaluación.	35
2.4.1.3 Fase de análisis.	36
2.4.1.4 Fase de síntesis.....	36
3 Metodología.....	38
3.1 Adaptación del meta-framework ReSiste-CHS (Codina, 2018)	39
3.1.1 Diseño de la investigación.....	39
3.1.2 Búsqueda	40
3.1.2.1 Bases de datos.	40
3.1.2.2 Ecuaciones de búsqueda: Framework FDC.	41

3.1.3	Evaluación.....	43
3.1.3.1	Criterios de evaluación.	43
3.1.3.2	Método de evaluación.	44
3.1.4	Análisis.....	45
3.1.5	Síntesis	47
3.2	Materiales e instrumentos.....	48
3.2.1	Gestor de referencias bibliográficas: RefWorks	48
3.2.2	Hojas de cálculo en Excel	49
4	Resultados	50
4.1	Fases de búsqueda y evaluación.....	50
4.2	Fases de análisis y síntesis	52
5	Discusión.....	63
5.1	Principales características de las relaciones interprofesionales en interpretación sanitaria.....	64
5.1.1	Denominación y funciones.....	65
5.1.2	Factores que afectan negativamente a la provisión de servicios de interpretación y mediación intercultural en el ámbito sanitario.....	67
5.1.3	Intérpretes profesionales vs intérpretes ad hoc	70
5.1.4	Especialización según el ámbito asistencial.....	72
5.1.5	Retos que afrontar en la colaboración interprofesional.....	73
5.2	Beneficios de la colaboración y comunicación interprofesional.....	76
5.2.1	Fases de una consulta médica mediada por intérprete	78
5.3	Programas formativos interdisciplinares en interpretación sanitaria y comunicación intercultural.....	80
6	Conclusiones	85
	Referencias	88
	Traducción.....	96
1	Interprofessionalism in healthcare interpreting.....	96

1.1	Hypothesis.....	97
1.2	Objectives.....	97
1.3	Justification and motivation	98
2	Theoretical framework.....	99
2.1	Healthcare interpreting in the public services	100
3	Methodology	102
3.1	Adaptation of the ReSiste-CHS meta-framework (Codina, 2018).....	103
3.1.1	Research design.....	103
3.1.2	Search	104
3.1.2.1.	Databases	104
3.1.2.2.	Search equations: the FDC Framework	105
3.1.3	Evaluation.....	107
3.1.3.1.	Evaluation criteria	107
3.1.3.2.	Evaluation method	108
3.1.4	Analysis.....	108
3.1.5	Synthesis.....	110
3.2	Materials and tools	111
3.2.1	Bibliographic reference manager: RefWorks.....	111
3.2.2	Excel spreadsheets.....	112
6	Conclusions.....	113

1 La interprofesionalidad en interpretación sanitaria

Los acontecimientos que han sucedido en los últimos años a nivel mundial hacen que sea indiscutible que vivimos, hoy más que nunca, en una sociedad con gran diversidad cultural, donde diferentes poblaciones, con culturas y lenguas diversas, conviven día a día. Desde principios de siglo, los movimientos migratorios no han hecho más que incrementar, y los conflictos bélicos que han acontecido en los últimos años han ocasionado que una gran cantidad de migrantes acudan a España, huyendo de la situación que encuentran en sus países. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), España contaba con más de 5 millones de personas inmigrantes a fecha de 2021. En su artículo sobre los inicios de la profesión de la interpretación en los servicios públicos en base a la justicia social, Bancroft (2015: 217) alude al artículo 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el que se especifica que la lengua nunca será un motivo de rechazo de los derechos fundamentales presentes en dicha declaración. De igual modo, la Comisión Europea (2011: 21, como se cita en Bancroft, 2015: 217) afirma que el acceso a la interpretación en los servicios públicos es un derecho humano imprescindible y que su falta puede poner en peligro las vidas de millones de personas, además de perpetuar la desigualdad social.

En la sociedad actual, la multiculturalidad y el multilingüismo provocados por los flujos migratorios (Wadensjö, 1998: 48) hacen que sea esencial que los servicios públicos estén preparados en competencia intercultural para atender de manera equitativa las necesidades de los inmigrantes y refugiados que acuden a nuestro país y hacen uso de estos servicios. En este escenario multicultural, debemos tener en cuenta que una de las primeras instalaciones por las que pasa la población migrante recién llegada a España son las instalaciones sanitarias; además, estas han sufrido el colapso provocado por la COVID-19 de manera presencial y telefónica. Cuando el usuario que acude a los servicios sanitarios no habla castellano, se hace necesaria la presencia de un intérprete, profesional en la provisión de servicios lingüísticos que facilita la comunicación entre el profesional sanitario y el usuario alófono. La interpretación en los servicios públicos (en adelante, ISP) es fundamental a la hora de atender a la población alófona en consulta, ya que solo los intérpretes profesionales son capaces de realizar algunas de las funciones que aseguran que estos pacientes reciben una calidad asistencial de la mejor calidad posible (Álvaro Aranda et al., 2021).

Partiendo de este contexto situacional, surge la necesidad de investigar esta comunicación entre profesionales sanitarios y profesionales de la interpretación, así como sus principales características, a fin de mejorar el conocimiento sobre esta práctica y poder

aprovechar los resultados de esta investigación para la práctica profesional en el contexto de la interpretación sanitaria. Bajo el marco del Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá, este trabajo se centra en el estudio de las relaciones entre profesionales sanitarios e intérpretes (a lo que de aquí en adelante llamaremos «interprofesionalidad») y su importancia, tanto en la buena práctica de los servicios de interpretación en el ámbito hospitalario como en la formación de futuros intérpretes. Con este trabajo se pretende ahondar en una temática poco conocida o practicada por los estudiantes de interpretación, pero muy relevante para la práctica de nuestro futuro profesional. Por este motivo, revisaré de forma sistemática la literatura existente a nivel internacional sobre este tema, utilizando tanto bases de datos multidisciplinares (por ejemplo, Web of Science y Scopus) como especializadas (como PubMed y BITRA) para buscar, recuperar, sintetizar y analizar los documentos más relevantes y producir un estado de la cuestión de calidad sobre la interprofesionalidad en la interpretación en el ámbito sanitario.

Las siguientes preguntas han sido el punto de partida de esta investigación:

- ¿Cuáles son las principales características de las relaciones entre los profesionales sanitarios y los intérpretes profesionales y cuál es el grado de interprofesionalidad entre ellos?
- ¿Qué beneficios se perciben u observan como resultado de la colaboración cercana y una adecuada comunicación entre profesionales sanitarios e intérpretes?
- En los programas formativos de ambas disciplinas (es decir, interpretación y ciencias de la salud), ¿hay lugar para la interprofesionalidad? ¿Se educa a unos en el trabajo de los otros, y viceversa, y en las repercusiones que tiene la comunicación fluida entre profesionales en el paciente?

1.1 Hipótesis

La buena comunicación entre los profesionales sanitarios y los intérpretes, junto al adecuado reconocimiento por parte del personal sanitario del rol del intérprete en la comunicación con población alófono, reportan grandes beneficios en la atención que recibe la población inmigrante en el ámbito sanitario.

1.2 Objetivos

El propósito fundamental de este trabajo es producir un estado de la cuestión que identifique las principales investigaciones llevadas hasta la fecha de redacción del mismo y determine cuál es la situación actual y las tendencias a futuro del tema objeto de estudio.

Para alcanzar este objetivo principal, se plantean los siguientes subobjetivos:

- Buscar y recopilar la literatura existente sobre la comunicación interprofesional en el ámbito de la interpretación sanitaria.
- Sintetizar la información recopilada para comprender la situación actual de este ámbito de estudio a nivel internacional.
- Analizarla y relacionarla, para producir así un estado de la cuestión que pueda ser de utilidad en estudios futuros.
- Señalar la importancia de la profesionalización en la especialidad de interpretación sanitaria.
- Mostrar los beneficios y las repercusiones positivas que tiene la adecuada colaboración entre el profesional sanitario y el intérprete en la atención al paciente alófono.

1.3 Justificación y motivación

A raíz de la búsqueda bibliográfica realizada en el planteamiento y diseño de esta investigación, he podido observar una falta de estudios en el campo de la interprofesionalidad en interpretación sanitaria. Las investigaciones desarrolladas hasta la fecha tratan aspectos aislados de las relaciones colaborativas que se producen entre los intérpretes profesionales y los proveedores de servicio en este ámbito profesional. Sin embargo, considero que es especialmente relevante rescatar y agrupar la literatura ya existente, de manera que se pueda comprender la situación actual de estas relaciones interprofesionales como un concepto unificado. Una base teórica consensuada, como la que se presenta en este estudio en forma de estado de la cuestión, permitirá avanzar en los estudios prácticos sobre este campo de investigación, e indagar con mayor profundidad los aspectos claves que interfieren en el ámbito académico o educativo y en la práctica profesional sobre interprofesionalidad en interpretación sanitaria.

Por este motivo, ante la falta de información específica sobre cómo se pueden desarrollar estas relaciones de colaboración interprofesionales en el entorno académico de grado y máster, surge la necesidad de ampliar el conocimiento sobre la relevancia de la interprofesionalidad en la práctica interpretativa en el ámbito sanitario. Este trabajo pretende repasar de forma exhaustiva la literatura que se ha producido en torno a este tema en la etapa formativa y profesional. Como estudiante de traducción e interpretación, con un particular interés por la especialidad sanitaria, he podido observar una falta de información sobre cómo es la colaboración entre profesionales en el ámbito de la traducción e interpretación para los servicios públicos en general, y de la interpretación sanitaria en particular. Además, no solo es

que rara vez se hable de interprofesionalidad en las aulas, sino que las iniciativas formativas entre grados son escasas.

Para asegurar que el usuario final reciba una atención de calidad es fundamental que los profesionales sanitarios y los intérpretes mantengan una relación profesional adecuada, una buena comunicación y establezcan buenas prácticas de colaboración entre ellos. En los programas formativos de interpretación sanitaria, se incide en la importancia de hacer valer y respetar el papel de los intérpretes como profesionales de la comunicación y de la gestión de turnos de palabra entre los profesionales sanitarios y los usuarios; sin embargo, muchos profesionales han compartido sus experiencias con nosotros, los estudiantes, sobre la dificultad que conlleva este proceso y cómo las situaciones reales difieren del planteamiento teórico que se presenta en las aulas.

2 Marco teórico

Según el artículo 12 de la *Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*, el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros en España queda regulado según las siguientes consideraciones:

1. Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. (Jefatura del Estado, 2009: 104994)

Con el fin de garantizar que las personas extranjeras tengan acceso a la atención sanitaria «en las mismas condiciones que los españoles», es fundamental que la lengua no sea una barrera. De acuerdo con Bancroft (2015: 222), en esencia ese es el principal objetivo de la interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario: facilitar el acceso a los servicios públicos a individuos o grupos alófonos (entendidos como aquellos que no hablan la lengua oficial o cooficial del país en el que se encuentran).

Esta sección tiene el objetivo de ofrecer una visión panorámica sobre la interpretación en los servicios públicos en general, y su práctica en el ámbito sanitario en particular, desgranando los distintos aspectos que la componen. Desde lo más general hasta lo más particular, el primer apartado recorre la historia de la interpretación en los servicios públicos y la especialidad sanitaria, los debates que ha ocasionado, los diferentes retos que ha ido atravesando con el paso de los años y el avance de la práctica profesional y los estudios académicos, revisando brevemente los modos y modalidades en las que se clasifica.

Más adelante, resumo y agrupo el panorama de la formación en atención sanitaria a población inmigrante en España, según un estudio que reúne datos académicos actualizados a fecha de 2021 sobre las diferentes entidades que ofrecen programas de interpretación sanitaria en los servicios públicos, centrándome en los niveles de grado y máster. En relación con lo

anterior, el tercer apartado agrupa la literatura disponible sobre la interprofesionalidad en la interpretación sanitaria: las distintas formas de relación entre intérpretes y profesionales sanitarios, la comunicación entre ambos colectivos y las buenas prácticas que se pueden llevar a cabo para mejorar la atención final que recibe el paciente. Por último, el cuarto apartado recopila la teoría existente sobre las revisiones bibliográficas sistematizadas en ciencias humanas y sociales, incidiendo especialmente en el *meta-framework*, o meta-marco de referencia, que ha servido como base teórica para la elaboración de la metodología del presente trabajo.

2.1 La interpretación en los servicios públicos: la especialidad sanitaria

Los estudios en interpretación son bastante recientes: su origen como disciplina académica se remonta a finales del siglo XX (Pöchhacker, 2015: 201); sin embargo, la práctica de la interpretación como actividad se origina en la antigüedad. Dentro del ámbito general de la interpretación, el estudio de la interpretación en los servicios públicos como disciplina es aún más reciente si cabe, aunque es cierto que en los últimos años se ha incrementado notablemente el interés sobre esta especialidad, como ya anunciaba Franco Aixelá (2010: 157) hace más de una década. Una de las principales causas de que la profesión del intérprete en los servicios públicos y el estudio de la misma sean bastante más recientes que la práctica en sí puede ser, según apunta Franco López (2017: 143), «la falta de consenso en cuanto a su denominación y a su definición», algo bastante común en una disciplina que aún se encuentra en proceso de establecerse formalmente como práctica profesional (Wadensjö, 1998: 50), y que, sin embargo, es el tipo de interpretación que más se practica en todo el mundo (Wadensjö, 2009, como se cita en Hale, 2015: 66).

El término «interpretación comunitaria» (en inglés, *community interpreting*) fue el primero adoptado en la década de 1970 en Australia (Chesher, 1997, como se cita en Bancroft, 2015: 218); de acuerdo con Hale (2015: 65), es el tipo de interpretación que tiene lugar entre individuos que viven en la misma comunidad, sociedad o país, pero que no hablan una lengua común. La definición de Shlesinger (2011: 6, como se cita en Bancroft, 2015: 219) apunta que permite que los individuos o grupos de una sociedad que no hablen la lengua oficial o vehicular del país en el que se encuentran puedan acceder a los servicios públicos de ese país y comunicarse con los proveedores de dichos servicios. Aunque este término ha sido sometido a debate (Gentile, 1997, como se cita en Pöchhacker, 2018: 66; Bancroft, 2015: 218), está abiertamente aceptado en la comunidad internacional. Por otro lado, en Reino Unido y España se ha optado por adoptar la denominación de «interpretación en los servicios públicos» (en inglés, *public service interpreting*), y se utiliza interpretación comunitaria para distinguir las

actividades llevadas a cabo por personas que no han recibido educación formal en este campo (Bancroft, 2015: 218). Parece que esa misma preocupación es la que causa que parte del mundo académico en este ámbito no quiera adoptar el término, a pesar de que lo utilizase la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés de *International Standardization Organization*) para crear la norma ISO 13611: 2014, la primera guía internacional para regular la interpretación en los servicios públicos.

Puesto que el término que parece tener más aceptación en España es «interpretación en los servicios públicos» (ISP), es la denominación que he elegido para referirme a esta práctica profesional a lo largo del trabajo. Además, es el término por el que se inclina el Grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá (FITISPos-UAH), incluido en su propio nombre (FITISPos International Journal, 2021). Sin embargo, el punto principal de consenso entre los partidarios de uno u otro término es justamente la característica distintiva de esta especialización: su propósito es facilitar el acceso a los servicios públicos a individuos o grupos que no hablan la lengua vehicular de tales servicios (Bancroft, 2015: 222).

La interpretación sanitaria es uno de los dos ámbitos principales dentro del sector de los servicios públicos, junto con la interpretación en el ámbito judicial (Pöchhacker, 2004: 162; Hale, 2015: 65). De acuerdo con la definición de Hsieh (2015: 177), el término interpretación sanitaria (también conocido como interpretación médica), hace referencia a la práctica interpretativa que se desarrolla en un contexto de atención sanitaria; se engloba a su vez en una actividad comunicativa mucho más amplia, la comunicación entre proveedores y pacientes entre dos sistemas sanitarios que pertenecen a culturas distintas. En inglés se conoce bajo los términos *healthcare interpreting* o *medical interpreting*, que, aunque en la actualidad se utilizan indistintamente, de acuerdo con Roat y Crezee (2015: 237) el primero es más común tanto en el ámbito de investigación como en la práctica profesional. Desde la década de 1990, esta disciplina se ha desarrollado y consolidado a nivel práctico, con la creación de regulaciones legales y el desarrollo de la práctica profesional, y a nivel teórico, gracias al avance investigador (Hsieh, 2015:177).

En los siguientes subapartados, repaso brevemente el recorrido histórico de la interpretación sanitaria en los servicios públicos como especialidad profesional hasta llegar al momento actual, incluyendo brevemente los cambios atravesados en los últimos dos años y medio debido a la situación pandémica provocada por la COVID-19. Reviso también las diferentes teorías y estudios existentes hasta la fecha de redacción de este trabajo sobre el papel del intérprete y el del mediador intercultural en la práctica profesional. Por último, defino

brevemente los modos y modalidades de interpretación utilizadas en este contexto, así como las situaciones más frecuentes en las que se recurre a cada una.

2.1.1 Trayectoria histórica y situación actual en España

Pöchhacker (2004: 9) define la interpretación como una actividad cuyos orígenes se remontan a la antigüedad y precede a aquellos de la escritura y, por tanto, de la traducción escrita. Baigorri-Jalón (2015: 11-28) hace un repaso por orden cronológico de la historia de la interpretación como profesión en líneas generales. En su artículo abarca desde los inicios de esta actividad, con los intérpretes del Antiguo Egipto, hasta los nuevos modos de interpretación que han surgido en el último siglo ligados a la tecnología, pasando por eventos importantes de la historia a nivel nacional (por ejemplo, el papel de los alfaqueques en la España de las tres culturas y la creación de la Escuela de Toledo por Alfonso X) e hitos a nivel internacional, como la consolidación de la interpretación simultánea con los juicios de Núremberg.

Aunque se desconoce en qué momento exacto comenzó a practicarse lo que hoy se conoce como «interpretación en los servicios públicos», Bancroft (2015: 220) afirma que existe un consenso informal que remonta los inicios de la práctica profesional en ISP a la década de 1970 en Australia, puesto que fue uno de los primeros países en reconocerla como una profesión y en interesarse por la investigación en este campo. Sin embargo, la creencia de que si una persona podía entender y hablar dos lenguas diferentes estaba capacitada para interpretar de una lengua a otra estaba muy extendida en aquel momento, por lo que se trataba principalmente de intérpretes *ad hoc*; es decir, eran los amigos o familiares del usuario, incluidos los menores de edad (lo que en inglés se conoce como *child language brokering*), o incluso trabajadores de los servicios públicos que hablaran alguna lengua extranjera quienes practicaban la ISP, aunque no habían recibido formación en interpretación, (Roat y Crezee, 2015: 238). Desde ese momento en adelante, la ISP se extendió a varios países de Europa y a Estados Unidos, y en las últimas décadas se ha ido profesionalizando paulatinamente gracias a la creación de asociaciones profesionales de intérpretes, programas formativos en instituciones académicas y exámenes de certificación para ejercer la interpretación en los servicios públicos como práctica profesional (Wadensjö, 1998: 49; Roberts, 2015: 94).

Uno de los eventos con mayor impacto en el desarrollo de la interpretación en los servicios públicos a nivel mundial fue el primer congreso internacional Critical Link, celebrado en Ontario (Canadá) en 1995 (Abril Martí, 2006: 7). *Critical Link* nace en 1992 de la mano de Brian Harris, quien reunió a un grupo de intérpretes de ISP para organizar el primer congreso internacional sobre este ámbito (Critical Link International, s.f.). Entre los objetivos de esta organización, destacan los siguientes:

- Promover la creación de unos estándares que regulen la práctica de la interpretación en servicios públicos.
- Fomentar y compartir la investigación en este campo.
- Realizar aportaciones al debate existente sobre la formación y habilidades necesarias para ejercer esta actividad.
- Defender la provisión de los servicios de ISP en diferentes instituciones públicas.
- Concienciar sobre la profesión del intérprete en los servicios públicos (Roberts, 2015: 94-95; Critical Link International, s.f.a).

La primera edición del congreso Critical Link, titulado *Interpreters in the Community*, sentó las bases del reconocimiento de la ISP como práctica profesional y campo de investigación académica a nivel internacional (Pöchhacker, 2015: 205). Además de centrar los principales focos de debate fueron su denominación y definición, el papel del intérprete en ISP y la relación de este ámbito con otras modalidades de interpretación, a fin de identificar los retos que encontraría la ISP en su camino hacia la profesionalización (Abril Martí, 2006: 7-8). En el panorama nacional español, tiene gran relevancia la labor del grupo FITISPos-UAH, que celebró en 2002 el I Congreso Internacional sobre Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos en España, siendo la quinta edición de los Encuentros Internacionales de Traducción que ya venía organizando la Universidad de Alcalá desde el año 1992 (Lázaro Gutiérrez, 2010: 175; Valero-Garcés y Taibi, 2006: 213). Este fue el primer congreso del ámbito de la traducción e interpretación en los servicios públicos celebrado en España, enfocado a servir como punto de reunión para la comunidad de profesionales y académicos de este campo de estudio, y poder así debatir sobre temas fundamentales de la TISP (Valero-Garcés y Taibi, 2006: 213), tal y como sucedió años atrás con CLI.

En los años sucesivos, cada tres años periódicamente se han celebrado otros ocho congresos Critical Link International en diferentes ciudades del mundo, a saber: CLI2 en Vancouver, 1998; CLI3 en Montreal, 2001; CLI4 en Estocolmo, 2004; CLI5 en Sídney, 2007; CLI6 en Birmingham, 2010; CLI7 en Toronto, 2013; CLI8 en Edimburgo, 2016; y CLI9 en Tokio, 2019 (Critical Link International, s.f.b). A fecha de la redacción de este trabajo, no está claro si se celebrará la próxima edición CLI10 siguiendo la tradición trianual, puesto que tendría lugar este mismo año 2022; dada la falta de información, no es de extrañar que la planificación habitual de este congreso internacional se haya visto alterada por la situación sanitaria que llevamos viviendo desde marzo de 2020.

De hecho, la pandemia de la COVID-19, provocada por el SARS-CoV-2, ha sido uno de los acontecimientos que mayor impacto ha tenido en el campo de la salud y la atención sanitaria en general, y de los servicios de interpretación en el ámbito sanitario en particular, en los últimos dos años. En lo que respecta a su repercusión en el ámbito que nos ocupa, Barwise et al. (2021) afirman que ha supuesto una serie de cambios en la atención sanitaria a población multilingüe, acentuando las barreras que encuentran las personas migrantes en el acceso a los servicios sanitarios. Como medida preventiva de contagio, los servicios de interpretación presenciales se suspendieron en los casos de pacientes con casos confirmados o en sospecha de COVID-19; en su lugar, se implantaron dispositivos para habilitar los servicios de interpretación de forma remota, con tecnologías que permiten la interpretación por videoconferencia, utilizando servicios como la tecnología *Insight*, ofrecida por la empresa LanguageLine Solutions (2020). Sin embargo, factores como la suspensión de las visitas de familiares a los pacientes ingresados o la restricción del número de acompañantes con los que un usuario puede acudir a los servicios sanitarios han agravado los problemas que enfrentan estos usuarios alófonos, aumentando el sentimiento de soledad o la sensación de estar desprotegidos en un entorno en el que no pueden comunicarse en su propia lengua sin ayuda de un intermediario. Por este motivo, de acuerdo con Barwise et al. (2021), el papel del intérprete como mediador intercultural ha tomado gran importancia durante la pandemia. Sin embargo, si este ya es de por sí un tema sujeto a debate desde los inicios de esta profesión, resulta más difícil aún tratar de definir o asumir este rol eliminando el factor de la presencialidad.

2.1.2 El papel del intérprete vs el del mediador intercultural

Las particularidades que presenta la interpretación en los servicios públicos, y, en especial, la interpretación en el ámbito sanitario, invitan a reflexionar sobre el papel o rol que debe asumir el intérprete en este contexto. Al contrario de lo que sucede en otras ramas de la interpretación, como puede ser la interpretación de conferencias (donde la práctica interpretativa tiene lugar, prototípicamente, entre uno o varios hablantes y la audiencia a la que se dirigen), en la interpretación en los servicios públicos el intérprete es un vínculo esencial para que ambas partes se comuniquen de forma efectiva (Hale, 2015: 65). Así mismo, en esta modalidad es común que la relación de poder entre ambos interlocutores sea asimétrica o desigual. Tal asimetría puede estar ocasionada por factores como las diferencias socioeducacionales, el desconocimiento de la temática, la lengua o el funcionamiento del sistema por parte del usuario, la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra, entre otros (Lázaro Gutiérrez, 2010: 17). Por este motivo, la percepción de la invisibilidad y la imparcialidad del intérprete cambian, tanto por parte del proveedor de servicios como del usuario: los primeros cuentan con que el

intérprete actúe como su mano derecha, y los segundos esperan que les ayude ante la institución pública en la que se encuentran (Wadensjö, 1998: 50-51). En ISP, el intérprete es considerado un especialista bilingüe y cultural, que actúa como puente no solo entre lenguas, sino también entre culturas (Roy, 1993/2002, como se cita en Lázaro Gutiérrez, 2010: 202) para hacer posible la comunicación efectiva entre el proveedor y el usuario.

De esta manera, comenzaron a expandirse en el mundo anglosajón dos términos diferenciados con los que denominar a la figura del intérprete en los servicios públicos: por un lado, el papel del «intérprete como prácticamente un instrumento totalmente imparcial e invisible» (Lázaro Gutiérrez, 2010: 200), lo que en inglés se denomina, *interpreting*; y, por otro lado, el de mediador, en el que el intérprete asiste al usuario tanto antes como después de la interacción, y explica posibles malentendidos debido a diferencias culturales si es necesario (en inglés, *advocacy*). Este último concepto fue introducido por Knapp-Potthoff y Knapp (1987, como se cita en Baraldi y Gavioli, 2015: 247) a finales de la década de 1980. El debate sobre si el intérprete en ISP debe cumplir un papel u otro se vio acrecentado como consecuencia de la primera conferencia *Critical Link* (Llewellyn-Jones y Lee, 2009, como se cita en Bancroft, 2015: 224). Señala Wadensjö (1998: 6-7) que esta discusión es, en parte, un constructo académico que surge ligado a la investigación en esta área, puesto que ambos papeles se pueden distinguir de manera teórica, pero en la práctica se entrelazan y se mezclan. Es más, los intérpretes pueden adoptar de forma estratégica un papel u otro según la situación comunicativa para asegurar la calidad de la atención sanitaria que recibe el paciente alófono (Angelelli, 2004^a; Brisset et al., 2013, como se cita en Hsieh, 2015: 180-181). Sin embargo, un cambio de posición aleatorio con respecto al eje intérprete-mediador puede confundir al paciente, que podría tener dificultades a la hora de identificar en qué situaciones puede contar con el intérprete como mediador o aliado, o sentirse rechazado al verlo completamente imparcial dentro de la consulta, en el momento en que se percibe más vulnerable.

Según Lázaro Gutiérrez (2010: 213), la comunicación intercultural como disciplina ha tenido una importante influencia en el ámbito de la interpretación en los servicios públicos, puesto que ha supuesto un cambio en la percepción de la labor que realizan los intérpretes, dando cabida a otras mediaciones, como pueden ser «mediadores interlingüísticos» o «mediadores interculturales». Baraldi y Gavioli (2015: 248) definen la mediación intercultural como la adaptación del lenguaje utilizado en una situación comunicativa determinada según los conocimientos y el bagaje cultural de los interlocutores. Implica, por tanto, una sensibilidad peculiar por parte del mediador hacia las diferencias culturales de las personas involucradas en el encuentro multilingüe, que precisan de sus conocimientos (no solo en ambas lenguas, sino

también en ambas culturas) para que la comunicación sea efectiva. La mediación intercultural también puede facilitar el equilibrio de poder entre ambos interlocutores y minimizar las desigualdades (Pöchhacker, 2008: 14): mediante la adaptación del discurso del proveedor de servicios a la cultura del usuario, y viceversa, el intérprete que actúa como mediador intercultural puede llegar a evitar malentendidos y errores comunicativos, los cuales pueden tener consecuencias directas sobre la salud del usuario. Baraldi y Gavioli (2015: 249) concluyen que los estudios sobre la comunicación mediada por un intérprete que actúa en calidad de mediador intercultural destacan dos factores: por un lado, la mediación se centra en favorecer que el poder y el control de la comunicación recaiga sobre los dos participantes, para lo cual el intérprete que actúa como mediador se encarga de facilitar el entendimiento lingüístico y cultural; por otro lado, en ocasiones la mediación implica gestionar las relaciones de poder entre proveedor y usuario, y puede llegar a reducir las oportunidades de participación de ambos interlocutores. Sin embargo, la práctica de la interpretación en el ámbito intercultural ya está lo suficientemente limitada de por sí por factores como la falta de recursos, financiación y reconocimiento, por lo que es importante que el intérprete esté debidamente instruido para llevarla a cabo, cumpliendo con un alto nivel de profesionalidad, destreza y competencia.

Por otro lado, añade Gulliver (1979, como se citó en Wadensjö, 1998: 64) que los mediadores, al no actuar de manera imparcial, pueden influir e influyen en el transcurso de la conversación entre proveedor y usuario, algo que el intérprete imparcial trata de evitar. Sin embargo, estudios como el de Hsieh y Kramer (2012, como se citó en Hsieh, 2015: 180) concluyen que son varios los investigadores e intérpretes que ven de manera poco realista y práctica la defensa de un intérprete que abogue por un papel totalmente imparcial e invisible, que se limite a transmitir el mensaje de una lengua a otra; una posición así en la situación de desigualdad en cuanto a conocimiento médico, ideología sobre la salud y vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente alófono con respecto del proveedor de servicios no haría más que enfatizar la asimetría de poder de la que hablaba en párrafos anteriores, así como los posibles errores comunicativos que se producen en estas circunstancias (Hsieh, 2015: 180).

El primer estudio cuantitativo sobre la percepción que tienen los intérpretes para los servicios públicos del papel que desempeñan (Angelelli, 2004b, como se citó en Angelelli, 2015: 215) reveló que la percepción de los intérpretes sanitarios sobre su visibilidad era mayor en comparación con la de los intérpretes de conferencias o en el ámbito judicial. De estas conclusiones se puede deducir que el contexto de la situación comunicativa es clave en lo que respecta a la visibilidad del intérprete. Destaca Lázaro Gutiérrez (2010: 213-214) que en el ámbito sanitario tanto proveedor como usuario suelen perseguir un mismo objetivo, que

normalmente es velar por o restablecer la salud del paciente; por tanto, el intérprete no se encuentra en una situación en la que los participantes persigan intereses distintos, como puede suceder en la interpretación en el ámbito comercial o de negocios o, siguiendo con el ejemplo anterior, en el ámbito judicial; por tanto, puede «orientar sus intereses y sus esfuerzos hacia este mismo objetivo sin crearse un conflicto ético». En lo que respecta a la mediación intercultural, el grupo CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales) afirma que «la presencia generalizada de mediadores interculturales en ambulatorios, centros de salud y hospitales garantiza una mejora en el acceso de la población extranjera a la sanidad». (Raga Gimeno, 2006: 228).

