INDICE

1. Introducción 3
1.1. Migraciones en España y su repercusión en el ámbito médico. 3
1.2 Características del paciente extranjero 5
1.3. Panorama internacional de la interpretación médica 6
1.4. Panorama nacional de la interpretación médica 9
1.5 Impacto psicológico y emocional de la interpretación 10

2. Marco teórico 12

3. Metodología 14

4. Análisis de guías 16
4.1 Conclusiones del análisis de guías 29

5. Análisis de observaciones 30
5.1 La técnica de la observación no participante 30
5.2 Análisis e interpretación de la información recogida 32
5.2.1 Facilitadores de la comunicación en la consulta 33
5.2.2 Barreras de la comunicación en la consulta médica 35
5.3 Conclusiones de la observación 36

6. Análisis de entrevistas 36
6.1 Análisis de entrevistas a intérpretes 38
6.2 Análisis de entrevistas a profesionales sanitarios 44
6.3 Conclusiones de las entrevistas 52

7. Elaboración de la guía 53

8. Discusión y retos de futuro 59

GUÍA PARA EL PROFESIONAL SANITARIO: Pautas para la comunicación efectiva con el paciente extranjero: estrategias y recursos 62

BIBLIOGRAFÍA 72

ANEXO 1: Observaciones en consulta

ANEXO 2: Modelo de entrevista con intérprete

ANEXO 3: Modelo de entrevista con profesional sanitario

ANEXO 4: Transcripciones de las entrevistas

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es crear una guía para el profesional sanitario, con algunas pautas para la comunicación con el paciente extranjero: qué recursos y estrategias utilizar para mejorar la atención sanitaria a este colectivo.

La siguiente investigación identifica las barreras de la comunicación efectiva entre profesional sanitario y paciente extranjero, y los elementos que la facilitan. Las herramientas de la investigación son la observación no participante, las entrevistas a profesionales sanitarios e intérpretes médicos y el análisis de otras guías similares a elaborada en este trabajo.

A partir de las conclusiones de esta investigación, se concluyen los contenidos principales a incluir en la guía, es decir, la adecuada utilización de los recursos disponibles, con especial atención a la interpretación presencial y la interpretación telefónica; las características principales del paciente extranjero, y la atención a los aspectos de su cultura; y las actuaciones pertinentes en caso de que el facilitador de la comunicación solo pueda ser un intérprete ad hoc, para minimizar los riesgos de una comunicación defectuosa.

Todo ello, contribuirá a aumentar el conocimiento del profesional sanitario sobre la nueva realidad que supone una parte importante de sus pacientes, en pos de un tratamiento eficaz, en el que las diferencias lingüísticas y culturales no supongan un obstáculo en la relación del profesional sanitario con su paciente.

Palabras clave: intérprete, interculturalidad, T&I en el ámbito sanitario, profesional sanitario, elaboración de materiales y recursos

RÉSUMÉ

L’objectif de ce travail es créer une guide pour le professionnel sanitaire, avec des conseils pour la communication ave le patient étrangère : quels ressources et stratégies utiliser pour améliorer les soins fournis à ce collectif.

La présente recherche identifie les barrières de la communication effective entre le professionnel sanitaire et le patient étrangère, et les éléments qui la facilitent. Les outils de la recherche sont l’observation non participante, les entretiens avec des professionnels sanitaires et des interprètes et l’analyse d’autres guides similaires à la guide ici élaboré.

Les contenus principaux, extraits à partir de cette recherche, sont les suivants : l’utilisation appropriée des ressources disponibles, notamment l’interprétation présentielle et l’interprétation téléphonique ; les caractéristiques principales du patient étrangère et la garde aux éléments de sa culture ; et les actuations les plus pertinentes en cas ne compter qu’avec un interprète ad hoc pour minimiser les risques d’une communication défectueuse.

Tout cela, contribuera à l’augmentation de la connaissance du professionnel sanitaire sur la nouvelle réalité d’une grande partie de leurs patients, en vue

d'un traitement efficace, où les différences linguistiques et culturelles ne représentent un obstacle dans la relation du professionnel sanitaire avec son patient.

Mots clés : Interprète, interculturalité, T&I dans le domaine sanitaire, professionnel sanitaire, élaboration de matériels et ressources.

1. Introducción

Este trabajo se enmarca en el Trabajo de Fin de Master del Master en Comunicación Intercultural: Traducción e Interpretación en los SSPP, y su contenido está basado en la investigación de la interpretación en el ámbito sanitario y en la propuesta de una guía para profesionales sobre cómo trabajar con intérpretes.

Para ello, se presentarán datos actuales sobre las migraciones en nuestro país y proporcionaremos una panorámica general sobre la interpretación sanitaria en España y en otros países.

El marco teórico explica la perspectiva desde la que se entiende en el presente trabajo la figura del intérprete, la mediación intercultural y de qué manera y porqué los términos son utilizados.

La guía que se presenta en este trabajo es fruto del análisis de otras guías dedicadas también a la atención sanitaria al paciente extranjero y/o a la interpretación médica; de la observación no participante, realizada por la propia autora en consultas con intérpretes presenciales, y de las entrevistas a intérpretes y profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid, Aragón y Cataluña.

Con todo ello se pretende crear una herramienta funcional para el profesional sanitario, que pueda utilizar para resolver sus problemas de comunicación con los pacientes extranjeros. El contenido de esta guía presentará los recursos existentes y cómo acceder a ellos, estableciendo una jerarquía basada en su utilidad. Además, a partir de los problemas observados y las impresiones de los participantes en esta comunicación, se incluirán, a modo de consejo, las precauciones necesarias para tratar de impedir los conflictos más comunes en la consulta con intérprete, o cuando no lo haya, en la consulta con paciente alófono.

Pero antes, hagamos un breve repaso a la situación de la interpretación médica en nuestro país, y a nivel internacional, para poder situar el presente proyecto en un contexto concreto.

1.1. Migraciones en España y su repercusión en el ámbito médico.

Vivimos en un mundo globalizado, poblado por habitantes cada vez más nómadas. En las últimas décadas los movimientos migratorios han aumentado considerablemente como consecuencia del empobrecimiento constante de las zonas más subdesarrolladas. Los siguientes datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y del Informe de Cáritas de 2010 sobre la situación

social de los inmigrantes muestran que concretamente en España, el número de inmigrantes pasó de 1 millón a finales del año 2000 a 4,5 en 2007. Sin embargo, en los últimos dos años, las cifras han descendido notablemente debido a la situación económica: durante el año 2012 el número de extranjeros disminuyó un 2,3% y España registró un saldo migratorio negativo, puesto que salieron del país más personas de las que entraron (59.724 frente a 32.328). Si bien es cierto que asistimos a un cambio de los flujos migratorios, la realidad española presenta todavía una situación de importante interculturalidad, ya que actualmente existen 5.118.112 personas de origen extranjero viviendo en nuestro país (se calcula que, teniendo en cuenta los residentes no censados, el número supera los 6 millones). Compartimos un espacio con personas de diversos orígenes, con diferentes hábitos, pensamientos y tradiciones, y la convivencia no resulta fácil si no nos conocemos unos a otros y sobre todo, si la comunicación no llega a darse de manera efectiva por la falta de intercomprensión lingüística. Es en los servicios públicos donde esta comunicación se hace más necesaria, y especialmente importantes son los centros sanitarios, como espacios de convivencia donde los médicos (en nuestro país, la gran mayoría españoles) se encuentran cada día con decenas de pacientes extranjeros que, por ser recién llegados, o por diversas razones no hablan nuestra lengua.

El derecho universal de todas las personas a la asistencia médica está recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos:

> 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, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. (

En nuestra legislación, la Ley de Extranjería (4/2000 de 11 de enero), establece que la integración de la persona inmigrante en la sociedad de acogida es responsabilidad de la Administración Pública:

> 2. Las Administraciones Públicas incorporarán el objetivo de la integración entre inmigrantes y sociedad receptora, con carácter transversal a todas las políticas y servicios públicos, promoviendo la participación económica, social, cultural y política de las personas inmigrantes, en los términos previstos en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía y en las demás leyes, en condiciones de igualdad de trato.

Y en el punto 4 de este mismo artículo, el Gobierno se comprometía a financiar y conjuntamente con las Comunidades autónomas, desarrollar acciones para fomentar esta integración:

> 4. De conformidad con los criterios y prioridades del Plan Estratégico de Inmigración, el Gobierno y las Comunidades autónomas acordarán en la Conferencia Sectorial de Inmigración programas de acción bienales para reforzar la integración social de los inmigrantes. Tales programas serán financiados con cargo a un fondo estatal para la integración de los inmigrantes, que se dotará anualmente, y que podrá incluir fórmulas de cofinanciación por parte de las Administraciones receptoras de las partidas del fondo.

Este último punto ha sido directamente suspendido a para el ejercicio del año

2014, por la disposición adicional 82 de la Ley 22/2013, sin incluir ninguna explicación de sus razones.

Aún así, la Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre (modificación de la Ley de Extranjería (4/2000 de 11 de enero), en su artículo 12, establece los derechos de los extranjeros residentes en nuestro país a acceder a la sanidad pública en las condiciones siguientes :

> Art. 12: Derecho a la asistencia sanitaria
> 1. Los que se encuentren inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles
> 2. Derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
> 3. Los menores de dieciocho años tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
> 4. Las embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y post-parto.

Por ello, dado que la asistencia sanitaria de calidad no se concibe sin la existencia de la comunicación y el entendimiento del profesional sanitario con su paciente, los servicios de interpretación en el ámbito sanitario representan una herramienta imprescindible para proporcionar a todas las personas residentes en un mismo país cuya lengua oficial no hablan, su derecho inalienable a la salud.

En este trabajo no se entrará a analizar las recientes modificaciones legislativas en materia de asistencia sanitaria al extranjero, que mancilla e incluso arrebata este derecho al extranjero en situación irregular, e incluso recorta los de los extranjeros regulares (al igual que recorta los nuestros cuando salimos del país), entendiendo que el derecho a la salud es inalienable y se ha de velar por su respeto.

1.2 Características del paciente extranjero

Cuando hablamos del paciente extranjero, hay que tener en cuenta que no hablamos siempre de los mismos pacientes, si no que responden a diferentes perfiles según su procedencia y las circunstancias concretas que han originado su proceso migratorio. A pesar de las diversas diferencias que tienen que ver con sus claves culturales propias, sí existen generalmente circunstancias comunes que tienen que ver con su situación socioeconómica en la sociedad de acogida.

Cuando el motivo de la migración es una decisión voluntaria, corresponde a un deseo personal, y esta se realiza en condiciones adecuadas, no tienen por qué generarse posteriormente dificultades personales para afrontar los problemas relacionados con la nueva situación vital. En estos casos se habla de un duelo simple. Como describe Atxotegui (2000: 14) , el duelo es

> “el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto. En el caso de la emigración, tendría que ver con la reelaboración de los vínculos que la persona ha establecido en el país de origen (personas, cultura, paisajes…). Vínculos

> que se han constituido durante las primeras etapas de la vida y que han jugado un papel muy importante en la estructuración de su personalidad”

Todos estamos capacitados para superar el duelo, si los elementos negativos de la migración se compensan con otros positivos como las posibilidades de encontrar un futuro mejor. En cambio, si las condiciones en el país de acogida, especialmente las condiciones económicas, no son las esperadas, las carencias de salud y de vivienda, la alimentación escasa o insuficiente, o la explotación laboral, generan estrés, debido a la lucha por la supervivencia, un estrés, que puede convertirse en crónico por la soledad que supone sentirse lejos de la familia y de las redes sociales de apoyo. Se trata, en este caso, de un duelo complicado y puede desencadenar un cuadro depresivo crónico, manifestándose en expresiones sintomáticas psicológicos como: tristeza, llanto, irritabilidad y ansiedad, culpa, miedo, confusión y preocupación; y otras fisiológicas como: insomnio, cefaleas, fatiga, pérdida o aumento del apetito, pérdida de la memoria, desajustes fisiológicos, dolores gástricos, malestar intestinal, cansancio, hipertensión, vómitos, dolores musculares, amenorrea, ulceraciones, dermatitis y caída del pelo.

Además, González Campo V. también habla de una reacción muy frecuente asociada al duelo migratorio que es la regresión psicológica. El sentimiento de impotencia por no poder hacer frente a las dificultades que se presentan, puede hacer al paciente regresar a etapas anteriores de su vida, donde sus recursos propios sí solucionaban sus problemas. De ahí ciertos comportamientos frecuentes como la queja continua, que desconcierta al profesional que le está ayudando.

Y como consecuencia de esta situación en la que la rutina diaria les resulta difícil de llevar, el auténtico aprendizaje de la nueva lengua es casi imposible, y muchas veces no va más allá del vocabulario relacionado con el trabajo que desempeñan. De todas maneras, también a este respecto, Atxotegui nos habla de los peligros de sobrevalorar el aprendizaje de la lengua autóctona:

> “Considero negativo hacer recaer sobre la lengua un excesivo «peso» simbólico de tipo identitario o funciones espúreas de control o de poder, funciones de arma arrojadiza que no hacen sino restar a su aprendizaje los elementos más bellos y atractivos limitando la motivación para el aprendizaje y para el uso social de la nueva lengua, dando lugar, de rebote, a la situación opuesta a la deseada: que la lengua sea motivo de rechazo por motivos que no tienen que ver con la lengua misma, sino que son de tipo político, social, etc.” (Atxotegui, 2000:19).

1.3. Panorama internacional de la interpretación médica

La situación de este ámbito de la interpretación, no es nada homogénea en el panorama internacional, pero muchos países coinciden en una situación precedida por una larga trayectoria en el desarrollo de servicios de interpretación en el ámbito sanitario. A continuación hacemos un resumen de la situación internacional, tomando como referencia artículos publicados recientemente en Panacea, como el de Bárbara Navaza (2009), el de Juan Jiménez Salcedo, publicado por la Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, o la contextualización del estudio de Abril Martí (2006).

Australia es un país de gran relevancia en el desarrollo de la traducción y la interpretación en el ámbito de los servicios públicos, ya que fue uno de los primeros en crear servicios de lengua e interpretación destinados a la integración del inmigrante. Con la llegada de los inmigrantes de habla no inglesa tras la II Guerra Mundial, Australia, país monolingüe hasta entonces, se convirtió en un país multilingüe y multicultural. En los años 50, el país comenzaba a dar soluciones a los recién llegados, pero no fue hasta el año 1973 cuando, mediante la creación de los Servicios de Interpretación por Teléfono (TIS), se dio un gran paso en el desarrollo social del país.

Este hecho supuso un avance importante en el progreso de la interpretación en los servicios públicos, y a partir de entonces se empezaron a crear más servicios como el de Victoria, donde se puso en marcha un servicio de intérpretes para ayudar en las escuelas. También en Sydney se inició un servicio de intérpretes para los hospitales, que más adelante supuso la creación del *Health Care Interpreter Services* de Nueva Gales del Sur.

En 1977 se creó un sistema de acreditación nacional (*National Accreditation Authority for Translators and Interpreters*), un paso que hoy en día se ha conseguido en muy pocos países. La finalidad de dicho sistema era establecer unas líneas de actuación comunes para la profesionalización de los traductores e intérpretes en Australia. Como consecuencia, en el año 1987, apareció la asociación de traductores e intérpretes (*Australian Institute of Interpreters and Translators*), para ayudar a conseguir el reconocimiento y el desarrollo de la profesión.

Reino Unido

En los años 70 y 80, con la llegada de la población proveniente de las ex colonias de la *Commonwealth* y, en consecuencia, las distintas lenguas, apareció la necesidad de crear servicios lingüísticos en el país, en especial en los ámbitos sanitario y educativo.

Más adelante, en el año 1994, se creó un registro centralizado de intérpretes para los servicios públicos (*National Register of Public Service Interpreter*), donde se incluían aquellos intérpretes que aprobaban el examen específico en las dos lenguas disponibles o bien obtenían el Diploma de Intérprete en los servicios públicos (*Public Service Interpreter*). Este registro nacional fue ganando reconocimiento a partir de 1996, viéndose incrementado tanto el número de intérpretes como de lenguas en las que se podía obtener el certificado.

En los años 90 se introdujo además un servicio de interpretación telefónica gratuito (*Language Line*). Este servicio funciona todavía y cuenta con intérpretes profesionales de 140 lenguas diferentes que ofrecen atención telefónica en diferentes centros sanitarios británicos. Además, si en algún momento el servicio no dispone del intérprete requerido, está conectado con el servicio de Australia y de EEUU para proporcionar la atención en cualquier momento.

En la actualidad el Servicio Nacional de Salud ofrece servicios de interpretación en los Servicios Públicos, tanto presencial como telefónica, con variaciones en

las lenguas y en el funcionamiento según la zona.

EEUU

Como ocurre en el caso de Australia, EEUU ha sido un país de acogida de inmigrantes. Las primeras políticas adoptadas al respecto eran políticas asimilacionistas, según las cuáles las actuaciones básicas consistían en esperar a que las personas inmigrantes se adaptarán a la sociedad de acogida y aprendieran la lengua del país. Por lo tanto, el Gobierno no otorgaba especial reconocimiento ni ayuda a las lenguas de los inmigrantes. La iniciativa de proporcionar mediadores en los servicios públicos llegó por parte de las distintas comunidades étnicas, ONG y familiares de inmigrantes.

Sin embargo, a partir de los años 80, las grandes oleadas de inmigrantes llegadas de todos los rincones del mundo empezó a crear problemas de funcionamiento en las instituciones que debían atender a ciudadanos no alófonos, y se terminó por legislar respecto a la asistencia al extranjero en su propia lengua. Según los Derechos Civiles establecidos, en el acceso a los servicios públicos, la discriminación de los pacientes que no hablan la misma lengua está prohibida y penada por la ley. Por tanto los centros sanitarios cuentan con sus propios bancos de intérpretes, en ocasiones con médicos de diferentes lenguas, y utilizan la interpretación telefónica.

Cabe destacar la creación de una asociación internacional de intérpretes médicos, la IMIA, cuyo objetivo es unificar los estándares para la evaluación de los intérpretes médicos, y asegurar así, la calidad y profesionalidad de cada uno de ellos.

Canadá es un país históricamente bilingüe, por lo que los servicios de traducción e interpretación son imprescindibles para el inglés y el francés. Sin embargo, existen otras lenguas minoritarias en el país, que no siempre han tenido el mismo reconocimiento. La gestión de la diversidad cultural en este país dividido, varía notablemente entre Quebec, y el resto del estado federal. En la capital francófona, las políticas públicas de gestión de la diversidad manifiestan el deseo de las autoridades de integrar al inmigrante. Para ser aceptado, como ciudadano quebequés, éste ha de firmar un “Contrato Cívico”, que incluye el respeto a las leyes, aceptación de sus principios y valores y el francés como lengua pública común, entre otros. En contrapartida, el Estado promueve la tolerancia hacia los inmigrantes mediante políticas de interculturalidad, aunque estas son una mezcla de la asimilación, que le supone al inmigrante desposeerse de su cultura, y el multiculturalismo, que promueve una sociedad fragmentada y la aparición de guetos. Sin embargo, muchos recién llegados se topan con ciertos problemas a la hora de conseguir la tarjeta sanitaria y se encuentran durante un periodo de tiempo sin acceso a la sanidad, a no ser que su país de origen mantenga un acuerdo con el gobierno, o que la persona padezca una enfermedad contagiosa. La ley Provincial de Salud y Servicios Públicos dice que ha de existir una intercomprensión mutua entre paciente y proveedor y le corresponde al segundo proporcionarla. Es aquí donde entran los bancos de intérpretes regionales (3 en total), de los que se reconoce un excelente nivel lingüístico y actuación intachable (a pesar de no contar con formación oficial en muchos casos) aunque no tanto de su gestión burocrática. Los bancos regionales de Quebec cuentan con financiación

pública, pero ésta no cubre la totalidad de los gastos administrativos producidos.

Por el contrario, el gobierno federal canadiense, desde los años 70, realiza políticas interculturales y antidiscriminatorias, que pretenden situar al mismo nivel a todas las culturas, y no hacer una diferenciación de los grupos etnoculturales y la sociedad canadiense. Los bancos de intérpretes en este caso son públicos y casi siempre su dedicación es específica y exclusiva a las TISP, mientras que en Quebec también trabajan para particulares y se dedican a otras cuestiones, como las de acompañamiento. Ciertos estudios señalan en esta diferencia, la causa de la mejoría en la gestión del banco de intérpretes.

1.4. Panorama nacional de la interpretación médica

La interpretación médica no se percibe como una labor necesaria y no cuenta con una profesión institucionalizada en nuestro país, por tanto, los lugares donde se desarrolla, varían mucho en cuanto a organización y metodología.

La situación en España es muy diferente de la de los países mencionados, pues no cuenta con el reconocimiento de la figura profesional del intérprete en los servicios públicos, posiblemente porque tampoco se reconoce la necesidad de comunicación con el paciente extranjero y por la costumbre extendida de aportar soluciones ad hoc.

A nivel estatal, la sistematización de la integración de los inmigrantes a través del papel del mediador nace en la última década del siglo XX, a partir de las iniciativas voluntarias de diversas organizaciones (entre ellas la Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid), que trabajan en colaboración con instituciones humanitarias como Cruz Roja.

En España existen tres focos principales de investigación y formación en este campo llevadas a cabo por universidades españolas: la Universidad de Granada, la Universidad Jaume I de Castellón y la Universidad de Alcalá de Henares. Por un lado, en el año 1999, en la Universidad de Granada se ofreció el primer curso de doctorado dedicado a la traducción y la interpretación en los Servicios Públicos y el grupo de investigación GRETI, de esta misma universidad, ha estado desarrollando diversos estudios en torno a la evaluación de la calidad de los servicios prestados por los intérpretes. Por otro lado, cabe destacar el trabajo llevado a cabo por la Universidad de Alcalá de Henares, cuyo Grupo de Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los servicios públicos (FITISPos) ha realizado una labor continuada y comprometida. Coordinado por Carmen Valero Garcés, quien más ha publicado sobre este tema en España, este equipo organizó el primer congreso sobre traducción e interpretación en los servicios públicos españoles en 2002.

Universidades como las anteriormente mencionadas mantienen un acuerdo de colaboración con centros sanitarios (Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Centros de Salud de Parla, Hospital General de Guadalajara, Hospital General de Castellón, Hospital General Universitario de Alicante y otros) donde los alumnos pueden realizar sus prácticas y ofrecer una labor que en la mayor parte de los casos, los centros sanitarios no tienen institucionalizada.

Sin embargo, a pesar del notable avance que los proyectos de investigación han conseguido en la materia, la interpretación sanitaria sigue sin contar con el reconocimiento, la difusión y los recursos necesarios para que las carencias de comunicación con los pacientes extranjeros sean cubiertas. Algunos de los hospitales mencionados, gracias a los programas de prácticas o los voluntarios de ONGs, cuentan con un equipo de intérpretes o mediadores que intervienen en la comunicación en consulta y mejoran la calidad de la comunicación.

Es evidente que, aunque la comparación con países como Australia, con un largo recorrido en la materia, no tendría sentido, no podemos dejar de elogiar la labor de los proyectos de investigación y colaboraciones voluntarias, que continúan la lucha por la difusión y el reconocimiento de la profesión y consiguen, de hecho, que ya pueda verse en algunos centros sanitarios el trabajo de intérpretes en las consultas médicas.

Ahora bien, tras observar algunas de estas interacciones, (en el contexto de un convenio de prácticas realizado por la autora de este trabajo en los centros de salud de Parla, donde se asienta un proyecto de investigación acerca de la interpretación y mediación sanitaria, así como mediante la observación de consultas asistidas por una mediadora intercultural en un hospital de Barcelona), se ha podido observar la existencia de un déficit en esta comunicación triangular, que podría solventarse con la información previa a los participantes de la consulta, sobre el papel que cada uno de los otros desempeña. Concretamente, el objetivo de este trabajo es elaborar una guía dirigida al profesional sanitario sobre cómo trabajar con intérpretes, planteando varios aspectos de la comunicación, las actitudes desde las que se aborda la interacción y los conocimientos previos sobre el trasfondo de los participantes. También se propone, en el caso de no contar con un intérprete en consulta, proporcionar ciertas pautas, en cuanto a los modos conversacionales, así como a los recursos disponibles y sus formas de utilización, para garantizar la comprensión del paciente extranjero y asegurar que por su parte, entiende y respeta las instrucciones médicas: es la única forma de que la relación profesional sanitario – paciente sea adecuada y que la asistencia sanitaria cumpla sus fines.

1.5 Impacto psicológico y emocional de la interpretación

Los riesgos laborales a los que se exponen los profesionales de la interpretación en los servicios públicos afectan especialmente a su estado psicológico y emocional, aunque también pueden darse síntomas fisiológicos. Ciertos estudios sugieren la posibilidad de que los profesionales sanitarios pudieran, con la modificación de su conducta, disminuir en cierta medida estos riesgos.

Por un lado, la actividad mental que requiere la labor de interpretar, exige un elevado nivel de concentración para coordinar los procesos de escucha del mensaje original, reformulación en el otro idioma, y producción de un nuevo mensaje, en un espacio de tiempo muy elevado. Por otro lado, existen situaciones con especial riesgo de afectación, particularmente en las que el intérprete médico trabaja con personas con las que puede sentirse identificado, con personas que han experimentado situaciones violentas (abusos, torturas o pérdidas de familiares), con usuarios gravemente alterados, o las situaciones

en las que el intérprete se siente impotente al no poder ofrecer ayuda (Ruiz: 2010).

Además, a ello se suman las condiciones adversas, que se dan con bastante asiduidad, como por ejemplo el intento del usuario de establecer una relación de confianza con el intérprete, lo que le impide a este cumplir con los principios de su código deontológico; o la actitud negativa del profesional sanitario, que no le facilita la labor, o que espera de él tareas que no le corresponden.

Las posibles reacciones negativas de estas situaciones, pueden conllevar consecuencias negativas en la salud del intérprete, que se manifiestan, según Valero, en tres niveles:

> "A nivel fisiológico o motor los signos más perceptibles son: fatiga, tensión, opresión en el pecho, dolor de cabeza o espalda, mareos, etc., que puede ir acompañada de problemas relacionados con el comportamiento tales como conducta antisocial, incapacidad de descansar, apetito alterado, consumo de alcohol, tranquilizantes, retraimiento, etc. Los signos más perceptibles a nivel cognitivo son: confusión, desconcierto, hipervigilancia (atención exagerada), búsqueda de culpables, pensamientos intrusivos (involuntarios) o recurrentes (vuelven una y otra vez), disminución para razonar, falta de concentración, etc, y a nivel afectivo se observan indicios tales como: tristeza, ansiedad, agitación, irritabilidad, miedo, shock indefensión, etc." (Valero,2 2006)

Los intérpretes que trabajan en el ámbito sanitario están expuestos también a riesgos del ámbito de los profesionales del ámbito social, como el trauma del vicario o el desgaste por empatía, que es el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquéllos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos, y puede producir pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas del usuario, pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial, pérdida de energía, y otros síntomas como ansiedad, impulsividad, reactividad y aumento de la frustración (Acinas, 2011).

A este respecto, varios estudios realizados sobre el impacto emocional y psicológico en los profesionales de la interpretación, fueron recogidos en un trabajo de Valero, poniendo de manifiesto la carencia de reconocimiento de los riesgos laborales a los que se exponen los intérpretes en los servicios públicos. Concretamente, en el estudio de L.Loutan, T. Farinelli, y S. Pampallona, llevado a cabo en el Hospital Universitario de Ginebra, analizaba las respuestas de los intérpretes a una encuesta sobre los efectos psicológicos de su trabajo y los servicios profesionales que proveen apoyo y/o tratamiento ante estos efectos. Una de las recomendaciones sugeridas por los intérpretes consistía en que los profesionales sanitarios fueran conscientes de las presiones y dificultades que supone el contexto para los intérpretes y que dieran un tiempo para compartir sus sentimientos y emociones y "organizar sesiones previas informativas y posteriores regulares, además de realizar una supervisión de grupo".

2. Marco teórico

La función de servir de puente entre dos lenguas y culturas en la interacción del usuario no hispanohablante con los servicios públicos ha recibido, desde su reciente creación como profesión específica, numerosas denominaciones: desde mediador intercultural, pasando por mediador lingüístico, hasta traductor en los Servicios Públicos. Hay una diferencia, en la teoría de base y en la lógica de los términos, entre lo que se conoce como mediador intercultural y el intérprete que trabaja para los SSPP. El papel original del mediador intercultural es solucionar conflictos que puedan surgir de las diferencias culturales, es decir, del choque entre creencias, costumbres o hábitos. Sin embargo, esta figura también realiza (excepto en los casos en que media entre culturas que comparten el mismo idioma) una labor lingüística y una interpretación, al fin y al cabo.

Veamos las definiciones de "mediador intercultural" acuñadas por diferentes autores:

> **Carlos Giménez Romero (1997: 142): "**Entendemos la mediación intercultural -o mediación social en contextos pluriétnicos o multiculturales- como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados."
>
> **Wedesjö (1998:30):** "Es un tipo de interpretación que tiene lugar en el ámbito de los servicios públicos para facilitar la comunicación entre el personal oficial y los usuarios: en las comisarías, oficinas de inmigración, centros de ayuda social, centros de salud, escuelas o servicios similares."
>
> **Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge (2000):** "Recurso profesionalizado que pretende contribuir a una mejor comunicación, relación e integración entre personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas."
>
> **Prats y Uribe (2009: 8):** "Entendemos la mediación intercultural como un recurso profesionalizado que pretende contribuir a una mejor comunicación, relación e integración entre personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas. Supone la intervención de un tercero, en el desarrollo de una negociación entre otras dos partes, que puede intervenir en las discusiones, hacer sugerencias o propuestas e incluso formular recomendaciones con vistas a un acuerdo. El mediador o mediadora intercultural no tiene el poder de decisión, sino que son las partes las que toman las decisiones. Es, simplemente, un/a asistente al servicio de las partes en tensión, disputa o conflicto, que son las únicas que pueden resolver sus desavenencias."