Dentro de este marco de debate sobre las posiciones que deben adoptar o evitar los intérpretes en la práctica de la interpretación en los servicios públicos, cabe destacar que el mercado laboral de la ISP es inestable e inseguro; estas condiciones pueden suponer una fuente de estrés para quienes se dedican a esta profesión, y truncan en ocasiones los esfuerzos que hace este colectivo por tratar de conseguir que la formación y las cualificaciones en ISP sean accesibles a quienes desean dedicarse a ello (Wadensjö, 1998: 52). Esta situación varía enormemente entre países (Hale, 2015: 67): por un lado, tenemos el ejemplo de Australia, cuyo nivel de profesionalización en ISP es considerablemente alto; mientras que en España sigue siendo una profesión no reconocida que en ocasiones practican voluntarios o personas con escasa formación académica, aun cuando la oferta formativa en instituciones académicas se ha incrementado considerablemente en los últimos años, como veremos en próximos apartados. Sin embargo, son varias las revisiones que concluyen que el uso de intérpretes profesionales (es decir, aquellos que han recibido formación académica específica en este ámbito o han superado algún examen de certificación previo a su ejercicio de la profesión) mejoran la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes alófonos (Hsieh, 2015: 178).

Harris (1976: 5, como se cita en Muñoz Martín, 2015: 269) define al intérprete natural (o «no profesional», en términos de Martínez-Gómez, 2015: 417) como aquella persona bilingüe que lleva a cabo labores de interpretación en circunstancias cotidianas sin haber recibido una formación especial para ello. Defendía que las personas bilingües estaban capacitadas de forma natural para llevar a cabo tareas de traducción e interpretación en el día a día sin necesitar formarse específicamente para ello. Lörscher (1991, como se cita en Muñoz Martín, 2015: 270) estaba de acuerdo en que las personas bilingües tenían una cierta capacidad natural y rudimentaria para mediar entre las lenguas y culturas que conocían, pero afirmaba que sus producciones eran imperfectas y evitables desde un punto de vista profesional. Aunque el

debate que rodea a los intérpretes no profesionales ha versado sobre si deben o no deben ejercer la práctica profesional, en realidad se debería reorientar hacia cómo lidiar con la realidad de que, aun cuando las instituciones están obligadas a facilitar intérpretes profesionales que asistan al usuario, los intérpretes *ad hoc* suelen ser su primer recurso. En definitiva, concluye Muñoz Martín (2015: 270) que no es la práctica traductora o interpretativa *per se* la que entra en conflicto con el bilingüismo, sino el grado de profesionalidad, algo indispensable para potenciar al máximo la calidad de la interpretación sanitaria en servicios públicos. Los intérpretes no profesionales no tienen una referencia clara de las competencias que se necesitan para llevar a cabo las tareas de interpretación, y siguen sus propios instintos y las expectativas de los proveedores o usuarios que se ven involucrados en la interacción a la hora de tomar decisiones éticas; esta falta de estándares se traduce en que los intérpretes no profesionales suelen trabajar en solitario, lo cual conlleva una falta de solidaridad y prestigio grupal con respecto de los intérpretes profesionales, se refleja en una falta de credibilidad pública y actúa en contra de los intereses de profesionalización de la disciplina (Martínez-Gómez, 2015: 417).

2.1.3 Diferentes modalidades

Uno de los principales factores diferenciadores de la interpretación con respecto de otras actividades como la traducción es la inmediatez con la que sucede (Pöchhacker, 2004: 10). Pöchhacker (2015: 268) diferencia los modos de interpretación en función de la relación temporal entre la interpretación y el texto origen. Hasta el desarrollo de la tecnología que permitió la práctica de la interpretación simultánea a mediados del siglo XX, no era necesario diferenciar entre distintos modos de interpretación, pues la interpretación consecutiva (en la que la prestación se realiza tras partes del discurso original de unos cinco minutos de duración) era el modo estándar que se utilizaba en aquel momento. Tras la celebración de los juicios de Núremberg, la interpretación de conferencias se estableció como disciplina, y se empezaba a hablar ya en aquel momento, erróneamente, de interpretación consecutiva e interpretación simultánea como dos modos de interpretación dependientes de la interpretación de conferencias; cuando en realidad este último concepto no supone un modo en sí mismo, sino un ámbito de práctica (Pöchhacker, 2015: 268).

Con la puesta en práctica de la interpretación en los servicios públicos, se establece un nuevo concepto, el de la interpretación bilateral o dialógica (en inglés, *dialogue interpreting* o *liaison interpreting*). Este término se entiende como un modo de consecutiva corta en el que las intervenciones son más breves y los turnos de palabra cambian con mayor dinamismo que en una consecutiva larga, que en el contexto de la interpretación de conferencias puede implicar que el discurso lo realice una única persona (Pöchhacker, 2015: 268-269). Sin embargo, esta

distinción resulta un tanto artificial, puesto que separa de manera tajante los modos de interpretación de los modos de interacción, dos factores que están estrechamente ligados en interpretación en los servicios públicos. Pöchhacker (2015: 268-269) concibe los modos de interpretación como un continuo, en lugar de como categorías separadas, en el que la interpretación simultánea (entendida como aquella que depende del uso de un equipo tecnológico específico para ello) deriva a su vez dos modos, el de la interpretación susurrada (o *chuchotage*, en francés) y la traducción a vista (Herbert, 1952, como se cita en Pöchhacker, 2015: 269); y la interpretación consecutiva se denomina «corta» o «larga» en función de la duración de las intervenciones y la dependencia del intérprete en la toma de notas para reproducir el discurso.

Con respecto de las diferentes clasificaciones de la interpretación que se han hecho a lo largo de la historia, Grbić (2015b) destaca la importancia de dicha clasificación por ámbitos en el contexto de la interpretación en los servicios públicos. Define los ámbitos como contextos socio-espaciales en los que se producen las interacciones mediadas por intérprete (Grbić, 2015b: 371). En un nivel de clasificación superior, Collados y Fernández distinguen entre técnicas («la manera de llevar a cabo la modalidad interpretativa», es decir, la interpretación bilateral, simultánea o consecutiva) y modalidades («los eventos comunicativos y las situaciones sociales») (2001: 47, como se cita en Lázaro Gutiérrez, 2010: 225). Uniendo ambas perspectivas, la interpretación sanitaria en los servicios públicos se puede clasificar como un ámbito de la ISP en general, que es a su vez una modalidad de interpretación en la que se emplean diferentes técnicas o modos (Hale, 2007; Grbić y Pöllabauer, 2006, como se cita en Grbić, 2015b: 370).

Dicho esto, en la interpretación para los servicios públicos se pueden llegar a utilizar de forma regular todas o casi todas las técnicas de interpretación mencionadas (Hale, 2015: 67): en aquellas situaciones en las que se sigue un modelo de entrevista entre los interlocutores, se suele recurrir a la interpretación en consecutiva corta, y se utiliza la interpretación simultánea en ciertas ocasiones especiales, por ejemplo, en situaciones de emergencia, en circunstancias en las que el hablante no puede expresarse adecuadamente por una enfermedad o abuso de sustancias, etc. (Bancroft, 2015: 227). Además, en este contexto se recurre en muchas ocasiones a la traducción a la vista, que se sitúa entre la traducción y la interpretación (puesto que se pasa un texto escrito a un canal oral), y en los últimos años se ha recurrido en más ocasiones a los sistemas de interpretación remota, entre los que se encuentran la interpretación telefónica y la interpretación por videoconferencia, debido a la situación pandémica y al avance de la tecnología.

Los servicios de interpretación que hacen uso de la tecnología, como son la interpretación remota por videoconferencia o la interpretación telefónica, son cada vez más populares en la industria sanitaria, por su alta disponibilidad y bajo coste (Lázaro Gutiérrez, 2010: 240-241). Braun (2015: 346, como se cita en Pöchhacker, 2015: 269) entiende la interpretación remota como una manera de presentar el discurso reproducido, una «modalidad», más que como un modo de interpretación en sí mismo, puesto que pueden hacer uso tanto de la interpretación consecutiva como de la interpretación simultánea (y sus diferentes submodos) según el contexto. La principal ventaja de la interpretación remota es que permite el acceso a un intérprete que no tiene por qué encontrarse físicamente en el mismo espacio que los interlocutores, sino que puede estar en otra sala o edificio, o incluso en otro país (Braun, 2015: 346). Lo mismo sucede con el proveedor y el usuario, puesto que también se puede dar el caso de que los tres interlocutores de la conversación se encuentren en espacios físicos diferentes. Además, la interpretación remota permite acceder a un mayor número de lenguas, incluyendo las lenguas minoritarias que no se podrían ofrecer por escasez de recursos en caso de depender únicamente de la interpretación presencial. Esto conlleva a su vez un aumento de la eficacia y optimización del acceso de los usuarios a los servicios de interpretación sanitaria, y les proporciona mayor comodidad y confianza en la institución en la que se encuentran al sentirse respaldados lingüística y culturalmente. Dentro de la interpretación remota, la interpretación telefónica hace uso frecuentemente de la interpretación bilateral o dialógica, puesto que el modo de interpretación simultánea no suele ser factible dadas las circunstancias técnicas de esta modalidad (Kelly y Pöchhacker, 2015: 413).

En términos de evaluación de su eficacia y calidad, los estudios que se han llevado a cabo hasta la fecha sobre las modalidades de interpretación ligadas a la tecnología no son lo suficientemente amplios como para obtener conclusiones sólidas. No obstante, Azarmina y Wallace (2005, como se cita en Braun, 2015: 348) revisaron nueve estudios sobre la interpretación sanitaria remota y concluyeron que esta modalidad cuenta con la misma aceptación para los proveedores, los usuarios y los intérpretes (aunque en menor medida) que la interpretación presencial. Además, también afirman que los niveles de precisión de la interpretación remota son comparables a los que se obtienen en la modalidad presencial. Sin embargo, estudios más recientes (Locatis et al., 2010; Price et al., 2013, como se cita en Braun, 2015: 348) que comparan la interpretación remota, tanto telefónica como por videoconferencia, con la interpretación presencial corroboran la conclusión de Azarmina y Wallace (2005, como se cita en Braun, 2015: 348) sobre la inclinación de los intérpretes por la interpretación presencial antes que por la interpretación remota, y a su vez por la interpretación por

videoconferencia antes que por teléfono. Podemos atribuir esta preferencia al hecho de que la comunicación no verbal juega un papel esencial en las interacciones mediadas por intérprete, siendo la interpretación telefónica la modalidad que más restringe esta comunicación no verbal (puesto que la elimina prácticamente por completo) y, por tanto, la menos preferida. En relación con este aspecto, Gracia-García (2002: 17) afirma que aún está por estudiar el impacto de la ausencia de la comunicación no verbal en la interpretación telefónica.

En una revisión sobre los pros y los contras de la interpretación telefónica basado en Estados Unidos, Gracia-García (2002) concluye que, a pesar de que esta modalidad es un recurso accesible y de bajo coste para los proveedores de servicios públicos, es indispensable mejorar la formación en interpretación telefónica a fin de ofrecer la mejor calidad; para ello, indica que es fundamental incluir esta competencia en los programas formativos en interpretación. En los últimos años, han surgido en España cursos y otras ofertas formativas específicas en interpretación telefónica, como es el caso del módulo sobre interpretación telefónica del *II Taller SOS-VICS para la formación de intérpretes que asisten a víctimas de violencia de género*, impartido por Fernández Pérez (del Pozo Triviño y Campillo Rey, 2016: 74). Del Pozo Triviño y Campillo Rey (2016) revisan la literatura existente hasta la fecha de publicación de su artículo sobre interpretación telefónica, y repasan los escasos estudios empíricos que tratan esta modalidad. En su aproximación a esta práctica profesional, repasan los protocolos de actuación previos, durante y posteriores a la interpretación telefónica que realizan las dos principales empresas en el sector en España: Dualia e Interpret Solutions.

2.2 La formación en atención a población alófono

La práctica de la interpretación ha sido objeto de estudio tanto a nivel teórico como práctico, y los manuales y las investigaciones de campo han contribuido enormemente a la profesionalización de la interpretación como actividad (Grbić, 2015^a: 321). En lenguaje cotidiano, Grbić (2015^a: 322) define el término «profesión» como un tipo de ocupación que requiere de una formación y unas habilidades especiales, y que por tanto goza de un reconocimiento y un estatus determinado en la sociedad. Describe este concepto como un continuo, más que como una idea cerrada, situando en un extremo la «profesión total» y en el otro la «no profesión», pasando por la «semiprofesión». La «profesionalización» es, por tanto, el proceso de alcanzar la «profesión total» (Hermanowicz y Johnson, 2014, como se cita en Grbić, 2015^a: 322). Esta autora repasa dos modelos de profesionalización diferentes (2015^a: 322-323). Por un lado, Wilensky sugiere en 1964 cinco etapas prototípicas en el proceso de profesionalización de una actividad: (1) dedicarse a la ocupación a tiempo completo; (2) establecer una educación formal; (3) desarrollar una asociación profesional; (4) luchar por

obtener protección social; y (5) adoptar un código ético. Por otro lado, un modelo más reciente propuesto por Tseng en 1992 se compone de cuatro fases: (1) mercado laboral desordenado; (2) consenso y compromiso; (3) publicidad; (4) autonomía profesional. Este último modelo ha sido especialmente relevante en el estudio de la interpretación en los servicios públicos como disciplina, y lo han adoptado varios investigadores, como Fenton y Mikkelson (1993 y 1996, respectivamente, como se cita en Grbić, 2015^a: 324).

Una formación adecuada es clave para asegurar la máxima calidad en el desempeño de todas las profesiones. En términos generales, Sawyer y Roy (2015: 124) definen la educación como los diferentes programas formativos a nivel académico o en instituciones profesionales que se llevan a cabo con el objetivo de alcanzar unas metas curriculares que definen una profesión específica. Aunque puede parecer que esta definición está en contraposición con respecto de las ofertas formativas basadas en la práctica, la realidad de los estudios de interpretación integra, por lo general, ambos enfoques. En lo que respecta a la formación que recibe el personal sanitario, el contexto de multiculturalidad actual provocado por los flujos migratorios en los últimos años ha supuesto que multitud de usuarios que acceden a los servicios públicos en España se encuentren con barreras lingüísticas y culturales, que dificultan su comunicación con los proveedores de dichos servicios. Lázaro Gutiérrez y Tejero González (2017: 105) destacan los cursos de formación dirigidos a profesionales sanitarios que se impartieron en formato presencial y a través de Internet en el marco del programa de interculturalidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) desde 2007. Según la descripción de los autores, el programa se centraba en nociones teóricas sobre mediación intercultural e interpretación e incluía información sobre «las características específicas de la atención a población, vacunaciones y enfermedades infecciosas en la población de origen inmigrante en la atención primaria, y la relación entre migración y salud mental» (2017: 105).

Siguiendo la línea de inestabilidad que rodea a la disciplina, la oferta formativa varía bastante a nivel internacional, dependiendo de las políticas desarrolladas por cada país y el grado de profesionalización con el que cuente la disciplina en cada uno de los mismos (Ozolins, 2000, como se cita en Hale, 2015: 66). En aquellos países en los que es una profesión bien reconocida, las posibilidades formativas son mayores y más accesibles (Hale, 2015: 67): por ejemplo, en Australia (donde los planes formativos para intérpretes en los servicios públicos han contado con el apoyo del gobierno nacional desde la década de 1970, según Wadensjö, 1998: 55), Estados Unidos o Suecia (donde a la creación de programas de certificación le siguió el desarrollo de cursos formativos cortos en 1980 y 1990, según Sawyer y Roy, 2015: 127).

La formación en interpretación en los servicios públicos es, por lo general, eminentemente práctica, puesto que el objetivo de estos planes formativos suele ser optimizar la precisión lingüística con la que se expresan los futuros intérpretes (Wadensjö, 1998: 55). En esta profesión, un error en la comunicación mediada por intérprete puede tener graves consecuencias: desde suponer una pérdida de dinero para la entidad pública o el usuario que contrata al intérprete, un impacto en la salud del usuario, o incluso repercusiones legales. Sin embargo, aunque son varios los autores que han tratado de definir con exactitud esta «precisión» (Seleskovitch, 1968, 1978^a; Pöchhacker, 2004^a; Jacobson, 2009; Gile, 2009: 35, como se cita en Tiselius, 2015: 3-4), todavía no se ha consolidado una única definición y forma de medir dicha característica. Por otro lado, la formación académica en este contexto tiene el objetivo de proporcionar a los futuros intérpretes un amplio conocimiento sobre las principales culturas con las que va a trabajar, dependiendo de la combinación de lenguas en la que se desarrolle el programa, así como instruirles en las buenas prácticas y en el uso adecuado de la ética profesional (Wadensjö, 1998: 55). A continuación, repaso de forma breve la formación especializada en ISP que se puede encontrar en nuestro país.

2.2.1 Especialización en interpretación sanitaria

Según Hsieh (2015: 178), los intérpretes deben contar con las siguientes competencias a la hora de ejercer en el contexto sanitario: asegurar la precisión y la completitud del discurso, comprender la terminología médica y el funcionamiento del cuerpo humana, actuar y tomar decisiones con respecto a la ética de la profesión, contar con una adecuada comunicación no verbal y un elevado conocimiento intercultural. Por otra parte, Raga Gimeno (2006: 227-228) recoge las expectativas que tienen tres servicios de mediación intercultural en Madrid, Andalucía y Cataluña sobre los conocimientos y las destrezas con las que deben contar los mediadores interculturales: (1) estar formados en inmigración e interculturalidad, (2) ser «polivalentes» (es decir, no estar especializados en una única cultura o servicio público) y conocer el funcionamiento de los servicios públicos en España, (3) realizar tareas adicionales de elaboración, redacción y traducción de documentos informativos, (4) actuar de forma imparcial y confidencial, (5) tener experiencia en contextos multiculturales, y (6) contar con dotes comunicativas para la mediación.

A nivel internacional, Abril Martí (2006) realiza un estudio exhaustivo de las ofertas formativas en interpretación en los servicios públicos disponibles en diferentes países del mundo hasta la fecha de redacción de dicho trabajo. Su investigación realiza una importante aportación al campo de la didáctica y la formación en ISP, puesto que analiza todos los modelos y programas formativos existentes en este campo, evaluando las fortalezas y debilidades de

cada uno, y permite relacionar cada modelo formativo con la trayectoria de la ISP como práctica en cada país.

A nivel nacional, Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez (2021) recopilan y examinan los distintos itinerarios formativos propuestos en España actualmente. Para ello, recogen información sobre cada uno de los programas que ofrecen diferentes entidades en nuestro país por medio de entrevistas a algunos de sus representantes. Su estudio aporta información muy valiosa sobre el estado actual de la profesionalización de la ISP en España. Las autoras parten de la base de que «la interpretación sanitaria no es una actividad profesionalizada» en nuestro país: aun a fecha de 2021, cuando los avances en la investigación teórica y práctica son indiscutibles (según hemos visto en apartados anteriores), todavía no se ha definido qué formación básica deben tener los intérpretes en ISP para ejercer esta profesión, lo cual sigue dando lugar al uso de intérpretes *ad hoc*. En su artículo, las autoras clasifican los programas formativos según las entidades que los ofrecen, dividiéndolos así en siete grupos: «1) formación formal en programas universitarios de grado o 2) de posgrado, 3) otras opciones impartidas en universidades, 4) formación facilitada por ONG y entidades públicas o 5) empresas privadas, 6) formación de intérpretes voluntarios y 7) nuevos formatos, como cursos MOOC» (2021: 70).

A efectos del interés de este trabajo, es notable la todavía escasa presencia de la ISP en las universidades españolas: de las treinta y una universidades españolas que ofrecen alguna titulación a nivel de grado o máster en traducción e interpretación (QEDU, 2021), de acuerdo con la información que exponen Álvaro Aranda y Lázaro Gutiérrez (2021: 72-73) solo once de ellas imparten alguna asignatura relacionada con la ISP, siete de ellas a nivel de grado (la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad Alfonso X el Sabio, la Universidad Rey Juan Carlos, la Universidad Pontificia de Comillas, la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya, la Universidad de Granada y la Universidad del País Vasco), tres a nivel de máster (la Universidad Jaume I, la Universidad de Alcalá y la Universidad Autónoma de Barcelona), y la Universidad Pablo de Olavide tanto en grado como en máster. Como conclusión tras examinar diferentes características de los programas formativos ofrecidos por las universidades, empresas privadas y ONG españolas (como las lenguas y modalidad en las que se imparten, los contenidos que recogen, si establecen algún requisito de acceso, entre otras), las autoras afirman que, en comparación con la situación encontrada en estudios anteriores, se puede apreciar el esfuerzo por parte de las entidades en actualizar los contenidos de sus programas formativos según los últimos avances del campo de la ISP.

2.3 La colaboración interprofesional: formación y práctica profesional

Entendemos por interprofesionalidad (o «interdisciplinariedad», en palabras de Moran, 2010, como se cita en Gile, 2015: 192) cualquier forma de diálogo o interacción entre dos o más profesiones. Desde que surgieron los estudios en interpretación en la década de 1970 (Pöchhacker, 2015: 202), los estudios interdisciplinarios eran escasos; sin embargo, desde la década de 1990, disciplinas vecinas a los estudios de interpretación (como la psicolingüística, lingüística, sociología o educación, según Gile, 2006, como se cita en Gile, 2015: 193) se han interesado en realizar estudios que combinen ambas disciplinas. Sin embargo, los estudios interdisciplinarios en interpretación sanitaria dependían de lingüistas o profesionales médicos (Pöchhacker, 2006b, como se cita en Gile, 2015: 193). Más tarde, el «cambio social» (en palabras de Pöchhacker, 2006c, como se cita en Gile, 2015: 194) inició una tendencia a la inclusión de la interpretación sanitaria en los servicios públicos en estudios interdisciplinarios.

Son varios los estudios que concluyen que los usuarios que no hablan la misma lengua que los proveedores de servicios sanitarios que les atienden, experimentan desigualdades en la atención sanitaria que reciben (Jacobson et al., 2006, como se cita en Hsieh, 2015: 177). De esta manera, los pacientes alófonos en muchas ocasiones reciben menor atención en medicina preventiva, un menor número de derivaciones y seguimientos, tienen menor acceso a servicios sanitarios en general, y presentan menores índices de calidad de la atención sanitaria con respecto a factores como el apoyo interpersonal recibido, la comunicación centrada en el paciente o la satisfacción con el servicio sanitario; sin embargo, se observa que utilizan un mayor número de recursos en sus visitas a los centros sanitarios, como puede ser más pruebas diagnósticas y un mayor tiempo de hospitalización. Los intérpretes son, en líneas generales, la solución estándar para mejorar el acceso de los pacientes alófonos a los servicios sanitarios y la calidad de la atención recibida en ellos (Hsieh, 2015: 177).

La colaboración y la interacción entre intérpretes y proveedores de servicios sanitarios se reflejan en la responsabilidad y la toma de decisiones propia de la profesión del intérprete en este ámbito (Rudvin, 2015: 432). Señalan Roat y Crezee (2015: 242) que los servicios de interpretación son esenciales en el ámbito sanitario en especial, puesto que los proveedores de servicios no pueden asegurar que los usuarios reciben una atención de calidad si no son capaces de comunicarse con ellos y sus familias; además, compromete la seguridad del usuario, puesto que un error de comunicación en este contexto puede tener graves consecuencias sobre su salud y su bienestar. En su artículo en *The Routledge Handbook of Interpreting*, las autoras hacen un repaso exhaustivo sobre los diferentes tipos de intérpretes que se pueden encontrar en el ámbito

sanitario, desde los intérpretes en plantilla, los profesionales bilingües que cumplen dos roles, los intérpretes autónomos y los intérpretes en remoto.

Con el fin de poder resolver las posibles dificultades que puedan surgir cuando una persona alófono acude a un centro sanitario, en ocasiones estas instituciones contratan deliberadamente a personal médico y administrativo que se pueda comunicar en al menos dos lenguas (la oficial y una extranjera). Aunque en muchos estudios comparativos se toma como referencia a estos profesionales (debido a sus altos conocimientos sobre el lenguaje médico y su alta disponibilidad), pueden suponer un problema en el encuentro con el paciente alófono, puesto que no siempre cuentan con la fluidez lingüística y competencia intercultural adecuadas para desarrollar esta tarea y pueden verse sobrecargados al tener que añadir la interpretación a su carga de trabajo habitual (Hsieh, 2015: 179). No existe un consenso sobre si los trabajadores bilingües de los servicios públicos deben actuar como intérpretes o no, pero la realidad es que en la mayoría de las ocasiones sí que lo hacen (Bancroft, 2015: 223).

Dado que la interpretación sanitaria es el punto de encuentro entre disciplinas tan diversas como son el lenguaje, la medicina y la cultura, muchos investigadores se han visto atraídos por el estudio de esta profesión, y cada uno desde su punto de vista (Hsieh, 2015: 179). Desde la década de 1990, se han llevado a cabo diferentes investigaciones cuyas conclusiones tienen impacto a nivel interprofesional; y con la entrada del nuevo milenio, muchas de estas investigaciones, con un diseño más complejo y muestras a gran escala, comenzaban a tratar las dimensiones médicas y socioculturales de esta disciplina (Bischoff, 2012, como se cita en Hsieh, 2015: 179). Los resultados de estos estudios proporcionan una vista general de la situación en la que se encuentran las relaciones profesionales entre proveedores de servicios sanitarios e intérpretes de lo más interesante, tanto a nivel teórico e investigador, como a nivel práctico.

Varios intérpretes concluyen que los proveedores de servicios públicos hacen uso de los intérpretes profesionales en escasas ocasiones; en concreto, en un menos de un 20 % de las ocasiones en las que acuden pacientes alófonos (incluso cuando los servicios de interpretación son requisito legal y la interpretación telefónica está disponible) (Schenker et al., 2011, como se cita en Hsieh, 2015: 180). Varios estudios (como los que llevaron a cabo Diamond et al., 2009; Hsieh y Hong, 2010, como se cita en Hsieh, 2015: 180) apuntan a que los proveedores de servicios sanitarios pueden elegir si cuentan con un intérprete profesional o no profesional según la situación comunicativa. Sin embargo, el proceso de toma de decisiones y la regulación sobre qué modalidad de interpretación se debería utilizar en cada caso aún es una línea de investigación en la que no se han obtenido conclusiones determinantes.

En el contexto de la interpretación sanitaria, la relación entre poder, confianza y control juega un papel principal, no solo entre proveedor-paciente e intérprete-paciente, sino también entre proveedor-intérprete y entre el intérprete y las instituciones sanitarias en general (Brisset et al., 2013, como se cita en Hsieh, 182). Por tanto, es de vital importancia tener en cuenta que la colaboración entre ambos grupos profesionales deriva en una mejor atención al paciente, y que se debe encontrar un equilibrio entre las interacciones de uno y otro encaminadas a controlar la situación comunicativa o a adoptar diversas estrategias para limitar el contenido, tiempo o espacio de las intervenciones (Hsieh, 2015: 182).

Una de las mejores formas de asegurar la colaboración interprofesional es mediante la implantación de programas formativos interdisciplinares. La Organización Mundial de la Salud define este mismo concepto como un programa formativo en el que estudiantes de dos ramas profesionales diferentes aprenden los unos de los otros, con el propósito de fomentar la comunicación y colaboración entre disciplinas y mejorar el panorama sanitario (World Health Organization, 2010: 7). Hlavac y Saunders (2021) lo denominan en inglés *interprofessional education* y bajo este término estudian la formación conjunta entre estudiantes de los programas de interpretación y trabajo social, dados los numerosos estudios que sugieren que ambos colectivos trabajan juntos con frecuencia. Los autores afirman que la formación disciplinar ya estaba asentada en el campo de las ciencias de la salud, y estudios como el de Krystallidou et al. (2018) trasladan este concepto pedagógico a un grupo de estudiantes de interpretación y de medicina. Los participantes de este último estudio atendieron sesiones teóricas plenarias y seminarios prácticos en grupos más reducidos, en los que tuvieron la oportunidad de aprender la importancia de conocer la profesión del otro colectivo con el fin de mejorar las necesidades comunicativas en entornos clínicos. Al final del programa, los estudiantes fueron evaluados por medio de cuestionarios de autoeficacia, que fueron de gran valor a la hora de determinar el éxito de las sesiones de formación interdisciplinar. Los autores concluyen que los estudiantes de interpretación desarrollaron sus habilidades comunicativas y comprendieron mejor las necesidades de los estudiantes de medicina, y afirman que este tipo de programas de colaboración interprofesional sería sin duda aplicable a otros ámbitos de la interpretación en servicios públicos (2018: 140).

En concreto, en el campo de la interpretación sanitaria en los servicios públicos, cabe destacar el programa de mediación intercultural implantado por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), que estuvo en funcionamiento de 2007 a 2012. Lázaro Gutiérrez y Tejero González (2017) lo describen de forma detallada en un artículo en el que revisan los motivos que facilitaron su implantación y las principales características de los usuarios que

disfrutaron de este servicio, que incluía mediación intercultural en formato presencial y telefónico. Los autores afirman que a la fecha de redacción del artículo (diciembre de 2017), el SESCAM se estaba planteando retomar el servicio de mediación intercultural (2017: 101). Lázaro Gutiérrez y Tejero González lo valoran de forma positiva, pues afirman que este tipo de iniciativas pueden «contribuir a mejorar la accesibilidad y la equidad en el sistema sanitario» y abogan por su inclusión en los servicios del sistema sanitario español (2017: 106).

2.4 Las revisiones bibliográficas sistematizadas

La revisión de la literatura, también denominada «revisión bibliográfica», es una componente esencial de todo trabajo de investigación. Sin embargo, a pesar de que su importancia en el ámbito de la investigación es innegable, resulta difícil definir exactamente cómo se debe llevar a cabo una revisión de la literatura de calidad. Uno de los principales objetivos que cumple en una investigación es asegurar su viabilidad antes de comenzar con el trabajo práctico en sí mismo (Hart, 1998: 13): cuando la persona que va a llevar a cabo una investigación se empieza a plantear los principales problemas y temas que desea abordar, es imprescindible que revise primero las investigaciones que se han llevado a cabo con anterioridad para identificar lo que se conoce sobre el tema de investigación y qué nuevos enfoques se pueden aportar a la literatura ya existente. Del mismo modo, una vez ya está decidido el objeto de estudio, es esencial recuperar, leer, asimilar y sintetizar los estudios más relevantes en dicho campo que fundamentan la investigación. Es de especial interés la idea que plantea Codina sobre los trabajos de revisión como un género académico-científico en sí (Codina, 2018: 5), como complemento a otros cuatro tipos de trabajos académicos en los que la revisión bibliográfica suele estar presente (a saber, tesis de máster, tesis de doctorado, memorias de proyectos y artículos científicos).

En este trabajo de fin de máster, la revisión de la literatura no está presente solo en el marco teórico del que parte la investigación, sino que es la metodología que se ha utilizado para llevar a cabo la investigación en sí misma. La información aportada en los apartados anteriores de este marco teórico contextualiza la investigación sobre la interprofesionalidad en el ámbito de la interpretación que se lleva a cabo, dado que recopila las principales investigaciones sobre las características fundamentales de este campo profesional.