Como podemos ver, las funciones propias del mediador intercultural no parecen estar oficialmente definidas. Podría decirse incluso que hay quien, al

describirlas, se aproxima notablemente a las del intérprete en los servicios públicos.

De la misma manera, la visión clásica del intérprete responde a unas normas establecidas sobre la precisión y la neutralidad, según las cuáles nunca ha de intervenir con su propia voz. Ahora bien, en el contexto de la sanidad, sus funciones van incluso más allá, dentro de la consulta su actuación no se limita a la transmisión del mensaje lingüístico, si no que en ocasiones será preciso aclarar el porqué de ciertos hábitos o creencias e intervenir en las situaciones que, de otra manera, serían conflictivas.

La concepción del intérprete “invisible” ha ido cambiando hacia una mayor permisión de su participación, descrita por la IMIA para los casos en que los mensajes contengan presuposiciones ocultas y proposiciones implícitas o en los que un término no encuentre un referente comparable en la cultura meta. Así consta en los estándares para la práctica de la interpretación médica de la IMIA: “Los intérpretes, por lo tanto, tienen encomendada la tarea de identificar los casos en que los conceptos culturales constituyen un obstáculo para la comunicación o para la equivalencia del mensaje".

Esta función "clarificadora" y de acercamiento cultural aparece más reforzada cuando se habla de "mediadores interculturales”, sin embargo, las definiciones en la literatura nos muestran que no es una competencia exclusivamente suya, si no que entre las tareas de los intérpretes en los servicios públicos también se encuentran las de solucionar problemas culturales. En el ámbito sanitario, resulta difícil establecer límites y entender cada término como un rol independiente, puesto que las nociones culturales y lingüísticas son complementarias en la consecución de un mismo fin (Incluso en la mediación entre culturas que comparten la misma lengua, existen términos y construcciones de una de ellas desconocidos por la otra).

En este trabajo utilizaremos el término intérprete en los servicios públicos mayoritariamente, y mediador intercultural, como un sinónimo a efectos prácticos, sin limitar ninguno de los términos a una labor concreta. Cuando hablemos de la figura del intérprete médico, se entenderá incluido el mediador intercultural, que aunque también realice otro tipo de tareas, actúa como facilitador de la comunicación entre proveedores nativos y pacientes alófonos (no conocedores de la lengua autóctona).

Nos referiremos a “mediador” o “mediador intercultural” en los casos en que así sea nombrado por los entrevistados, especialmente en el caso de Barcelona, donde no se utiliza “intérprete” para hablar de esta figura. Además utilizaremos el género neutro, que coincide con el masculino, pero que hace referencia a los y las intérpretes y mediadores.

3. Metodología

El presente trabajo emplea herramientas de la investigación cualitativa: la observación no participante, el análisis de guías y las entrevistas semiestructuradas.

La observación no participante se realiza en el marco de las prácticas del máster en Comunicación Intercultural: Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá de Henares. La autora del estudio, durante el periodo de sus prácticas, forma parte del proyecto Intermed, financiado por la misma Universidad, gracias al cuál puede presenciar consultas médicas de atención primaria asistidas por intérprete. La observación es pautada previamente mediante parámetros establecidos (pueden consultarse en los registros de las observaciones, Anexo 1), divididos en facilitadores y barreras de la comunicación. Estos parámetros permiten fijar la atención especialmente sobre ciertos aspectos específicos que pueden proporcionarnos *a posteriori* una muestra de la efectividad de la comunicación triangular, así como de la actitud del profesional sanitario respecto al trabajo del intérprete y a la situación del paciente. Los resultados se basan en el análisis de la observación de ocho consultas médicas con pacientes de origen chino y pakistaní.

En segundo lugar, se utiliza un análisis crítico de guías de comunicación ya existentes. Esta herramienta es fundamental para tener una visión general de los estudios ya realizados en esta línea, valorar hasta qué punto son útiles para el trabajo del profesional sanitario y seleccionar ciertos aspectos interesantes que puedan ser incluidos en la guía propia.

Se analizan su estructura, contenido, estilo, extensión y destinatario potencial. Se seleccionan seis guías de diversa naturaleza. Tres de ellas han sido elaboradas en el extranjero (Suiza (1) y EEUU (2)), y tres en España (2 de ellas elaboradas y dirigidas a una determinada comunidad autónoma: Galicia y Andalucía). Tres de ellas incluyen en su contenido la atención a la diversidad cultural, y otras 3 se limitan a proporcionar pautas de actuación referentes a la interacción comunicativa.

Todas ellas han sido creadas en un contexto y con unos fines determinados dentro de los cuáles su utilidad no es cuestionada. Nuestro análisis no pretende calificarlas ni comparar su validez, los juicios de valor no tendrían sentido al extraerlas del contexto en el que se enmarcan. En cambio, sí que se realizará una comparación, así como una selección de los contenidos más adecuados, siempre en vistas a la creación de un recurso destinado a los profesionales sanitarios pertenecientes a la realidad social que nos ocupa, adaptado a las necesidades actuales en este campo, deducidas de la práctica de la observación y de las percepciones de los participantes de la situación, recogidas gracias a las entrevistas semiestructuradas.

Las entrevistas resultan una pieza clave de todo el cuerpo de la investigación. Si queremos conocer de primera mano las barreras y facilitadores de la comunicación en la consulta con pacientes de origen extranjero e intérprete, la información más relevante será la que ellos mismos nos proporcionen, a partir de su propia experiencia.

En la selección de los entrevistados, la intención es abarcar una muestra lo más amplia posible, es decir, tratar de, en la medida de lo posible, que los resultados sean representativos de la situación general, y no limitarlos a una zona geográfica o a un servicio sanitario concreto. Por ello, se realizan entrevistas en tres ciudades: Madrid, Zaragoza y Barcelona. Los profesionales sanitarios son médicos, enfermeros y trabajadores sociales que pertenecen a diferentes servicios de atención sanitaria (Atención Primaria, hospitales, y servicio de urgencias del 061). Su experiencia en el trabajo con servicios de interpretación abarca una amplia gradación: desde profesionales que trabajan frecuentemente con intérpretes hasta personas que nunca han trabajado con ellos. Igualmente, los perfiles de los intérpretes entrevistados varían en función de la formación, los años de experiencia y la edad.

El marco temporal de las entrevistas comprende un periodo de tiempo de aproximadamente un mes y medio (del 19 de mayo al 3 de julio), desde la finalización del periodo de prácticas, y por tanto, de las observaciones no participantes en consultas con intérpretes, hasta que los trámites necesarios permitieron acceder al personal requerido y concluir con las entrevistas presenciales.

Las tablas 1 y 2 muestran los perfiles y características de los entrevistados.

TABLA PROFESIONALES SANITARIOS ENTREVISTADOS

	CIUDAD	SERVICIO SANITARIO	TIPO PROF. SANITARIO	EXPERIENCIA CON INTÉRPRETE	EDAD
01	Madrid	Hospital Ramón y Cajal	Médico de Familia	Sí	36
02	Zaragoza	061	Médico de Familia	No	60
03	Zaragoza	061	Médico de Familia	No	35
04	Zaragoza	Hospital Miguel Servet	Trabajadora Social	Sí	55
05	Zaragoza	C.S. Remolinos (1.200 habitantes)	Enfermera	No	57
06	Barcelona	Hospital del Mar	Enfermera	Sí	58
07	Barcelona	Hospital del Mar	Médico de Familia	Sí	50
08	Barcelona	Hospital del Mar	Trabajadora Social	Sí	55

Tabla 1: Perfiles de los profesionales sanitarios entrevistados

TABLA INTÉRPRETES ENTREVISTADOS

	CIUDAD	SERV.SANITARIO DE TRABAJO	FORMACIÓN ESPECÍFICA	AÑOS DE EXPERIENCIA	EDAD	IDIOMA DE TRABAJO	SEXO
01	Madrid	CAP Parla	Sí	1		Chino	M
02	Madrid	CAP Parla	Sí	4	27	Francés	M
03	Madrid	CAP Parla	Sí	3	27	Inglés/ Rumano	M
04	Madrid	Hospital Ramón y Cajal	Sí	7	46	Francés / Wolof	H
05	Zaragoza	Todos los servicios sanitarios	No	15	38	Francés / 3 dialectos africanos	H
06	Barcelona	Hospital del Mar (Barcelona)	Sí	8	37	urdú, punjabi, inglés, castellano y catalán	M

Tabla 2: Perfiles de los intérpretes entrevistados

4. Análisis de guías

El objetivo de este apartado es analizar otras guías para la comunicación con el paciente alófono, previamente elaboradas. Se han seleccionado 6 guías, entre las que se incluyen algunas extranjeras, otras nacionales y dos de ellas elaboradas en el marco de una Comunidad Autónoma española concreta. Las características son muy diferentes entre ellas respecto a varios aspectos, como el volumen de su contenido dedicado a la descripción de otros recursos (mientras dos de ellas dedican un apartado completo a la interpretación telefónica, otra la nombra brevemente y el resto ni la mencionan). Se han incluido guías elaboradas por organismos institucionales: la Consejería de Salud de Andalucía y la de Galicia, que son objeto de una financiación pública, así como iniciativas de tipo privado. Se analizarán también dos muestras de EEUU por tratarse de un país pionero en la interpretación médica, una de ellas elaborada por la AAMC (*Association of American Medical Colleges*).

El análisis se realizará de la siguiente manera: en primer lugar, un análisis descriptivo sobre las características de la guía (objetivo, estilo, estructura, referencias al intérprete y a cómo trabajar con él). En segundo lugar, un análisis crítico sobre los puntos fuertes y débiles de estas guías para el fin que nos ocupa: crear una guía para profesionales sanitarios sobre el trabajo con servicios de interpretación.

Bischoff et al. *En otras palabras. Guía para la consulta médica intercultural*

Año: 1998

Extensión: 66 páginas

Origen: Suiza

Objetivo

Dirigida al profesional sanitario y en una pequeña parte también al intérprete, el objetivo principal es destacar la importancia del concepto de "equipo" en la consulta con intérprete, presentando al paciente como la parte vulnerable y al médico como un agente con una gran capacidad de generar el ambiente de confianza y empatía que el autor considera necesario. Su contenido se centra en informar y aconsejar directamente al profesional sanitario. Por una parte, le pone al corriente de la situación del paciente inmigrante, del origen de sus actitudes como la expresión de ciertas emociones, y de la necesidad de ponerse en su lugar, como una ventaja para la comunicación triangular. Por otra parte, el texto adquiere un carácter prescriptivo, en las pautas de conducta comunicativa (estilo directo, connotación de las palabras, utilización de vocabulario simple…) y en la interacción (comprobar que el paciente haya comprendido, prestar atención a la comunicación no verbal, mostrar respeto mediante simples actuaciones como pronunciar el nombre del paciente…).

Estilo

El contenido adquiere una forma atractiva, incluyendo una presentación de la información muy visual, con gráficos, ilustraciones y citas, que ameniza la lectura y hace que los aspectos destacados resulten muy llamativos al lector.

Estructura

En primer lugar, el apartado "bionotas" hace una breve presentación de los autores. Los primeros apartados tratan cuestiones relevantes de la comunicación triangular (el trabajo en equipo, la adaptación a la interculturalidad, los intérpretes ad hoc…) y los siguientes se centran más en las emociones (dolor y sufrimiento, gestión del estrés…).

Referencias al intérprete

El intérprete es un elemento que "enriquece la relación entre el paciente y el médico", crea puentes entre un mundo y otro y descodifica la información. Es considerado una pieza clave de ese triángulo comunicativo. Se especifican las implicaciones de las diferentes funciones que puede realizar "la persona que media" (interpretación, mediación, agente comunitario de salud, co-responsabilidad terapéutica y apoyo y defensa del paciente) y las situaciones en las que se enmarca cada una de ellas. El marco teórico propio (apartado 2), coincide con los planteamientos de Bischoff, ya que utiliza continuamente el término intérprete, y a él le atribuye funciones diferentes a la traducción oral, que dependerán de la situación comunicativa. Con esta guía, el intérprete

adquiere una notable importancia, ya que se destacan las ventajas de su presencia frente a otros recursos.

Información sobre otros recursos comunicativos

Se dedica un apartado a la comunicación no verbal. Se hace hincapié en la importancia de observar el tono de voz, la expresión facial y los movimientos, como las claves básicas para reconocer el estado de ánimo del paciente. Por ello, se subrayan los beneficios de la posición triangular, mediante la cuál todos los participantes pueden verse las caras y automáticamente integrar al intérprete como un elemento neutral en la situación de igualdad en la que se encuentran. El intérprete, actuando como mediador intercultural, se presenta como el encargado de descifrar el lenguaje no verbal del paciente, ya que este está siempre condicionado por la cultura.

Otras aportaciones

Como consejo personal para la salud del profesional sanitario, se incluye un apartado con indicaciones acerca de la gestión del estrés.

Además, se hace referencia al marco legal en el que se inscribe, en mayor o menor medida, el derecho del paciente a ser atendido en su lengua en el ámbito sanitario, en las legislaciones española, británica, estadounidense, y sueca, así como en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Puntos fuertes como guía de comunicación con pacientes alófonos

Especial atención a la cuestión cultural y a las necesidades emocionales de todos los participantes de la comunicación triangular. Presentación atractiva con iconos y explicación de conceptos mediante esquemas e ilustraciones, como la que se reproduce a continuación.

Puntos débiles como guía de comunicación con pacientes alófonos

No se habla de otros recursos como la interpretación telefónica o el software multilingüe.

Association of American Medical Colleges. *Guidelines for Use of a Medical Interpreter Services*

Año: 2009

Extensión: 2 páginas

Origen: EEUU

Objetivo

Proporcionar a los profesionales sanitarios pautas muy precisas para la utilización de los servicios de interpretación, cuando los haya, y en su defecto, de los intérpretes ad hoc: cómo evaluar sus riesgos y qué pasos seguir para que su presencia pueda ser de utilidad, a pesar de la falta de profesionalidad.

Estilo

Guía práctica y funcional, presentada en un documento breve y conciso. Utiliza un estilo directo, con el imperativo como modo gramatical para aconsejar e incluso ordenar con un estilo normativo, en algunos casos, como el de no utilizar a un menor como intérprete.