Si pasamos a un mayor nivel de detalle, descubrimos que, al igual que hemos hablado de que no hay una única forma de realizar una revisión de la literatura, tampoco hay un único tipo. Maria J. Grant y Andrew Booth (2009) recopilan catorce tipos distintos de revisiones de la literatura, y los analizan siguiendo el marco de referencia SALSA (del que hablaré con mayor detalle en el siguiente apartado) para identificar las características más destacadas de cada tipo

de revisión, sus fortalezas y debilidades, así como las metodologías asociadas a cada uno de ellos. A pesar de que los ejemplos que recogen Grant y Booth en su artículo se centran en el ámbito de las ciencias de la salud, considero que la clasificación que realizan es extrapolable a la investigación en ciencias humanas y sociales.

Dicho esto, Grant y Booth (2009: 102) describen las revisiones sistemáticas como el tipo de revisión que procura llevar a cabo una investigación sobre la literatura existente en un ámbito concreto siguiendo cada paso (la búsqueda, la evaluación y la síntesis de los materiales) de manera sistemática y rigurosa, en tanto a que suelen seguir un sistema previamente establecido, en ocasiones por figuras de referencia en ese campo de investigación (por ejemplo, el manual Crochane en ciencias de la salud); transparente, puesto que se describe la metodología utilizada de manera detallada; y replicable, de manera que otros investigadores puedan seguir la metodología de dicha revisión sistemática paso a paso y obtener los mismos resultados (teniendo en cuenta, claro está, las diferencias debidas al paso del tiempo y el avance de la investigación). Por otra parte, diferencian las revisiones sistemáticas de las revisiones sistematizadas principalmente en que estas últimas suelen, según afirman los autores, tratar de incluir uno o más de un elemento de las revisiones sistemáticas sin llegar a afirmar que la revisión que se obtiene como resultado es sistemática, debido a una falta de recursos (por ejemplo, contar con dos revisores) que impiden al investigador adherirse por completo a los estándares de las revisiones sistemáticas (Grant y Booth, 2009: 102-103). Además, identifican este tipo de revisión como el más común en los trabajos académicos a nivel de posgrado, precisamente porque demuestran que el investigador ha interiorizado las bases de los trabajos de revisión sistemática y cuenta con la capacidad de producir un trabajo académico consolidado, aunque carece de los recursos necesarios para poder realizar una revisión sistemática *per se*.

Codina (2018: 4) describe las revisiones sistematizadas como «un marco de trabajo riguroso y sistemático» bajo el que se llevan a cabo las revisiones bibliográficas, que son, como he mencionado anteriormente, imprescindibles en una investigación académica. Además, siguiendo la clasificación de Grant y Booth (2009) que he presentado en el punto anterior, Codina aborda la cuestión que se plantea al querer trasladar las ventajas que presentan las revisiones sistemáticas al campo de las investigaciones cualitativas en ámbito diferentes a las ciencias de la salud. En palabras del autor: «no es ni necesario ni conveniente que todas las revisiones sean sistemáticas», pero sí «es a la vez necesario y conveniente que todas las revisiones se conduzcan aplicando criterios sistematizadores y de calidad» (Hart, 2008, como se cita en Codina, 2018: 10), a fin de evitar los sesgos en la medida de lo posible.

A modo ilustrativo, Codina define los puntos comunes y las diferencias entre revisiones sistemáticas y sistematizadas en una tabla (2018: 11-12) en la que la primera diferencia que salta a la vista son los ámbitos de aplicación de ambos tipos: las primeras son, por lo general, típicas de las ciencias de la salud, mientras que las segundas son aplicables a las ciencias sociales y humanas. Además, las revisiones sistemáticas suelen seguir un esquema fijo y se constituyen de cuatro fases (a saber, búsqueda, evaluación, análisis y síntesis), mientras que las revisiones sistematizadas pueden no incluir las fases de análisis y síntesis (en función de las características de cada trabajo), pero sí cuentan obligatoriamente con las fases de búsqueda y evaluación. En relación con las fases de las revisiones, Codina (2018: 12) también apunta que, aunque las revisiones sistemáticas protocolizan de manera clara cada una de las cuatro fases, en las revisiones sistematizadas existe la posibilidad de adaptar la metodología a seguir en las fases del trabajo dependiendo, una vez más, de las características del mismo.

2.4.1 El meta-framework ReSiste-CHS (Codina, 2018)

En lo que respecta a las revisiones sistematizadas en el ámbito de las humanidades las ciencias sociales, Codina (2018) diseña un *framework* o marco de referencia que se puede seguir a la hora de llevar a cabo las revisiones bibliográficas; lo denomina **Framework ReSiste-CHS**, acrónimo de **Revisiones Sistematizadas en Ciencias Humanas y Sociales**, aunque es, en realidad, un *meta-framework*, puesto que se sirve a su vez de otros dos *frameworks*: utiliza, por un lado, el Framework SALSA para diseñar las fases de búsqueda y evaluación, y los principios generales de las Ciencias Humanas y Sociales para las fases de análisis y síntesis.

A pesar de que Codina contextualiza el Framework ReSiste-CHS específicamente para la producción de estados de la cuestión en trabajos académicos o artículos científicos, es asimismo aplicable a los trabajos autocontenidos (también denominados trabajos de revisión) (Codina, 2018: 5). Sin embargo, el autor remarca la necesidad de una primera fase de definición del proyecto en el caso de utilizar este marco de referencia para elaborar un trabajo de revisión. En esta primera fase, previa a la investigación en sí misma, se definen los objetivos, las preguntas de investigación y las hipótesis del trabajo. Esta fase está presente de manera obligatoria en todos los trabajos académicos de grado y posgrado, como es el caso que nos ocupa. Una vez definido el diseño de la investigación, la metodología a seguir para elaborar una revisión sistematizada utilizando el Framework ReSiste-CHS de Lluís Codina cuenta con cuatro fases (Codina, 2018: 27-49, 55-71):

2.4.1.1 Fase de búsqueda.

Tiene como objetivo recopilar los elementos que serán candidatos a formar parte del banco de documentos o base de la evidencia. Según Yin (2010, como se cita en Codina, 2018: 21), el banco de documentos es el grupo de trabajos bien identificados sobre el que se lleva a cabo la revisión sistematizada. El tipo de documentos preferido para constituir la fuente de este banco de documentos son los artículos publicados en revistas científicas evaluadas, aunque sería prácticamente imposible examinar toda la producción científica para un trabajo de revisión de este calibre.

Codina plantea las bases de datos como fuente de información para esta fase, y expone la importancia de determinar, por un lado, qué bases de datos utilizar y, por otro, cómo planificar la búsqueda en cada una de ellas. Para responder a la primera pregunta, propone identificar las bases de datos de referencia en el campo temático en el que se va a llevar a cabo la investigación (en caso de que existan), o bien contar con las bases de datos multidisciplinares de referencia (como pueden ser Web of Science y Scopus) y hacer una selección de bases de datos especializadas en función del campo de investigación de que se trate. Además, Codina afirma que el grupo óptimo de bases de datos, así como el número de las mismas, que se deben consultar dependerá de las características de cada investigación y que podrá incluso variar en el transcurso de la misma.

En respuesta a la segunda pregunta, resulta imprescindible formular cuidadosamente la ecuación de búsqueda con la que se interroga una base de datos, a fin de recuperar los resultados más pertinentes en base a los objetivos marcados. Una ecuación de búsqueda combina palabras clave y operadores (Codina, 2017). Las palabras clave que van a componer nuestra ecuación de búsqueda se determinan según los objetivos de la investigación, aunque los operadores posicionales (“ ”) y de truncamiento (*), así como los índices o tesauros, también resultan de gran utilidad: los primeros ayudan a delimitar la búsqueda en caso de querer utilizar términos compuestos de manera exacta; los operadores de truncamiento permiten recuperar términos que contienen la misma raíz; y los índices o tesauros incluyen los descriptores de materia propios de cada base de datos (en caso de que los tenga). Otro tipo de operadores relevantes para formular la ecuación de búsqueda son los booleanos, también llamados «operadores lógicos», que sirven para combinar los diferentes términos de una ecuación de búsqueda en función de si queremos que aparezcan todos los términos empleados (operador AND), uno u otro (operador OR) o queremos excluir algún término (operador NOT).

En esta primera fase, además, el autor presenta el segundo *framework* que compone el meta-*framework* ReSiste-CHS: el Framework FDC. Este otro marco de referencia establece las tres subfases que se recomienda seguir dentro de la fase búsqueda para planificarla:

- **Facetar** la investigación académica, entendido como tener en cuenta todos los apartados que la caracterizan, como pueden ser el objeto de estudio, el tipo de acción, el marco teórico, las técnicas de obtención de datos o estrategias metodológicas.

- **Derivar** las palabras clave que representan a cada una de las facetas anteriores, incluyendo sus sinónimos o sus equivalentes en inglés (puesto que es la lengua franca de la investigación científica a nivel internacional).

- **Combinar** las palabras clave obtenidas tras llevar a cabo las dos fases anteriores mediante operadores booleanos para crear uno o varios grupos de ecuaciones de búsqueda. El operador elegido para cada combinación dependerá de la relación entre estas, utilizando, por ejemplo, OR para unir sinónimos, AND para combinar palabras que designen conceptos diferentes, pero del mismo campo temático, y NOT para excluir términos que no queremos que aparezcan en nuestras búsquedas.

Además, el autor considera que se tenga en cuenta la posibilidad de parametrizar las búsquedas para limitarlas por rangos de fechas o campos de información (Codina, 2018: 40). De esta manera, se evita recuperar documentos que no son relevantes para la búsqueda (lo que se conoce como ruido documental) y se obtienen resultados mucho más concretos.

2.4.1.2 Fase de evaluación.

Tiene como objetivo «asegurar que los documentos recuperados merecen formar parte del banco de documentos final» (Codina, 2018: 44) que se utilizará para la revisión. Para ello, se utilizan dos tipos de criterios para incluir o excluir documentos: por un lado, criterios pragmáticos, que verifican (en función de los objetivos establecidos en el diseño de la investigación) que los documentos recuperados tras la primera selección se corresponden con la temática, el área geográfica, los rangos de fechas, u otras características esenciales para la revisión; y, por otro lado, criterios de calidad que garanticen que los documentos recuperados cumplen ciertos estándares de calidad.

No obstante, el autor asegura que, si se utilizan fuentes cuya calidad ya está garantizada por considerarse «de máxima solvencia» (Codina, 2018: 49), podría ser redundante (y, según el autor, incluso innecesario) volver a someterlos a criterios de calidad. Por ejemplo, este es el caso de los artículos de revista que se recuperan desde bases de datos de referencia que ya cuentan con sus propios controles de calidad antes de publicarlos. Como recordatorio, el autor

apunta que las posibilidades de seleccionar los documentos que van a conformar el banco final de documentos de manera subjetiva se reducen considerablemente si la evaluación la llevan a cabo dos investigadores diferentes. Sin embargo, esto resulta complicado en trabajos académicos como los Trabajos Fin de Grado o Máster, como el presente; además, la presencia o no de dos investigadores es uno de los puntos que distingue una revisión bibliográfica sistemática de una sistematizada, según la revisión de Grant y Booth (2009: 102-103).

2.4.1.3 Fase de análisis.

Su objetivo es «generar un análisis sistematizado de cada una de las obras que forman parte del banco de documentos» (Codina, 2018: 55). Para ello, el autor propone clasificar la información más relevante de cada uno de los documentos seleccionados en función de una serie de elementos, y recoger dicha información en una ficha o esquema, de manera que sea sencillo trasladarla a tablas o diagramas en caso de que fuera necesario.

En este apartado del *framework* el autor hace referencia a otros dos esquemas de análisis, propuestos por Bloomberg y Dale (2016, como se cita en Codina, 2018: 61-64) que diferencian entre el análisis de artículos de investigación y el de artículos teóricos. Una vez determinado el esquema de análisis que se va a aplicar sobre el banco de documentos, se debe aplicar a todos y cada uno de los componentes del mismo, leyendo detenidamente (y tantas veces como sea necesario) cada documento para preparar la siguiente y última fase.

2.4.1.4 Fase de síntesis.

Su objetivo es redactar «un producto nuevo y distinto de la mera yuxtaposición de las partes componentes»; es decir, no consiste simplemente en resumir los documentos uno seguido de otro, sino que la síntesis debe reflejar «un esfuerzo intelectual» doble, resultado de «agregar, pero también interpretar» los componentes del banco de documento en conjunto (Codina, 2018: 65).

En esta última fase, la capacidad crítica de la persona que lleva a cabo la revisión sistematizada es crucial, puesto que sin ella no es posible sintetizar adecuada y coherentemente la información recopilada, evaluada y analizada durante las fases previas. Además, es importante rescatar los objetivos que se plantearon durante la fase inicial de diseño de la investigación, y que se tuvieron en cuenta a la hora de buscar y evaluar los componentes del banco de documentos, ya que la síntesis se desarrollará teniendo presentes esos objetivos.

Se producirá, por tanto, en una situación ideal, una síntesis agregativa (es decir, que agregue los resultados del análisis de cada documento), pero a la vez interpretativa (es decir, que integre los resultados con una interpretación unificada). Al alcanzar un punto intermedio

entre ambas se alude a la importancia de las aportaciones de cada uno de los componentes del banco de documentos, a la vez que añade las aportaciones propias de la persona que lleva a cabo la revisión, relacionando, contrastando e interpretando el banco de documentos. No se trata simplemente de resumir, puesto que (según Bloomberg y Dale, 2016, como se cita en Codina, 2018: 69) el resumen supone un menor esfuerzo intelectual que la síntesis, que proporciona mayor valor añadido y da como resultado una cohesión del tema objeto de estudio dentro de la disciplina a la que pertenece, o incluso relacionado con otras disciplinas.

3 Metodología

De acuerdo con lo que propone Hart (1998: 27), las revisiones bibliográficas cumplen, al menos, los siguientes propósitos en una investigación:

- (a) Situar el problema de investigación en su contexto histórico.
- (b) Resumir las investigaciones anteriores sobre ese campo de estudio.
- (c) Identificar las principales técnicas de investigación que se han utilizado en estudios anteriores.
- (d) Comprender la organización teórica del área temática.
- (e) Relacionar la teoría con la práctica.
- (f) Definir qué se conoce hasta ahora en relación al tema objeto de estudio.
- (g) Identificar nuevas líneas de investigación o perspectivas sobre el tema.
- (h) Señalar la importancia del tema objeto de investigación.
- (i) Demostrar un conocimiento exhaustivo del campo al que pertenece el problema de investigación y el vocabulario propio del mismo.

Teniendo en cuenta las características específicas de este trabajo y los objetivos planteados en el diseño del mismo, esta revisión sistematizada de la bibliografía sobre la colaboración interprofesional en el ámbito de la interpretación sanitaria en los servicios públicos quiere cumplir con todos los puntos mencionados anteriormente, bien a través del contexto de la disciplina que se ha presentado en el marco teórico, o como resultado de la aplicación de la metodología que se explica a continuación. Además, pretende cumplir con las principales características que conforman, según Hart (1998: 1) una revisión de calidad: suficiente amplitud y profundidad, rigurosidad y consistencia, claridad y brevedad, y un análisis y síntesis efectivos.

Resulta interesante también la definición de Hart (1998: 28) del concepto de metodología como un conjunto de métodos y reglas que facilitan la recopilación de los datos que se van a analizar en una investigación, y proporciona el punto de partida para elegir un enfoque compuesto por las principales teorías, ideas, conceptos y definiciones del tema objeto de estudio. Un claro ejemplo de metodología es el método científico, aunque algunas de sus principales características (como la reproducibilidad y la repetibilidad) en las ciencias exactas no son siempre aplicables a las ciencias humanas y sociales. De forma simplificada, he seguido una estructura basada en los principios del método científico según lo describe el autor (1998: 83) para diseñar este trabajo: (1) partiendo de los conocimientos adquiridos tras cursar el máster CITISP, (2) se plantea una pregunta de investigación, (3) que da lugar a una hipótesis

(4) sobre la que se investiga en la literatura existente para (5) analizar los resultados obtenidos, (6) extraer las conclusiones y, por último, (7) comprobar si la hipótesis inicial se cumple o no, procurando mantener en todo momento los principios de objetividad, replicabilidad y flexibilidad. En esta sección, explico de manera detallada este proceso, paso a paso, desde el diseño de la investigación hasta la redacción de las conclusiones. Además, se incluye la justificación que ha motivado cada una de las decisiones a fin de potenciar la transparencia y replicabilidad del trabajo.

3.1 Adaptación del meta-framework ReSiste-CHS (Codina, 2018)

Aunque el marco de referencia propuesto por Lluís Codina para la elaboración de revisiones bibliográficas sistematizadas en el ámbito de las ciencias humanas y sociales se centra en aquellas revisiones de la literatura destinadas a formar parte de trabajos académicos de investigación más amplios, tal y como menciono en el apartado anterior, también contempla la opción de que se utilice para trabajos de revisión bibliográfica autocontenidos (Codina, 2018: 5). Dadas las características de este Trabajo Fin de Máster y lo recientes que son las investigaciones en el ámbito de estudio sobre el que trata este trabajo dentro de la interpretación sanitaria para los servicios públicos, considero que este enfoque resulta apropiado y pertinente para la elaboración de esta investigación. A continuación, desarrollo de manera detallada la metodología utilizada, adaptada del modelo propuesto por Codina (2018), con las modificaciones necesarias para conseguir una revisión sistematizada que cumpla con los objetivos especificados en apartados anteriores.

3.1.1 *Diseño de la investigación*

Como condición previa para añadir rigurosidad y sentar las bases de la investigación que se va a llevar a cabo, Codina (2018: 27) destaca la importancia de diseñar adecuadamente la revisión bibliográfica antes de comenzar a elaborarla. A pesar de que el autor no entra en detalle sobre los componentes de esta fase previa en su informe, es relevante incluirla en esta metodología, ya que supone los fundamentos bajo los que se construyen el resto de fases. Además, el diseño de la investigación ya se había desarrollado incluso antes de tomar la decisión de seguir la metodología que propone Codina.

En primer lugar, el ámbito temático elegido para este trabajo fue la interpretación sanitaria en los servicios públicos, a raíz de mi interés por esta área de conocimiento tras cursar el módulo sanitario del máster CITISP en la Universidad de Alcalá, bajo el que se enmarca este trabajo. Esta formación académica de posgrado ha sido la fuente teórica, de referencia y de motivación de la que derivan los conocimientos que me han ayudado a diseñar este trabajo. Dentro de este campo de conocimiento, se concretó el tema de investigación: las relaciones de

colaboración entre profesionales, la interprofesionalidad. Para definirlo adecuadamente, se plantearon varias preguntas de investigación que me llevaron a formular una hipótesis bajo la que desarrollar la investigación.

Una vez enmarcados el ámbito temático y el objeto de estudio, formuladas las preguntas y la hipótesis de investigación y justificada la necesidad de llevarla a cabo, definí los objetivos que quería cumplir con esta revisión bibliográfica sistematizada. Debían ser claros, concisos y alcanzables de acuerdo con las características de este trabajo, y se han tenido en cuenta en la toma de decisiones de todas las fases del proyecto: la decisión de los diferentes apartados que componen el marco teórico, así como la elección de la metodología a emplear para llevar a cabo el trabajo, se tomaron teniendo en cuenta los objetivos que figuran en el apartado introductorio. Tal y como adelantaba en párrafos anteriores, las siguientes fases de la metodología son la consecuencia directa de este diseño previo.

3.1.2 Búsqueda

Esta primera fase de la investigación propiamente dicha supone el punto de partida y está destinada a proporcionar los documentos que se evaluarán en la siguiente fase. Los principios de rigurosidad y transparencia que aplican a toda la metodología se tuvieron en cuenta desde este primer momento, para asegurar la adecuada sistematización del trabajo. Por este motivo, he elegido cuidadosamente los dos factores que entran en juego en la fase de búsqueda: las bases de datos en las que busco los componentes candidatos a formar parte del banco de documentos y las ecuaciones que utilizo para efectuar las búsquedas en dichas bases de datos.

3.1.2.1 Bases de datos.

En lo que respecta a las bases de datos, opté por utilizar tanto bases de datos multidisciplinares como bases de datos especializadas. Dentro del primer grupo, escogí Web of Science y Scopus, ambas accesibles desde la página web de Recursos Científicos de la Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación (Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, (FECYT), 2022c). Son las dos bases de datos de referencias bibliográficas y citas más consultadas a nivel mundial. Web of Science es una «colección de bases de datos de referencias bibliográficas y citas de publicaciones periódicas», compuesta además por varios índices, herramientas para análisis y evaluación y bases de datos complementarias, que agrupa información que data desde principios del siglo XX hasta la actualidad (FECYT, 2022b). Por su parte, Scopus es «una base de datos de referencias bibliográficas y citas», propiedad del grupo Elsevier, que cuenta además con literatura revisada

por pares, contenido web de calidad y diferentes herramientas destinadas al análisis de investigaciones (FECYT, 2022^a).

Para el segundo grupo de bases de datos, decidí escoger dos diferentes, especializadas en las dos disciplinas clave de este trabajo: la traducción e interpretación y las ciencias de la salud. Para la primera rama de conocimiento elegí BITRA, una base de datos multilingüe que recoge más de 87 000 referencias relacionadas con los estudios de traducción e interpretación (Franco Aixelá, 2022), de acceso libre y gratuito que se actualiza trimestralmente. Su creador y coordinador, Javier Franco Aixelá, afirma que, dadas las características de BITRA, se puede utilizar como base de datos de referencia para llevar a cabo revisiones sistemáticas en el campo de la traducción e interpretación médica (Franco Aixelá, 2010: 152). A efectos del interés de este trabajo, de las más de 87 000 referencias con las que cuenta BITRA a fecha de marzo de 2022, 365 publicaciones abordan la interpretación sanitaria en los servicios públicos (bajo las categorías temáticas «interpretación», «comunitaria» y «medicina»), lo cual supone un aumento considerable si tenemos en cuenta las 171 publicaciones que versaban sobre esta temática en 2010 (Franco Aixelá, 2010: 157). Además, 118 de las 365 publicaciones mencionadas ofrecen acceso abierto al texto completo, lo cual facilita el acceso al conocimiento sobre este ámbito en general, y el proceso investigador en este trabajo en particular.

En cuanto a la rama de ciencias de la salud, elegí efectuar las consultas en PubMed. Esta base de datos de acceso gratuito fue creada y desarrollada por el Centro Nacional para la Información Biotecnológica de los Estados Unidos (en inglés, National Center for Biotechnology Information, NCBI), y recoge más de 33 millones de referencias bibliográficas y *abstracts* sobre biomedicina y ciencias de la salud. Está compuesta a su vez por la base de datos MEDLINE, que indexa sus artículos utilizando los términos MeSH (*Medical Subject Headings*); PubMed Central (PMC), que recoge documentos a texto completo de revistas revisadas y seleccionadas por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (en inglés, National Library of Medicine); y Bookshelf, que archiva documentos a texto completo sobre biomedicina y ciencias de la salud (National Library of Medicine, s.f.). Debido a su amplia cobertura y su rigurosidad, resulta la base de datos más apropiada y con mejores garantías de calidad especializada en ciencias de la salud para la fase de búsqueda.

3.1.2.2 Ecuaciones de búsqueda: Framework FDC.

Las palabras clave elegidas para formular las ecuaciones de búsqueda derivan de la fase previa de diseño de la investigación, así como de la revisión de la literatura que compone el marco teórico de este trabajo. En primer lugar, pensé en el alcance de la investigación con respecto a

los siguientes elementos: área temática, especialidad de interpretación, objeto de estudio y personas involucradas y entorno. Después, de cada uno de estos aspectos, derivé las palabras clave correspondientes, incluyendo términos sinónimos. Debido a que tres de las cuatro bases de datos seleccionadas se interrogan en inglés, para elegir las palabras clave utilicé a modo orientativo el índice de materias presentado por Pöchhacker (2004, 242-252) en *Intepreting Studies*.

Por último, descarté limitar las búsquedas según el rango de fechas o ámbito geográfico. Considero que, a efectos de los objetivos de esta investigación, resulta interesante recuperar documentos que traten desde los inicios de la interprofesionalidad en interpretación sanitaria en los servicios públicos, su evolución a lo largo de los años y su situación actual en cualquier parte del mundo. Dado que este campo de estudio es relativamente reciente, pretendo realizar un estado de la cuestión lo más exhaustivo y completo posible. Sin embargo, sí que he utilizado las opciones de filtrado de las bases de datos seleccionadas para recuperar solo documentos que estuvieran disponibles en inglés y en castellano, puesto que son mis lenguas de trabajo.

Para interrogar las cuatro bases de datos seleccionadas, es importante tener en cuenta que, aunque todas suelen utilizar unos mecanismos similares, cabe la posibilidad de que cada una de ellas tenga unas peculiaridades específicas. Por ese motivo, revisé los procedimientos recomendados de cada base de datos antes de realizar las búsquedas (Departament de Traducció i Interpretació, 2015; FECYT, 2017; Mangan, 2019; National Library of Medicine, 2021), teniendo en cuenta además el idioma en el que se deben interrogar.

Tabla 1.

Elección de palabras clave según los elementos «Facetar» y «Derivar» del Framework FDC.

	Términos en castellano	Palabras clave (en inglés)
Area temática	interpretación en los servicios públicos interpretación comunitaria	<i>public service interpreting community interpreting; dialogue interpreting</i>
Especialidad de interpretación	interpretación sanitaria interpretación médica mediación intercultural mediación interlingüística	<i>healthcare interpreting medical interpreting intercultural mediation linguistic mediation</i>
Objeto de estudio	interprofesionalidad interdisciplinariedad colaboración	<i>interprofessionality interdisciplinary collaborative</i>
Personas involucradas y entorno	intérprete mediador personal sanitario paciente entorno hospitalario; entorno sanitario	<i>interpreter mediator; intermediary healthcare professional patient hospital setting; healthcare setting</i>

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Codina (2018: 33-41).

Tras realizar unas búsquedas iniciales aproximadas en cada base de datos para comprobar si se recuperaban falsos positivos («documentos recuperados no relevantes», según la definición de Codina, 2018: 50), afiné las ecuaciones de búsqueda lo máximo posible. El objetivo de revisar la estrategia de búsqueda fue evitar también los falsos negativos, lo que Codina define como «documentos relevantes no recuperados» (2018: 50). Determiné así las ecuaciones de búsqueda definitivas en cada base de datos. Con el fin de que esta metodología fuera totalmente transparente y replicable, las estrategias de búsqueda definitivas empleadas en cada base de datos junto con el número de resultados obtenidos quedan recogidas en la sección que expone los resultados de esta fase.

Como último paso en esta fase de búsqueda, una vez recogidas todas las referencias de los documentos recuperados de cada búsqueda en las cuatro bases de datos, exporté los resultados al gestor de referencias bibliográficas RefWorks y eliminé los resultados repetidos. De esta manera, pude exportar una lista de las referencias únicas a Excel, donde organicé los datos según los siguientes campos: autor, título, año de publicación, resumen. Los ordené alfabéticamente de forma ascendente por autor y obtuve el número total de referencias que someter a la fase de evaluación.

3.1.3 Evaluación

Para cumplir con los estándares de rigurosidad propios de una revisión bibliográfica sistematizada, es de vital importancia asegurar la calidad de todas las fuentes. Además, también es muy importante comprobar que los resultados recuperados cumplen con una serie de criterios pragmáticos, establecidos en función del tema objeto de estudio y de los objetivos de la investigación. A continuación, expongo los diferentes criterios seleccionados para evaluar los documentos recuperados en la fase anterior.

3.1.3.1 Criterios de evaluación.

Los criterios pragmáticos escogidos parten de los objetivos planteados en este trabajo. Al igual que en la búsqueda, no realicé distinción por fecha ni ámbito geográfico, pero sí era un requisito indispensable que los documentos estuvieran centrados en la interacción entre intérpretes sanitarios en los servicios públicos y profesionales sanitarios (independientemente de su ocupación). También tuve en cuenta aquellos documentos que trataban sobre la colaboración o los programas formativos conjuntos entre estudiantes de interpretación y estudiantes de medicina, enfermería, fisioterapia u otras ramas del campo de las ciencias de la salud, puesto que también es relevante para los objetivos de esta investigación. El resto de documentos que

no cumplieran con estos dos criterios temáticos, o que solo los trataban de manera parcial o tangencial, fueron excluidos.

En cuanto a los criterios de calidad, seguí dos procedimientos diferentes en función del tipo de documento del que se tratase (adaptados de lo expuesto por Codina, 2018: 45-47):

- Si la fuente origen del documento es considerada como fuente de «máxima solvencia» (Codina, 2018: 49), no se aplica ningún criterio de calidad adicional.
- Si la calidad de la fuente origen del documento no está probada por criterios externos, se comprueban los siguientes criterios en función de un sistema de puntuación adaptado de Kmet et al. (2004: 5) para la evaluación de documentos de tipo cualitativo: (1) la publicación es de origen académico; (2) el diseño de la investigación está claramente definido y los autores se adhieren a él durante el proceso; (3) la contextualización y el marco teórico de la investigación son apropiados y suficientes; (4) la metodología está claramente definida y se aplica de manera consistente; (5) las conclusiones son coherentes según los datos analizados y se presentan de forma clara y debidamente justificadas.

Por último, pero no menos importante, era requisito indispensable que los documentos seleccionados fueran accesibles al texto completo, bien porque perteneciesen a la categoría *Open Access* o porque la Universidad de Alcalá estuviera suscrita a los portales que permiten el acceso a ese documento. Por tanto, como último criterio de evaluación, aunque no es un criterio pragmático ni de calidad, tuve en cuenta la accesibilidad del documento.

3.1.3.2 Método de evaluación.

Para aplicar los criterios anteriores a los documentos preseleccionados tras las búsquedas, utilicé una hoja de cálculo con las referencias recuperadas tras la fase de búsqueda. Evalué cada documento en función de su título y *abstract* o resumen, en ese orden, para comprobar que cumplía con los criterios pragmáticos seleccionados. En aquellos casos en los que estos dos elementos no dejaban claro que el documento fuera pertinente y era necesario obtener más información, leí algunas de las partes clave del documento.

La primera línea de distinción sirve para descartar los documentos que claramente no tratan la interprofesionalidad o la colaboración entre profesionales sanitarios e intérpretes en los servicios públicos y cuáles probablemente sí. Como confirmación, basta con hacer una lectura rápida del resumen o *abstract* del documento para identificar aquellos documentos que sí se ajustan a la temática de esta investigación. En los casos en los que tras leer el resumen todavía no queda del todo claro si una referencia cumple con los criterios pragmáticos

designados o no, es necesario leer algunas partes del documento (por ejemplo, la introducción, el método y las conclusiones), o incluso el documento completo, para confirmar que cumple los requisitos. Una vez obtuve la lista de documentos que se adhieren a los criterios pragmáticos establecidos para este trabajo, comprobé que los documentos fueran accesibles a texto completo. Por último, evalué su calidad según los criterios establecidos en el apartado anterior.

Como apunte final, cabe recordar que, tal y como afirma el autor del *framework* en el que se basa esta metodología, el número de documentos que se necesita recuperar para una revisión sistematizada no es un número exacto, y depende de varios factores. Uno de ellos es «la producción total de documentos que genera el ámbito de trabajo» al que pertenece la investigación, pero también se deben tener en cuenta «los recursos disponibles para llevar a cabo la investigación, entre ellos, el tiempo» (Codina, 2018: 42). El autor aconseja que los trabajos académicos de un nivel similar al que nos ocupa incluyan aproximadamente entre 15 y 30 documentos.

3.1.4 Análisis

En esta fase, se analiza cada uno de los elementos que compone el banco de documentos siguiendo un esquema predeterminado, con el fin de identificar los componentes más relevantes para la cuarta y última fase, la síntesis. Para ello, el primer paso es leer cada documento de forma analítica, haciendo las anotaciones correspondientes y atendiendo a una serie de factores clave: el objeto de estudio, el propósito de la investigación y el contexto o marco teórico que respalda la investigación, la metodología utilizada y los resultados o las conclusiones que derivan del estudio. Este método analítico de lectura, adaptado de las indicaciones proporcionadas por Hart (1998: 44-78), realiza una doble función: no solo se aplica a esta fase de análisis del banco de documento, sino que sirve para identificar argumentos, relaciones lógicas y puntos clave en cada uno de los documentos. De esta manera, se organiza el trabajo previo para la fase de síntesis, que deriva de la lectura (y relectura, en los casos en los que sea necesario) de cada documento de forma individual, y de todo el banco de documentos de forma conjunta.

Para que el análisis sea más visual y manejable, he organizado los datos extraídos de cada documento en tablas individuales. Los campos en los que se organiza la tabla han sido seleccionados en función de los elementos principales que el análisis trata de identificar, y se han agrupado de manera que sea útil a la hora de elaborar la síntesis. Por tanto, cada tabla de análisis incluye:

- 1) Un número de identificación de la referencia en el banco de documentos.
- 2) La referencia bibliográfica completa del documento en formato APA 7.
- 3) Un resumen informativo y detallado del documento, de aproximadamente 300 palabras de extensión, que contiene (a) el propósito y (b) el objeto de estudio, (c) la metodología utilizada, (d) los datos extraídos de la investigación y © las conclusiones de los autores.
- 4) El tipo de investigación del que se trata o la metodología explicada en detalle.
- 5) Los aspectos más relevantes de la investigación o las principales aportaciones que realiza al área de estudio, junto con una valoración crítica o comentarios adicionales y relevantes acerca del documento.
- 6) Las palabras clave o descriptores que categorizan cada uno de los documentos, en caso de que los autores las hayan incluido.
- 7) Referencias a otros documentos que se incluyen en el elemento analizado y que resulta relevante mencionar, en formato APA 7 (opcional, solo cuando proceda).

Tabla 2.

Ficha de análisis.

<i>ID</i>	Número que ocupa la referencia en el banco de documentos.
<i>Referencia</i>	Referencia completa del documento fuente en formato APA 7.
<i>Resumen informativo</i>	Resumen informativo y detallado del documento fuente. Incluye el propósito y objeto de estudio, la metodología utilizada, los principales datos obtenidos y las conclusiones de los autores. Aproximadamente 300 palabras.
<i>Tipo de investigación / Metodología</i>	Identificación del tipo de investigación del que se trata o explicación de la metodología utilizada.
<i>Principales aportaciones o aspectos a destacar y síntesis valorativa</i>	Principales aportaciones o aspectos relevantes de la investigación y valoración crítica o comentarios adicionales acerca del documento.
<i>Palabras clave</i>	Descriptores utilizados por los autores de cada documento que ayudan a categorizar la investigación.
<i>Referencias citadas en el documento (opcional)</i>	Referencias a otros documentos mencionados en el elemento analizado que resulta relevante incluir, cuando proceda.

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Codina (2018: 56-57).

En definitiva, el método de análisis es una introducción al contenido y a la organización de cada uno de los documentos implicados en esta revisión de la literatura. Al sistematizarlo, se convierte en una herramienta potente para identificar las ideas y los argumentos que componen un artículo de investigación. Además, la inclusión de las palabras clave (en aquellos documentos en los que los autores las hayan proporcionado) permite identificar de un vistazo

la temática principal que trata ese documento. Por lo tanto, no es una simple recopilación de los elementos de un texto, sino una extracción intencionada de los datos más relevantes para analizar el banco de elementos en su conjunto y facilitar la producción de un estado de la cuestión detallado, comprensivo y bien organizado.

3.1.5 Síntesis

Aunque de todas las fases de la revisión sistematizada la fase de síntesis es la que tiene mayor riesgo de alejarse de la sistematicidad y caer en sesgos, la intención de la metodología de este trabajo es llevar a cabo todo el proceso de investigación de la forma más rigurosa, fiable y sistemática posible. Por este motivo, he optado por desarrollar un modelo de síntesis metódico y replicable, que produzca un resumen más complejo y completo que la suma de la bibliografía recopilada. La fase de síntesis no trata de resumir temáticamente cada documento siguiendo la estructura original con la que fueron redactados y limitándose a agrupar unas ideas con otras. Por el contrario, pretende dar como resultado una pieza de investigación en sí misma, bien cohesionada, relevante y crítica: un estado de la cuestión sobre la interprofesionalidad en la especialidad sanitaria en interpretación para los servicios públicos.

Esta última fase del trabajo es un producto del seguimiento meticuloso y sistemático de todas las fases anteriores, pero, en especial, deriva de los resultados de la fase de análisis. El procedimiento para elaborar la síntesis expuesta más adelante en la discusión comienza con una lectura atenta de cada documento. La tabla de análisis permite identificar los elementos clave que ayudan a elaborar una redacción coherente, y señala las principales investigaciones, teorías, argumentos, conclusiones, iniciativas y demás aportes a la comunidad académica de la interpretación en servicios públicos que han proporcionado todos los académicos que ya se han adentrado en el tema que ocupa a este trabajo. Para sintetizar un documento, es de vital importancia comprenderlo a la perfección. Para ello, es necesario realizar una o varias lecturas atentas y meticulosas, en las que se presta especial atención a partes concretas del texto. De manera adicional, se puede utilizar un sistema de anotaciones o comentarios que permita condensar y enlazar posteriormente los temas que se han discutido de forma lógica.

La fase de síntesis supone una composición narrativa y argumentada de los documentos recuperados, evaluados y analizados en las tres fases anteriores. Se refleja en la discusión de este trabajo, y se estructura de acuerdo a las dos temáticas principales identificadas durante la fase de análisis de los documentos: las iniciativas formativas interdisciplinarias y la práctica interprofesional en el ámbito de la interpretación sanitaria en los servicios públicos. A su vez, cada apartado presenta y discute los diferentes temas que se tratan en el banco de documentos.

3.2 Materiales e instrumentos

A la hora de recopilar y organizar la información necesaria para elaborar esta revisión sistematizada de la literatura, las dos herramientas que se describen a continuación han facilitado en gran medida la tarea. Dada la complejidad que supone diseñar y desarrollar una revisión bibliográfica sistematizada y teniendo en cuenta el límite de tiempo ligado a este trabajo, era indispensable optimizar la organización de los elementos y herramientas que lo componen. Gracias a la competencia informática adquirida en el máster bajo el que se enmarca este trabajo, he podido gestionar la bibliografía recuperada en las distintas bases de datos y tratar los datos involucrados en esta revisión de manera sistemática y ágil, optimizando los recursos con los que contaba para llevar a cabo esta investigación.

3.2.1 Gestor de referencias bibliográficas: RefWorks

Durante todo el proceso de la investigación, he utilizado RefWorks, un gestor de referencias bibliográficas en línea, para crear y organizar las referencias bibliográficas de los documentos incluidos en el trabajo e insertar las citas. El acceso a RefWorks está disponible de manera gratuita para todos los usuarios de la Universidad de Alcalá. Para acceder a esta aplicación solo es necesario seguir los pasos indicados en la guía RefWorks que proporciona la biblioteca de la Universidad de Alcalá para darse de alta con el correo institucional (Universidad de Alcalá, 2022). Además de insertar las referencias manualmente y organizar la bibliografía en carpetas, permite importar las referencias bibliográficas directamente desde bases de datos como Web of Science o PubMed y exportarlas en el formato que el usuario seleccione.

RefWorks ha sido una herramienta de gran utilidad en la elaboración de este trabajo, puesto que me ha permitido mantener la bibliografía organizada y actualizada durante todo el proceso. Además, ha facilitado la recuperación y organización de los resultados de las bases de datos Web of Science, Scopus y PubMed, gracias a la opción de buscar referencias duplicadas y la posibilidad de organizar las referencias en varias carpetas. De esta manera, resulta muy cómodo seleccionar los documentos deseados y moverlos de una carpeta a otra sin tener que crear la referencia de nuevo.

Al mismo tiempo, RefWorks permite adjuntar los documentos en formato PDF a cada referencia, de manera que están disponibles en línea y se pueden consultar desde otros dispositivos con facilidad, iniciando sesión con las credenciales establecidas al crear la cuenta. Esta función es especialmente útil para las dos últimas fases de la revisión, la de análisis y la de síntesis, puesto que permite anotar y subrayar los documentos. De esta manera, facilita la extracción de datos y permite localizar y resaltar las ideas clave en cada documento.

3.2.2 *Hojas de cálculo en Excel*

Aunque la mayoría de tareas relacionadas con la gestión de las referencias bibliográficas, tanto de los documentos utilizados en la revisión como de toda la bibliografía del trabajo en general, se puede gestionar desde RefWorks, he utilizado un libro con diferentes hojas de cálculo de Excel para las tareas que requerían observar los resultados de forma más visual. Por ejemplo, una vez recopilada la lista de referencias recuperadas de las cuatro bases de datos, las exporté a Excel para almacenar y organizar el resto de datos relacionados con cada una de ellas. Por un lado, confeccioné una tabla sencilla con las referencias recuperadas, ordenadas por autor, y añadí celdas condicionales para observar de un vistazo cuáles pasaban la evaluación según los criterios pragmáticos y de calidad y cuáles quedaban excluidas. A aquellas referencias evaluadas positivamente, añadí el campo *Acceso*, para anotar si estaban disponibles para descargar en PDF, si eran accesibles en línea o si no se podían recuperar de manera gratuita. Esto me permitió organizar mejor el total de los resultados obtenidos y trasladarlo de forma efectiva a la sección que sigue.

4 Resultados

4.1 Fases de búsqueda y evaluación

En primer lugar, cabe destacar que la búsqueda en BITRA ha seguido un procedimiento ligeramente diferente al que se utilizó en las otras tres bases de datos. Dadas las características específicas de esta base de datos, después de probar a ejecutar las búsquedas con diferentes ecuaciones, he optado por utilizar solamente las palabras clave «Interpretación», «Comunitaria» y «Medicina». Esta búsqueda devuelve 365 resultados, los cuales he sometido a una primera evaluación antes de exportar manualmente las referencias para delimitar los resultados que se ajustaran a los criterios pragmáticos establecidos (nombre del documento, información contenida en el resumen, lectura del documento completo si procede). Finalmente, se han seleccionado 14 artículos según el título y el resumen ofrecido en la base de datos; sin embargo, 5 de ellos no son accesibles a texto completo de manera gratuita, por lo que no he podido comprobar si se ajustaban a los requisitos establecidos y han sido descartados.

Al recopilar todos los resultados de las búsquedas ejecutadas en las cuatro bases de datos y eliminar los resultados repetidos, he obtenido 472 resultados que he evaluado en función de los criterios pragmáticos definidos en la fase de evaluación y he seleccionado un total de 27 documentos: 9 de ellos han sido recuperados desde BITRA y 18 de Web of Science. El resto se han excluido, puesto que no son relevantes según los criterios establecidos en la fase de evaluación. Al evaluar los documentos, he podido comprobar que las búsquedas han devuelto muchos falsos positivos, recuperando documentos que trataban temas puramente médicos o sobre la interpretación en los servicios públicos en el ámbito social, educativo o legal. Sin embargo, otras ecuaciones de búsqueda habían demostrado devolver muy pocos resultados y no todos eran relevantes, por lo que mereció la pena tener que evaluar tantos artículos para evitar obviar alguno relevante.

La evaluación de calidad no ha sido necesaria en ninguno de los 27 documentos que demostraron cumplir con los criterios pragmáticos, ya que 26 de ellos pertenecen a revistas internacionales reconocidas, la mayoría de ellas revisadas por pares, y el documento restante es un capítulo de una monografía publicada por una editorial de demostrada calidad; es decir, siguiendo los criterios de Codina (2018: 49), he considerado que todas las fuentes son «de máxima solvencia». De los 27 documentos, 25 son accesibles a texto completo de manera gratuita; los otros dos documentos restantes están publicados en una conocida red social de colaboración entre académicos e investigadores, por lo que se ha solicitado acceso al texto completo a sus autores. Finalmente, ha sido posible acceder a ellos gracias a la colaboración de

sus autores, que han compartido el documento conmigo para este trabajo. Además, durante la lectura de los resúmenes, he detectado que dos de los documentos recuperados trataban sobre una misma investigación, publicados por la misma autora en dos revistas distintas, por lo que descarté una de estas dos referencias.

En total, el banco de documentos de esta revisión cuenta con 26 elementos. Con el fin de que esta revisión sea totalmente transparente y replicable, he documentado las estrategias de búsqueda empleadas en cada base de datos, incluyendo la fecha de búsqueda en cada una de ellas y el número de resultados obtenidos. La tabla 3 recoge los resultados obtenidos en cada fase del proceso de búsqueda y evaluación de documentos que he seguido para determinar el banco de documentos de este trabajo.

Tabla 3.

Banco de documento recuperado tras las fases de búsqueda y evaluación.

<i>Base de datos</i>	<i>Fecha de búsqueda</i>	<i>Ecuación de búsqueda</i>	<i>N.º total de resultados</i>
Web of Science	10/04/2022	TS=(interprofessional* OR colabor*) AND TS=(“interpreting” OR “intercultural mediation” OR “interpreter-mediated”) AND TS=(healthcare OR hospital OR medical) -Refined by: Languages: English OR Spanish	385
	10/04/2022	TS=(interprofessional* OR colabor*) AND TS=(“healthcare interpreting” OR “medical interpreting” OR “intercultural mediation” OR “interpreter-mediated”) -Refined by: Languages: English OR Spanish	57
	N.º de documentos sin repeticiones:		440
Scopus	10/04/2022	(TITLE-ABS-KEY (interprofessional* OR interdisciplinary OR collaborative) AND TITLE-ABS-KEY (interpreting OR “intercultural mediation” OR “interpreter-mediated”) AND TITLE-ABS-KEY (healthcare OR hospital)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , “English”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE , “Spanish”))	126
PubMed	10/04/2022	(interprofessional* OR collaborative) AND (“healthcare interpreting” OR “medical interpreting” OR “intercultural mediation” OR “interpreter-mediated”) -Filtered by: English, Spanish	16

BITRA	11/04/2022	(Idioma=(Español)) Y (Palabras clave=(Interpretación Y Comunitaria Y Medicina))	56
	11/04/2022	(Idioma=(Inglés)) Y (Palabras clave=(Interpretación Y Comunitaria Y Medicina))	264
	N.º de documentos preseleccionados en 1ª evaluación:		9
N.º de documentos sin repeticiones	472		
N.º total de referencias en el banco de documentos tras la evaluación	26		

Fuente: Elaboración propia.

4.2 Fases de análisis y síntesis

Tras analizar los 26 documentos recuperados y evaluados en las fases anteriores, uno de ellos ha sido descartado al someterlo a la fase de análisis. A pesar de que el resumen proporcionado en BITRA (la base de datos de la que fue recuperado) parecía indicar que trataría de llenar la interprofesionalidad, al leer el texto completo he identificado que solo trata este tema de manera superficial y tangencial al tema principal del documento: el papel del intérprete. Por tanto, el número de documentos que compone el banco de documentos se reduce a 25.

El método de análisis que se ha empleado en esta revisión bibliográfica ha demostrado ser efectivo a la hora de identificar las temáticas centrales de cada uno de los elementos que compone el banco de documentos. A medida que analizaba los textos, he ido identificando las perspectivas desde las que se estudia la interprofesionalidad en interpretación sanitaria, al igual que los cambios que ha experimentado este campo de estudio con el paso de los años. Por motivos de extensión, las fichas de análisis individuales de cada uno de los documentos quedan recogidas en la sección Anexos. La tabla 4 muestra una visión conjunta y resumida de los resultados obtenidos tras someter a los documentos seleccionados al método de análisis elaborado en secciones anteriores.

Tabla 4.

Resultados del análisis del banco de documentos.

ID	Referencia	Tipo de documento	Principales conclusiones
1	<p>Álvaro Aranda, C., Lázaro Gutiérrez, R., y Li, S. (2021). Towards a collaborative structure of interpreter-mediated medical consultations: Complementing functions between healthcare interpreters and providers. <i>Social Science & Medicine</i>, 269, 9. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113529.</p>	<p>Artículo de investigación de corte cualitativo.</p>	<p>Tras someter los datos obtenidos a un análisis cualitativo tomando como referencia el marco de modelos de participación y proyección de Goffman, las autoras concluyen que urge trabajar hacia un modelo de colaboración entre proveedores e intérpretes en el ámbito sanitario. Un cambio en los modelos tradicionales de consulta médica que incluya la intervención de los intérpretes como participantes activos del encuentro contribuiría a la información de ambos colectivos sobre las tareas y responsabilidades que realizan los otros y sería beneficioso a la hora de diseñar programas formativos conjuntos.</p>
2	<p>Borja Albi, A. (2015). Recomendaciones para trabajar con intérpretes en el ámbito sanitario. En A. Borja Albi, y M. Del Pozo Triviño (Eds.), <i>La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género. Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes</i>. (pp. 107-125). Tirant Humanidades.</p>	<p>Capítulo teórico-práctico que incluye recomendaciones para trabajar con intérpretes sanitarios.</p>	<p>Este capítulo, al igual que la guía en la que se enmarca, incluye información importante, completa y exhaustiva y recomendaciones prácticas para la asistencia sanitaria mediada por intérprete en general, centrándose en aspectos particulares de los contextos de violencia de género. La autora destaca la importancia de contar con intérpretes profesionales debidamente formados, y afirma que se debe tener especial consideración con la vulnerabilidad en la que se encuentran las víctimas de violencia de género.</p>
3	<p>Cebrián Sevilla, C. (2004). Estudiantes de medicina e interpretación social: Trabajo de campo. <i>Puentes</i>, (4),</p>	<p>Trabajo de campo con cuestionario simple</p>	<p>Los resultados de este trabajo de campo señalan que el conocimiento acerca del papel y las funciones del intérprete, así como la diferencia entre traducción e interpretación, por parte de los</p>

	17-30. http://wpd.ugr.es/~greti/revista-puentes/pub4/02-Carmen-Cebrian.pdf .		estudiantes de medicina es escaso. Es más, la labor del intérprete social es totalmente desconocida. Sin embargo, los futuros profesional sanitarios sí valoran la formación, la profesionalidad y la imparcialidad del traductor-intérprete. La autora señala que se debe solucionar la falta de servicios de interpretación en el ámbito sanitario, a fin de tratar adecuadamente la interprofesionalidad.
4	Chang, D. F., Hsieh, E., Somerville, W. B., Dimond, J., Thomas, M., Nicasio, A., Boiler, M., y Lewis-Fernández, R. (2021). Rethinking Interpreter Functions in Mental Health Services. <i>Psychiatric Services</i> , 72(3), 353-357. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000085 .	Estudio piloto que analiza las grabaciones de 25 consultas de salud mental mediadas por intérprete y 74 entrevistas semiestructuradas a los participantes de dichas sesiones.	Tras analizar las grabaciones de las consultas mediadas por intérpretes y los datos recogidos en las entrevistas, los autores señalan que tanto los pacientes como los especialistas en salud mental percibieron los beneficios de la colaboración interprofesional y la mejora de la comunicación. Los autores proporcionan a modo de conclusión unas recomendaciones para la práctica interprofesional en el ámbito de la atención sanitaria en salud mental. Entre ellas, se incluyen la formación de los especialistas en el modelo de consulta mediado por intérprete y la formación de los intérpretes en salud mental y destrezas clínicas.
5	Costa, B. (2017). Team Effort – Training Therapists to Work with Interpreters as a Collaborative Team. <i>International Journal for the Advancement of Counselling</i> , 39, 56-69. https://doi.org/10.1007/s10447-016-9282-7 .	Revisión de la literatura y recomendaciones prácticas.	Una vez revisada la literatura existente sobre colaboración interprofesional y formación interdisciplinar en el ámbito de la interpretación sanitaria, la autora considera que los estándares de confianza y seguridad de la comunicación en la consulta mediada por intérprete se deben aplicar a las tres partes que intervienen: paciente, intérprete y profesional sanitario. Por último, proporciona una serie de recomendaciones para los programas formativos interdisciplinares.

6	<p>Costa, B. (2022). Interpreter-mediated CBT – a practical implementation guide for working with spoken language interpreters. <i>The Cognitive Behaviour Therapist</i>, 15(e8), 17. https://doi.org/10.1017/S1754470X2200006X.</p>	<p>Guía profesional para la práctica colaborativa en las sesiones de terapia cognitivo-conductual mediadas por intérprete.</p>	<p>La autora propone una serie de recomendaciones para el trabajo colaborativo en sesiones de terapia cognitivo-conductual, basándose en su experiencia previa y en la literatura disponible sobre este. Organiza dichas recomendaciones en seis secciones, relativas a diferentes partes de la consulta. Concluye enfatizando la necesidad de establecer un código de conducta común que facilite la interprofesionalidad en este ámbito.</p>
7	<p>Crezee, I., y Marianaccia, A. (2022). ‘How did he say that?’ interpreting students’ written reflections on interprofessional education scenarios with speech language therapists. <i>Interpreter and Translator Trainer</i>, 16(1), 19-38. https://doi.org/10.1080/1750399X.2021.1904170.</p>	<p>Investigación cualitativa sobre sesiones de formación interdisciplinar.</p>	<p>En esta investigación, las autoras desarrollan sesiones de formación interdisciplinarias para alumnos de interpretación y logopedia. Los estudiantes pudieron reconocer los beneficios que derivan de la comunicación interprofesional, al igual que identificaron las principales dificultades que pueden surgir en la práctica y pusieron en común diferentes ideas para solucionarlas. El análisis temático de los cuestionarios identificó que supuso una experiencia beneficiosa para ambos grupos.</p>
8	<p>de Cotret, F. R., Brisset, C., y Leanza, Y. (2021). A typology of healthcare interpreter positionings When “neutral” means “proactive”. <i>Interpreting</i>, 23(1), 103-126. https://doi.org/10.1075/intp.00052.cot.</p>	<p>Investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas.</p>	<p>Una vez clasificados los datos recogidos por tipología temática (Weber, 2002/1905), los autores analizaron los resultados en función de la posición del intérprete en la interacción triádica. Este análisis reveló que dichas posiciones son dinámicas, que la interpretación en el ámbito de la salud mental requiere un alto grado de especialización, y que el intérprete y el especialista en salud mental deben negociar el papel que cumplen ambos en la interacción. De esta forma, los autores consideran que podrán compartir</p>

			responsabilidad y poder en la consulta sin perjudicar el resultado terapéutico del paciente.
9	Gryesten, J. R., Brodersen, K. J., Lindberg, L. G., Carlsson, J., y Poulsen, S. (2021). Interpreter-mediated psychotherapy – a qualitative analysis of the interprofessional collaboration between psychologists and interpreters. <i>Current Psychology</i> , 1-14. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01345-y .	Análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas.	Tras analizar cualitativamente los datos recogidos de las entrevistas, los autores identificaron los temas centrales de discusión: los tipos de relaciones interprofesionales, la neutralidad del intérprete, la responsabilidad de ambos grupos de profesionales y la gestión de los comentarios entre ellos. Los autores concluyen que los patrones de relaciones colaborativas interprofesionales son dinámicos, y que varían en función del contexto y las características personales de cada una de las partes que intervienen. Además, identificaron los puntos de intromisión de ambos grupos y las dificultades comunicativas a la hora de comentar las intervenciones.
10	Hadziabdic, E., y Hjelm, K. (2013). Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. <i>International Journal of Evidence-Based Healthcare</i> , 11, 69-76. https://doi.org/10.1111/1744-1609.12005 .	Revisión discursiva de la literatura.	Tras contextualizar este ámbito de estudio y revisar la literatura existente, las autoras recomiendan una serie de actuaciones y pasos a seguir para mejorar la colaboración interprofesional. Estas recomendaciones van destinadas a los profesionales sanitarios. Entre ellas, incluyen cómo determinar qué tipo de intérprete o modalidad es más adecuada, cómo concertar los servicios de interpretación o la importancia de contar con intérpretes profesionales debidamente formados.
11	Hatton, D. C., y Webb, T. (1993). Information Transmission in Bilingual, Bicultural Contexts: A Field Study of Community Health Nurses and Interpreters. <i>Journal of Community Health Nursing</i> , 10(3), 137-147.	Estudio de campo mediante entrevistas semiestructuradas.	Las autoras identificaron que, según los datos recogidos en las entrevistas a personal de enfermería e interpretación, el intérprete cumple tres funciones principales en consulta: literal, independiente y colaborativa. Además, señalan la

			importancia de establecer una comunicación adecuada entre ambos grupos de profesionales, que redunde en beneficio del paciente alófono.
12	Hlavac, J., y Harrison, C. (2021). Interpreter-mediated doctor-patient interactions: interprofessional education in the training of future interpreters and doctors. <i>Perspectives-Studies in Translation Theory and Practice</i> , 29(4), 572-590. https://doi.org/10.1080/0907676X.2021.1873397 .	Análisis cualitativo de las sesiones formativas interdisciplinarias por medio de <i>role plays</i> y cuestionarios de autoevaluación.	Los dos grupos de alumnos que participaron en estas sesiones formativas interdisciplinarias destacaron que el <i>role play</i> es un instrumento muy útil en este contexto. Además, percibieron una mejora en sus destrezas comunicativas en consulta mediada por intérprete, y consideraron que la iniciativa les sería de utilidad en su futuro profesional.
13	Hsieh, E. (2010). Provider-interpreter Collaboration in Bilingual Health Care: Competitions of Control over Interpreter-Mediated Interactions. <i>Patient Education and Counseling</i> , 78(2), 154-159. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.017 .	Análisis cualitativo de entrevistas en profundidad y grupos focales.	La autora concluye que la colaboración interprofesional entre profesionales sanitarios e intérpretes es un elemento fundamental a la hora de garantizar la mayor calidad asistencial posible al paciente alófono. Destaca que ambos grupos de profesionales deben recibir formación especializada al respecto, y que los profesionales sanitarios deben comprender que la presencia del intérprete profesional es importante. Además, enfatiza que la autoridad que comparten ambos grupos durante la consulta mediada por intérprete es variable y negociable.
14	Karliner, L. S., Pérez-Stable, E. J., y Gildengorin, G. (2004). The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 19(2), 175-183. http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1492142 .	Análisis estadístico-descriptivo mediante cuestionarios.	Las opiniones de los profesionales sanitarios recogidas durante este estudio muestran que la tasa de utilización del intérprete en consulta es baja. Sin embargo, es cierto que se prioriza a los intérpretes profesionales. Entre las principales causas, destaca el límite de tiempo asignado a cada consulta. A pesar de que destacan la dificultad de empoderar al paciente, detectar síntomas muy concretos o explicar tratamientos complejos, los participantes

			consideran que se cumplen los objetivos de la consulta cuando interviene un intérprete. Los autores destacan que es necesario formar a los profesionales sanitarios en cuanto a colaboración interprofesional con intérprete.
15	Krystallidou, D., Van De Walle, C., Deveugele, M., Dougali, E., Mertens, F., Truwant, A., Van Praet, E., y Pype, P. (2018). Training “doctor-minded” interpreters and “interpreter-minded” doctors: The benefits of collaborative practice in interpreter training. <i>Interpreting</i> , 20(1), 126-144. https://doi.org/10.1075/intp.00005.kry .	Desarrollo de un programa de formación interdisciplinar y análisis de los resultados mediante cuestionarios de autoeficacia.	Las sesiones de formación interdisciplinar se diseñaron siguiendo seis pasos diferenciados y se repartieron cuestionarios de autoeficacia antes y durante dichas sesiones. Los resultados de los cuestionarios revelan que los alumnos de interpretación percibieron una mejora en sus destrezas comunicativas tras la sesión conjunta. Los profesores que participaron en esta iniciativa consideran que fue una experiencia muy positiva y les ofreció una nueva perspectiva desde la que evaluar las producciones de los alumnos de interpretación.
16	Li, S., Gerwing, J., Krystallidou, D., Rowlands, A., Cox, A., y Pype, P. (2017). Interaction-a missing piece of the jigsaw in interpreter-mediated medical consultation models. <i>Patient Education and Counseling</i> , 100(9), 1769-1771. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.021 .	Discusión explicativa y narrativa.	Los autores se sirven de la literatura existente sobre la interacción entre profesionales sanitarios e intérpretes en su colaboración en consulta para revisar las recomendaciones actuales destinadas a intérpretes. Basándose en su experiencia en un congreso sobre comunicación en el entorno sanitario, actualizan la visión tradicional del modelo de consulta. Tratan de aclarar que la interacción es clave, y para ello es necesario que el intérprete asuma un papel más activo, fomentando así la colaboración interprofesional.
17	Olivares, M., y Pena, C. (2015). Teaching health sciences students about culturally sensitive communication between health professionals and patients from diverse cultures. <i>International Journal of Bilingual Education</i>	Estudio de caso sobre formación interdisciplinar.	En esta iniciativa de formación sobre mediación intercultural a alumnos de fisioterapia, las autoras desarrollan sesiones teórico-prácticas. Los alumnos pueden debatir sobre distintas situaciones,

	and <i>Bilingualism</i> , 18(1), 113-126. https://doi.org/10.1080/13670050.2014.882881 .		inspiradas en casos reales, a las que se enfrentarían en un futuro profesional. Además, los cuestionarios recogidos tras las dos fases del estudio revelan que esta sesión fue útil, educativa e interesante. Las autoras concluyen que este diseño de programa formativo en mediación intercultural podría extenderse a otras disciplinas de la rama de ciencias de la salud.
18	Pérez Estevan, E. (2016). ¿Equilibrio de poderes entre el intérprete y el profesional sanitario?: Análisis de la situación y propuesta de formación. <i>FITISPos International Journal</i> 3, 3, 82-91. https://fitisposij.web.uah.es/OJS/index.php/fitispos/article/view/96/126 .	Estudio observacional, estudio descriptivo con seguimiento y estudio de caso.	Tras el análisis de los datos recogidos en esta investigación, la autora destaca que aún se desconoce la labor del intérprete sanitario. Además, las guías de trabajo interprofesional, a pesar de que existen, no son de obligado cumplimiento. Por ello, es necesario educar a los profesionales sanitarios en la importancia de contar con un intérprete que actúe como mediador intercultural en consulta, así como actualizar las guías para la formación y la práctica profesional de los intérpretes sanitarios.
19	Phelan, M., y Parkman, S. (1995). How To Do It. Work with an interpreter. <i>The British Medical Journal</i> , 311, 555-557. https://doi.org/10.1136/BMJ.311.7004.555 .	Revisión narrativa de la literatura.	Los autores llegan a la conclusión de que una de las destrezas comunicativas más importantes en el ámbito sanitario son el trabajo colaborativo y el fortalecimiento de las relaciones interprofesionales. Para ello, recomiendan que se cuente con intérpretes profesionales para los servicios de interpretación sanitaria y ofrecen una explicación detallada sobre la función del intérprete y la actuación en consulta.
20	Sanz-Moreno, R. (2017). Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula. <i>Panace@</i> , 18(46), 114-122.	Proyecto de innovación docente en formación interdisciplinar.	La inclusión de un profesional sanitario en las clases de interpretación supuso un incremento de las destrezas temáticas, técnicas y terminológicas de los alumnos. Los <i>role plays</i> y los debates sobre