Estructura

El documento se divide en dos páginas: la primera de ellas dedicada a cómo evaluar la necesidad de un intérprete y la segunda a cómo trabajar con él, ambas relacionadas con códigos numéricos, para ampliar la información de la primera página con los consejos más específicos de la segunda. En ésta segunda parte, se hace referencia especialmente al intérprete ad hoc, aconsejando al profesional sanitario evaluar antes la comodidad del paciente, el dominio del idioma del intérprete, y su vocabulario específico sobre anatomía o conceptos médicos. Otras pautas más enfocadas a la comunicación, aconsejan la interpretación literal, el uso de la primera persona o el contacto visual con el paciente.

Referencias al intérprete

El intérprete aparece como la primera opción para la comunicación con pacientes alófonos. A él se confía la decisión de intervenir o no, dependiendo de los objetivos de la consulta que el médico quiera conseguir, así como de solventar los posibles malentendidos surgidos de las diferencias culturales. Se le asigna la labor de actuar como mediador intercultural, pero siempre se utiliza el término intérprete para referirse a él.

Información sobre otros recursos

Se recomienda, en el caso de no existir intérprete presencial, recurrir a la interpretación telefónica, pero no hay ninguna explicación sobre su funcionamiento o disponibilidad.

Otras aportaciones

Notas a pie de página con definiciones de los términos intérprete y traductor, para evitar confusiones comunes entre el personal sanitario.

Puntos fuertes como guía de comunicación con pacientes alófonos

Funcionalidad, brevedad y estilo directo. La guía llega de forma muy directa al lector, que no necesitará esforzarse en la comprensión y asimilación de su contenido. Las recursos disponibles están ordenados en función de su utilidad, y se explica como utilizar cada uno de ellos (excepto la interpretación telefónica) para que el servicio resulte lo más ventajoso y rentable posible, sin incurrir en errores que pueden producir conflictos.

Puntos débiles como guía de comunicación con pacientes alófonos

La focalización en los intérpretes ad hoc y la insistencia en evitar sus riesgos deja de lado los intérpretes profesionales y no se habla de las pautas a seguir por los profesionales sanitarios a la hora de trabajar con ellos.

Se observa la ausencia de otros recursos comunicativos.

J. Morera Montes et al. *Manual de Atención al Inmigrante*.

Año: 2009

Extensión: 496 páginas

Origen: España

Objetivo

Aportar conocimientos específicos para entender y manejar las diferentes patologías que pueden afectar especialmente al paciente inmigrante. Proporcionar soluciones específicas para situaciones concretas como la entrevista clínica al inmigrante o la atención urgente al recién llegado. Desde el respeto a la diversidad cultural, esta guía se propone los objetivos de “exponer y analizar los diferentes aspectos diferenciales que afectan a la salud, a la manera de entender la enfermedad y al propio proceso de enfermar o morir de los diferentes colectivos de inmigrantes, orientar en el manejo de patologías prevalentes en inmigrantes o en sus países de origen”.

Estilo

Es una guía de consulta con amplia información en cada uno de sus apartados, con datos precisos, cualitativos y cuantitativos, acerca de las causas de inmigración, los flujos migratorios, la repartición de los migrantes en las Comunidades Autónomas y las desigualdades, tanto sanitarias como en condiciones de vida, dependiendo de su contexto biopsicosocial. Se trata de un documento de consulta, una herramienta de trabajo para el profesional sanitario, a utilizar como material ilustrativo para orientar en el trato con determinados colectivos. Su presentación es sobria, el extenso cuerpo textual se intercala con gráficos y pequeños esquemas.

Estructura

La guía está dividida en tres grandes bloques: aspectos sociales de la atención al inmigrante, aspectos clínicos de la atención al inmigrante, y aproximación al inmigrante según procedencia. En el primero de ellos se expone de manera detallada la situación de la inmigración en España. A continuación, se habla sobre la regulación del acceso del inmigrante a la atención sanitaria y las

dificultades que encuentra en su camino y, tras reflexionar sobre ciertas cuestiones éticas, se aborda el tema de los recursos disponibles (interpretación, mediación, interpretación telefónica, aplicaciones informáticas y otros). En el segundo bloque, se exponen diferentes grandes grupos de patologías médicas, aconsejando al médico la forma de tratarlas en el caso del paciente extranjero. Por último, en el tercer bloque se hace una explicación de cada colectivo inmigrante según su procedencia: Latinoamérica, Magreb, Europa oriental, África subsahariana y China. Por ejemplo para el colectivo chino se explican detalladamente los siguientes aspectos: la procedencia de los inmigrantes, el idioma, la religión, la estructura social y la vida familiar, las profesiones, los nombres, los problemas médicos generales, la alimentación, el concepto de salud y enfermedad, la influencia de la medicina tradicional china en la actitud médica de los pacientes chinos, algunos mitos e ideas médicas de muchos chinos (goteros, medicamentos, predilección por las presentaciones, acupuntura, análisis de sangre, etc.), algunos mitos y posibles ideas erróneas de algunos médicos españoles (pies pequeños en ancianas chinas, alimentación "exótica", sumisión de la mujer china, etc), actitud general ante el proceso de morir, la muerte y el duelo, otras creencias y actitudes de interés sanitario, patologías más prevalentes, patologías menos prevalentes y otras patologías.

Referencias al intérprete

Se señala la confusión existente respecto a los diferentes términos que se refieren a ese "facilitador de la comunicación" entre el profesional sanitario y el paciente extranjero, admitiendo una disparidad real en las funciones del mediador intercultural, que realiza una "acción interventiva y creativa, que promueve la interacción efectiva de las partes"; y el intérprete en los servicios públicos, que realiza una "función vehicular no interventiva, [en la que] las partes gestionan de manera autónoma su intervención". Según esta distinción, la concepción de no intervención del intérprete tampoco le exime de "hacer aclaraciones culturales, siempre con el objetivo de que el mensaje llegue tan libre de malentendidos como sea posible y los interlocutores se vean así capacitados para lograr un intercambio fructífero en las situaciones en las que deben comunicarse".

Información sobre otros recursos comunicativos

El recurso de los intérpretes ad hoc, aparece como uno de los más utilizados en nuestros servicios públicos, a pesar de sus riesgos e implicaciones negativas, es un hecho que en ocasiones es la única opción disponible para alcanzar la comunicación. En estos casos, se proporcionan recomendaciones precisas para que su actuación no perjudique el desarrollo del diagnóstico clínico o el tratamiento, y con ello, la salud del paciente.

Se presenta la interpretación telefónica con sus ventajas (inmediatez del servicio y confidencialidad asegurada) y sus inconvenientes (ausencia de referencias del marco en el que ocurre la comunicación y de contacto visual que ofrece el acceso al lenguaje no verbal).

Además, se habla del software multilingüe, en plena evolución, que consiste en un corpus de preguntas y respuestas con sus traducciones a diferentes

lenguas. Es, según la guía, una solución complementaria a problemas de comunicación concretos, que nunca podría sustituir a otros recursos como los intérpretes.

Otras aportaciones

Un listado de recursos comentados en la red, que tratan el tema de la inmigración, clasificados por Comunidad Autónoma, dentro del área social y del área clínica.

Puntos fuertes como guía de comunicación con pacientes alófonos

Es una guía exhaustiva, con información para el profesional sanitario sobre todos los aspectos que envuelven la relación con el paciente inmigrante, y sobre los diferentes recursos y su utilización para la comunicación efectiva con ellos. El tercer bloque de la guía, permite al profesional consultar y conocer en detalle la patología objeto de su campo de especialidad, y encontrar soluciones a los vacíos de información que obstaculizan el trato clínico de su paciente, surgidos del desconocimiento de su origen y de la falta de comunicación con él.

Puntos débiles como guía de comunicación con pacientes alófonos

Al tratarse de una guía tan completa, el gran volumen de información no permite la practicidad del recurso como herramienta funcional. Su utilidad se reduce a la consulta puntual a priori de la consulta con pacientes de otra cultura, pero no actúa como un recurso directo que permita cambiar la situación actual en materia de interculturalidad en el ámbito sanitario, propósito principal de la propia guía.

Xunta de Galicia. *Atención sanitaria y nuevas necesidades poblacionales: inmigración y demanda.*

Año: 2008

Extensión: 194 páginas

Origen: España (Comunidad Autónoma de Galicia)

Objetivo

“Contribuir a la mejora del conocimiento de la realidad de la población inmigrante, a través de diferentes perspectivas que están presentes y que repercuten en sus necesidades de asistencia sanitaria”.

Estilo

La información es densa y en una proporción alta, de carácter numérico. Los datos sociodemográficos aparecen continuamente en forma de gráficos. El lenguaje utilizado es muy especializado y en su mayoría, se trata de un texto expositivo, que presenta la situación actual de la población inmigrante con nuestro sistema sanitario.

Estructura

La monografía se divide en tres grandes bloques. En el primero de ellos,

“características sociodemográficas de la población inmigrante”, se hace un análisis de la estructura demográfica de esta población, de su evolución y de la medida en que utilizan los servicios sanitarios. Además, también se hace un listado de las enfermedades más prevalentes y su tratamiento. El segundo bloque, “el profesional sanitario y la atención sanitaria al paciente inmigrante”, analiza, mediante los resultados de una encuesta realizada a profesionales sanitarios, la percepción de los mismos respecto a la atención a los inmigrantes y los elementos imprescindibles para la práctica clínica culturalmente competente, como la incorporación de la mediación intercultural. El último bloque trata la patología de la diabetes en la población inmigrante, analizando la interrelación creciente entre ambos fenómenos.

Referencias al intérprete

El término “intérprete” aparece apenas mencionado en ocasiones puntuales, al hablar de posibles recursos para solucionar los problemas lingüísticos. Igualmente, aparecen los traductores, de los que se dice que deberían ser “dedicados, bien preparados […] y estar familiarizados con la cultura del paciente”. En mayor medida se observa el término “mediador intercultural” o “agente comunitario”, al que se le dedica todo un capítulo, donde se le define como “profesionales miembros de la comunidad con la que trabajan y que se integran dentro del Equipo de Salud con el objetivo de que mejoren la circulación de la información, las iniciativas y recursos entre ambas partes y también para promover y dinamizar acciones de promoción de salud realizadas desde cada una de las partes o de forma conjunta”. Se le atribuyen diversas funciones, además de la interpretación y la mediación dentro de la consulta médica, desde la promoción a los servicios públicos hasta el asesoramiento de los colectivos minoritarios. Creemos que en esta guía las referencias a la persona que facilita la comunicación son un tanto confusas. Se engloba en un mismo rol diversas funciones, hablando de ellas sin delimitar sus ámbitos ni especificar sus implicaciones.

Información sobre otros recursos comunicativos

Se mencionan en una ocasión los programas informáticos de traducción clínica y la utilización de intérpretes ad hoc, como recursos existentes, pero no se aporta ninguna información sobre ellos.

Otras aportaciones

“Inmigración y diabetes” es el título del último bloque de la monografía, que aporta información muy relevante sobre la patología de la diabetes y su comportamiento en el paciente inmigrante.

Puntos fuertes como guía de comunicación con pacientes alófonos

Los datos cuantitativos extraídos de los estudios aportan datos muy relevantes sobre las percepciones de los profesionales sanitarios acerca de los pacientes inmigrantes y su relación con los servicios sanitarios. Creencias como que “la población inmigrante genera más problemas en la consulta que los españoles” residen en la mayoría de los profesionales sanitarios, así como la gran necesidad de recibir formación específica para mejorar la atención sanitaria

detectada por un 82, 46% de los encuestados. También se refleja un listado de los temas que estimaban útiles a incluir en esta formación, reproducido a continuación:

- Estado de salud: **36,79%**
- Enfermedades mas prevalentes: **65,58%**
- Atención a los niños: **24,67%**
- Salud de la mujer: **21,64%**
- Aspectos psicosociales: **39,82%**
- Condiciones de vida y laborales: **27,05%**
- Manejo de la población inmigrante en las consultas de Atención Primaria: **57,35%**

- Otros temas señalados:
  - Dieta y alimentación: **0,64%**
  - Autoayuda: **0,43%**
  - Grupos de riesgo: **0,21%**
  - Culturas autóctonas: **0,86%**
  - Idioma: **0,43%**

Asimismo, resultan muy interesantes las pautas para una competencia cultural durante la consulta con pacientes inmigrantes: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar; así como los rasgos a desarrollar para la entrevista clínica: empatía, calidez, respeto y comprensión.

Puntos débiles como guía de comunicación con pacientes alófonos

La densidad y extensión de la información recogida no permite al profesional sanitario utilizar esta guía como herramienta funcional, para solventar problemas comunicativos con el paciente inmigrante.

Se observa una confusión evidente entre los términos “traductor” e “intérprete”, así como la ausencia de explicaciones más extendidas sobre la actividad de ésta última profesión, como paliativo de los problemas de comunicación surgidos de las diferencias lingüísticas y culturales entre profesionales sanitarios y pacientes extranjeros. Tampoco se mencionan otros recursos como la interpretación telefónica, el software multilingüe o los glosarios sanitarios multilingües.

Consejería de Andalucía. *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*

Año: 2007

Extensión: 390 páginas

Origen: Andalucía, España

Objetivo

En el marco del II Plan para la Inmigración de Andalucía, el objetivo de esta guía es “la puesta en marcha de actuaciones desde una vertiente socio-sanitaria que posibiliten ofrecer una asistencia integral en distintos ámbitos: la familia, la salud reproductiva de la mujer, la salud de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, las situaciones especiales de la segunda generación, la atención a los problemas de salud mental derivados de la adaptación cultural, etc”.

Estilo

La gran cantidad de información que recoge la guía está enteramente centrada en el paciente inmigrante: en su idiosincrasia, sus necesidades particulares y sus comportamientos en el contexto de la salud y la enfermedad, en el proceso migratorio y en su acceso a la sanidad pública y trato con el profesional sanitario. El lenguaje empleado adquiere forma de consejo al profesional sanitario, e incluso normativo ya que, en Andalucía, la atención sanitaria está garantizada en todo momento incluso a los inmigrantes no empadronados. Así, esta guía elaborada por la Consejería de Andalucía, recuerda a sus profesionales sanitarios el modo de tratar a estos pacientes, atendiendo a sus especificidades individuales.

Estructura

La guía se divide en los siguientes apartados:

I En el marco del segundo plan para la inmigración en Andalucía: Área socio-sanitaria

II Población inmigrante extranjera en Andalucía

III Aspectos normativos de la atención sanitaria a inmigrantes

IV Orientación a los servicios sanitarios de la diversidad cultural

V La salud y la mujer inmigrante

VI Salud infantil

VII Salud mental

VIII Aproximación a las patologías y procesos más relevantes

IX Cuidados en salud

X Vulnerabilidad del hecho migratorio

XI Mediación intercultural

Referencias al intérprete

El término “intérprete” no se entiende como una profesión, si no como la persona que se encarga de solucionar los problemas de comunicación, ya sea el acompañante, familiar, el agente comunitario, o un profesional con convenio perteneciente a entidades o asociaciones.