		<p>cuestiones éticas acercaron a los alumnos a un contexto más real que el que se encuentran en las clases habituales. Además, esta iniciativa también les proporcionó a los profesionales sanitarios una nueva perspectiva sobre el trabajo con los futuros intérpretes en consulta con pacientes alófonos.</p>
21	<p>Searight, R., y Searight, B. K. (2009). Working With Foreign Language Interpreters: Recommendations for Psychological Practice. <i>Professional Psychology: Research and Practice</i>, 40(5), 444-451. https://doi.org/10.1037/a0016788.</p>	<p>Revisión de la literatura y recomendaciones prácticas.</p> <p>Los autores repasan la literatura existente sobre la asistencia sanitaria en materia de salud mental mediada por intérprete y la legislación vigente a la fecha de redacción del artículo con respecto a la provisión de servicios de interpretación en Estados Unidos. Además, proporcionan una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios sobre cómo mejorar la colaboración interprofesional, e inciden en aspectos concretos propios de la atención en salud mental. Por último, tratan algunos dilemas éticos comunes y definen las características que deben guiar la elección de un intérprete para la consulta.</p>
22	<p>Showstack, R., Nicks, S., Woods, N. K., y Martínez, G. (2021). Interprofessional Education for Students of Translation/Interpreting and the Health Professions. <i>Hispania</i>, 485-501.</p>	<p>Programa de formación interdisciplinar.</p> <p>Una vez analizadas las sesiones prácticas de formación interdisciplinar entre alumnos de enfermería y español, los autores reflexionaron sobre los distintos enfoques desde los que se pueden abordar este tipo de iniciativas. Además, animan a las facultades universitarias a que incorporen a los alumnos de ambos programas formativos en sesiones interdisciplinares. De esta manera, se cubriría en un futuro la necesidad actual de colaboración interprofesional que existe en el ámbito de la asistencia sanitaria a población alófona.</p>

23	<p>Sluzki, C. E. (1984). The Patient-Provider-Translator Triad. A Note for Providers. <i>Family Systems Medicine</i>, 2(4), 397-400.</p>	<p>Revisión de la literatura y estrategias para la inclusión del intérprete en el ámbito sanitario.</p>	<p>El autor dirige sus recomendaciones y estrategias a los profesionales sanitarios que se relacionan con intérpretes en las consultas con población alófono. Destaca la importancia de contar con profesionales debidamente cualificados, y la necesidad de que ambos grupos de profesionales se comuniquen adecuadamente antes y después de la consulta, a fin de mejorar la calidad de atención al paciente.</p>
24	<p>Strelow, K. R., Bahadir, S., Stollhof, B., Heeb, R. M., y Buggenhagen, H. (2021). Patient interviews in interprofessional and intercultural contexts (PinKo) – project report on interdisciplinary competence development in students of medicine, pharmacy, and community interpreting. <i>GMS Journal for Medical Education</i>, 38(3), 1-19. https://doi.org/10.3205/zma001463.</p>	<p>Proyecto de innovación docente en formación interdisciplinar mediante sesiones formativas conjuntas y análisis de encuestas previas y posteriores.</p>	<p>Los autores repartieron dos encuestas a los alumnos que participaron en las sesiones interdisciplinarias, antes y después de que estas se llevaran a cabo. Tras analizar los resultados obtenidos, los alumnos de los tres grupos calificaron la experiencia de manera positiva. Percibieron una mejora en cuanto a sus conocimientos sobre comunicación interprofesional e interculturalidad. Los autores concluyen que este estudio puede servir como modelo de futuros programas interdisciplinarios en interpretación y ciencias de la salud.</p>
25	<p>Van De Walle, C., Bart, D., Myriam, D., y Ellen, V. P. (2020). Communicative hurdles in multilingual interpreter-mediated consultations: what trainee data teach us. <i>Interpreter and Translator Trainer</i>, 14(3), 322-343. https://doi.org/10.1080/1750399X.2020.1736435.</p>	<p>Iniciativa de formación interdisciplinar y análisis de las grabaciones de las sesiones prácticas conjuntas.</p>	<p>Los autores determinaron que la formación interdisciplinar es muy necesaria en el ámbito sanitario. Destacan la necesidad de formar a los alumnos de interpretación en el modelo de estructura de la consulta médica con el que ya están familiarizados los alumnos de medicina, así como prepararlos para afrontar intervenciones largas y densas y gestionar los turnos de palabra y el ritmo de la conversación de modo que puedan garantizar la mayor precisión y calidad en las interpretaciones.</p>

Fuente: Elaboración propia.

La información recuperada en las fichas de análisis ha fundamentado la discusión que se presenta a continuación. Además, al realizar el análisis, he identificado los temas que se tratan de forma recurrente a lo largo de los 25 elementos que componen el banco de documentos, lo cual me ha permitido estructurar adecuadamente la discusión. Ocho documentos tratan sobre la formación interdisciplinar con alumnos de interpretación y otras disciplinas del área de ciencias de la salud, y cinco documentos tratan la colaboración interprofesional entre profesionales sanitarios e intérpretes. Además, ocho documentos proporcionan recomendaciones sobre cómo mejorar la colaboración interprofesional en consulta, dirigidas tanto a intérpretes como a profesionales sanitarios. Por último, un total de nueve documentos recogen las opiniones y perspectivas tanto de intérpretes en activo y en formación como de profesionales sanitarios en formación y en activo. La tabla 5 presenta el resultado de esta clasificación y la relación con el n.º de identificación de las referencias pertinentes en el banco de documento.

Tabla 5.

Temáticas centrales identificadas en el análisis de documentos.

Temáticas		ID	
<i>Formación interprofesional</i>		5, 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25	
<i>Colaboración interprofesional</i>		1, 4, 9, 11, 18	
<i>Recomendaciones prácticas</i>	<i>Profesionales sanitarios</i>	2, 5, 6, 10, 16, 19, 21, 23	
	<i>Intérpretes</i>	5, 6, 16	
<i>Opiniones y perspectivas</i>	<i>Profesionales sanitarios</i>	En formación	3, 17, 24
		En activo	8, 9, 11, 13, 14
	<i>Intérpretes</i>	En formación	15, 24
		En activo	9, 11, 13

Fuente: Elaboración propia.

5 Discusión

De acuerdo con los objetivos planteados en la sección introductoria de este trabajo, esta revisión sistematizada de la bibliografía pretende producir un estado de la cuestión actualizado, completo y cohesionado sobre la interprofesionalidad en la interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. En esta sección, se introducen los principales temas de debate que están presentes en cada uno de los documentos que forma parte de esta revisión bibliográfica. Como resultado del análisis y la síntesis de la literatura que se recopila en esta investigación, se pueden observar las relaciones entre las distintas temáticas y la evolución de este campo de estudio a lo largo de los años.

El banco de documentos abarca un rango temporal relativamente amplio, puesto que el elemento más antiguo data de 1984 y los dos documentos más recientes se publicaron en el mismo año de redacción de este trabajo, 2022. Los temas que se tratan en los diferentes documentos analizados varían de una década a otra. Durante las primeras publicaciones, se puede observar una tendencia hacia la elaboración de recomendaciones prácticas dirigidas a los profesionales sanitarios sobre cómo trabajar con intérpretes en consulta (Sluzki, 1984; Phelan y Parkman, 1995) y estudios dirigidos a recoger las opiniones y perspectivas de los profesionales sanitarios sobre sus experiencias con intérpretes profesionales (Hatton y Webb, 1993). Durante la primera década de los 2000, las publicaciones siguieron indagando acerca de las opiniones que tienen tanto los estudiantes de ciencias de la salud (Cebrián Sevilla, 2004) como los profesionales sanitarios en activo (Karlner et al., 2004), acerca del papel, los límites y la colaboración con intérpretes, acompañando estos estudios de campo con algunas recomendaciones sobre colaboración interprofesional (Searight y Searight, 2009).

Más adelante, entre 2010 y 2020, siguiendo las líneas anteriores, las investigaciones continuaron integrando los estudios en los que se recoge la opinión de intérpretes y profesionales sanitarios sobre la interprofesionalidad en este ámbito (Hsieh, 2010; Pérez Estevan, 2017), junto con más recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios sobre cómo abordar el trabajo con un intérprete en consulta (Hadziabdic y Hjelm, 2013; Borja Albi, 2015). Sin embargo, comenzaron a tomar un papel mucho más activo y participativo: en esta década se llevaron a cabo varios estudios sobre las relaciones interprofesionales y las dinámicas colaborativas entre intérpretes y profesionales sanitarios, que abordaron las negociaciones de poder en consulta y la interacción entre ambos profesionales cuando atiende al paciente alófono (Costa, 2017; Li et al., 2017); además, se desarrollaron diversas iniciativas de formación interdisciplinar, en las que se instruyó en mediación intercultural a grupos del área de ciencias

de la salud, se debatieron dilemas éticos y se fomentaron los programas de actividades prácticas conjuntas, basadas en *role plays* y actividades de puesta en común (Olivares y Pena, 2015, Sanz-Moreno, 2017; Krystallidou et al., 2018).

En los últimos años, las investigaciones en este ámbito de la interpretación sanitaria se han adentrado de lleno en iniciativas formativas interdisciplinares, centradas en estudiar aspectos más concretos, como el estudio de los objetivos comunicativos en la consulta mediada por intérprete (Van De Walle et al., 2021), las bases comunicativas para la colaboración interprofesional (Showstack et al., 2021), la entrevista médica (Strelow et al., 2021) y los códigos éticos (Crezee y Marianaccia, 2022). Entre las investigaciones que abordan la colaboración interprofesional entre profesionales sanitarios e intérpretes en activo, destacan aquellas que abordan las funciones del intérprete y su integración con las de los profesionales sanitarios y las recomendaciones prácticas para el trabajo en consulta (Álvaro Aranda et al., 2021; Chang et al., 2021; de Cotret et al., 2021; Gryesten et al., 2021; Costa, 2022).

5.1 Principales características de las relaciones interprofesionales en interpretación sanitaria

La comunicación en el ámbito sanitario debe tener en cuenta en todo momento las diferencias culturales que pueden existir entre las distintas partes que intervienen en el proceso, sobre todo teniendo en cuenta el aumento del número de pacientes extranjeros y alófonos que acuden a los sistemas sanitarios de todo el mundo (Strelow et al., 2021; Showstack et al., 2021). Por ello, resulta interesante y necesario mejorar las competencias interculturales de los profesionales sanitarios (Strelow et al., 2021), y que estos sean conscientes de los beneficios que aporta la intervención del intérprete profesional. Las iniciativas conjuntas interdisciplinares e interprofesionales son una de las mejores formas de fomentar la competencia intercultural, puesto que permite que ambos grupos de profesionales conozcan la función del otro, sus objetivos comunicativos, sus expectativas, sus necesidades y aprendan a trabajar de forma conjunta. La información interdisciplinar, aunque es relativamente reciente, debería estar en el punto de mira de todos los programas formativos en ciencias de la salud e interpretación, puesto que tanto intérpretes como profesionales tienen el deber de actualizar su formación de manera constante (Sanz-Moreno, 2017: 120). El derecho a la autonomía del paciente está recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, según el artículo 25: «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, (...)» (Borja Albi, 2015: 110). Además, en España, los pacientes tienen derecho a ser debidamente informados y a que sus decisiones sean respetadas y adoptadas por ellos mismos de forma libre y voluntaria. Por lo tanto, parte de la responsabilidad clínica consiste en asegurar

que el paciente alófono será atendido con todas las garantías que tendría un paciente que hable el mismo idioma que el proveedor de servicios (Costa, 2022: 4), lo cual incluye la provisión de un servicio de interpretación.

Los intérpretes en los servicios públicos tienen encomendada la tarea de asegurar que la comunicación fluye a pesar de las barreras lingüísticas, culturales, las diferencias en cuanto a valores, estilos comunicativos o expectativas (Van De Walle et al. 2020). A pesar de esta responsabilidad, el nivel de profesionalización en este ámbito sigue siendo bajo. Los resultados de la investigación de Van De Walle et al. (2020) dejan clara la necesidad de, por un lado, diseñar y desarrollar programas especializados en formar a los profesionales que se dedican a formar a intérpretes y aclarar y definir los límites de los contenidos y el alcance de los programas formativos en interpretación; y, además, acortar la distancia entre teoría y práctica, dándole a los intérpretes en formación la posibilidad de participar en iniciativas interdisciplinarias o interprofesionales, bien sea con alumnos de otras disciplinas o con profesionales en activo con los que tendrán que trabajar de forma conjunta en su futuro laboral.

Según Álvaro Aranda et al. (2021), las guías y recomendaciones de práctica profesional sitúan al intérprete como un agente que trabaja «junto a», en lugar de «con» los profesionales sanitarios. De Cotret et al. (2020) resaltan que la idea de que el intérprete sea invisible en cierto modo en la comunicación con el paciente alófono es una característica intrínseca de la interpretación en los servicios públicos, que les permite adoptar un papel neutro en la situación comunicativa. Las funciones y posiciones que asume el intérprete en la consulta no son cerradas, sino que varían de forma dinámica dependiendo de las circunstancias personales de las tres partes que intervienen y otros factores que alteran el contexto. Sin embargo, los resultados del estudio de Gryesten et al. (2021) revelan que tanto los intérpretes como los especialistas en salud mental conciben la idea del intérprete imparcial como un ideal y aseguran que la presencia del intérprete debe ser lo más neutra posible. En definitiva, la falta de instrucciones y recomendaciones consensuadas en cuanto a la formación y la práctica profesional en interpretación sanitaria juegan en contra de la profesionalización de esta especialidad en los servicios públicos (Pérez Estevan, 2016: 88).

5.1.1 Denominación y funciones

En cuanto a la denominación utilizada para referirse al intérprete en el ámbito sanitario, Sluzki (1984) utiliza el término «traductor» en lugar de «intérprete» a lo largo de su artículo con recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios. De hecho, utiliza el término «intérprete» para referirse al traductor en su función de «mediador cultural». Esta diferencia en la denominación se puede atribuir al desconocimiento sobre la labor del intérprete en los

servicios públicos en la fecha de redacción de este documento, y a la pertenencia del autor al campo de estudio de la psiquiatría, en lugar de a los estudios en interpretación o traducción.

En una línea similar, los resultados del estudio sobre los conocimientos acerca de la labor del intérprete social en el ámbito sanitario que tienen los estudiantes de medicina desarrollado por Cebrián Sevilla (2004) muestran que apenas el 40 % de los alumnos encuestados aseguraron conocer las diferencias entre traducción e interpretación, y aproximadamente un 25 % diferenciaron ambos términos asociando la interpretación con subjetividad. Además, aunque un 13 % de los alumnos aseguraron conocer la figura del intérprete social (término que utiliza la autora para referirse al intérprete para los servicios públicos), ninguno supo explicar en qué consiste esta profesión o qué funciones realiza. Sin embargo, la autora destaca que la mayoría de los alumnos encuestados señaló a las personas licenciadas en Traducción e Interpretación como primera opción a la hora de proveer servicios de traducción-interpretación en un centro sanitario. La autora señala que esta respuesta puede estar motivada por el hecho de que se trate de una pregunta cerrada, con opciones ya establecidas sin lugar a puntualizaciones, y que los alumnos fueran conscientes de que sus respuestas iban a ser evaluadas por una investigadora de la Facultad de Traducción e Interpretación (puesto que este dato figuraba en los cuestionarios). Este segundo factor lo comentan también Hlavac y Harrison (2021: 578), que afirman que el riesgo de que las respuestas de los informantes se vean sesgadas es mayor en aquellos estudios en los que los participantes son plenamente conscientes de que su opinión, su actitud o su comportamiento están siendo evaluados.

Ambos estudios reflejan el debate sobre la denominación de la actividad interpretativa que protagonizó los primeros años de desarrollo profesional y académico de la interpretación en los servicios públicos. Además, si ya de por sí resulta confuso la variedad de términos existentes para designar esta profesión, el hecho de que no haya un consenso establecido dificulta la definición de las funciones que debe cumplir el intérprete en el ámbito sanitario. Los resultados del estudio de Hatton y Webb (1993) revelan que el personal de enfermería divide las funciones que llevan a cabo los intérpretes en tres categorías: la interpretación literal, la toma de poder independiente y la interpretación colaborativa. Por otro lado, Li et al. (2017) afirman que la función del intérprete como transmisor lingüístico (o «interpretación literal», según lo denominan Hatton y Webb, 1993) supone esperar que este actúe tal y como lo haría una máquina, sin involucrarse en la interacción triádica, de manera neutral y casi invisible. A pesar de que consideran que esta función está desactualizada, señalan que sigue presente en algunos planes formativos y guías de práctica profesional.

Sin embargo, Gryesten et al. (2021) afirman que los intérpretes conciben su trabajo en los servicios públicos en el ámbito sanitario desde un papel de cuidado al paciente; destacan que deben tener cuidado con que esta tendencia no los lleve a perder la imparcialidad y neutralidad que acarrea su trabajo, que debe primar en todo momento para no comprometer su interpretación. Pérez Estevan (2016: 88) propone que el intérprete sanitario actúe como «clarificador del sistema, agente integrador, agente mediador-comunitario o trasvase lingüístico». Además, las relaciones con el paciente se establecen de una forma más eficaz cuando el intérprete y el personal de enfermería actúan de forma colaborativa (Hatton y Webb, 1993: 145). Por ese mismo motivo, Olivares y Pena (2015: 122) afirman que el papel del intérprete como mediador intercultural debería estar presente en todos los centros sanitarios, al menos en las combinaciones lingüísticas mayoritarias o más frecuentes.

Al trasladar este debate al entorno académico, los resultados del estudio de Cebrián Sevilla (2004: 26) revelan que los alumnos de medicina valoran la confidencialidad y la eficacia en un intérprete sanitario, por encima de la fidelidad; probablemente, esto se deba a que esta cualidad es también especialmente importante en su profesión. Sin embargo, la respuesta mayoritaria a otras de las preguntas de este estudio confirma que los alumnos creen conveniente que los intérpretes intervengan para hacer aclaraciones o para ayudar al paciente antes o después del encuentro médico. Por lo tanto, podemos afirmar que la mayoría de los alumnos encuestados son partidarios de un intérprete que actúe como aliado del paciente, participando en la comunicación de forma activa. Por otro lado, la mayoría de los alumnos recurriría al personal sanitario bilingüe en la mayoría de los casos, a pesar de que también coinciden en que debería existir una figura encargada de solucionar los problemas comunicativos que surgen en los centros sanitarios. Por el contrario, los alumnos de interpretación que participaron en el estudio de Crezee y Marianaccia (2022) destacaron la importancia de mantener la precisión y la imparcialidad tras participar en sesiones formativas conjuntas con alumnos de posgrado en logopedia.

5.1.2 Factores que afectan negativamente a la provisión de servicios de interpretación y mediación intercultural en el ámbito sanitario

Las dificultades a las que se enfrentan el intérprete y el profesional sanitario en consulta son características de la atención sanitaria bilingüe. Hsieh (2010) afirma que los profesionales sanitarios no suelen estar muy familiarizados con las actuaciones en las que se forma a los intérpretes; por ejemplo, algunos perciben que la invisibilidad e imparcialidad que muchos intérpretes adoptan en consulta es fría y resulta un impedimento comunicativo, mientras que otros no están familiarizados con la técnica de interpretación simultánea y les resulta incómoda

e incluso irrespetuosa. De igual manera, Pérez Estevan (2016: 87) señala que esta falta de conocimiento con respecto de las funciones del intérprete por parte de los profesionales sanitarios puede causar dificultades a la hora de elegir con qué tipo de intérprete contar según la circunstancia. Sin embargo, Hsieh (2010) asegura que esta situación varía conforme los profesionales sanitarios se van familiarizando con el trabajo de los intérpretes. Esto demuestra una vez más la importancia que tienen las iniciativas de formación interprofesional; en especial, las iniciativas de formación interdisciplinar en la etapa en la que ambos grupos están todavía en plena etapa formativa, antes de adentrarse en la práctica profesional, ya que se iniciarán en el mundo laboral con la ventaja de estar familiarizados con las dinámicas de interacción interprofesional.

Hadziabdic y Hjelm (2013) destacan que un paciente que no puede comunicarse adecuadamente en la lengua en la que se proporciona la asistencia sanitaria, o que carece de un registro adecuado o variedad de expresiones en ese idioma, corre mayor riesgo de no ser diagnosticado correctamente, poniendo en peligro su salud. En el caso de las lenguas minoritarias, Searight y Searight (2009: 444) comentan que la oferta de intérpretes es muy reducida, y a veces inexistente. De igual manera, el desconocimiento de la estructura y el desarrollo de la consulta por parte de los intérpretes juega en contra del buen desarrollo de la consulta médica mediada por intérprete, al igual que el hecho de que el paciente alófono no esté familiarizado con el funcionamiento del sistema sanitario del país en el que se encuentra (Pérez Estevan, 2016: 86). A este tipo de dificultades técnicas se suma la baja cobertura asistencial de los pacientes extranjeros y la reducida duración de las consultas médicas. Al respecto del primer factor, el estudio de Karliner et al. (2004) revela que solo el 40 % de los pacientes con un dominio limitado del inglés que acudían a las clínicas en las que se desarrolló el estudio tenía cobertura médica. Al respecto de esto, Searight y Searight (2009: 444) afirman que los usuarios con un dominio limitado del inglés sufren un mayor desamparo psicológico y que el idioma supone una barrera mayor que la etnia o el seguro sanitario del que dispongan a la hora de acceder a los servicios de asistencia en salud mental. Por otro lado, tanto profesionales sanitarios como intérpretes consideran que el tiempo que se dedica a las consultas médicas con pacientes alófonos es insuficiente, y estiman que sería necesario dedicarle aproximadamente un 50 % más de tiempo a cada paciente (Karliner et al., 2004: 177; Pérez Estevan, 2016: 86).

En relación con este factor, los resultados del estudio de Karliner et al. (2004) muestran que la tasa de utilización de un intérprete en consulta es bastante baja, a pesar de que sí se recurre en la mayoría de ocasiones a intérpretes profesionales. Los resultados de su estudio revelan que aquellos profesionales sanitarios que habían recibido algún tipo de información en

el uso de intérpretes en consulta son más propensos a contar con intérpretes profesionales y a sentirse más satisfechos con los resultados obtenidos en consulta que aquellos que no. Los autores resaltan que es esencial comprender la formación con la que cuentan los profesionales sanitarios a la hora de evaluar las decisiones que toman en lo relativo a la inclusión del intérprete en consulta. Por ello, es necesario también fomentar la formación que recibe el personal sanitario acerca del trabajo colaborativo con intérpretes, teniendo en cuenta el aumento de los flujos migratorios de los últimos años.

Por otro lado, la investigación de Strelow et al (2021: 4) trata la regulación de los derechos de los pacientes en el ámbito sanitario, situándose específicamente en Alemania en el año 2013. Afirman que las personas que reciben asistencia sanitaria en este país tienen derecho a comprender por completo la información médica que se les proporciona, a pesar de que no hablen alemán o tengan conocimientos limitados del idioma. Sin embargo, los centros sanitarios no suelen contar con intérpretes ni existen medios para cubrir los costes que les supondría a los pacientes contratar la asistencia de uno. Por tanto, en ocasiones recurren a otras técnicas, como repetir la misma información más despacio, repetirla subiendo el tono de voz o reformular las oraciones de manera que sean más sencillas; no solo estas actuaciones suelen tener poco éxito, sino que pueden resultar ofensivas o hirientes para el paciente que, a pesar de que no comprenda la lengua en la que se están dirigiendo a él, sí entiende el significado de esas actuaciones (que pueden, incluso, ir acompañadas de expresiones no verbales que pasan desapercibidas por el profesional sanitario, pero no por el paciente).

Cebrián Sevilla (2004: 27) concluye que existe la posibilidad de que los profesionales sanitarios actúen de la forma en que lo hacen debido a la falta de provisión de servicios de interpretación en los centros sanitarios, a pesar de que crean que sería de ayuda en la atención a pacientes alófonos. Recalca la necesidad de incluir este servicio en los centros sanitarios, puesto que solo a partir de la incorporación del intérprete al entorno sanitario se podría trabajar la comunicación y las relaciones interprofesionales entre intérprete y profesional sanitario; además, según los resultados de este estudio, no parece que vayan a ser especialmente problemáticas. Cuando el profesional sanitario es consciente de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente alófono y de las competencias y los objetivos del intérprete, es capaz de comunicarse adecuadamente con este último para trabajar de forma conjunta hacia una mejor atención al paciente (Sluzki, 1984).

Los especialistas en salud mental suelen inquietarse ante la idea de incluir a una tercera persona (el intérprete, en este caso) en las sesiones con los pacientes. Esto se debe a que sienten que su relación con el paciente puede verse en peligro debido a las diferencias lingüísticas, y

en cierto modo se sienten amenazados por el intérprete, que sí es capaz de comunicarse con el paciente y temen que se cree un vínculo entre estos dos participantes y ellos queden relegados a un segundo plano o excluidos de la comunicación, perdiendo así la autoridad clínica en consulta (Costa, 2022: 3-5). La lucha de poder entre los agentes que intervienen en la consulta médica mediada por intérprete supone una barrera para que la comunicación fluya adecuadamente (Sluzki, 1984).

5.1.3 Intérpretes profesionales vs intérpretes ad hoc

En cuanto al tipo de intérprete que se debe elegir en el entorno sanitario, Hadziabdic y Hjelm (2013) destacan que, a pesar de que el uso de un intérprete profesional supone un coste económico, es una garantía de calidad. Por el contrario, el uso de intérpretes no profesionales, como familiares o amigos del paciente, puede conllevar dificultades comunicativas y no garantiza la calidad en la prestación, puesto que estos intérpretes ad hoc no han recibido formación técnica en interpretación. Las autoras tampoco aconsejan el uso de profesionales sanitarios bilingües para hacer las funciones de intérprete, puesto que, a pesar de que se les puede considerar una herramienta cercana asequible a nivel económico, no han recibido tampoco formación técnica en interpretación, y su imparcialidad se puede ver afectada por la dificultad de separar ambas funciones.

Por el contrario, Phelan y Parkman (1995) afirman rotundamente que los profesionales sanitarios bilingües son la mejor opción para hacer las labores de interpretación en la consulta con el paciente alófono. Aun teniendo en cuenta la fecha de publicación de este artículo y la orientación profesional de los autores (ya que ambos pertenecen al campo de la psiquiatría), es una afirmación peligrosa. Son varios los estudios y las investigaciones desarrolladas en el campo de la interpretación que analizan las diferentes soluciones lingüísticas que se ofrecen a los pacientes alófonos en el ámbito sanitario que debaten esta idea. A pesar de que cuenten con los conocimientos temáticos y terminológicos y la experiencia necesaria para actuar en el campo de la atención sanitaria, estos profesionales sanitarios bilingües probablemente no habrán recibido ningún tipo de formación en interpretación o mediación intercultural, por lo que muy probablemente carecen de las destrezas técnicas para desempeñar la función de intérprete. Chang et al. (2004: 354) utilizaron especialistas-intérpretes en lugar de intérpretes profesionales para su estudio, ya que los especialistas en salud mental bilingües tienen experiencia clínica de la que los intérpretes profesionales suelen carecer, por lo que son capaces de identificar la información que es clínicamente relevante para el proveedor de servicios a la hora de diagnosticar al paciente y crear el vínculo necesario en psicoterapia. Sin embargo, los autores reconocen que es una de las limitaciones con las que cuenta su investigación, y que

sería interesante replicar el estudio con intérpretes profesionales. Por este motivo, es de especial importancia que los intérpretes profesionales puedan recibir formación especializada en intervenciones clínicas, la estructura de consulta y las particularidades del ámbito en el que van a trabajar.

En contra del uso de intérpretes ad hoc en el ámbito concreto de la asistencia a víctimas de violencia de género, Borja Albi (2015: 118-123) afirma que el derecho de la paciente a la intimidad, a la autonomía y a la confidencialidad se pueden ver perjudicados si la persona que hace las labores de intérprete es un familiar o amigo de la víctima. La falta de precisión o los errores comunicativos graves conducen a una mala calidad del servicio de interpretación, que a su vez puede impactar de forma negativa en la salud de la víctima, o poner su integridad física en peligro (Borja Albi, 2015; Strelow et al., 2021: 3). Costa (2022: 8) determina que la propuesta por parte de familiares o amigos del paciente para la prestación de los servicios de interpretación en consulta se debe rechazar diligentemente, de forma que el paciente no se sienta ofendido; el profesional sanitario debe mostrar respeto y gratitud ante esta oferta, pero debe mantenerse firme en la idea de que sea un profesional quien lleve a cabo la interpretación. Además del riesgo de vulnerar los derechos y el bienestar de la víctima, el uso de familiares o amigos de la víctima como intérpretes ad hoc puede acarrear un gran impacto emocional en ambas partes. Asegura también que la calidad y la eficacia de la comunicación mediada por intérprete dependen de la formación del intérprete en sí, por lo que se debe acudir a profesionales debidamente formados en interpretación y mediación interlingüística e intercultural. Además, sería ideal que contara también con una formación especializada en el ámbito en el que se va a interpretar; por ejemplo, en violencia de género (Borja Albi, 2015) o en salud mental (Chang et al., 2021; Costa, 2017; Costa 2022; de Cotret et al., 2021; Gryesten et al., 2021; Searight y Searight, 2009). Los intérpretes profesionales cuentan con una serie de destrezas comunicativas esenciales para ejercer la mediación interlingüística e intercultural, dominan sus lenguas de trabajo y la terminología del ámbito en el que están actuando, y saben utilizar las técnicas adecuadas según la situación comunicativa en la que se encuentran. Además, actúan según un código ético o buenas prácticas, siempre en beneficio último del paciente.

Strelow et al (2021: 3) tratan el impacto emocional que tiene esta actividad sobre la persona que actúe de intérprete, no solo porque se trate de una actividad muy demandante a nivel cognitivo e implique unas destrezas de gestión de la información y del estrés bastante peculiares, sino que se trata de una persona que tiene que afrontar esas tareas a la vez que acompaña a una persona de su entorno más o menos cercano a una consulta en la que el tema

central es su salud, que puede en ocasiones ser un asunto complicado o implicar tener que transmitirle información que puede ser complicada de asumir y gestionar por ellos mismos. Este impacto emocional es algo que los intérpretes profesionales aprenden a gestionar en la formación que reciben, a pesar de que no es una tarea fácil y que se va perfeccionando con el tiempo y la práctica profesional; por tanto, un intérprete profesional no se va a dejar llevar por sus emociones y ante todo tratará de transmitir la información al paciente de manera profesional e intentando transmitir calma y cercanía, tal y como lo hace el profesional sanitario. Como he comentado anteriormente, el intérprete profesional en ocasiones tratará de mimetizarse con el profesional sanitario, asumiendo no solo sus palabras, sino también su tono de voz y expresiones no verbales. Por otro lado, el intérprete no profesional, al no saber gestionar adecuadamente estas cargas, dado que no ha recibido formación específica y probablemente no estará familiarizado con los códigos éticos sobre interpretación sanitaria, puede que omita o altere parte de la información que transmite el profesional sanitario.

5.1.4 Especialización según el ámbito asistencial

A las dificultades encontradas en las relaciones interprofesionales entre profesionales sanitarios e intérpretes que ya he comentado a nivel general, hay que sumarle aquellas que derivan de contextos más especializados. En este caso, los documentos analizados han tratado las dificultades concretas que surgen al introducir al intérprete en la consulta de salud mental, o en el ámbito concreto de la violencia de género. Grysten et al. (2021) afirman que, según los resultados de su investigación, la colaboración entre el intérprete y el especialista en salud mental es complicada por diversas razones. Los autores afirman que resulta difícil determinar el tipo de relación que deben establecer el intérprete y el especialista en salud mental, puesto que puede variar entre una relación de amistad, colegiada, como empleado y empleador o de alianza terapéutica. Las relaciones de alianza se construyen sobre la base del entendimiento mutuo y la capacidad de comunicarse y negociar las diferentes funciones que se asumen en consulta. Los especialistas en salud mental deben interiorizar que la colaboración interprofesional con el intérprete es beneficiosa, por lo que es importante fomentar una relación adecuada entre ambos profesionales, alejada de la competitividad y las luchas de poder.

Costa (2022: 10) asegura que, a pesar de que la transparencia ya es un rasgo de por sí esencial en las terapias cognitivo-conductuales que no están mediadas por intérprete, cuando este tercer agente entra en la interacción resulta todavía más importante asegurar que las tres partes siguen el desarrollo de la conversación. Además, ambos profesionales deben mantener una adecuada comunicación y transmitirse el uno al otro su manera de operar en la interacción, a fin de discutir cuestiones relativas a la organización de la consulta antes de la misma; es decir,

ambos profesionales deben desarrollar estrategias comunicativas conjuntas, que deriven en última instancia en beneficio del paciente. A través de la reevaluación de las dinámicas en las interacciones triádicas en consulta, queda patente que el intérprete que trabaje en el ámbito de la salud mental debe estar especializado en la estructura y el desarrollo de las sesiones terapéuticas (Costa, 2017). También es importante que cuente con las estrategias emocionales adecuadas, y sería conveniente que los códigos éticos de ambos profesionales se compartieran o unificaran. De esta manera, el intérprete tendrá mayores garantías de mantener la neutralidad y la precisión en sus intervenciones, al igual que se protegerán las dinámicas de confianza y seguridad entre las tres partes que intervienen.

Por otro lado, Borja Albi (2015) señala que en el ámbito de la atención a víctimas de violencia de género alófonas es imprescindible contar con un intérprete profesional «para que el personal sanitario pueda emitir un diagnóstico certero y para que la mujer pueda seguir correctamente las indicaciones terapéuticas propuestas». Recuerda, además, que, en esta situación, las víctimas de violencia de género en general, y las víctimas que «no dominan el idioma en el que se realiza la prestación sanitaria» en particular (Borja Albi, 2015: 108), se encuentran en una situación de vulnerabilidad que deben tener en cuenta todas las partes que intervienen en la interacción; el intérprete puede ayudar a que la víctima se sienta escuchada y en un entorno seguro y de confianza, gracias al acercamiento que hace hacia ella a través de expresarse en su mismo idioma y demostrar que conoce los factores culturales importantes para la comunicación en este caso. La autora asegura que la colaboración interprofesional es esencial en este ámbito asistencial, a la hora de garantizar que la víctima se pueda expresar con libertad, que reciba un diagnóstico adecuado y comprenda a la perfección las indicaciones del personal sanitario con respecto al tratamiento o las actuaciones a seguir. Además, la confidencialidad debe ser respetada en todo momento, a fin de proteger la seguridad jurídica de la víctima y los profesionales sanitarios y que mejore la salud física y mental de las víctimas. Propone que el intérprete especializado en este ámbito tenga la capacidad de gestionar las emociones y los sentimientos propios, sea discreto en todo momento, haga una reproducción fiel y precisa del contenido de las interacciones y un uso adecuado del lenguaje no verbal, dominio de la documentación básica que se trata en este contexto y cuente con formación específica en actuaciones con víctimas de violencia de género.

5.1.5 Retos que afrontar en la colaboración interprofesional

Hsieh (2010: 154) afirma que las tres partes que intervienen (profesional sanitario, paciente e intérprete) deben negociar el significado de la interacción a través de lenguas, culturas y experiencias diferentes. Esto significa que los tres agentes implicados en la interacción parten

de una perspectiva diferente a la de los otros dos. En el caso del paciente, se encuentra en un país extranjero en el que no domina bien el idioma, y además está en una consulta en un centro sanitario, por lo que su salud es el tema central de la interacción; esto lo sitúa en una posición de vulnerabilidad con respecto al intérprete y al profesional sanitario. El profesional sanitario cuenta con unos conocimientos temáticos y terminológicos sobre medicina que ni el intérprete ni el paciente pueden superar, o en muchas ocasiones ni siquiera pueden igualar; además, tiene experiencia en ese entorno de trabajo y se desenvuelve con mayor comodidad. A pesar de ello, teme que el paciente desarrolle un vínculo más estrecho con el intérprete y lucha por llevar la voz cantante en la interacción. El intérprete, aunque puede comunicarse tanto en la lengua del profesional como del intérprete, se encuentra en una situación intermedia entre ambos participantes, en la que lucha por presentarse de manera imparcial, pero sin ignorar las posibles situaciones de desigualdad que requieran de su intervención; invisible, para garantizar que la comunicación se produzca entre intérprete y profesional sanitario, pero atento de no obviar posibles malentendidos. La posición de los tres participantes enfrenta retos y dificultades que pueden poner en peligro el buen rumbo de la comunicación en consulta.

Por otro lado, en cuanto a las negociaciones de las funciones de uno u otro grupo en consulta, los profesionales sanitarios afirman que en ocasiones los intérpretes, conforme van adquiriendo experiencia en las consultas en las que intervienen (sobre todo si suelen trabajar en una misma especialidad o con un mismo profesional sanitario de manera recurrente), en ocasiones sobrepasan los límites de su función en consulta y pueden hablar con voz propia y hacerle recomendaciones o comentarios al paciente que implican consecuencias médicas o que no son acertadas (Hsieh, 2010). Además, mientras que los profesionales sanitarios perciben que la conexión emocional y el apoyo del intérprete al paciente en áreas como urgencias u oncología es una función complementaria a su trabajo, para los profesionales de salud mental es algo esencial. Sluzki (1984) propone que el profesional sanitario permita que el intérprete lleve el ritmo de la conversación y gestione los turnos de palabra.

Como resultado de su estudio sobre las dinámicas interprofesionales en la consulta de salud mental mediada por intérprete, de Cotret et al. (2020) obtienen una clasificación de las posiciones que adoptan los intérpretes sanitarios en consulta, que pueden ser de gran ayuda a la hora de construir las relaciones interprofesionales. Dividen las 17 posiciones encontradas en cuatro categorías centrales. En primer lugar, el intérprete activo se inclina hacia una posición externa y colaborativa, inspira confianza a las partes que intervienen en la conversación, y actúa de forma dinámica y con iniciativa, sin ser intrusivo. En segundo lugar, el intérprete proactivo refleja una posición interna, que también se sitúa en una posición colaborativa e inspira

confianza entre las partes; esta posición del intérprete prevé posibles problemas comunicativos y se encarga de preparar las soluciones a estos, anticipándose a las situaciones en lugar de reaccionando ante ellas. La tercera categoría representa al intérprete reactivo, que, siendo también una posición interna, obstaculiza la comunicación y provoca desconfianza en las otras partes que intervienen; actúa de manera emocional sin pensar en las consecuencias que tienen sus actos en el desarrollo de la comunicación. La cuarta y última categoría representa al intérprete hiperactivo, que a pesar de que también provoca desconfianza y obstaculiza la adecuada comunicación, asume una posición externa, reaccionando de manera demasiado activa y abrupta, lo cual puede provocar que las otras partes que intervienen en la interacción se comporten de forma defensiva.

En lo relativo a la formación interprofesional en interpretación sanitaria, Pérez Estevan (2016: 88-89) indica que los profesionales sanitarios deben recibir formación en cuanto a (a) la función del intérprete sanitario, su posición en la consulta y el código ético bajo el que actúa, (b) temas que se pueden abordar en el *briefing* o encuentro previo, a fin de clarificar el desarrollo de la consulta, así como qué factores se pueden comentar tras la consulta en una sesión de *debriefing*; y (c) el uso de *role plays* para debatir sobre dilemas éticos o problemas comunicativos que pueden surgir en consulta. En la misma línea, Hadziabdic y Hjelm (2013) recomiendan que los profesionales sanitarios tengan en cuenta factores como el tipo de intérprete, el modo de interpretación y las expectativas de las funciones que este puede desempeñar a la hora de elegir el servicio de interpretación para la consulta, a fin de que las preferencias del paciente se respeten en la medida de lo posible y se pueda crear una relación colaborativa de calidad, basada en la confianza mutua y la buena comunicación interprofesional. La competencia intercultural es una de las características fundamentales con las que deben contar los profesionales sanitarios, puesto que las diferencias en cuanto a los conceptos de enfermedad, salud, dolor, sufrimiento y el papel de los profesionales sanitarios y la terapia varían en gran medida de una cultura a otra (Strelow et al., 2021: 3). La capacidad de identificar dichas diferencias culturales y saber cómo actuar de manera que el paciente se sienta respetado y respaldado es clave, por lo que contar con un intérprete en consulta con formación en interculturalidad es muy importante para tomar la mejor decisión.

En cuanto a los aspectos más técnicos de esta especialidad de interpretación en los servicios públicos, Hsieh (2010) destaca en los resultados de su estudio que el uso de la tercera persona en lugar de la primera le permite al intérprete actuar de manera imparcial y, en cierto modo, hacerse menos visible y fomentar que la comunicación se desarrolle entre el profesional sanitario y el paciente. A la vez, los profesionales sanitarios identifican que esta mimetización

del intérprete con su propia voz (al utilizar la primera persona y, en ocasiones, transmitir el tono de voz y las emociones que ellos mismo expresan) les permite conectar mejor con el paciente. También destaca que el uso de la interpretación simultánea, dado que el tiempo que pasa entre la intervención de una parte y la interpretación es mínimo, provoca una sensación de mimetización que ambas partes perciben positivamente, puesto que acelera el ritmo de la conversación (lo cual resulta muy importante en aquellos casos en los que las consultas están restringidas por límite de tiempo). Por su parte, Borja Albi (2015: 123-125) destaca que cada vez son más los centros sanitarios que cuentan con servicios de interpretación telefónica o programas multilingües para cubrir la falta de servicios de interpretación presencial en el ámbito de la asistencia sanitaria a víctimas de violencia de género. Entre las principales ventajas que destaca la autora de estas dos alternativas, se encuentra el acceso a una oferta más amplia de combinaciones lingüísticas y la confidencialidad e imparcialidad que implican. Sin embargo, estas dos soluciones suelen presentar problemas técnicos y carecen de la ventaja empática y emocional que puede suponer el hecho de que la víctima interactúe con una persona cara a cara, en lugar de por teléfono o con un programa informático. En cuanto a la interpretación remota en el ámbito de la salud mental, Costa (2022: 12-13) señala que la British Psychological Society recomienda el uso de la interpretación por videollamada por encima de la interpretación telefónica, y proporciona recomendaciones que se deben tener en cuenta a la hora de contratar servicios de interpretación remota en esta especialidad.

5.2 Beneficios de la colaboración y comunicación interprofesional

En la consulta mediada por intérprete, es esencial que las tres partes se comuniquen adecuadamente y aclaren los roles comunicativos que cumple cada una de ellas. Así se evita que el profesional sanitario o el intérprete se sientan desplazados o ignorados, o que la interacción se centre alrededor del intérprete en lugar de del paciente (Li et al., 2017; Sluzki, 1984). De esta forma, ambos profesionales podrán trabajar de forma conjunta, colaborando el uno con el otro y dirigiendo sus esfuerzos a proporcionar la mejor asistencia posible al paciente. Por ello, al igual que Hatton y Webb (1993: 146) instan a que se incluya al intérprete en el equipo profesional del centro sanitario para que las relaciones de colaboración interprofesional se desarrollen de la forma más beneficiosa posible para ambos profesionales.

Keenan et al. (1998; como se cita en Hsieh, 2010) afirman que el entendimiento de las funciones y responsabilidades de los profesionales sanitarios y los intérpretes conlleva una buena coordinación y comunicación interprofesional, que a su vez proporciona mayor probabilidad de éxito en la asistencia sanitaria al paciente alófono; los autores abogan por un modelo comunicativo interprofesional flexible, que se adapte a las circunstancias, dado que así

es más probable que cumpla con las necesidades de los encuentros médicos bilingües. Sin embargo, aunque la función del paciente va a variar en función del contexto y las circunstancias de la persona, el profesional sanitario y el intérprete pueden favorecer una comunicación más fluida mediante el trabajo conjunto (Hsieh, 2010). Las relaciones interprofesionales entre el personal sanitario y los intérpretes juegan un papel fundamental en la atención sanitaria a población alófono, puesto que cuando el paciente percibe que el trabajo entre ambas partes es conjunto y está orientado a garantizar la mayor calidad posible en cuanto a la atención que este recibe, percibe el entorno sanitario como un ambiente menos hostil, de mayor confianza.

Las zonas en las que coinciden las funciones del intérprete con las del especialista en salud mental se deben observar como oportunidades para el fomento de las relaciones colaborativas interprofesionales, y no como zonas de conflicto (Gryesten et al., 2021). Por ello, la inclusión del intérprete en el equipo asistencial del que forma parte el especialista en salud mental contribuye la alianza terapéutica, mejorando a la vez la colaboración interprofesional en consulta, que impacta en último lugar en beneficio del paciente alófono. Costa (2022: 14-15) destaca la importancia de que el profesional sanitario asuma la responsabilidad de la sesión. Enfatiza también que el intérprete debe fomentar que el paciente se dirija en todo momento al profesional sanitario y viceversa, manteniendo su imagen de invisibilidad e imparcialidad siempre que la conversación transcurra adecuadamente.

Hlavac y Harrison (2021: 572-573) afirman que la formación interprofesional también reporta beneficios a los pacientes, puesto que suele repercutir en un diagnóstico y planes de gestión mucho más efectivos. Costa (2017) considera que resulta esencial que ambos grupos de profesionales conozcan las funciones, los objetivos y las expectativas del otro, a fin de que la comunicación se lleve a cabo de forma efectiva. Esta autora defiende la colaboración interprofesional como mecanismo de defensa del paciente, que es al fin y al cabo el principal beneficiario de este trabajo conjunto. Los resultados del estudio de Chang et al. (2021) revelan que la aclaración de las funciones del intérprete y la estructura de la consulta condujeron a un incremento de la participación activa del intérprete. Como consecuencia, se percibieron los siguientes beneficios en la colaboración intérprete-profesional: la aclaración de la información clínicamente relevante, una mayor sensación de comprensión por parte de los pacientes y la explicación del trasfondo cultural de algunos síntomas ayudaron a una mejora de la evaluación en consulta; por otro lado, la adecuada transmisión del tono de voz del paciente y la intervención para evitar posibles malentendidos comunicativos ayudaron a mejorar la relación entre el profesional sanitario y el paciente.

Como conclusión, Borja Albi (2015) afirma que el uso de intérpretes profesionales debidamente formados en el ámbito de la atención sanitaria a víctimas de violencia de género alófonas facilita el diagnóstico y tratamiento, a la vez que garantiza mejores resultados en la salud de las pacientes. En el ámbito específico de la atención a víctimas de violencia de género, la inclusión del intérprete en consulta ayuda a que la víctima se sienta escuchada, respaldada y respetada, y a que se garanticen sus derechos a la confidencialidad y a la información en todo momento. Por otro lado, la falta de servicios de interpretación en este ámbito, o el uso de intérpretes ad hoc sin formación específica que no conozcan los códigos éticos y de actuación propios de esta profesión pueden acarrear problemas comunicativos que pongan en peligro la salud y la integridad físicas de las víctimas. En definitiva, una estrategia colaborativa interprofesional que impulse las funciones más activas del intérprete puede ayudar a superar las dificultades lingüísticas y culturales que enfrentan los profesionales sanitarios a la hora de atender a población alófona (Chang et al., 2021).

5.2.1 Fases de una consulta médica mediada por intérprete

La mayoría de guías dirigidas a facilitar la colaboración interprofesional en interpretación sanitaria distinguen tres fases en la estructura de la consulta: el encuentro previo a la consulta, la consulta en sí y el encuentro posterior a la consulta (Álvaro Aranda et al., 2021: 2). Las recomendaciones que se incluyen al final del artículo de Costa (2017) van dirigidas a los profesionales en salud mental que trabajan con intérpretes abordan el encuentro previo a la consulta (*briefing*) y la presentación ante el paciente, dos elementos clave cuya importancia también destacan Álvaro Aranda et al. (2021), Hlavac y Harrison (2021), Li et al. (2017) y Pérez Estevan (2016). Li et al. (2017) conciben la consulta médica como un proceso dinámico e interactivo, en el cual tanto el paciente como el profesional sanitario negocian y construyen de manera conjunta el significado y las formas de comunicarse. Por lo tanto, este proceso está basado en la interacción entre ambas partes y la forma de comunicarse y entenderse, y coincide con los enfoques centrados en el paciente. Se debe tener en cuenta este enfoque al incluir al intérprete en consulta, en lugar de colocarlo a un lado, relegándolo a una función pasiva, como si fuera un espectador. La modificación del modelo de consulta para incluir al intérprete como un agente activo que participa en el equipo sanitario mejora la comunicación con el paciente. Para ello, es esencial que los intérpretes estén debidamente formados y especializados en el ámbito asistencial en el que van a intervenir, como se menciona en apartados anteriores.

Álvaro Aranda et al. (2021) afirman que los profesionales sanitarios siguen un modelo de consulta basado en pasos a seguir para desarrollar la consulta, con un formato bastante similar al que se presenta en las guías de práctica profesional dirigidas a intérpretes; sin

embargo, este modelo tradicional se ve alterado cuando la figura del intérprete entra en consulta. Esta alteración sigue estando centrada en las actuaciones del profesional sanitario, y visualiza al intérprete como una herramienta. Tras analizar 74 consultas médicas mediadas por intérprete, las autoras clasifican las funciones más activas, diferentes a la de mero conductor lingüístico, que cumple el intérprete en cuatro categorías, a saber: (a) aliado clínico, (b) aliado terapéutico, (c) negociador metalingüístico y (d) agente que empodera al paciente. Su investigación muestra que, cuando el intérprete actúa como agente activo, algunas de las funciones que pueden llegar a desempeñar se pueden incluso sobreponer con las que desempeña el profesional sanitario, o surgen funciones complementarias que no se darían con un paciente que hable la misma lengua que el profesional sanitario (Álvaro Aranda et al., 2021: 7). De esta manera, profesional sanitario e intérprete actúan en calidad de autores, construyendo de manera conjunta y colaborativa el modelo de consulta orientado al paciente alófono. Por tanto, esto demuestra que al contrario de lo que se implica en las guías de actuación dirigidas a intérpretes, el intérprete sí trabaja «con» los profesionales sanitarios, no «junto a» ellos.

Álvaro Aranda et al. (2021) enfatizan la necesidad de que se revisen los modelos de consulta mediada por intérprete de manera que se tengan en cuenta estudios como el que ellas realizan para hacer las modificaciones necesarias. En la actualidad, la práctica de la interpretación sanitaria difiere de la teoría que se presenta en las guías de prácticas profesional y en los modelos de consulta teóricos (por ejemplo, el de Calgary-Cambridge, como se cita en Van De Walle et al., 2020). Las autoras también concluyen que cuando profesional sanitario e intérprete trabajan de manera conjunta, aprenden juntos, comparten el poder y las responsabilidades en la interacción, el paciente alófono se beneficia de esta práctica interprofesional y recibe mejor asistencia sanitaria. Para ello, es necesario que los intérpretes dejen de ser considerados como una herramienta más, y se les incluya en el equipo profesional del centro sanitario, como colaboradores y aliados del personal sanitario. Investigaciones como la de Pérez Estevan (2016) revelan que las fases de *briefing* y *debriefing* serían beneficiosas tanto para los profesionales sanitarios como para los intérpretes. Estos encuentros previos les permitirían aclarar cuestiones relativas a la función del intérprete en consulta, dudas terminológicas o factores culturales.

Es importante que los profesionales sanitarios puedan tener una presentación adecuada con el intérprete durante el *briefing*, para sentar las bases de una relación fructífera una vez entre el paciente en la consulta (Sluzki, 1984). Costa (2022: 13-14) aborda el impacto emocional de la interpretación en salud mental para los profesionales que trabajan en este ámbito, y recuerda que el encuentro posterior a la consulta (*debriefing*) es un momento clave

en el que el intérprete y el profesional sanitario pueden comunicarse con libertad y discutir o debatir cuestiones relativas a la consulta. Esta comunicación puede servir para trabajar la carga emocional a la que se acaba de someter el intérprete, que necesita ser gestionada adecuadamente (y no siempre cuentan con las estrategias adecuadas para ello), y tratar comportamientos, dinámicas o cuestiones que convendría modificar en futuras cuestiones. En definitiva, esta puesta en común tras la consulta contribuye a la mejora de la colaboración entre ambos profesionales.

5.3 Programas formativos interdisciplinares en interpretación sanitaria y comunicación intercultural

Hlavac y Harrison (2021: 572-573) definen la formación interprofesional como una estrategia educativa que se utiliza con frecuencia en el ámbito de las ciencias de la salud, y que implica que los alumnos de una disciplina aprendan sobre otra disciplina o profesión mediante interacciones conjuntas, bien sea con otro grupo de alumnos o con profesionales de esa otra disciplina; suele tener una estructura bien definida y se basa en escenarios de aprendizaje en los que se ven involucrados dos o más grupos de profesionales. Entre sus resultados más destacados están el aprendizaje de las percepciones que tiene un grupo de profesionales sobre el otro, la perspectiva de cómo el otro grupo se percibe a sí mismo a nivel laboral. Estudios como el de Crezee y Marianaccia (2022) demuestran que iniciativas de formación interdisciplinar contribuyen a un aumento de los conocimientos sobre la función, los objetivos, las responsabilidades y los intereses del otro grupo profesional. Además, proporciona a los alumnos un entorno de aprendizaje situado que se asemeja más a la realidad que los escenarios de *role play* que se llevan a cabo en las sesiones formativas unidisciplinares, pero que es a la vez totalmente seguro, ya que no supone un impacto real en la salud del paciente. De esta manera, son conscientes de que la responsabilidad de que la comunicación en consulta sea efectiva no tiene por qué recaer exclusivamente en la figura del profesional sanitario, sino que pueden contar con el intérprete en su papel de mediador intercultural como aliado para evitar problemas comunicativos con población alófono (Olivares y Pena, 2015). Al situar a los alumnos en un espacio educativo que se asemeja más a la realidad profesional que las simulaciones unidisciplinares de las clases de interpretación, los alumnos pudieron reconocer la importancia de reflexionar sobre el impacto que tienen sus producciones en el resto de partes que participan en la interacción (Krystallidou et al., 2018).

Iniciativas formativas interdisciplinares e interprofesionales, como la de Sanz-Moreno (2017), resultan muy beneficiosas para ambos grupos de profesionales, puesto que permite a los intérpretes conocer los objetivos y las preocupaciones de los profesionales sanitarios, a la

vez que supone una oportunidad para que estos últimos conozcan la función del intérprete y lo tengan en cuenta en su día a día a nivel profesional; es decir, fomenta la visibilidad del intérprete sanitario como un profesional a incluir en el equipo del centro sanitario. Los escenarios simulados basados en *role play* permiten a los alumnos prepararse mejor para situaciones reales a las que se enfrentarían en su futuro laboral, lo cual aumenta la seguridad y confianza en sí mismos (Showstack et al., 2021; Hlavac y Harrison, 2021: 574). La formación interdisciplinar permite que los estudiantes de varias disciplinas reflexionen de manera conjunta sobre cuestiones que afectan a la asistencia sanitaria a población alófono (Showstack et al., 2021). También permiten que los alumnos de la rama de ciencias de la salud se familiaricen con la figura del intérprete y las funciones que lleva a cabo, así como la gestión de la comunicación con el otro grupo profesional. La posibilidad de que los intérpretes expliquen su función y la importancia de la mediación intercultural en el entorno educativo en el área de ciencias de la salud fomentará la colaboración interprofesional en el futuro laboral de estos estudiantes (Olivares y Pena, 2015: 124).

La formación interdisciplinar cultiva la práctica colaborativa de la asistencia sanitaria centrada en el paciente a través de sesiones compartidas para cubrir las deficiencias que tiene la formación unidisciplinar en lo que a colaboración se refiere (Strelow et al., 2021; Krystallidou et al., 2018). Además, optimizan las interacciones con los pacientes y sus familiares, evitan en la medida de lo posible el error humano, contribuyen a una mayor satisfacción de las partes implicadas al tratar temas interculturales, redundando en beneficio de una comunicación centrada en el paciente y proporcionan oportunidades de mejorar la calidad y seguridad del diagnóstico y tratamiento de los pacientes alófonos. Van De Walle et al. (2020: 323) afirman que el acercamiento de los estudiantes de interpretación y ciencias de la salud a un entorno de trabajo interprofesional real incrementaría sus conocimientos sobre los servicios y necesidades del otro grupo profesional. Resulta crucial que puedan comprenderse mejor los unos a los otros, que aprendan qué aspectos intrínsecos de su profesión son esenciales a la hora de llevar a buen puerto la consulta con el paciente alófono, para evitar las posibles barreras comunicativas que puedan surgir (que no sean meramente lingüísticas), por ejemplo, que el paciente no se encuentre cómodo, le cueste expresarse, aspectos culturales muy concretos, entre otros (Hlavac y Harrison, 2021). La comodidad del paciente es clave en todo momento en una consulta sanitaria, pero cobra especial importancia cuando nos adentramos en el campo de la salud mental. Los procesos psicoterapéuticos suelen ser bastante demandantes para el paciente, puesto que supone un importante esfuerzo emocional; por tanto, las barreras de comodidad para expresarse abiertamente se pueden ver incrementadas por la presencia de

una persona extra en la consulta (el intérprete), y todavía más si la relación que percibe el paciente entre intérprete y profesional sanitario no es totalmente fluida y de confianza.

Los términos «multiculturalidad» y «cultura» son empleados abiertamente en diversidad de contextos, aunque no siempre se conocen las implicaciones de los elementos o diferencias culturales (Olivares y Pena, 2015: 114). En el campo de las humanidades y las ciencias sociales, estos dos términos suelen jugar un papel importante en multitud de campos de investigación y práctica profesional, y quienes se dedican a este ámbito suelen estar familiarizados con su significado e implicaciones; sin embargo, no siempre es así en el caso de las ciencias puras o ciencias de la salud, a pesar de que son ámbitos en los que la multiculturalidad está totalmente presente y la comunicación es uno de los instrumentos de trabajo de los profesionales que a ello se dedican. La familiarización con el papel del mediador intercultural y la comprensión del impacto que tiene la cultura en sus futuras profesiones son dos factores clave que ayudarían a mejorar la competencia intercultural de los alumnos de ciencias de la salud. En la misma línea, Strelow et al. (2021: 3) consideran que la competencia intercultural no es una destreza aislada, sino que se puede entender de forma sinérgica u holística dentro de otras competencias ya existentes, como la competencia profesional, la competencia metodológica, la competencia interpersonal o la competencia social.

Krystallidou et al. (2018) destacan que las diferencias en cuanto al enfoque de los alumnos de interpretación y de las ramas de ciencias de la salud sale a la luz cuando ambos grupos de profesionales interactúan: los alumnos de interpretación reciben una formación orientada en torno a sus competencias, funciones, deberes y obligaciones éticas, mientras que la formación de los futuros profesionales sanitarios gira en torno a la atención sanitaria a pacientes que hablan su mismo idioma. Las asignaturas de inglés como lengua extranjera que se ofrecen en los planes de estudio de ciencias de la salud no suelen tener en cuenta aspectos necesarios para desarrollar la competencia intercultural de estos alumnos, a pesar de que es esencia en su futuro laboral (Olivares y Pena, 2015). Cuando se sitúa a los alumnos en un entorno interdisciplinar, interactivo y dinámico (como es la interacción médico-paciente), los alumnos pueden alejarse de los enfoques formativos tradicionales que solo se centran en la producción del intérprete. De esta manera, tanto los profesores como los alumnos pueden centrarse en aquellos aspectos del *role play* que les ayudan a comprender mejor su papel y el del otro profesional implicado (en este caso, el profesional sanitario) en entorno de la consulta médica mediada por intérprete (Krystallidou et al., 2018). Costa (2022) defiende que se debe fomentar la colaboración interprofesional entre ambos grupos, además de ayudar a que los

especialistas en salud mental mantengan su autoridad clínica en la sesión mediada por intérprete y a que la comunicación sea segura y efectiva para las tres partes que intervienen.

En lo relativo al conocimiento sobre el desarrollo de las consultas médicas, sería beneficioso que los estudiantes de interpretación sanitaria recibieran información sobre los modelos de consulta que estudian los alumnos de medicina, para familiarizarse con los objetivos comunicativos de cada una de las fases de las que se componen. Esto les ayudaría en su futuro laboral, puesto que los objetivos del intérprete y del profesional sanitario estarían alineados. Estudios como el de Van De Walle et al. (2020: 338) demuestran que la guía de entrevista médica de Calgary-Cambridge proporciona a los alumnos de medicina información muy valiosa sobre la estructura de una consulta médica, y les ayuda a organizar las ideas y opiniones que tienen tanto el profesional sanitario como el paciente a lo largo de la consulta, lo cual, a su vez, ayuda a fortalecer la relación entre ambos participantes. Crezee y Marianaccia (2022: 33) aseguran que la formación interdisciplinar contribuye no solo a la formación del intérprete, sino a la mejora de las relaciones interprofesionales con el personal sanitario en su futuro profesional. La actitud de los profesores de ambas disciplinas a la hora de diseñar y desarrollar este tipo de iniciativas es fundamental, puesto que deben colaborar de manera conjunta por conseguir que ambos grupos de estudiantes se beneficien lo máximo posible de la experiencia. Es importante que motiven a los alumnos a conocer las especificidades formativas y profesionales del otro grupo, y a poder tenerlas en cuenta en la toma de decisiones prácticas. A veces los profesores no sienten esta motivación porque los horarios de las clases, las programaciones de las asignaturas, el trabajo adicional que implica o las localizaciones de las facultades dificultan la planificación y el desarrollo de este tipo de programas formativos interdisciplinares (Strelow et al., 2021).