En cambio, a los mediadores interculturales se les dedica un apartado completo. Como participantes en el desarrollo de la integración del inmigrante en Andalucía desde 1999, dentro de las funciones del mediador intercultural se engloban todas las actividades relacionadas con el acceso del paciente inmigrante a los servicios sanitarios y la labor de mediar en los conflictos que puedan surgir en este proceso. Más allá de limitarse a las acciones puntuales que implican esta integración, son los responsables de llevar a cabo la educación pertinente que suponga la autonomía del paciente extranjero en su

relación con los servicios sanitarios. La función lingüística se relega a un segundo plano y se afirma que los problemas de comunicación pueden resolverse con aplicaciones tecnológicas. A nuestro entender, las diversas funciones que se le atribuyen a la figura del mediador intercultural, hacen que sus límites queden difusos, y que por tanto, se fomente la falta de profesionalización de la figura que facilita la comunicación del paciente extranjero con el sistema sanitario del país de acogida.

Información sobre otros recursos comunicativos

No consta.

Puntos fuertes como guía de comunicación con pacientes alófonos

La larga trayectoria de la comunidad andaluza en la práctica de la integración del inmigrante, dota a esta guía de un amplio conocimiento de su idiosincrasia y sus necesidades específicas en temas de salud. La guía aporta mucha información y consejos prácticos sobre la atención específica a estos pacientes y sobre como abordar los problemas comunicativos, y especialmente culturales, que se presentan, no solo en la consulta médica, si no en el ámbito social en general. Por ejemplo, en la exploración de la dolencia, se aconseja la búsqueda de cuatro elementos: las ideas del paciente acerca de lo que sucede; los sentimientos del paciente, sobre todo los miedos; las expectativas del paciente acerca del profesional y el impacto que la sintomatología o sus vivencias tienen en su vida. Además, recomienda la comprensión de la persona, buscar puntos comunes respecto al plan, incorporar la prevención y la promoción de la salud, incrementar la relación médico-paciente y ser realista.

Puntos débiles como guía de comunicación con pacientes alófonos

La concepción de los problemas comunicativos como problemas secundarios en la asistencia médica, no coincide con nuestra línea de pensamiento en cuanto al tratamiento sanitario del paciente inmigrante. Se observa la ausencia de recursos funcionales para solucionar los problemas idiomáticos con el paciente no hispanohablante.

InDemand Iterpreting. *Guide to Medical Interpretive Solutions*

Año: No consta

Extensión: 10 páginas

Origen: EEUU

Objetivo

Ofrecer al cliente, el personal sanitario, una variedad de recursos de comunicación con el paciente alófono, y ayudarle a escoger el más adecuado, según la situación comunicativa en la que se encuentre.

Estilo

Es una guía breve y funcional que, de una forma escueta y simplificada para el usuario, presenta la información de forma esquemática y pretende aclarar las

dudas frecuentes acerca de qué tipo de sistema de interpretación contratar, exponiendo las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos de una forma objetiva. Se trata de una guía visualmente atractiva, por las fotos de la portada y los colores complementarios en los títulos y los esquemas.

Estructura

Se presentan una tras otra, las tres modalidades de interpretación (presencial, telefónica y por videoconferencia), informando sobre sus costes, características, limitaciones, y situaciones óptimas para su uso. A continuación, presenta una posibilidad de esquema situacional para responder a la pregunta de "¿cómo elegir?", señalando la mejor opción para cada supuesto comunicativo. Finalmente, como empresa privada, ofrece sus servicios de asesoramiento e interpretación.

Referencias al intérprete

Presenta al intérprete como un profesional con diferente preparación y disponibilidad, dependiendo de la modalidad que practica, por ejemplo, el usuario tiene una accesibilidad permanente a la interpretación telefónica aunque sus intérpretes no son normalmente especializados en el ámbito sanitario. En las referencias al intérprete no se menciona en ningún momento su función como mediador entre dos culturas.

Información sobre otros recursos comunicativos

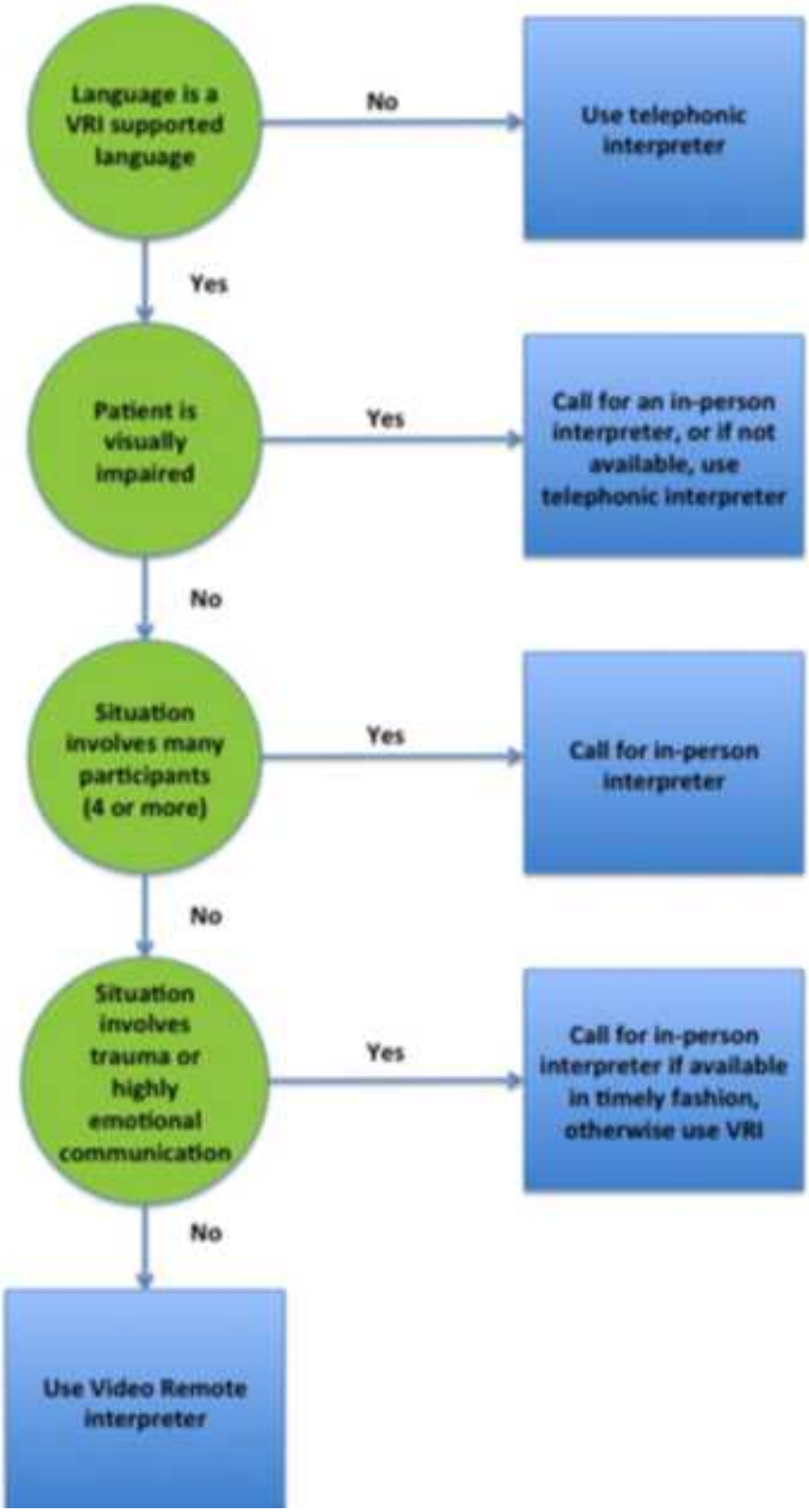
Únicamente se presentan las modalidades de interpretación con las que cuenta la empresa.

Puntos fuertes como guía de comunicación con pacientes alófonos

La simplicidad en el lenguaje y la presentación de la información resultará de gran ayuda para el profesional sanitario a la hora de tomar una decisión. El esquema situacional, reproducido más abajo, representa una gran ayuda en la decisión de contratación del servicio.

Puntos débiles como guía de comunicación con pacientes alófonos

No se incluye ningún tipo de información sobre las características del paciente alófono y las actitudes y comportamientos adecuados en el trato con él. La responsabilidad de llegar a comunicarse de forma efectiva recae directamente sobre el intérprete.


Language is a VRI supported language
No
Use telephonic interpreter
Yes
Patient is visually impaired
Yes
Call for an in-person interpreter, or if not available, use telephonic interpreter
No
Situation involves many participants (4 or more)
Yes
Call for in-person interpreter
No
Situation involves trauma or highly emotional communication
Yes
Call for in-person interpreter if available in timely fashion, otherwise use VRI
No
Use Video Remote interpreter

4.1 Conclusiones del análisis de guías

Las guías analizadas presentan objetivos muy diferentes, aunque todas tienen en común que van dirigidas al profesional sanitario, excepto la guía de Bischoff que incluye además ciertos consejos para el intérprete. Dos de ellas consisten en recursos funcionales que se centran en la exposición de recursos disponibles para la comunicación con el paciente alófono, y otras dos trabajan más el tema de las características generales de estos pacientes, sus patologías más frecuentes y las actuaciones específicas para cada caso.

En cuanto al estilo, la guía de la AAMC, y la de InDemand, tienen mucho en común la organización de la información de forma esquemática, fácil de asimilar. La última de ellas, coincide con la guía de Bischoff en la presentación visualmente atractiva, con esquemas coloridos, fotos o ilustraciones. En el resto de las guías, el volumen de información es extenso, con una presentación más sobria y en el caso de la guía de Galicia, un lenguaje más especializado.

Las referencias al intérprete son diversas, pero no coinciden en los conceptos a los que se refieren. En ocasiones, se les diferencia de los mediadores interculturales, porque a diferencia de estos, no intervienen en la comunicación para solucionar conflictos. En dos de las guías, a los mediadores se les atribuye la característica de pertenecer a la misma comunidad que los pacientes a los que asisten, lo que sugiere que existe una evidente confusión entre la labor del mediador y la del agente comunitario. En la guía de Andalucía, el término intérprete no sugiere ningún tipo de profesionalidad, se utiliza para designar a los acompañantes del paciente alófono que facilitan la comunicación. En general, las guías carecen de información sobre la profesión del intérprete, su formación, su forma de intervención, sus capacidades y límites y especialmente sobre sus necesidades.

Se suele mencionar el recurso de la interpretación telefónica, y sobre todo, se habla en todas las guías sobre los intérpretes ad hoc. Además, la guía de Bischoff menciona la comunicación no verbal, y el manual de atención al inmigrante habla brevemente del software multilingüe. Por último, la guía de la empresa *InDemand Interpreting* tiene en cuenta la interpretación por videoconferencia como un recurso muy útil.

En resumen, los puntos fuertes de las guías, que nos gustaría incorporar en la guía propia son: la atención a la cuestión cultural y a las necesidades emocionales, incluida en la guía de Bischoff y también en la de Andalucía en forma de consejos para que el profesionales sanitario sea capaz de comprender la situación y el estado emocional de su paciente; la ordenación de los recursos presentados en función de su utilidad; las opiniones y creencias de los profesionales sanitarios sobre los pacientes extranjeros; y todo ello con una presentación visualmente atractiva, a ser posible con esquemas que faciliten su lectura, y con un estilo directo, que presente los contenidos de forma breve y concisa, para que represente un recurso funcional y una posible solución a los problemas de comunicación e interacción más comunes entre paciente y profesional sanitario, y para ello, que invite a la lectura mediante estímulos visuales como las ilustraciones.

5. Análisis de observaciones

La posibilidad de observar las consultas médicas asistidas por intérpretes o mediadores fue una experiencia muy enriquecedora para el desarrollo de la presente investigación. En ellas, la atención se centró en el funcionamiento de la comunicación y especialmente en la participación del profesional sanitario. La observación directa de su actuación, nos permitiría extraer de la realidad los datos empíricos sobre los aspectos de la comunicación en los que los profesionales sanitarios colaboran en mayor medida, y aquéllos en los que necesitan información para percibir las necesidades del intérprete y el paciente, y modificar ciertas actitudes en pos del trabajo en equipo por la comunicación triangular.

5.1 La técnica de la observación no participante

La decisión de utilizar la observación no participante como medio de investigación vino de la mano de la posibilidad proporcionada por el periodo de prácticas en el proyecto Intermed, y las características establecidas de la presencia en la consulta.

Como dice G. Pérez Soriano (1998:24), La observación externa o no participante es aquella en la que el observador no pertenece al grupo que se estudia.

> La principal ventaja de esta observación consiste en que el observador puede dedicar a ella toda su atención y realizar anotaciones a medida que se originan los fenómenos. Su mayor inconveniente es que no puede realizarse sin conocimiento de lo observado, lo que puede influenciar negativamente la validez de los resultados. (G. Pérez Soriano, 1998: 24)

Se trata de una técnica, compleja y bien definida, que respeta una serie de pasos bien ordenados que discurren desde la preparación de la observación, hasta el análisis posterior de los datos obtenidos. La actuación se desarrolla, en la medida que las condiciones de la situación lo permiten, en la línea de los pasos elaborados por la OMS para el estudio del uso de medicamentos, y descritos a continuación:

1. Valorar si es necesaria la asistencia de otra persona para realizar la observación. En este caso el volumen de observaciones puede ser abarcado por una misma persona, y es aconsejable que así sea.

2. Determinar qué va a ser observado. El objeto de la observación es el comportamiento y la actitud del profesional sanitario en su interacción con el paciente, y con el intérprete, tanto en la determinación de un diagnóstico, como en la aplicación de un tratamiento y la prescripción de medicamentos. El lugar de la observación en los centros sanitarios (centros de atención primaria y hospitales) está delimitado por las paredes de la consulta, concretamente en una posición que visualmente quede al margen de la conversación triangular. Los datos son registrados en papel durante la observación.

3. Escoger al observador. En los criterios para la elección del observador, se aconseja que sea una persona con estudios mínimos de educación

secundaria, conocimientos sobre el vocabulario médico y farmacéutico y las técnicas de investigación social. En este caso, la autora del trabajo es la única observadora, la cual posee conocimientos sobre el vocabulario y una formación de posgrado, y se ha documentado sobre técnicas de investigación social para la elaboración de la presente investigación.

4. Elaborar una guía de observación. Puesto que la observación se centra en la comunicación, la guía de observación se ha dividido en dos partes: los facilitadores y las barreras de comunicación. Dentro de cada una, se incluyen aspectos observables acerca de la predisposición mostrada tanto en la comunicación verbal como no verbal.

5. Decidir el lugar, el momento, y el tiempo dedicado a las observaciones. En este caso, esta fase no depende de una decisión propia, si no de las consultas que hayan sido programadas durante el periodo de prácticas, y la disponibilidad de los profesionales de Barcelona para permitir el acceso de la observadora a la consulta. En el caso de Parla, la observadora acompaña a la intérprete en su jornada laboral y tiene acceso a tantas observaciones como interpretaciones médicas tenga ella.

6. Formación de los observadores. La observadora utiliza las técnicas autoaprendidas y sugeridas por la orientadora del TFM, con amplia experiencia en técnicas de investigación social.

7. Llevar a cabo las observaciones. Los siguientes aspectos se tuvieron en cuenta a la hora de llevar a cabo las observaciones:

   - Prepararse para el trabajo de campo. Contar con todos los materiales necesarios para ello (guía de observación y bolígrafo)

   - Informar a los observados de la razón por la que el observador está presente en su consulta médica, y esperar su aprobación para ello. La intérprete explica a los pacientes que la observadora era una alumna de prácticas y solicita su consentimiento previo.

   - Ganar la confianza de los participantes para que se sientan cómodos con la persona ajena a la consulta, y su comportamiento no varíe del comportamiento habitual. La presencia de la observadora es prácticamente imperceptible, aunque mostrando el interés y la motivación por aprender propia de una alumna en prácticas.

   - Permanecer prudentemente alejado y lo suficientemente atento. La recogida de información es realizada siguiendo una guía de información preestablecida, de forma que las valoraciones personales no influyen en la observación y aún así, la guía ha sido también flexible en cuanto a la inclusión de un apartado destinado a otros episodios observables no previstos.

   - Despedirse. Al final de la sesión se agradece tanto al profesional sanitario como al paciente, que permitan la presencia de la observadora.

- Revisión regular de los datos. Tras cada jornada, los datos recogidos son revisados y registrados, de forma que se establecen estrategias para mejorar la técnica de observación.

- Recoger la información mediante una observación estructurada. La guía de observación permite ordenar los aspectos observados para no olvidar ninguno, al estar la observadora familiarizada con el esquema de parámetros a observar, la recogida de datos es más eficiente.

8. Analizar e interpretar la información recogida. A continuación, la tabla 3 muestra la representación esquemática de los datos principales de las consultas informadas. Seguidamente se realizará la comparación y el análisis de los mismos.

5.2 Análisis e interpretación de la información recogida

En la tabla 3, se resumen las características principales de cada observación:

Observación	Profesional	Paciente	Intérprete	Motivo de la consulta
Observación1	Enfermera	Mujer china 30 – 40 años.	Joven española	Recogida de análisis y revisión de la dieta.
Observación2	Médica de familia	Mujer china embarazada. 15 – 20 años aprox.	Joven española	Recogida de análisis posparto
Observación3	Médica (+ residente)	Mujer china 40 – 50 anos.	Joven española	Recogida análisis
Observación4	Pediatra	Niño chino 13 años acompañado de su padre	Joven española	Molestias del niño y preocupación del padre
Observación 5	Médico de familia	Mujer nigeriana 30-40 años	Joven española	Dolor abdominal
Observación6	Pediatra	Padre chino con su bebé	Joven china	Caída del bebé

Observación7	Enfermera	Chico pakistaní 20 – 30 años	Joven pakistaní	Test psicológico
Observación8	Médico de familia	Hombre pakistaní 40 – 50 años con acompañante	Joven pakistaní	Revisión tratamiento

Tabla 3: Datos de las observaciones realizadas

En la guía de observación, mientras la consulta tiene lugar, cada parámetro se marca como “sí”, “no” y “no se observa”, cuando durante el tiempo de consulta ningún acontecimiento sugiere la existencia del facilitador o la barrera, pero tampoco su ausencia. Además, se añaden comentarios particulares que llaman la atención y ofrecen información relevante sobre la actitud de los participantes, la relación entre ellos y los factores que pueden matizar las respuestas cortas (sí o no).

A continuación se exponen los principales facilitadores y barreras observados.

5.2.1 Facilitadores de la comunicación en la consulta

Claridad del mensaje y coordinación de turnos de palabra:

Los datos demuestran que en ningún caso la producción del mensaje por parte del profesional sanitario resulta confusa o desestructurada, ni tampoco la dicción en el habla. Sin embargo, los profesionales sanitarios respetan los turnos de palabra solo en la mitad de los casos, en la otra mitad se observan interrupciones a la intérprete cuando esta no ha terminado su intervención (Observaciones 1, 2 y 7) y conversaciones paralelas entre la doctora y su residente mientras la intérprete realiza la traducción a la paciente (Observación 4 y 7).

Uso de la primera persona del singular

Solo en las consultas 1, 2, 7 y 8 el profesional se dirige directamente al paciente y no al intérprete hablando en tercera persona. Es importante indicar que en las consultas del Hospital de Barcelona (7 y 8), los profesionales lo hacen durante todas sus intervenciones a lo largo de la sesión, mientras en las de Madrid (1 y 2), la dirección al paciente, tanto en el habla como en la mirada, solo ocurre en momentos puntuales.

Refuerzo de la comprensión

Solo en tres ocasiones se observa un refuerzo de la comprensión por parte del profesional sanitario (consulta 1 y 6), mediante preguntas directas “¿Has entendido?”, “¿Vale?” y en la consulta 8 en la que la profesional sanitaria no realiza preguntas pero repite varias veces la información para asegurarse que al paciente le queda clara.

Posición triangular

La mediadora de Barcelona siempre respeta la posición triangular, con el intérprete a la misma distancia del paciente y del profesional sanitario, y en las observaciones realizadas en Madrid, solo en la consulta 2 la intérprete se sitúa en la posición triangular, aprovechando que el pediatra está examinando al niño y todos están de pie. En el resto de consultas, la intérprete se sitúa en la silla que está disponible junto a la del paciente.

La comparación de resultados pone de manifiesto una diferencia notable en las observaciones de las consultas de los centros de salud de Parla y las del Hospital del Mar. En los últimos, la mediadora busca su sitio para reproducir la posición triangular, mientras que en los primeros, la intérprete suele aceptar el lugar que queda libre junto al asiento del paciente, y solo en 1 de las 6 interpretaciones observadas, la intérprete, se sitúa voluntariamente entre el paciente y el profesional sanitario. Además, en Barcelona, los profesionales sanitarios utilizan siempre el estilo directo, dirigiéndose con la palabra y con la mirada al paciente. Mientras que en Parla, solo en 1 de las 6 consultas observadas el profesional sanitario no se dirige al intérprete utilizando la tercera persona.

Reconocimiento de la figura del intérprete

Todos los profesionales observados reconocen al intérprete o mediador, y saben cuál es su función, en ningún caso se extrañan al verlas y además se observa que adaptan su forma de trabajar a su presencia.

Conocimiento de aspectos culturales

Únicamente en 1 de las 8 consultas, el profesional sanitario mostraba un cierto conocimiento de la cultura de origen de su paciente, se trata de la observación 8, en la que la doctora de Barcelona, al realizar consultas a domicilio y contar con muchos años de experiencia en el trabajo con la cultura pakistaní, conoce sus costumbres, su dieta y adapta el tratamiento al momento del Ramadán. En cuatro de las observaciones, este parámetro ha sido “no observado”, y en tres de las consultas el profesional sanitario daba muestras de no conocer la cultura de su paciente. En la consulta 1, la intérprete ha de explicar las costumbres alimentarias de los chinos, para que la enfermera entienda que a la paciente le resulta complicado seguir la dieta que ella le da. En la consulta 2, el pediatra incluso se exalta por la insistencia del paciente en pedir una receta de calcio, ya que esto no es tan común en nuestra concepción de la medicina, pero sí en el sistema sanitario chino, donde acostumbran a recibir las prescripciones que piden. Por último, en la consulta 4, al explicar la doctora que la paciente es positiva para una enfermedad, pero que esto no supone ningún problema y que puede vivir con ello, porque la enfermedad no está patente, la paciente china pregunta una y otra vez, porque en su cultura la enfermedad se concibe siempre como un elemento negativo, y ella, al conocer la noticia, se muestra muy afectada y pide que se le elimine la enfermedad. La intérprete trata de trasladar la situación y el sentimiento de la paciente a la profesional sanitaria, pero ésta pierde la paciencia y abandona la discusión diciendo “ya se lo he explicado” y comentándolo con la residente.

En ninguna de las consultas se observan actitudes xenófobas por parte del profesional sanitario.

Empatía

La empatía del profesional sanitario con la situación del paciente solo se ha observado en la consulta 8, por la adaptación del tratamiento al periodo del Ramadán. Por el contrario, la situación de la consulta 4 anteriormente comentada demuestra una falta de empatía, al igual que en la observación 2, en la que el pediatra se muestra molesto y lo expresa verbalmente, porque el niño ya tiene 14 años y debería haber pasado al médico de adultos. La intérprete le explica que en el momento de pedir cita, a él le dicen el número de consulta a la que tiene que acudir, y el paciente desconoce qué tipo de médico es, y por supuesto, cuál es la edad mínima para pasar de uno a otro.

5.2.2 Barreras de la comunicación en la consulta médica

Interrupciones, ruidos y conversaciones paralelas

En cuanto a las barreras en la comunicación, se observan interrupciones en 4 consultas. En la mayoría de ellas, el motivo es que el profesional sanitario no se da cuenta de que la intérprete no ha terminado con su turno de palabra. Excepto en la consulta 2, en la que el médico pide expresamente a la intérprete que deje de traducir.

En la mitad de las observaciones se dan situaciones de conversaciones paralelas. Resulta relevante observar la diferencia entre los dos centros observados: En los casos en que el facilitador de la comunicación es un mediador intercultural (las observaciones realizadas en el Hospital del Mar), las conversaciones paralelas se dan entre mediador y paciente. Al contrario, en los casos observados en los centros de salud de Parla, las conversaciones paralelas se producen entre médicos (médico y residente o médico que entra en la consulta y la interrumpe iniciando una conversación con el médico principal, observaciones 3, 4 y 7) o entre médico e intérprete.

En 2 de las 8 consultas se observó ruido ambiente durante la consulta, que dificultaba la comunicación triangular, en ambos casos se trataba de consultas de pediatría en las que había niños en la sala de espera.

Terminología especializada

Por último, únicamente 1 de los 8 profesionales sanitarios utilizó una terminología médica especializada (observación 6), relativa a los huesos afectados y al traumatismo del niño en el brazo. Evidentemente, el paciente chino no comprendió el diagnóstico ni la intérprete se lo supo explicar (la intérprete no estaba interviniendo en la consulta, mayormente por falta de profesionalidad, lo que resulta una dificultad añadida). El pediatra le mandó directamente al hospital para que se le realizara una radiografía al niño. Esto también se relaciona con una falta de empatía, puesto que en tal caso se habría adaptado el vocabulario para que el paciente lo comprendiera.

En ninguna de las consultas se observa por parte del profesional sanitario una intervención acelerada y/o sin posibilidad de pausa para interpretar, tampoco mensajes codificados y/o desestructurados.

5.3 Conclusiones de la observación

Estas observaciones han permitido observar las barreras para la comunicación que sería conveniente evitar: especialmente las interrupciones y las conversaciones paralelas; y aquellos facilitadores que mejoran la comunicación, como adaptar el registro, mantener la posición triangular y la dicción y lentitud necesarias en el discurso.

Teniendo en cuenta las observaciones no participantes como datos sobre los que extraer conclusiones para la elaboración de la guía, resulta evidente que a la hora de establecer pautas para la comunicación triangular, el profesional sanitario ha de conocer, en primer lugar, la necesidad de respetar los turnos de palabra y de facilitar la intervención del resto de participantes guardando silencio hasta que finalicen.

Por otro lado, el profesional sanitario, en general, reconoce la figura del intérprete como profesional, habla con claridad y lentitud suficientes para facilitarles el trabajo, y no suele utilizar terminología médica especializada, sin adaptar los términos al lenguaje estándar, lo cual facilita la comunicación. Sin embargo, no parece conocer la cultura de origen del paciente ni mostrar empatía con su situación, por lo que estos últimos elementos deberían ser tenidos en cuenta para buscar estrategias de mejora de la comunicación en consulta médica con pacientes alófonos.

Esta información es de vital importancia para la elaboración de la presente guía.

6. Análisis de entrevistas

En el siguiente apartado se analizará la información extraída de las entrevistas a intérpretes y a profesionales sanitarios, comparando las respuestas obtenidas, teniendo en cuenta las diferentes características de cada uno de ellos. El objetivo de este apartado es conocer la valoración que los profesionales sanitarios hacen del trabajo del intérprete y compararla con la cantidad y el tipo de información que poseen sobre los siguientes aspectos: el trabajo del intérprete, y su papel en la comunicación triangular; los recursos existentes en su lugar de trabajo y cómo utilizarlos; los riesgos de los intérpretes ad hoc; la importancia de las diferencias culturales en la asistencia sanitaria y las necesidades que cada uno de ellos percibe en la asistencia al paciente extranjero. Todos ellos constituyen los diferentes apartados de la guía de entrevista desarrollada tanto para intérpretes (Anexo 2) como para profesionales sanitarios (Anexo 3). Esta guía era solo orientativa a la hora de hacer la entrevista, ya que se decidió emplear la entrevista de tipo semiestructurada, definida por Corbetto de la siguiente manera:

> en la entrevista semiestructurada, el entrevistador solo dispone de un «guión» con los temas que ha de tratar en la entrevista. Sin embargo, el entrevistador puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los

> diversos temas y el modo de formular las preguntas. En el ámbito de un tema determinado el entrevistador puede plantear la conversación de la forma que desee, plantear las preguntas que considere oportunas y hacerlo en los términos que le parezcan convenientes, explicar su significado, pedirle al entrevistado que le explique algo que no entiende o que profundice sobre algún aspecto cuando lo estime necesario, y establecer un estilo propio y personal de conversación (Corbetto, 2007: 350).

Siguiendo estas pautas, las preguntas planteadas a profesionales e intérpretes, siguieron siempre un mismo esquema, pero cambiaron de forma dependiendo de la información que el entrevistado era capaz de aportar, según sus condiciones de trabajo previamente estudiadas, puesto que muchas veces las preguntas se ampliaron para conocer ciertos aspectos más en profundidad. También se realizaron modificaciones acordes con la información que el entrevistado era capaz de procesar, puesto que en muchas ocasiones tanto profesionales como intérpretes no eran tan duchos en la materia, y hubo que explicar de forma extendida la intención de la pregunta.

La situación de los entrevistados dista mucho de una ciudad a otra, y por tanto, también la percepción de sus necesidades es diferente.

Los entrevistados se dividen en cuatro grandes grupos según su lugar de trabajo.