En cuanto a la introducción de los conceptos de *briefing* y *debriefing* en las iniciativas formativas interdisciplinares, Hlavac y Harrison (2021: 576) afirman que estos encuentros le permiten al profesional sanitario discutir la información relevante, tanto antes como después de la consulta, con el intérprete. Por ejemplo, se pueden tratar temas culturales que vayan a tratarse en consulta y que puedan ser delicados, comportamientos o características intrínsecas del paciente que el intérprete deba tener en cuenta, o las propias experiencias que haya tenido el profesional sanitario con otros intérpretes en el pasado. En su estudio, recopilaron algunos comentarios de alumnos del máster en estudios de interpretación y traducción en el que afirmaban que en este encuentro previo podían conocer los objetivos que tenía el profesional sanitario en esa consulta, información importante acerca del paciente, o ciertos términos relacionados con el diagnóstico o el tratamiento que fueran a surgir en la interacción; por su

parte, los alumnos creen pertinente que el intérprete comparta con el profesional sanitario cuestiones éticas, que se asegure de que este entienda adecuadamente sus funciones, aclarar el protocolo y la introducción del intérprete al paciente. Los alumnos del grado en medicina y grado en cirugía por su parte consideran que sería relevante compartir información relativa al motivo de la consulta, su posible desarrollo, cómo tratar la información, cómo comunicar un diagnóstico complicado; y les gustaría que el intérprete les hablara acerca de su papel, la configuración de los asientos o su localización física durante la consulta, factores culturales relevantes, etc. El encuentro posterior a la consulta es una oportunidad de compartir comentarios, recabar opiniones del profesional sobre su rendimiento y así utilizarlo en su propio desarrollo de la actividad profesional, al igual que compartir comentarios en ambas direcciones, y sacar a la luz debates que no son propios de tener delante del paciente, como por ejemplo asuntos relacionados con el lenguaje no verbal o las expresiones del profesional sanitario de las cuales quizá no son conscientes y tiene un impacto sobre el paciente alófono.

Entre las razones que impiden que se desarrollen más iniciativas de formación interdisciplinar en los diferentes entornos académicos, Strelow et al. (2021) destacan la falta de financiación y la escasa motivación de las facultades universitarias, así como una mala gestión académica a la hora de coordinar los programas y enfoques pedagógicos de las disciplinas implicadas o gestionar el reconocimiento de créditos universitarios. Himmelstein et al. (2018: 730; como se cita en Hlavac y Harrison, 2021: 574) afirman que solo un 20 % de los centros en los que se forma a futuros médicos incluyen un módulo formativo sobre cómo trabajar con un intérprete en el ámbito sanitario; además, en aquellos centros en los que sí se ofrece esta formación, suele ser de manera unilateral, y no en colaboración otro grupo de estudiantes, sino que se trata de intérpretes profesionales, por lo que está centrada en el aprendizaje de los estudiantes de medicina en sí, y carece de ese componente interdisciplinar o interprofesional que ha probado ser tan interesante en otros estudios (Crezee, 2015; Krystallidou y Salaets, 2016; Krystallidou et al., 2018). (Krystallidou y Salaets, 2016: 9, como se cita en Hlavac y Harrison, 2021: 574): en los *role plays* que se llevan a cabo entre estudiantes de diferentes disciplinas se da un factor que no sucede en los *role plays* que se utilizan en la formación de estudiantes de una misma disciplina; cuando se utilizan en la formación interdisciplinar, los alumnos tienen mayor sensación de realidad, puesto que se enfrentan a las opiniones de otro grupo de alumnos que ha recibido una formación distinta a la suya, centrándose en otros temas, otros valores, otras prioridades, etc.

6 Conclusiones

La revisión bibliográfica sistematizada que se presenta en este trabajo agrupa las principales investigaciones que se han llevado a cabo hasta su fecha de redacción en el ámbito de las relaciones interprofesionales en interpretación sanitaria. El principal interés de esta revisión es el estudio de los beneficios que derivan de la comunicación entre ambos grupos profesionales en lo que respecta a la atención sanitaria al paciente alófono. En líneas generales, este estado de la cuestión confirma la hipótesis planteada en la introducción: las iniciativas de formación interdisciplinar en el ámbito académicos, junto con los programas de colaboración interprofesional en la práctica profesional de esta actividad, demuestran que los pacientes inmigrantes con un dominio limitado del idioma en el que son atendidos en el servicio sanitario reciben una asistencia sanitaria de mayor calidad.

Los objetivos iniciales se han ido cumpliendo en las diferentes fases que componen el proyecto. Por un lado, gracias a la sistematización en las búsquedas realizadas en las diferentes bases de datos, he podido evaluar los resultados de las mismas para recopilar la literatura existente sobre la comunicación interprofesional en el ámbito de la interpretación sanitaria a nivel internacional. El método de análisis desarrollado en la metodología me ha permitido estudiar detenidamente el contenido de los elementos seleccionados, para relacionar así la información de las investigaciones que se presentan en estos documentos y comprenderla adecuadamente. Además, este análisis ha favorecido la síntesis del conjunto de elementos que compone el banco de documentos, por lo que he sido capaz de producir un estado de la cuestión debidamente cohesionado que pueda ser útil en investigaciones futuras. La discusión que se presenta en el apartado anterior supone un espacio en el que he tenido la oportunidad de señalar la importancia y la urgencia de defender la profesionalización de la interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. Además, muestra también los beneficios y el impacto positivo que tiene una adecuada colaboración interprofesional entre el intérprete y el personal sanitario a la hora de atender al paciente alófono.

Los estudios analizados demuestran que una de las primeras barreras que se deben superar en el camino hacia la mejora de las relaciones interprofesionales en este contexto es el desconocimiento que tienen ambos grupos profesionales sobre la labor del otro. Desde las funciones que deben realizar, hasta los objetivos o expectativas que tienen en la consulta médica, tanto los profesionales sanitarios como los intérpretes necesitan conocer los intereses y necesidades del otro grupo profesional, a fin de desarrollar estrategias comunicativas que fortalezcan el trabajo conjunto. Al fin y al cabo, ambos tienen el objetivo común de

proporcionar el mejor servicio posible al paciente. Cuando centran sus esfuerzos y su atención en este último, las diferencias entre ambos profesionales, las luchas de poder y los problemas comunicativos disminuyen, y la conversación fluye adecuadamente.

Cuando se incluye al intérprete como participante activo en la conversación y el profesional sanitario lo considera parte del equipo del centro sanitario, ambas partes son capaces de trabajar de forma colaborativa. Esta sinergia deriva en un ambiente fluido en consulta, con menores interrupciones y obstáculos comunicativos. En este entorno, el paciente alófono tiene más probabilidades de sentirse comprendido y respaldado, y encuentra menos barreras a la hora de comunicarse con el proveedor de servicios. Esto a su vez deriva en una mejora en la detección de los síntomas y signos que presenta el paciente y, por tanto, en un mejor diagnóstico. De igual modo, la presencia del intérprete profesional en consulta, ya familiarizado con las dinámicas y el desarrollo de estos encuentros, facilitará que el paciente comprenda mejor el tratamiento asignado por el profesional sanitario, por lo que aumentan las posibilidades de que el paciente recupere un estado óptimo de salud y bienestar. En definitiva, una mejora de la calidad asistencial derivará en una mejora del servicio sanitario en general, puesto que al optimizar todos los recursos disponibles se reducen las ocasiones en las que los pacientes deben volver a acudir a consulta a causa de problemas comunicativos previos.

La base de toda actividad profesional se encuentra en la formación previa que reciben aquellos que la ejercen. Las iniciativas de formación interdisciplinar ofrecen a los alumnos de ciencias de la salud un espacio para reflexionar sobre la importancia que tiene la competencia intercultural en su futura profesión. Esta característica, que resulta esencial dado el aumento de los flujos migratorios y la multiculturalidad que caracteriza a la sociedad actual, ha pasado desapercibida hasta hace pocos años en los programas formativos de los futuros profesionales sanitarios. La formación centrada únicamente en la atención al paciente que habla el mismo idioma que ellos deja sin cubrir necesidades básicas que sí enfrentarán los alumnos en su futuro profesional. Por ello, es habitual que los profesionales sanitarios no sepan discernir cuál es la modalidad de interpretación más adecuada para cada situación, o cuáles son los límites de las funciones que debe cumplir el intérprete sanitario.

Los programas formativos interdisciplinares de los documentos que se incluyen en esta revisión detallan los elementos teóricos y prácticos que se tratan en las sesiones conjuntas, y comentan las fortalezas y debilidades detectadas en la puesta en práctica. De este modo, pueden servir como referencia para su inclusión en los programas académicos tanto de interpretación como de las distintas disciplinas pertenecientes al área de ciencias de la salud. El punto en común de todas estas iniciativas es el éxito que tienen entre los alumnos, que aseguran mejorar

sus competencias comunicativas interculturales y sentirse más preparados ante la práctica profesional. Sin embargo, las iniciativas actuales que se llevan a cabo en beneficio de la interprofesionalidad en interpretación sanitaria en algunas universidades españolas se desarrollan a través de los convenios de prácticas curriculares, que no suelen ser remuneradas. Por ello, lo habitual es que no generen puestos de trabajo una vez finalizan, por lo que no son una solución para el alumnado que se incorpora al mundo laboral, para la profesionalización de la actividad ni para el servicio sanitario, que queda desprovisto de intérpretes.

Esta revisión sistematizada muestra una tendencia actual en el campo de la investigación acerca de las relaciones interprofesionales y las dinámicas formativas interdisciplinares en el campo de la interpretación sanitaria, puesto que el 72 % de los documentos seleccionados se ha desarrollado en los últimos diez años. Tal y como comentaba en secciones anteriores, el interés académico por la interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario y los esfuerzos hacia la profesionalización de esta actividad son recientes, y aún están en desarrollo. Sin embargo, la cantidad de estudios que se han llevado a cabo en los últimos años, refleja la necesidad académica y profesional de incluir al intérprete en el equipo profesional en el ámbito sanitario. Esta profesión necesita asentarse con firmeza, defender su papel y su código ético, fijar unas guías de conducta consensuadas y difundir su labor en el ámbito de actuación. Todo ello desde la perspectiva de la colaboración, el trabajo conjunto y el entendimiento mutuo del resto de profesionales con los que interactúa día a día, para avanzar juntos en la lucha por la mejora de la calidad asistencial al paciente alófono.

La cantidad de falsos positivos recuperados y la posibilidad de no entender correctamente la temática de un elemento del banco de documentos atendiendo solo al resumen del documento son dos de las limitaciones de esta investigación. Lo primero es consecuencia directa de tratar de interrogar las bases de datos de la manera más completa posible y evitar los falsos negativos, ya que al tratarse de un tema que pertenece a un ámbito tan concreto y que aún no se ha desarrollado de forma tan extensa no hay tantos documentos disponibles. Lo segundo es una de las desventajas que conlleva desarrollar una investigación en solitario y con un margen de tiempo tan limitado. Por último, la decisión de abordar esta investigación desde una perspectiva lo más sistemática posible (o sistematizada, en este caso) pretende servir como guía a la hora de revisar la situación de esta profesión en un futuro. Como he mencionado anteriormente, la tendencia reciente en la investigación de la interprofesionalidad en interpretación sanitaria parece indicar que en los próximos años se desarrollarán multitud de estudios que exploren distintas perspectivas de este ámbito. Por ello, resultaría relevante que se pudiera construir sobre este estado de la cuestión y comprobar si se cumple esta predicción.

Referencias

- Abril Martí, M. I. (2006). *La Interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular.*
- Álvaro Aranda, C., y Lázaro Gutiérrez, R. (2021). La formación en interpretación sanitaria y su camino hacia la profesionalización: un análisis de itinerarios formativos propuestos desde distintas entidades en España. *Panace@*, XXII (53), 69-77.
- Álvaro Aranda, C., Lázaro Gutiérrez, R., y Li, S. (2021). Towards a collaborative structure of interpreter-mediated medical consultations: Complementing functions between healthcare interpreters and providers. *Social Science & Medicine*, 269, 9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113529>.
- Angelelli, C. (2015). Invisibility. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 214-215). Routledge.
- Baigorri-Jalón, J. (2015). The history of the interpreting profession. En H. Mikkelsen, y R. Jourdenais (Eds.), *The Routledge Handbook of Interpreting* (pp. 11-28). Routledge.
- Bancroft, M. A. (2015). Community interpreting: A profession rooted in social justice. En H. Mikkelsen, y R. Jourdenais (Eds.), *The Routledge Handbook of Interpreting* (pp. 217-235). Routledge.
- Baraldi, C., y Gavioli, L. (2015). Mediation. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 247-249). Routledge.
- Barwise, A., Tschida-Reuter, D., y Sutor, B. (2021). Adaptations to Interpreter Services for Hospitalized Patients During the COVID-19 Pandemic. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(12), 3184-3185. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.10.009>.
- Borja Albi, A. (2015). Recomendaciones para trabajar con intérpretes en el ámbito sanitario. En A. Borja Albi, y M. Del Pozo Triviño (Eds.), *La comunicación mediada por intérpretes en contextos de violencia de género. Guía de buenas prácticas para trabajar con intérpretes.* (pp. 107-125). Tirant Humanidades.
- Braun, S. (2015). Remote interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 346-348). Routledge.

- Cebrián Sevilla, C. (2004). Estudiantes de medicina e interpretación social: Trabajo de campo. *Puentes*, (4), 17-30. <http://wpd.ugr.es/~greti/revista-puentes/pub4/02-Carmen-Cebrian.pdf>.
- Chang, D. F., Hsieh, E., Somerville, W. B., Dimond, J., Thomas, M., Nicasio, A., Boiler, M., y Lewis-Fernández, R. (2021). Rethinking Interpreter Functions in Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 72(3), 353-357. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000085>.
- Codina, L. (2017). *Procedimiento gráfico para generar ecuaciones de búsqueda en bases de datos académicas*. <https://www.lluiscodina.com/grafico-ecuaciones-de-busqueda/#:~:text=En%20el%20contexto%20de%20las,expresar%20una%20necesidad%20de%20informaci%C3%B3n>.
- Codina, L. (2018). *Revisiones bibliográficas sistematizadas. Procedimientos generales y Framework para Ciencias Humanas y Sociales*. Universitat Pompeu Fabra. <https://doi.org/10.31009/metodos.2020.i01.05>.
- Costa, B. (2017). Team Effort – Training Therapists to Work with Interpreters as a Collaborative Team. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 39, 56-69. <https://doi.org/10.1007/s10447-016-9282-7>.
- Costa, B. (2022). Interpreter-mediated CBT – a practical implementation guide for working with spoken language interpreters. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15(e8), 17. <https://doi.org/10.1017/S1754470X2200006X>.
- Crezee, I., y Marianaccia, A. (2022). ‘How did he say that?’ interpreting students’ written reflections on interprofessional education scenarios with speech language therapists. *Interpreter and Translator Trainer*, 16(1), 19-38. <https://doi.org/10.1080/1750399X.2021.1904170>.
- Critical Link International. (s.f.a). *Past Conferences*. <https://criticallink.org/past-conferences/>.
- Critical Link International. (s.f.b). *What is Critical Link*. <https://criticallink.org/what-is-critical-link/>.
- De Cotret, F. R., Brisset, C., y Leanza, Y. (2021). A typology of healthcare interpreter positionings When “neutral” means “proactive”. *Interpreting*, 23(1), 103-126. <https://doi.org/10.1075/intp.00052.cot>.

- Del Pozo Triviño, María Isabel, y Campillo Rey, L. (2016). La interpretación telefónica y su práctica profesional. Estudio de caso sobre dos empresas proveedoras del servicio en España. *Sendebarr*, (27), 73-95.
- Departament de Traducció i Interpretació. (2015). *Búsquedas en BITRA*. <https://dti.ua.es/es/bitra/busquedas.html>.
- FITISPos International Journal. (2021). *About the Journal*. <https://fitisposij.web.uah.es/OJS/index.php/fitispos>.
- Franco Aixelá, J. (2010). Una revisión de la bibliografía sobre traducción e interpretación médica recogida en BITRA (Bibliografía de Interpretación y Traducción). *Panace@*, 11(32), 151-160.
- Franco Aixelá, J. (2022). *BITRA (Bibliografía de Interpretación y Traducción). Base de datos en acceso abierto*. <http://dti.ua.es/es/bitra/introduccion.html>.
- Franco López, M. (2017). La interpretación hospitalaria: realidad, características, aspectos formativos. *Panace@*, XVIII (46), 142-148.
- Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, (FECYT). (2017). *Scopus: Funcionalidades básicas en Scopus*. https://www.recursoscientificos.fecyt.es/sites/default/files/scopus_basico_abril_2017.pdf.
- Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, (FECYT). (2022^a). *Bases de datos de Scopus*. <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/licencias/productos-contratados/scopus>.
- Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, (FECYT). (2022^b). *Bases de datos Web of Science*. <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/licencias/productos-contratados/wos>.
- Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, (FECYT). (2022^c). *Recursos Científicos*. <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/>.
- Gile, D. (2015). Interdisciplinarity. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 192-194). Routledge.
- Gracia-García, R. A. (2002). *Telephone Interpreting: a review of pros and cons*.

- Grant, M. J., y Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>.
- Grbić, N. (2015a). Profession. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 321-326). Routledge.
- Grbić, N. (2015b). Settings. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 370-371). Routledge.
- Gryesten, J. R., Brodersen, K. J., Lindberg, L. G., Carlsson, J., y Poulsen, S. (2021). Interpreter-mediated psychotherapy – a qualitative analysis of the interprofessional collaboration between psychologists and interpreters. *Current Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01345-y>.
- Hadziabdic, E., y Hjelm, K. (2013). Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11, 69-76. <https://doi.org/10.1111/1744-1609.12005>.
- Hale, S. B. (2015). Community interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 65-69). Routledge.
- Hart, C. (1998). *Doing a Literature Review. Releasing the Social Science Research Imagination*. SAGE Publications Ltd.
- Hatton, D. C., y Webb, T. (1993). Information Transmission in Bilingual, Bicultural Contexts: A Field Study of Community Health Nurses and Interpreters. *Journal of Community Health Nursing*, 10(3), 137-147.
- Hlavac, J., y Harrison, C. (2021). Interpreter-mediated doctor-patient interactions: interprofessional education in the training of future interpreters and doctors. *Perspectives-Studies in Translation Theory and Practice*, 29(4), 572-590. <https://doi.org/10.1080/0907676X.2021.1873397>.
- Hlavac, J., y Saunders, B. J. (2021). Interprofessional Education for Interpreting and Social Work Students – Design and Evaluation. *International Journal of Interpreter Education*, 13(1), 19-34.
- Hsieh, E. (2010). Provider-interpreter Collaboration in Bilingual Health Care: Competitions of Control over Interpreter-Mediated Interactions. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.017>.

- Hsieh, E. (2015). Healthcare interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 177-182). Routledge.
- Instituto Nacional de Estadística, (INE). (2021). *Población extranjera por comunidades y provincias, nacionalidad y sexo*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa002.px>.
- Karliner, L. S., Pérez-Stable, E. J., y Gildengorin, G. (2004). The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2), 175-183. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1492142>.
- Kelly, N., y Pöchhacker, F. (2015). Telephone interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 412-415). Routledge.
- Kmet, L. M., Lee, R. C., y Cook, L. S. (2004). *HTA Initiative # 13 • STANDARD QUALITY ASSESSMENT CRITERIA for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields*. Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Krystallidou, D., Van De Walle, C., Deveugele, M., Dougali, E., Mertens, F., Truwant, A., Van Praet, E., y Pype, P. (2018). Training doctor-minded interpreters and interpreter-minded doctors: First insights into the benefit of collaborative practice in interpreter training. *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting*, 20(1), 126-144. <https://doi.org/https://www.researchgate.net/deref/https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1075%2Fintp.00005.kry>.
- Krystallidou, D., Van De Walle, C., Deveugele, M., Dougali, E., Mertens, F., Truwant, A., Van Praet, E., y Pype, P. (2018). Training “doctor-minded” interpreters and “interpreter-minded” doctors: The benefits of collaborative practice in interpreter training. *Interpreting*, 20(1), 126-144. <https://doi.org/10.1075/intp.00005.kry>.
- LanguageLine Solutions. (2020). *Video Remote Interpreting Services*. <https://www.languageline.com/s/Video>.
- Lázaro Gutiérrez, R. (2010). *La interpretación en los servicios sanitarios en España. Estudio de la asimetría en las consultas médicas con pacientes de habla extranjera y la repercusión de la presencia de un intérprete ocasional*.

- Lázaro Gutiérrez, R., y Tejero González, J. M. (2017). Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *Panacea*, XVIII (46), 97-107. <http://tremedica.org/panacea.html>.
- Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. (2009). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2009/12/11/2>.
- Li, S., Gerwing, J., Krystallidou, D., Rowlands, A., Cox, A., y Pype, P. (2017). Interaction-a missing piece of the jigsaw in interpreter-mediated medical consultation models. *Patient Education and Counseling*, 100(9), 1769-1771. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.021>.
- Mangan, R. (2019). *Web of Science: Manual de uso*. Web of Science Group.
- Martínez-Gómez, A. (2015). Non-professional interpreters. En H. Mikkelsen, y R. Jourdenais (Eds.), *The Routledge Handbook of Interpreting* (pp. 417-431). Routledge.
- Miles, M. B., Huberman, M., y Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications Ltd.
- Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. (2022). *Qué estudiar y dónde en la universidad – Búsqueda de títulos*. Qué y dónde estudiar. <https://www.educacion.gob.es/notasdecorte/busquedaSimple.action>.
- Muñoz Martín, R. (2015). Natural translation/interpreting. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 269-270). Routledge.
- National Library of Medicine. (2021). *Knowledge Base*. <https://support.nlm.nih.gov/knowledgebase/>.
- National Library of Medicine. *About – PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>.
- Olivares, M., y Pena, C. (2015). Teaching health sciences students about culturally sensitive communication between health professionals and patients from diverse cultures. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 18(1), 113-126. <https://doi.org/10.1080/13670050.2014.882881>.

- Pérez Estevan, E. (2016). ¿Equilibrio de poderes entre el intérprete y el profesional sanitario?: Análisis de la situación y propuesta de formación. *FITISPos International Journal* 3, 3, 82-91. <https://fitisposij.web.uah.es/OJS/index.php/fitispos/article/view/96/126>.
- Phelan, M., y Parkman, S. (1995). How To Do It. Work with an interpreter. *The British Medical Journal*, 311, 555-557. <https://doi.org/10.1136/BMJ.311.7004.555>.
- Pöchhacker, F. (2004). *Introducing interpreting studies*. Routledge.
- Pöchhacker, F. (2008). Interpreting as mediation. En C. Valero-Garcés, y A. Martin (Eds.), *Crossing borders in community interpreting: definitions and dilemmas* (pp. 9-26). John Benjamins Publishing.
- Pöchhacker, F. (2015a). Interpreting studies. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 201-206). Routledge.
- Pöchhacker, F. (2015b). Modes. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 268-269). Routledge.
- Pöchhacker, F. (2015c). *Routledge encyclopedia of interpreting studies*. Routledge.
- Raga Gimeno, F. (2006). Grupo CRIT. Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario. *Revista española de lingüística aplicada*, 1, 217-229.
- Roat, C. E., y Creeze, I. H. M. (2015). Helathcare interpreting. En H. Mikkelson, y R. Jourdenais (Eds.), *The Routledge Handbook of Interpreting* (pp. 236-253). Routledge.
- Roberts, R. P. (2015). Critical Link. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 94-96). Routledge.
- Rudvin, M. (2015). Interpreting and professional identity. En H. Mikkelson, y R. Jourdenais (Eds.), *The Routledge Handbook of Interpreting* (pp. 432-446). Routledge.
- Sanz-Moreno, R. (2017^a). Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula. *Panace@*, 18(46), 114-122.
- Sawyer, D. B., y Roy, C. B. (2015). Education. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 124-130). Routledge.
- Searight, R., y Searight, B. K. (2009). Working With Foreign Language Interpreters: Recommendations for Psychological Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 444-451. <https://doi.org/10.1037/a0016788>.

- Showstack, R., Nicks, S., Woods, N. K., y Martínez, G. (2021). Interprofessional Education for Students of Translation/Interpreting and the Health Professions. *Hispania*, 485-501.
- Sluzki, C. E. (1984). The Patient-Provider-Translator Triad. A Note for Providers. *Family Systems Medicine*, 2(4), 397-400.
- Strelow, K. R., Bahadir, S., Stollhof, B., Heeb, R. M., y Buggenhagen, H. (2021). Patient interviews in interprofessional and intercultural contexts (PinKo) – project report on interdisciplinary competence development in students of medicine, pharmacy, and community interpreting. *GMS Journal for Medical Education*, 38(3), 1-19. <https://doi.org/10.3205/zma001463>.
- Tiselius, E. (2015). Accuracy. En F. Pöchhacker (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies* (pp. 3-4). Routledge.
- Universidad de Alcalá. (2022). *Biblioguías UAH. RefWorks: Presentación*. <https://uah-es.libguides.com/refworks>.
- Valero-Garcés, C., y Taibi, M. (2006). El Grupo FITISPos, formación e investigación en traducción e interpretación en los servicios públicos. *Revista Española De Lingüística Aplicada*, 1, 205-216.
- Van De Walle, C., Bart, D., Myriam, D., y Ellen, V. P. (2020). Communicative hurdles in multilingual interpreter-mediated consultations: what trainee data teach us. *Interpreter and Translator Trainer*, 14(3), 322-343. <https://doi.org/10.1080/1750399X.2020.1736435>.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. Routledge.
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>.

Traducción

1 Interprofessionalism in healthcare interpreting

Today, more than ever, we live in a multicultural society. Due to the events that have taken place in recent years worldwide, different populations, with diverse cultures and languages, coexist on a daily basis. Since the beginning of the century, migratory movements have increased, and the recent armed conflicts have caused a large number of migrants to flee their own countries, to escape the situation they face there. According to data from the National Statistics Institute (INE), Spain had more than 5 million immigrants as of 2021. In one of his articles on the beginnings of the profession of interpreting in public services regarding social justice, Bancroft (2015: 217) quotes Article 2 of the Universal Declaration of Human Rights, which specifies that everyone is entitled to the fundamental rights contained therein, “without distinction of any kind”, which includes language. Similarly, the European Commission (2011: 21, as cited in Bancroft, 2015: 217) states that access to interpretation in public services is an indispensable human right, and that the lack thereof can endanger the lives of millions of people, and perpetuate social inequality.

As a consequence of this increase in migratory flows, multiculturalism and multilingualism prevail in our society (Wadensjö, 1998: 48). Thus, it is essential for public services to be prepared and have the necessary intercultural competence, in order to meet the needs of immigrants and refugees who use these services. In such a multicultural scenario, we must bear in mind that health care is one of the first public services which allophone migrants access when first arriving to Spain. Moreover, healthcare services, both in face-to-face and over the phone consultations, have been severely impacted by the COVID-19 pandemic. When the user in need of health care assistance does not speak Spanish, it is necessary to rely on an interpreter, i.e., a professional trained in the provision of language services who facilitates communication between the health provider and the allophone user. Public service interpreting (hereinafter, PSI) is key when attending to the allophone population in health facilities. Only professional interpreters are able to perform some of the functions that ensure that allophone patients receive the best possible quality care (Álvaro Aranda et al., 2021).

In this context, there is a need to investigate such communication between healthcare providers and professional interpreters – as well as its main characteristics – in order to improve knowledge about these practices, and to be able to use the results of the research for professional practice in the context of healthcare interpreting. Within the framework of the Master’s Degree in Intercultural Communication, Interpreting and Translation in the Public Services at the

University of Alcalá, this research focuses on the study of the relationship between healthcare providers and professional interpreters (hereinafter referred to as “interprofessionalism”), and its importance – both in the good practice of interpreting services in the hospital setting, and in the training of future interpreters. The aim of this master’s thesis is to delve into a subject which is little known or practice by interpreting students nowadays, but very relevant to the practice of our future profession. Therefore, I will systematically review the actual literature on this subject at an international level, using both multidisciplinary (e.g., Web of Science and Scopus) and specialised (e.g., PubMed and BITRA) databases. Then, I will search for, retrieve, synthesise and analyse the most relevant documents, and produce a status of the issue on interprofessionalism in healthcare interpreting.

As a starting point for this research, the following questions were posed:

- What are the main characteristics of the relationship between healthcare providers and professional interpreters, and to what degree are these interprofessional?
- What benefits are perceived or observed as a result of the close collaboration and adequate communication between healthcare providers and professional interpreters?
- In the training programmes of each of these two disciplines (i.e., interpreting and health sciences), is there room for interprofessionalism? Are one group of students educated in the work of the other, and vice versa, and in the impact that a smooth communication between professionals has on the patient?

1.1 Hypothesis

Good communication between healthcare providers and professional interpreters brings great benefits to the healthcare assistance of allophone patients. Moreover, an appropriate recognition of the role of the interpreter in patient-provider communication by healthcare personnel is also beneficial.

1.2 Objectives

The main purpose of this research is to produce a status of the issue that identifies the relevant literature in professionalism in healthcare interpreting, and determines the current situation and future trends in this subject. In order to achieve this, the following sub-objectives are proposed:

- To search for and compile the existing literature on interprofessional communication in healthcare interpreting.
- To synthesise the information gathered, in order to understand the current situation in this area at an international level.
- To point out the importance of professionalism in healthcare interpreting.

- To show the benefits and positive consequences of an appropriate collaboration between the healthcare provider and the interpreting wen assisting an allophone patient.

1.3 Justification and motivation

According to the literature research conducted while planning and designing this thesis, I have observed a lack of studies specialized in the area of professionalism in healthcare interpreting. The literature up to date deals with isolated aspects of this collaborative relationship between healthcare providers and professional interpreters. However, I consider that it is particularly relevant to search and bring together the existing literature in this field, so that the current situation of these interprofessional relationships can be understood as a unified concept. A consensual theoretical basis, such as the one presented in this research as a status of the issue, will facilitate future advances in practical research on this area, and will open up further and deeper investigations about the key aspects that interfere within the academic or educational environment, as well as within professional practice, on interprofessionality in healthcare interpreting.

For this reason, given the lack of specific information on how these interprofessional collaborative relationships are developed in the academic environment of bachelor's and master's degree courses, there is a need to spread knowledge on the relevance of interprofessionalism in healthcare interpreting practice. This paper aims to comprehensively review the literature that has been produced on this topic, both at the formative and professional stages. As a translation and interpreting student with a particular interest in the healthcare speciality, I have observed a lack of information on the procedures for interprofessional collaboration in public service interpreting in general, but in healthcare interpreting in particular. Moreover, not only is interprofessionalism rarely discussed in the classroom, but also training initiatives between interpreting and health sciences degrees are rare, or even non-existent.

In order to ensure that the end-user receives quality care, it is essential that healthcare professionals and interpreters maintain a good professional relationship, communicating adequately and collaborating accordingly. In healthcare interpreting training programmes, the importance of clarifying and respecting the role of professional interpreters are communication facilitators and managers of turn-taking is emphasised. However, many professionals have shared their experiences with students, and state that this is a difficult process, and that real practice and professional situations differ from the theoretical approached presented in the classroom.

2 Theoretical framework

According to Article 12 of *Organic Law 2/2009, of 11 December, reforming Organic Law 4/2000, of 11 January*, on the rights and freedoms of foreigners in Spain and their social integration, the right to health care of foreigners in Spain is regulated according to the following considerations:

- 1 Foreigners who are registered in the census of the municipality in which they have their habitual residence in Spain, have the right to access health care under the same conditions as Spanish nationals.
- 2 Foreigners are entitled to emergency public health care in the event of serious illness or accident while they are in Spain, whatever the cause, and to the continuity of such care until they are medically discharged.
- 3 Foreigners under the age of eighteen who are in Spain are entitled to health care under the same conditions as Spanish nationals.
- 4 Pregnant foreigners who are in Spain have the right to health care during pregnancy, childbirth and postpartum. (Jefatura del Estado, 2009: 104994).

In order to ensure that foreigners have access to healthcare under the same conditions as Spanish nationals, it is essential to make sure that language is not a barrier. According to Bancroft (2015: 222), this is the main objective of public service interpreting in the healthcare sector: to facilitate access to public services for allophone individuals or groups, which are understood to be those who do not speak the official or co-official language of the country in which they are located.

The aim of this section is to provide an overview of interpreting in public services in general, and its practice in the healthcare field in particular, describing the different aspects that compose it. From the most general to the most particular, the first section traces the history of interpreting in public services and healthcare interpreting as a speciality, the debates that have risen since it emerged, the different challenges it has faced over the years, and the progress of professional practice and academic studies, briefly reviewing the modes and modalities into which it is classified.

Later on, I summarise and group together the panorama of training in health care for the immigrant population in Spain, according to a study that brings together academic data updated to 2021 on the different entities that offer health interpretation programmes in public services, focusing on the bachelor's and master's degree levels. In relation to the above, the third section brings together the available literature on interprofessionalism in healthcare interpreting: the

different forms of relationship between interpreters and healthcare professionals, communication between the two groups and the good practices that can be carried out to improve the final care received by the patient. Finally, the fourth section compiles the existing theory on systematised bibliographical reviews in the human and social sciences, with particular emphasis on the reference meta-framework, which has served as the theoretical basis for the development of the methodology of this work.

2.1 Healthcare interpreting in the public services

Interpreting studies are fairly recent: its origin as an academic discipline dates back to the end of the 20th century (Pöchhacker, 2015: 201); however, the practice of interpreting as an activity dates back to antiquity. Within the general field of interpreting, the study of interpreting in public services as a discipline is even more recent if possible, although it is true that in recent years there has been a notable increase in interest in this speciality, as Franco Aixelá (2010: 157) announced more than a decade ago. One of the main reasons why the profession of interpreting in public services and the study of it are much more recent than the practice itself may be, as Franco López (2017: 143), “the lack of consensus regarding its naming and definition”, something quite common in a discipline that is still in the process of being formally established as a professional practice (Wadensjö, 1998: 50), and yet is the most widely practised type of interpreting worldwide (Wadensjö, 2009, as cited in Hale, 2015: 66).

The term ‘community interpreting’ was first adopted in the 1970s in Australia (Chesher, 1997, as cited in Bancroft, 2015: 218). According to Hale (2015: 65), it is the type of interpreting that takes place between individuals who live in the same community, society or country, but who do not speak a common language. Shlesinger’s (2011: 6, as cited in Bancroft, 2015: 219) definition notes that it allows individuals or groups in a society who do not speak the official or vehicular language of the country in which they are located to access public services in that country and to communicate with the providers of those services. Although this term has been subject to all kinds of debates (Gentile, 1997, as cited in Pöchhacker, 2018: 66; Bancroft, 2015: 218), it is openly accepted in the international community. On the other hand, in the UK and Spain, the term ‘public service interpreting’ has been adopted, and community interpreting is used to distinguish activities carried out by people who have not received formal education in this field (Bancroft, 2015: 218). It seems that this same concern is the main reason why part of the academic world in this area does not want to adopt that term, even though it was used by the International Organization for Standardization (ISO) to create ISO 13611: 2014, the first international guide to regulate public service interpreting.

Since the term that seems to be most widely accepted in Spain is “interpreting in public services” (ISP), this is the term I have chosen to refer to this professional practice throughout this paper. Moreover, it is the term favoured by the Training and Research Group on Public Service Translation and Interpreting of the University of Alcalá (FITISPos-UAH), included in its own name (FITISPos International Journal, 2021). However, the main point of consensus between the supporters of one term or the other is precisely the distinguishing feature of this specialisation: its main purpose is to facilitate access to public services for individuals or groups who do not speak the vehicular language of such services (Bancroft, 2015: 222).

Healthcare interpreting is one of the two largest fields within the public service translation and interpreting sector, along with court interpreting (Pöchhacker, 2004: 162; Hale, 2015: 65). According to Hsieh’s (2015: 177) definition, the term healthcare interpreting (also known as medical interpreting), refers to interpreting practice that takes place in a healthcare context. Although currently used interchangeably, according to Roat and Crezee (2015: 237) the former is more common in both research and professional practice. It is in turn encompassed in a much broader communicative activity, the communication between providers and patients between two healthcare systems belonging to different cultures. In Spanish it is known under the terms ‘interpretación sanitaria’ o ‘interpretación médica’. Since the 1990s, this discipline has developed and consolidated at the practical level, with the creation of legal regulations and the development of professional practice, and at the theoretical level, thanks to research progress (Hsieh, 2015: 177).

In the following subsections, I briefly review the historical background of healthcare interpreting in the public services as a professional speciality up to the present day. Moreover, the changes that have taken place in the last two and a half years due to the pandemic situation caused by COVID-19 are mentioned. I also review the different theories and studies existing up to the date of writing this paper on the role of the interpreter and that of the intercultural mediator in professional practice. Finally, I briefly define the modes and modalities of interpreting used in this context, as well as the most frequent situations in which each is used.

3 Methodology

According to Hart (1998: 27), a literature review serves at the least the following purposes in research:

- (a) To situate the research problem in its historical context.
- (b) To summarize previous research in that field of study.
- (c) To identify the main research techniques that have been used in previous studies.
- (d) To understand the theoretical organisation of the subject area.
- (e) To relate theory to practice.
- (f) To define what is known so far in relation to the topic under study.
- (g) To identify new research lines or perspectives in that subject area.
- (h) To point out the importance of the topic under study.
- (i) To demonstrate an exhaustive knowledge of the subject area of the topic of research and its terminology.

Considering the specific characteristics of this investigation and the objectives defined in its design, this systematised review of the literature on interprofessional collaboration in healthcare interpreting aims to fulfil all the purposes abovementioned. This is achieved, either through the context presented in the theoretical framework, or as a result of the application of this methodology. Furthermore, it aims to meet the main characteristics that, according to Hart (1998: 1), are essential to a good quality literature review: sufficient breadth and depth, thoroughness and consistency, clarity and brevity, and effective analysis and synthesis.

Hart's definition of the concept of methodology as a set of methods and rules that facilitates data collection to be analysed in a research study, and at the same times provides a starting point for the approach, main theories, ideas, concepts and definitions of the subject of study is really interesting (1998: 28). The scientific method is a clear and good example of methodology. However, some of its main characteristics (such as reproducibility and repeatability) are not always applicable to the human and social sciences. In a simplified form, I have followed a structure based on the principles of the scientific method as described by Hart (1998: 83) to design this paper: (1) starting from the knowledge acquired after taking the CITISP master's degree, (2) a research question is posed, (3) which leads to outlining a hypothesis (4); on this basis, the existing literature is studied, in order to (5) analyse the results obtained, (6) draw conclusions and, finally, (7) check whether the initial hypothesis is fulfilled or not. This process is carried out while maintaining the method's principles of objectivity, replicability and flexibility. In this section, I will detail this process, explaining it step by step,

from the design of the research to the drafting of its conclusions. In addition, the rationale behind each of the decisions is provided, in order to enhance the transparency and replicability of the work.

3.1 Adaptation of the ReSiste-CHS meta-framework (Codina, 2018)

Although the framework for the development of systematised literature reviews in the field of humanities and social sciences proposed by Lluís Codina focuses on those literature reviews which are intended to form part of a broader academic research work, as mentioned in the previous section, he also proposes using it as a self-contained literature review (Codina, 2018: 5). Given the characteristics of this Master's thesis and the recentness of the research in the speciality of healthcare interpreting, I consider this approach to be appropriate and relevant for the development of this research. Below, I describe in detail the methodology used, adapted from the model proposed by Codina (2018), with the necessary modifications to produce a systematised review that meets the objectives specified in previous sections.

3.1.1 Research design

Codina (2018: 27) highlights the importance of designing the literature review properly before starting to develop it, as a precondition that needs to be met in order to add rigour, and establish the basis on which the research will be carried out. Although the author does not go into details about the components of this preliminary phase in his paper, it is relevant to include it in this methodology – it is the foundation on which the rest of the phases are built. Moreover, the research design had already been developed, even before deciding to follow Codina's methodology.

Firstly, the subject area of the research was determined: healthcare interpreting in public services, as a result of my interest in this field after taking the healthcare interpreting module of the master's degree under which this study is framed. This postgraduate course has been the theoretical, referential and motivational source from which the knowledge that has helped me to design this piece of research derives. Within this thematic area, the research topic was specified: I chose to focus then on collaborative relationships between professionals, e.g., interprofessionalism. In order to define this adequately, several research questions were posed. These led me to formulate the hypothesis under which I developed this study.

Once the thematic area and the object of study had been framed, the research questions and the hypothesis has been formulated, and the need to carry out the research had been justified, I defined the objectives I wanted to achieve with this systematised literature review. They had to be clear, precise, and achievable, in accordance with the characteristics of this work. They have also been taken into account in the decision-making progress, at all stages of

the project: the objectives set out in the introductory section influenced the outline of the theoretical framework, as well as the methodological aspects that shape this study. As mentioned in previous paragraphs, the following phases of the methodology are the direct consequence of this preliminary design.

3.1.2 Search

As a starting point, this first phase of the research intends to provide the documents which will be evaluated in the next phase. The principles of rigour and transparency that apply to the whole methodology were taken into account from the very beginning, in order to ensure that the study was properly systematised. Therefore, I have carefully chosen the two factors that come into play in this searching phase: the databases and the search equations. This will retrieve the elements that are likely to be part of the document bank.

3.1.2.1. Databases

As far as databases are concerned, I chose to use both multidisciplinary and specialised databases. Within the first group, I chose Web of Science and Scopus. Both databases are accessible from the Scientific Resources (in Spanish, “Recursos científicos”) website of the Spanish Foundation for Science and Technology, which is part of the Ministry of Science and Innovation (Fundación Española para la Ciencia y Tecnología [FECYT], 2022c). These are the two most consulted databases of bibliographic references, and citations worldwide. Web of Science is a “collection of databases of bibliographic references and citations of journals”, also comprising several indexes, tools for analysis and evaluation, and complementary databases. They bring together information dating from the beginning of the 20th century to the present day (FECYT, 2022b). Scopus is “a database of bibliographic references and citations”, owned by the Elsevier group, which also has peer-reviewed literature, quality web content and different tools for research analysis (FECYT, 2022a).

For the second group of databases, I decided to choose two different ones, each of them specialised in one of the two key disciplines in this study: translation and interpreting and the health sciences. In the first area, I chose BITRA, a multilingual database with more than 87,000 references related to translation and interpreting studies (Franco Aixelá, 2022); it is free to access, and is updated every three months. Its creator and coordinator, Javier Franco Aixelá, states that, given the characteristics of BITRA, it can be used as a reference to carry out systematic reviews in the field of medical translation and interpreting (Franco Aixelá, 2010: 152). For the purpose of this paper, 365 out of the more than 87,000 references contained in BITRA as of March of 2022 deal with healthcare interpreting in public services. These documents are classified under the thematic categories of “interpreting”, “community”, and

“medicine”. The number of publications on healthcare interpreting has considerably increased since 2010, when only 171 documents were available in the database (Franco Aixelá, 2010: 157). Moreover, 118 of the 365 publications mentioned offer open access to the full text, which facilitates access to knowledge about this field in general, and the research process in this study in particular.

On the other hand, I chose to consult PubMed as a database which is specialised in the health sciences area. This is a free-access database, which was created and developed by the National Centre for Biotechnology Information (NCBI) in the United States, and contains more than 33 million bibliographic references and abstracts on biomedicine and health sciences. It provides free access to MEDLINE, which indexes its articles using MeSH (Medical Subject Headings) terms; PubMed Central (PMC), which collects full-text documents from journals reviewed and selected by the US National Library of Medicine; and Bookshelf, which archives full-text documents on biomedicine and health sciences (National Library of Medicine, n.d.). Due to its broad coverage and thoroughness, it is an appropriate database to be included in the search phase, and guarantees to retrieve high-quality research.

3.1.2.2. Search equations: the FDC Framework

The keywords which were chosen to elaborate the search equations derive from the previous phase, the research design. The literature review from the theoretical framework also influenced the decision. First, I thought about the following elements within the scope of the research: subject area, speciality of interpretation, object of study and persons involved, and setting. Then, from each of these aspects, I derived the corresponding keywords, including synonyms and/or similar terms. Since three of the four selected databases are searched in English, I used the subject index presented by Pöchhacker (2004: 242-252) in *Introducing Interpreting Studies* as a guideline for the choice of keywords.

Finally, I discarded limiting the searches by a date range or geographical scope. For the purposes of this research, I think that it is interesting to retrieve documents that deal with the beginnings of interprofessionalism in healthcare interpreting in the public services, its evolution over the years, and its current situation in any part of the world. Given that this field of study is relatively recent, I intend to provide a status of the issue as exhaustive and complete as possible. However, I did use the filtering options of the selected databases to retrieve only documents which were available in English and Spanish, as these are the languages in which I can confidently conduct this research.

In order to interrogate the four selected databases, it is important to bear in mind that, although all of them tend to use similar search languages, they may have some peculiarities. For this reason, I reviewed the recommended procedures of each database before searching (Departament de Traducció i Interpretació, 2015; FECYT, 2017; Mangan, 2019; National Library of Medicine, 2021), taking into account the language in which the searches shall be conducted too.

Table 1.

Keywords chosen according to “Faceting” and “Derivation” features from the FDC Framework.

	Spanish keywords	English keywords
Thematic area	interpretación en los servicios públicos interpretación comunitaria	public service interpreting community interpreting; dialogue interpreting
Interpreting specialty	interpretación sanitaria interpretación médica mediación intercultural mediación interlingüística	healthcare interpreting medical interpreting intercultural mediation linguistic mediation
Object of study	interprofesionalidad interdisciplinariedad colaboración	interprofessionality interdisciplinary collaborative
Participants and environment	intérprete mediador personal sanitario paciente entorno hospitalario; entorno sanitario	interpreter mediator; intermediary healthcare professional patient hospital setting; healthcare setting

Source: Elaborated by the author, adapted from Codina (2018: 33-41).

After conducting some samples searches in each database to check whether false positives were retrieved (i.e., “non-relevant retrieved documents”, as defined by Codina, 2018: 50), I polished the search equations as much as possible. Revising the search strategy was also aimed to avoid retrieving false negatives, which Codina defines as “non-retrieved relevant documents” (2018: 50). I thus determined the final search equations in each database. In order for this methodology to be fully transparent and replicable, the final search strategies employed in each database, along with the number of results retrieved, are listed in the section which presents the results of this phase.

As a final step in this search phase, once I had collected all the references of the documents retrieved from each search in the four databases, I exported the results to RefWorks, a bibliographic reference manager, and eliminated the duplicated references. After that, I exported a list of all unique references to Excel, where I organised the data, classifying each reference under the following fields: author, title, year of publication, and abstract. I sorted

them alphabetically in ascending order by author and obtained the total number of references which were going to be submitted to the evaluation phase.

3.1.3 Evaluation

In order to meet the rigorous standards of a systematised literature review, it is of vital importance to ensure that all sources are high-quality. In addition, it is also very important to check that the results retrieved comply with a series of pragmatic criteria, established according to the topic under study and the objectives of the research. The different criteria selected to evaluate the documents retrieved in the previous phase are set out below.

3.1.3.1. Evaluation criteria

These pragmatic criteria are based on the objectives set out in this study. As in the searching phase, no distinction was made by date or geographical scope, but it was a prerequisite that the documents focused on the interaction between healthcare interpreters and healthcare providers (regardless of their occupation). I also took into account those documents that dealt with collaborative or joint training programmes between interpreting students and students of medicine, nursing, physiotherapy, or other branches of the health sciences. This interprofessional training is also relevant to the aims of this research. The rest of the documents that did not meet these two thematic criteria, or that only partially or tangentially addressed them, were excluded.

As for the quality criteria, I followed two different procedures, depending on the type of document involved (adapted from Codina, 2018: 45-47):

- If the original source of the document is considered a source of “maximum solvency” (Codina, 2018: 49), no additional quality criteria are applied.
- If the quality of the document's source is not proven by external criteria, the following criteria are checked based on a scoring system adapted from Kmet et al. (2004: 5) for the assessment of qualitative papers: (1) the publication is of academic origin; (2) the research design is clearly defined and adhered to by the authors throughout the process; (3) the contextualisation and theoretical framework of the research is appropriate and sufficient; (4) the methodology is clearly defined and consistently applied; (5) the findings are consistent with the data analysed and are clearly presented and duly justified.

Last but not least, it was a prerequisite that the selected documents could be accessed in full text, either because they belonged to the Open Access category, or because the University of Alcalá was subscribed to the websites that allowed to access to that document. Therefore, as

a final evaluation criterion, although it is not a pragmatic or quality criterion, I took into account the accessibility of the document.

3.1.3.2. Evaluation method

To apply the above criteria to the documents which were pre-selected, I used an Excel spreadsheet with the references retrieved after the searching phase. I evaluated each document by reading its title and abstract, in that order, to check that it met the selected pragmatic criteria. For the documents in which these two elements did not make it clear that the document was relevant and further information was needed, I read some of the key parts of the document.

The first line of distinction serves to rule out documents that clearly do not deal with interprofessionalism or collaboration between health providers and public service interpreters, and those that probably do. For confirmation, a quick reading of the summary or abstract of the document is enough to identify those documents that match the subject matter of this research. In the cases where it is still not entirely clear whether a reference meets the designated pragmatic criteria or not after reading the abstract, it is necessary to read parts of the document (e.g., the introduction, method and conclusions), or even the whole document, to confirm that it meets the requirements. Once I obtained the list of documents that adhere to the pragmatic criteria established for this work, I checked that the documents were accessible in full text. Finally, I assessed their quality according to the criteria set out in the previous section.

As a final note, it is worth remembering that, as the author of the framework on which this methodology is based states, the number of documents that need to be retrieved for a systematised review is not exact, and depends on several factors. One of them is “the total production of documents generated by the field of work” to which the research belongs, but one must also take into account “the resources available to carry out the research, including time” (Codina, 2018: 42). The author advises that an systematised literature review of a similar academic level to this one should include approximately 15 to 30 documents.

3.1.4 Analysis

In this phase, each of the elements from the document bank is analysed following a predetermined scheme, in order to identify the most relevant components for the fourth and final phase, the synthesis. To do this, the first step is to read each document analytically, making the corresponding annotations and paying attention to a series of key factors: the object of the study, the purpose of the research and the context or theoretical framework that supports it, the methodology used, and the results or conclusions derived from the study. This analytical method of reading, adapted from the indications provided by Hart (1998: 44-78), performs a

double function: not only does it apply to this phase of analysing the document bank, but it also serves to identify arguments, logical relations, and key points in each of the documents. In this way, it organises the preliminary work for the synthesis phase, which is derived from reading (and re-reading, where necessary) each document individually, and the entire document bank as a whole.

To make the analysis more visual and manageable, I have organised the data extracted from each document in individual tables. The fields into which the table is organised have been selected according to the main elements that the analysis seeks to identify, and have been grouped in a way that is useful for the synthesis. Each analysis table therefore includes:

- 1) An identification number of the reference in the document bank.
- 2) The complete bibliographical reference of the document in APA 7 format.
- 3) An informative and detailed summary of the paper, of approximately 300 words, containing (a) the purpose and (b) the object of the study, (c) the methodology employed, (d) the data extracted from the research and (e) the authors' conclusions.
- 4) The type of research, and/or the methodology explained in detail.
- 5) The most relevant aspects of the research, and/or the main contributions it makes to that field of study, together with a critical appraisal, and/or additional and relevant comments about the document.
- 6) The keywords or descriptors that categorise each of the documents, if the authors have included them (optional).
- 7) References to other documents that are included in the analysed item and are relevant to mention, in APA 7 format (optional, only when applicable).

Table 2.

Analysis table.

<i>ID</i>	Identification number of the reference in the document bank.
<i>Reference</i>	Full reference in APA 7 format.
<i>Summary</i>	An informative and detailed summary of the source document. It includes the main objective and theme of study, the methodology of the investigation, the results, and the conclusions, with an extension of approximately 300 words.
<i>Type of research / Methodology</i>	Determines the study type and/or the methodology employed..
<i>Main contributions, essential aspects or critical summary</i>	Main contributions or relevant findings of the investigation, and/or a critical summary of the document.
<i>Keywords (optional)</i>	The keywords used by the authors to categorise their investigation, if applicable.

<i>References cited by the authors (optional)</i>	References to other documents used by the authors in the source text that are relevant to this analysis, if applicable.
--	---

Source: Elaborated by the author, adapted from Codina (2018: 56-57).

To sum up, the method of analysis is an introduction to the content and organisation of each of the documents involved in this literature review. By systematising it, it becomes a powerful tool for identifying the ideas and arguments that make up a research article. In addition, the inclusion of keywords (in those papers where the authors have provided them) allows us to identify at a glance the main subject matter of the paper. It is therefore not a simple compilation of the elements of a text, but a purposeful extraction of the most relevant data in order to analyse the whole document bank, and facilitate the production of a detailed, comprehensive and well-organised status of the issue.

3.1.5 Synthesis

Although the synthesis is the phase with the greatest risk of moving away from systematicity and falling into biases of all of the phases developed in this systematised review, the intention of this methodology is to carry out the entire research process as rigorously, reliably, and systematically as possible. For this reason, I have chosen to develop a methodical and replicable synthesis model, which produces a more complex and comprehensive summary than a simple sum of the literature. The synthesis phase does not attempt to summarise each document thematically, following the original structure in which they were written and merely grouping some ideas with others. On the contrary, it aims to result in a well-cohesive, relevant and critical piece of research in its own: a status of the issue on interprofessionalism in healthcare public service interpreting.

This last phase of the work derives from the meticulous and systematic methods described in previous phases. However, it directly derives from the results of the analysis phase. The procedure to elaborate the synthesis presented later in the discussion begins with a careful reading of each document. The analysis table identifies the key elements that help to elaborate a coherent writing, and points out the main research, theories, arguments, conclusions, initiatives, and other contributions to the academic community of public service interpreting, provided the researchers who have already delved into this subject matter. In order to synthesise a document, it is key to understand it perfectly. This requires one or two, or even more, careful and meticulous readings, paying particular attention to specific parts of the text. In addition, a system of annotations or comments may be used to condense and link the topics that have been discussed in a logical way.

The synthesis phase involves a narrative and argued composition of the documents retrieved, evaluated and analysed in the previous three phases. It is reflected in the discussion of this work, and is structured according to the two main themes identified during the document analysis phase: interdisciplinary training initiatives and interprofessional practice in the field of healthcare interpretation in public services. In turn, each section presents and discusses the different topics covered in the document bank.

3.2 Materials and tools

The two tools described below have greatly facilitated the collection and organisation of the information needed to produce this systematised literature review. Given the complexity of designing and developing a systematised literature review, and taking into account the time constraints associated to this master's thesis, it was essential to optimise the organisation of the elements and tools involved. Thanks to the IT skills acquired during the Master's degree technology course, I was able to manage the bibliography retrieved from the different databases and process the data involved in this review in a systematic and agile manner, optimising the resources which were available to carry out this research.

3.2.1 Bibliographic reference manager: RefWorks

Throughout the research process, I have used RefWorks, an online bibliographic reference manager, to create and organise the bibliographic references of the documents included in the study, and to insert the citations. The University of Alcala provides free access to RefWorks to all academic users. To access this website, it is only necessary to follow the steps indicated in the RefWorks guide provided by the library of the University of Alcala to register with the institutional mail (Universidad de Alcalá, 2022). In addition to inserting references manually and organising the bibliography in folders, it allows to import bibliographic references directly from databases such as Web of Science or PubMed, and export them in the selected format.

RefWorks has been a very useful tool in the preparation of this research, as it has allowed me to keep the bibliography organised and updated throughout the process. In addition, it has facilitated the retrieval and organisation of the results from the Web of Science, Scopus and PubMed databases, thanks to its option of searching for duplicate references, and the feature which organises all references in several folders. In this way, it is very convenient to select the desired documents and move them from one folder to another without needing to create the reference again.

At the same time, RefWorks allows to attach PDF documents to each reference, so that they are available online and can be easily consulted from other devices by logging in with the credentials established when creating the account. This function is particularly useful for the

last two phases of the review, the analysis and synthesis, as it helps to annotate and underline the documents. In this way, it facilitates the extraction of data and makes it possible to locate and highlight the key ideas in each document.

3.2.2 Excel spreadsheets

Most of the tasks related to the management of bibliographic references, both of the elements from the document bank and the references of the whole paper, can be managed from RefWorks. However, I used an Excel workbook for the tasks that required a more visual observation of the results. For example, once I had compiled the list of references retrieved from the four databases, I exported them to Excel to store and organise the rest of the data related to each of them. I made a table with the retrieved references, sorted by author, and added conditional cells to see at a glance which ones passed the evaluation according to the pragmatic and quality criteria and which ones were excluded. To those references which were positively evaluated, I added an Access field, to annotate whether they were available to download, whether they were accessible online, or whether they could not be retrieved for free. This helped me to organise the total results obtained and effectively transfer them to the section below.

6 Conclusions

The systematised literature review presented in this paper brings together the main research that has been carried out to date in the area of interprofessionalism in healthcare interpreting. The main interest of this review is the study of the benefits derived from communication between the two professional groups in terms of health care for the allophone patient. Generally speaking, this status of the issue confirms the hypothesis posed in the introduction: interprofessionalism helps to provide better healthcare assistance to allophone patients, both through interdisciplinary training initiatives in the academic field and interprofessional collaboration programmes in the professional practice.

The objectives have also been achieved throughout the different phases of this project. On the one hand, by systematising the searches carried out in the different databases, I have been able to evaluate the results of the searches, in order to compile the existing literature on interprofessional communication in the field of healthcare interpreting at an international level. The analysis method developed in the methodology has allowed me to carefully study the content of the selected elements, to relate the research information presented in these documents and to understand it adequately. In addition, this analysis has favoured the synthesis of the elements that make up the document bank. Therefore, I have been able to produce a properly cohesive status of the issue that can be useful in future research. The discussion presented in the previous section provides a space in which I have had the opportunity to point out the importance and urgency of advocating for the professionalisation of public service interpreting in the healthcare sector. Furthermore, it also shows the benefits and positive impact of a proper interprofessional collaboration between the interpreter and the healthcare staff when attending the allophone patient.

The studies analysed show that the lack of knowledge that both professional groups have about each other's work is one of the first barriers that needs to be overcome on the journey to improving interprofessional relations in this context. In order to develop communication strategies that strengthen collaboration and interprofessionalism, both healthcare providers and professional interpreters need to acknowledge the interests and needs of the other professional group, from their expected functions to the objectives or expectations they have in the medical practice. After all, both of them share a common goal: providing the highest possible quality to the patient. When they direct their efforts and attention to the patient, the differences between both groups of professionals, the power struggles, and the communication problems diminish, and the conversation flows smoothly.

When the interpreter is included as an active participant in the conversation and is seen by the healthcare professional as part of the healthcare team, both professionals are able to work collaboratively. This synergy results in a smooth consultation environment, with fewer interruptions and communication obstacles. In this environment, the allophone patient is more likely to feel understood and supported, and encounters fewer barriers when communicating with the service provider. This in turn leads to an improvement of the detection of the patient's signs and symptoms, and therefore, to a better diagnosis. Similarly, the presence of a professional interpreter in the consultation room, who is already familiar with the dynamics and development of these encounters, will facilitate the patient's better understanding of their treatment, thus increasing the patient's chances of recovering their optimal health and well-being status. An improvement in the quality of care will lead to an improvement in the health service in general, since optimising all available resources will reduce the number of occasions on which patients have to return for consultations due to previous communication problems.

The basis of any professional activity lies in the prior training of those who practice it. Interdisciplinary training initiatives offer health science students a space to reflect on the importance of intercultural competence in their future profession. This feature, which is nowadays essential, given the increasing migratory flows and the multiculturalism of today's society, has been neglected until just a few years ago in the training programmes of future healthcare professionals. Training was exclusively focused on those patients who speak their language, and this leaves some of the basic needs that students will face in their professional future completely uncovered. As a result, it is common for health professionals to be unable to decide which is the most appropriate type of interpreting for each situation, or the limits of the functions which the healthcare interpreter shall perform.

The interdisciplinary training programmes which appear in the documents included in this review describe the theoretical and practical elements covered in the joint sessions. The review also comments on the strengths and weaknesses detected in implementation. In this way, they can serve as a reference for inclusion in the academic programmes of both interpretation and the different disciplines belonging to the area of health sciences. All these initiatives share a huge success among students, who claim to have seen their intercultural communication skills improved, as well as feeling more prepared for their professional practice. However, the current initiatives which are carried out on interprofessionalism in healthcare interpreting in some Spanish universities are developed through curricular internship agreements, which are usually unpaid. As a result, the students are usually not hired once they have ended the internship. Therefore, this internship agreements are not a solution: neither for students entering the work

market, for the professionalisation of the activity, nor for the health service, which is left without interpreters.

This systematised review shows a recent trend in the research of interprofessional relations and interdisciplinary training dynamics in the field of healthcare interpreting, since 72 % of the documents selected have been developed in the last ten years. As mentioned in previous sections, the academic interest in public service interpreting in the healthcare field and the efforts towards the professionalisation of this activity are recent and still developing. However, the number of studies that have been carried out in recent years reflect an academic and professional need to include the interpreter in the professional team in the healthcare setting. The profession needs to be firmly established, defend its role and its code of ethics, establish agreed guidelines for conduct and, disseminate its work in the similar fields. All of this needs to be achieved in order to move forward together and fight for the improvement of the quality of healthcare care for the allophone patient, from the perspective of collaboration, joint work, and mutual understanding of the other professional group, with whom they will interact on a daily basis in the future.

This research has two main limitations: the high number of false positives recovered in the searches, and the possibility of misunderstanding the subject matter of an item in the document bank by focusing only on the summary. The former is a direct consequence of trying to interrogate the databases as comprehensively as possible and to avoid false negatives, as there are not as many documents available for a topic that belongs to such a specific field and that has not yet been developed so extensively. The latter is one of the disadvantages of performing this research alone and with such a limited timeframe. Finally, the decision to approach this research from a perspective as systematic as possible (or systematised, in this case) is intended to serve as a guide when reviewing the situation of this profession in the future. As mentioned above, the recent trend in research on interprofessionalism in healthcare interpreting seems to point out that multiple studies exploring different perspectives in this field will be developed in the coming years. It would therefore be relevant to build on this status of the issue, in order to verify if this prediction will come true.