1) Salud Entre Culturas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

En la ciudad de Madrid, se entrevistó a un intérprete y una profesional sanitaria, trabajadores del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Este centro cuenta con un servicio de traducción, interpretación y mediación, desarrollado por la Asociación Salud Entreculturas, que a través de la solicitud de proyectos consigue financiación exterior de duración determinada, para poder continuar ejerciendo su labor. Un equipo de 16 intérpretes desarrolla labores de traducción de documentos, interpretación oral en consulta y mediación para la resolución de conflictos en 20 lenguas diferentes, entre ellas varios dialectos africanos. El servicio funciona desde 2009, con una formación previa impartida por un equipo multidisciplinar, y desde entonces también colaboran con otras asociaciones como Karibu o MPDL, para difundir el servicio y presentarlo a usuarios que puedan estar interesados.

2) Proyecto Intermed. Centros de Atención Primaria de Parla. Madrid.

El segundo grupo corresponde al proyecto de investigación de Intermed, que introdujo tres intérpretes de inglés, francés, rumano y chino en cuatro centros de salud de Parla (los centros de salud San Blas, Pintores, Isabel II y Las Américas). Estas intérpretes habían recibido una sólida formación de posgrado en traducción e interpretación, reconociendo también la mediación intercultural como parte de su trabajo. Este proyecto de investigación depende de los fondos de la Universidad de Alcalá de Henares, y tenía una duración preestablecida de 6 meses (de septiembre de 2013 a marzo de 2014). Debido a la reciente puesta en marcha del proyecto, los profesionales sanitarios todavía comenzaban a acostumbrarse a la presencia de los intérpretes en sus consultas. Por otra parte los pacientes sí conocían más a fondo el servicio y cómo utilizarlo, gracias a la campaña de difusión realizada por las mismas

intérpretes, que se acercaban a los usuarios y les informaban directamente del servicio, entregando un pequeño folleto con los horarios.

3) Casa de las culturas, Zaragoza

En la ciudad de Zaragoza, los profesionales sanitarios no tienen la posibilidad de trabajar con intérpretes presenciales, excepto en los casos en que estos sean solicitados por el propio paciente, a través del organismo La Casa de Las Culturas, que lo gestiona con unos días de antelación, recurriendo a una lista de intérpretes. En esta lista constan los contactos de 76 intérpretes colaboradores con la entidad, a través de diversas asociaciones locales de inmigrantes, cubriendo un total de 28 idiomas, aunque sin formación específica. Hasta hace dos años, este servicio era financiado por el Ayuntamiento de Zaragoza, aunque debido a los recortes, actualmente solo se financian los servicios de interpretación para los servicios municipales, y lamentablemente, la sanidad queda fuera de este cupo.

4) Hospital del Mar, Barcelona

Por último, el centro sanitario visitado en Barcelona, que fue de los primeros en incluir apoyo lingüístico y cultural en la consulta plurilingüe, trabaja con una mediadora intercultural pakistaní, que está presente en el centro tres días a la semana y colabora con todas las secciones del hospital. También trabajan con ellos una mediadora china, otra marroquí y otra rumana, que acuden al centro cuando se les solicita, para apoyar en consultas puntuales, ya que los pacientes de estas nacionalidades no son tan frecuentes en este centro. Este servicio comenzó a funcionar con fondos públicos en el año 2003, después de varios años de trabajo para ponerlo en marcha.

6.1 Análisis de entrevistas a intérpretes

En el análisis de las seis entrevistas realizadas a intérpretes, se observan diferencias en su percepción de cómo el profesional sanitario les valora. Las referencias a los comentarios de los entrevistados pueden observarse en las transcripciones de las entrevistas (Anexo 4). A continuación, se comentarán las respuestas a las preguntas de la entrevista, por apartados:

6.1.1 Percepción del intérprete por parte del profesional sanitario: “Por vuestra culpa, los pacientes aquí no aprenden el idioma”.

Existen diferentes percepciones del intérprete, de sus funciones y su capacidad de ayudar en la comunicación. Dependiendo de su experiencia o de su falta de experiencia en el trabajo con intérpretes, los profesionales sanitarios perciben esta figura como un apoyo en ocasiones, y como un obstáculo y un impedimento en otras. Los mismos intérpretes son conscientes de estas percepciones, en la actitud y los comentarios de los profesionales.

Las intérpretes de Parla coinciden en que al principio, los profesionales sanitarios no entendían la figura del intérprete, una de ellas afirma que se sienten invadidos, juzgados e incómodos (Intérprete 1. Página 2), pero que con el tiempo, al ser conscientes de la ayuda que aportaban, aprendían a valorar su trabajo y a apoyarlos: “pero en general yo he tenido bastante apoyo y ayuda porque les he facilitado mucho su trabajo” (Intérprete 1. Página 2).

La mediadora de Barcelona, que trabaja día a día en el Hospital del Mar señala los casos en que el profesional sanitario no ha valorado su trabajo, como una cuestión que depende de cada profesional sanitario, y que se trata de casos aislados, “uno entre mil”. Ella afirma que “hay que sentir confianza, hay que sentir [sic] en tu casa y ser como uno de ellos, enseñarles que eres uno de ellos” pero también que “la mayoría [son] muy amables (…) no me siento como una mediadora externa porque como me siento allí trabajo tanto con ellos, soy del servicio” (Intérprete 6. Página 48).

A la pregunta de si alguna vez han encontrado un profesional sanitario que prefiriera trabajar sin intérprete, tres de los seis intérpretes responden que sí, y de estos, dos coinciden en que la causa reside en la voluntad del profesional sanitario de “aprovechar para hacer prácticas [de sus idiomas] hasta encontrar en la consulta un problema que no pueden seguir porque algunos conceptos ya no pueden explicar claramente y te llaman otra vez” (Intérprete 4. Página 30). Otra intérprete que personalmente se ha encontrado con esta situación, la achaca a la falta de conocimiento por parte del profesional sanitario de qué es un intérprete y cuál es su trabajo, ya que, igual que en el caso anterior, en muchas ocasiones, tras negarse a trabajar con ella al enfrentarse a un problema cultural insalvable, al final recurrieron a ella y quedaron satisfechos con su experiencia. Esta mediadora afirma que ha escuchado a un profesional sanitario decirle directamente “por vuestra culpa los pacientes aquí no aprenden el idioma” (Intérprete 6. Página 49). En total, tres de los seis intérpretes han sido rechazados en la consulta porque el profesional prefería trabajar sin intérprete.

6.1.2 Conocimiento e interacción: El intérprete visto como un acompañante

En este apartado se pretende profundizar sobre la autopercepción de la figura del intérprete, su código deontológico y su interacción con los profesionales sanitarios. Además, es interesante analizar hasta qué punto los intérpretes creen que los profesionales sanitarios conocen sus funciones y su perfil profesional.

El conocimiento del intérprete por parte del profesional sanitario tiene mucho que ver con las condiciones de trabajo del intérprete: si éste trabaja en el centro regularmente, formando parte del equipo de trabajadores, la interacción entre ambos profesionales amplia el conocimiento del profesional sanitario sobre la figura del intérprete y sobre el funcionamiento de su trabajo. En los casos en que el intérprete trabaja como colaborador en ocasiones puntuales, o en los que el servicio en el centro es muy reciente, el profesional sanitario concibe la figura del intérprete como un ayudante del paciente,

> “como están acostumbrados a que el paciente que no habla español venga acompañado por alguien pues yo creo que es la visión que más o menos tienen también de los intérpretes, es decir, no como alguien que tenga una profesión como la suya (…) simplemente pues alguien que viene y sabe hablar los dos idiomas” (Intérprete 3. Página 21).

Estos inconvenientes no se observan en los casos de los intérpretes de Madrid y Barcelona, ya que en el primer caso, los profesionales sanitarios “están muy informados, muy sensibilizados y preparados” (Intérprete 4. Página 31), por la

formación recibida previamente a la implantación del programa, y en el segundo caso, han seguido programas de formación, consistentes en charlas y jornadas sobre la mediación intercultural. Son los dos únicos entrevistados que hacen referencia a la formación del profesional sanitario, previamente a la implantación de un servicio de interpretación o mediación, el resto dicen que dudan que exista una formación y que la consideran útil y necesaria. En este aspecto, el intérprete de Zaragoza resulta ser una excepción, puesto que no considera necesaria su formación ya que "son personas muy preparadas" (Intérprete 5. Página 43).

Se les preguntó a los intérpretes si antes de comenzar la consulta, se presentaban al profesional sanitario y a paciente, solo a uno de ellos o a ninguno, y qué información incluían en esta introducción. Todos los intérpretes realizan una pequeña presentación antes de comenzar la entrevista triangular, como parte de un protocolo de actuación profesional, excepto la mediadora de Barcelona, a la que habitualmente los profesionales conocen, en cuyo caso se presenta únicamente al paciente. El intérprete de Zaragoza incluye únicamente su nombre, los intérpretes de Madrid y de Parla, hablan además de su función en la consulta, pero se dirigen únicamente al paciente: "me llamo X, soy de Senegal, soy intérprete, estoy aquí para ayudarte, a ti y al médico, para entenderos, porque el médico me ha dicho que tú no hablas el castellano y que él tampoco habla el francés" (intérprete 4. Página 29). "Al entrar siempre me presento, y explico cómo se va a desarrollar la interpretación y explico ya de entrada que tienen que hacer pausas para permitirme interpretar" (Intérprete 2. Página 9).

A la pregunta de si hay un tiempo antes de la consulta para hablar con el profesional sanitario, únicamente responden que sí el intérprete de Zaragoza, que asegura que siempre tiene esta oportunidad y la intérprete de Barcelona, que mantiene una pre-entrevista con el profesional sanitario cuando se trata de la primera visita del paciente, para informar al intérprete de la situación. El resto, asegura que a los médicos, les cuesta aceptar el aumento de tiempo que supone la interpretación en la consulta, y que las prisas, por la gran cantidad de pacientes que esperan su turno, no permite robarles un segundo fuera de la consulta.

El respeto de los turnos de palabra es clave para el funcionamiento de la comunicación triangular y sin embargo, no son respetados como sería deseable, y los intérpretes se encuentran en el dilema de hasta qué punto tienen la autoridad de cortar los turnos demasiado largos o solicitar el tiempo preciso para concluir su traducción antes de que otro participante intervenga. Todos los intérpretes, excepto el de Zaragoza, que contesta con un no tajante a esta pregunta, afirman que los profesionales sanitarios interrumpen al intérprete cuando este realiza su intervención, aunque no sucede siempre. Las intérpretes de Parla coinciden en que depende del profesional sanitario, y la de Barcelona califica estas situaciones como excepcionales. Igualmente, todos excepto el intérprete de Zaragoza, coinciden en que una parte importante de su trabajo consiste en gestionar la comunicación, parar al médico cuando realiza intervenciones demasiado largas, en definitiva, constituir "la policía de la comunicación" (Intérprete 5. Página 32). La mediadora hace referencia también a las conversaciones paralelas del profesional sanitario con el acompañante del

paciente, mientras ella realiza una traducción o interpretación directamente al paciente.

La idea que el profesional sanitario conciba del intérprete también dependerá de la actuación que este último en la consulta, de qué aspectos prioriza a la hora de tomar decisiones en la gestión de la comunicación. De ahí la pregunta sobre su código deontológico, y sobre cuáles son las dificultades que encuentran para cumplirlo.

Al preguntarles por su código deontológico, los cuatro intérpretes de la Comunidad de Madrid incluyen la confidencialidad y la fidelidad y dos de ellos añaden la imparcialidad. El de Zaragoza, además, habla de la puntualidad, que es el único que le resulta difícil de cumplir. En la mediación intercultural este código es bien diferente, según la mediadora, que habla de la confidencialidad como un aspecto implícito que, al contrario del resto de intérpretes, no menciona en las consultas. Habla también del respeto a las decisiones de profesional y paciente, cuando estos prefieren que ella no esté presente, y de la neutralidad, en los casos en los que una situación emotiva puede afectar al intermediario, que no ha de mostrar sus sentimientos. En su respuesta no menciona explícitamente la fidelidad, la precisión ni la imparcialidad en la interpretación, aunque en algún momento sí se refiere a la figura del mediador como la persona que, cuando existe un conflicto, no se posiciona con ninguna de las partes. Los primeros aspectos anteriormente mencionados también representan dificultades para los primeros intérpretes entrevistados: la fidelidad, por las expresiones y giros difíciles de reproducir en la lengua meta, "*les bizarreries de la langue*" (Intérprete 5. Página 33); la imparcialidad, por los casos en que "tú quieres ayudar al paciente aunque eso está fuera de tu labor como intérprete" (Intérprete 2. Página 13); y la confidencialidad, por los momentos en que el paciente pretende que el intérprete actúe a su favor, y no mencione al médico algunas de las cosas que le ha contado, sabiendo que se trata de aspectos que el profesional ha de saber para tratar a su paciente adecuadamente.

6.1.3 Recursos: "Desconocimiento o dejadez"

Los recursos a los que se quiere hacer referencia como apoyo en la comunicación de la consulta multilingüe son los siguientes:

- <u>Los intérpretes presenciales</u>
  Profesional de la traducción e interpretación, que se encuentra en la consulta, previo aviso o de forma inmediata a su solicitud, y que mediante la técnica de interpretación de enlace, proporciona la comprensión y la comunicación entre médico y paciente.
- <u>Los intérpretes ad hoc</u>
  Se trata de familiares, amigos, personas de un círculo cercano, o conocidos que hablan la lengua del paciente, y en mayor o menor medida, la lengua del país de acogida, y que se ofrecen voluntariamente para acompañarle y ejercer las labores de facilitación de la comunicación.
- <u>La interpretación telefónica</u>

Servicio proporcionado por una empresa organizada, al que se accede marcando un número de teléfono determinado y eligiendo el idioma del paciente. Inmediatamente el intérprete se pone al aparato y puede realizar una interpretación de enlace mediante un teléfono a tres vías o utilizando la opción de manos libres.

- El software multilingüe
  Concretamente llamado *Universal Doctor Speaker*, es una aplicación informática multilingüe que, instalada en un ordenador, es capaz de reproducir oralmente las preguntas y explicaciones del médico en otras lenguas.
- Guías multilingües
  Compilaciones de vocabulario multilingüe sobre anatomía, diferentes síntomas, signos y grados de intensidad, en ocasiones acompañados de imágenes, que permiten al profesional sanitario hacer comprender al paciente, en el caso de que este sepa leer, ciertos conceptos sobre su salud.

El conocimiento o la falta de conocimiento de los intérpretes de los recursos que existen en su centro, nos da una idea de su utilización general. Desde luego si son recursos que se utilizan habitualmente, los profesionales de la interpretación serán conscientes de ello. Además, sus respuestas serán comparadas con las respuestas de los profesionales sanitarios, para analizar así el nivel de "desconocimiento y dejadez del profesional sanitario".

Todos los intérpretes, excepto el de Zaragoza, mencionan la existencia del software, apuntando que en su centro de trabajo no es utilizado por los profesionales sanitarios por "desconocimiento o dejadez" (Intérprete 1. Página 5), según una de las intérpretes de Parla, que cuenta como quedó sorprendida al descubrir que los centros disponían de este recurso, ya que ningún profesional le había informado de ello. Otra de las intérpretes de Parla nos cuenta el motivo por el que no se utiliza: el software, con todas las licencias pagadas, está instalado en la antigua página web de la Comunidad de Madrid, a la que nadie accede, porque ha sido actualizada, sin trasladar el sistema multilingüe al nuevo sitio web, pero el acceso libre al software continúa disponible. A pesar de esto, el intérprete del Hospital Universitario Ramón y Cajal menciona que este recurso nunca se ha puesto en marcha porque no está terminado de instalar, lo que nos da una visión del desconocimiento general de la existencia de esta herramienta y de su funcionamiento. De todas maneras, el resto de mediadores consideran que es normal que no sea utilizado ya que su funcionamiento es complicado de aprender, y la herramienta no resulta útil, porque no es capaz de procesar las múltiples respuestas de los pacientes. "Los profesionales no han quedado muy contentos, era un montón de tiempo (…) porque claro es una frase ¿no? y claro, si el paciente no entiende esa frase, o si le está diciendo o explicando otras cosas, que no tienen nada que ver con la frase, no cuadra" (Intérprete 6. Página 53).

Respecto a la interpretación telefónica, solo tres intérpretes son conscientes de que exista el servicio o de que haya existido, pero solo dos lo consideran un recurso recomendable en los centros sanitarios. Las razones aludidas, tanto por la mediadora de Barcelona como por el de Madrid hacen referencia a la

ausencia de información visual y a la dificultad de interpretar por no poder acceder a la comunicación no verbal.

6.1.4. Intérpretes ad hoc: “un apaño”

Esta modalidad de interpretación realizada por un miembro de la familia del paciente o una persona de su comunidad (que a veces puede ser un simple conocido), es un tema de gran controversia. Es evidente que su labor puede aportar comprensión al médico y ante la completa falta de comunicación, representa un beneficio en la comunicación, podría decirse por tanto que supone un recurso de emergencia. Desde luego, todos los intérpretes están de acuerdo en que es preferible un intérprete profesional a un intérprete ad hoc, pero tampoco se descarta como herramienta puesto que “es un apaño para por lo menos saber algo de lo que pasa, tener un diagnóstico y poder tratar la enfermedad” (Intérprete 3. Página 23). Sin embargo, su competencia lingüística no es nunca un valor seguro. Una de las intérpretes afirma que en muchas ocasiones el intérprete sabe “4 palabras más” que el paciente (Intérprete 1. Página 6). “Cuando el intérprete es de la familia, la interpretación nunca puede ser fiel, no te puedes fiar de la interpretación al cien por cien” (Intérprete 5. Página 35). Tres intérpretes hablan de las situaciones en que los intérpretes son menores de edad y que, según el tema de la consulta (especialmente los temas de sexualidad), ni siquiera comprenden los conceptos de los que se habla ni tienen la madurez necesaria para tratarlos y además, tienen que faltar al colegio para acompañar a su madre al médico. Por otra parte, según los intérpretes, entra en juego el principio de confidencialidad, y de imparcialidad, porque están implicados emocionalmente y por tanto actuarán de manera mucho más subjetiva y tendrán serias dificultades para ser imparciales. También se repite el tema del marido (especialmente de la mujer musulmana) que cuando hace de intérprete para la consulta de su mujer, imposibilita la comunicación directa con la paciente. “Por ejemplo, una mujer víctima de maltrato, ¿cómo le va a hacer una traducción fiel su marido?” (Intérprete 5. Página 35). En definitiva, todos los entrevistados están de acuerdo en que el intérprete ad hoc carece de la profesionalidad necesaria para que la comunicación triangular sea realmente efectiva.

6.1.5 Aspectos culturales: “La experiencia del día a día”

Según la información obtenida en las entrevistas, los intérpretes opinan que los médicos conocen las culturas de los pacientes que acuden a su consulta solo a grandes rasgos, y en todo caso, el aprendizaje es fruto de la experiencia del día a día con pacientes extranjeros, en ningún caso de la voluntad propia y solo en un caso, el caso del Hospital Universitario Ramón y Cajal, el aprendizaje se ha adquirido mediante formación impartida a cargo del mismo hospital, consistente en ciertas claves culturales y el funcionamiento de los sistemas sanitarios de otros países. Todos ellos están de acuerdo en que el conocimiento de las diferencias culturales de los pacientes es importante para realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

Las actitudes xenófobas por parte de los profesionales sanitarios se dan, según los intérpretes entrevistados, en casos excepcionales y siempre se trata de actitudes como la falta de paciencia “porque un paciente así requiere más tiempo, y alguna vez sí que algún médico pues hace comentarios” (Intérprete 1.

Página 7). Dos intérpretes coinciden en el comentario de que las actitudes xenófobas son más frecuentes en el profesional administrativo del centro sanitario. El intérprete de Zaragoza, natural de Burkina Faso, nos cuenta como recibió personalmente un trato discriminatorio por parte del profesional administrativo, cuando al mostrarle el DNI para identificarse, la persona de administración le dijo que no se parecía a la foto. Él afirma que se trata de una cuestión "del nivel cultural de la persona, porque una persona que tiene cultura pues respeta a las demás personas" (Intérprete 5. Página 46).

6.1.6 Necesidades percibidas: formación, integración y "energía positiva"

A la pregunta de "¿qué factores podrían mejorar la comunicación triangular y qué podría ayudarle a hacer su trabajo de forma más efectiva?", las respuestas fueron diversas: las tres intérpretes de Parla señalan la importancia de la formación al profesional sanitario, tanto en cómo trabajar con intérpretes como en las culturas de los pacientes a los que tratan. También ellas hablan de la necesidad de la integración del intérprete en el centro sanitario, y la relación entre unos y otros. Casualmente, el intérprete de Madrid, que no apunta ningún aspecto a mejorar porque su sistema funciona correctamente, habla de las reuniones entre mediadores y entre mediadores y profesionales, como el punto clave para coordinar la actuación y asegurar el buen funcionamiento del servicio. El intérprete de Zaragoza, al no contar con una formación específica en la materia, responde a la pregunta hablando de la mejora de sus competencias traductoras y la necesidad de ampliar sus recursos para interpretar con precisión los términos médicos. La difusión de la labor de interpretación y el reconocimiento de la profesión del intérprete son también aspectos que según ellos podrían mejorar la situación. Por último, la mediadora de Barcelona mejoraría la actitud del profesional sanitario en cuanto a su paciencia, y la necesidad de crear un buen ambiente en la consulta mediante la energía positiva. En ninguna de las entrevistas de esta primera fase, se sugirió la creación de una guía para el profesional sanitario con información respecto a la figura y función del intérprete, aunque la formación es un recurso ampliamente mencionado.

6.2 Análisis de entrevistas a profesionales sanitarios

Se realizaron ocho entrevistas a profesionales sanitarios, de nuevo en las ciudades de Madrid, Zaragoza y Barcelona, con condiciones de trabajo muy diferentes respecto a la existencia y la actuación de un facilitador de la comunicación en la consulta médica. Entre los entrevistados hay médicos, enfermeros y trabajadores sociales, que trabajan en centros de salud, hospitales o servicios de emergencia, ya sea en un área urbana o rural. De todos ellos, solo 5 han tenido experiencia con intérprete, ya sea presencial o telefónico.

6.2.1 Percepción del profesional sanitario sobre el intérprete: "imprescindible"

En los casos en los que el profesional sanitario ha trabajado con un intérprete o mediador, la valoración de la experiencia es siempre positiva, aunque las calificaciones abarcan una amplia gradación. La médica del Hospital Ramón y Cajal, aunque la considera "muy útil, muchísimo", tiene presente los hándicaps que aparecen cuando se incorpora este tercer elemento a la comunicación con

el paciente, por ejemplo, “la dificultad de utilizar un término que no sea demasiado médico” o “una parte de información que se va a perder (…) porque te falta ese punto de respuesta directa del paciente, entonces todo es más lento, y como más dificultoso” (Profesional 1. Página 58). Sin duda estas dificultades surgen si comparamos la consulta triádica, con una consulta en la que el paciente es autóctono, y la comunicación no tiene barreras idiomáticas. Sin embargo, la valoración es bien diferente cuando las profesionales sanitarias de Barcelona comparan la consulta con intérprete, a la situación en la que el paciente extranjero no puede conoce el idioma del profesional sanitario y ambos no pueden comunicarse. Ellas utilizan los adjetivos “imprescindible”, “indispensable” o “fundamental” para referirse a su servicio de mediación. La trabajadora social del Hospital del Mar afirma que “si no te puedes comunicar con el paciente, si no conoces cuáles son sus valores, sus objetivos, su proyecto, si no sabes qué ha entendido o qué información tiene sobre su proceso clínico, es inviable. Si no hay comunicación no hay atención” (Profesional sanitario 8. Página 117).

6.2.2 Des-conocimiento de la figura del intérprete

Al preguntarles a los profesionales sanitarios si conocen la figura del intérprete, todos (excepto una, que no ha tenido experiencia con ellos y responde con un no rotundo) responden directamente que sí, sin pensarlo. Sin embargo, cuando se les pide algo más de detalle sobre su formación, las respuestas no son tan contundentes. Hay que tener en cuenta que en la formación del intérprete no existen unos requisitos formativos homogéneos, y cada servicio se organiza según sus necesidades y criterios: algunos vienen de estudios universitarios, otros han recibido cursos específicos de entidades sociales, y otros no cuentan con ningún tipo de formación. La falta de profesionalización contribuye a la desinformación del profesional sanitario, por supuesto, pero hay casos en los que las creencias del profesional sanitario acerca de la formación del intérprete no coinciden siquiera con la realidad de su propio centro. Como una de las profesionales del Hospital del Mar, que responde lo siguiente: “no lo se exactamente, porque (…) sí que se que son personas con formación, como mínimo, son titulados medios, en escuelas universitarias o de grados superiores, que vienen del mundo de…o del trabajo social o de los estudios sociológicos, de las carreras de humanidades, esto sí que.. o sea sé que son personas formadas” (Profesional 7. Página 107). La formación de la mediadora de su centro no coincide con ninguna de las citadas.

Una de las enfermeras entrevistadas afirma que “son personas que evidentemente no vienen simplemente a traducir lo que tú dices (…). Y sé que están involucrados, pues en la asociación de vecinos…” (Profesional 6. Página 96). Este y otros comentarios como “no es lo mismo una mediación con un mediador intercultural que con un intérprete. Con un intérprete hay que estar muy alerta para que no se introduzcan mensajes que no se corresponden” (Profesional 8. Página 118), muestran el desconocimiento de los profesionales sanitarios sobre el tipo de profesional que les asiste en la comunicación plurilingüe. Esto se intensifica cuando entra en juego un nuevo término, y tienden a asociar a mediador e intérprete diferentes funciones y capacidades, que no siempre se corresponden con la realidad, hasta el punto de infravalorar al último, dudando de sus capacidades de transmitir el mensaje correcto. La

trabajadora social de Zaragoza está segura de que los intérpretes son licenciados, cosa que no siempre se corresponde con la realidad, y la médica de Madrid se muestra segura con su conocimiento de la figura y las funciones del intérprete, gracias a la larga experiencia con él, y a la formación recibida en su centro.

La presentación del intérprete al profesional sanitario se considera una cuestión importante, puesto que es necesario que éste último pueda confiar en el primero, y al mismo tiempo que el paciente vea al intérprete como alguien imparcial, que se presenta a ambas partes, para que se genere el ambiente de confianza óptimo para el trabajo en equipo. Cuando el intérprete trabaja en el centro sanitario día a día, los profesionales ya lo conocen, saben cómo funciona su trabajo y le tratan con cercanía, por lo tanto la mediadora de Barcelona, por ejemplo, se presenta únicamente al paciente. Sin embargo, el intérprete de Madrid continúa realizando una presentación como parte de su protocolo de actuación, al igual que los intérpretes telefónicos con los que se trabaja en Zaragoza.

Según los profesionales sanitarios, en esta breve presentación, ninguno de los intérpretes menciona la confidencialidad, que pudiera ser otro elemento generador de ambiente de seguridad para el paciente, puesto que “para que un paciente vaya bien, yo creo que lo primero tiene que tener confianza en su médico” (Profesional 1. Página 63), y al estar presente y participar en la consulta, el intérprete es, a efectos de confidencialidad, igual que el profesional sanitario. Sin embargo, todos los profesionales entrevistados confían plenamente en la persona que les facilita la comunicación, y afirman que el paciente también confía en él puesto que “normalmente piden tener a la mediadora para estar más tranquilos que con un conocido o incluso con un familiar. Por tanto, si no confiaran no la pedirían” (Profesional 7. Página 105).

Como puede observarse en la seguridad de las respuestas de la doctora del Hospital Universitario Ramón y Cajal, la realización de sesiones informativas para profesionales sanitarios garantiza que el profesional sea consciente de la profesionalidad de la persona que trabaja con él en la consulta. Se les preguntó a los entrevistados si en alguna ocasión habían recibido formación acerca de cómo trabajar con intérpretes y, por sus respuestas, parece que el único centro en el que se impartió formación al profesional sanitario, fue el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Por ejemplo, la médica de Madrid no recibió un curso oficial en esta materia pero afirma lo siguiente: “yo creo que fue todo como muy fluido, o sea, la conexión con Salud Pública era continua entonces bueno, te explicaban cuál iba a ser la dinámica, cómo se iba a funcionar en la consulta y también yo empecé viendo consultas con mediadores” (Profesional 1. Página 60). Aunque más tarde nos cuenta que antes de comenzar a trabajar con intérpretes asistió como observadora a otras consultas similares para aprender la dinámica y la actuación más adecuada. La enfermera de Barcelona, nos cuenta que “formación específica, no, lo que pasa que aquí en el hospital se (…) montaron unas carpetas en todos los idiomas y todo, y se dio a conocer a la gente, que en aquél momento había un… en aquél momento era un teléfono, solo de asistencia y que incorporábamos una serie de personas, se dio a conocer” (Profesional 6. Página 96). En este caso se considera la formación como información escrita, en la que la responsabilidad de recibirla o

no queda a cargo del mismo profesional. La médica de este mismo hospital también nos habla de material escrito y audiovisual como recurso para informarse de cómo trabajar con intérprete, y también afirma que la información que recibieron consistía en “un circuito, en el sentido de decir, cuando hay una persona de tal nacionalidad, que sepáis que el circuito es llamar a este teléfono, ponerse en contacto con esta persona, que es el coordinador de los mediadores, que él os dirá” (Profesional 7. Página 108), es decir, se les ha indicado como acceder a esta herramienta, pero no cómo utilizarla. Igualmente, la trabajadora social de Zaragoza, que utiliza únicamente la interpretación telefónica, dice que la información que recibió sobre cómo utilizar el servicio consistía en características técnicas, “el teléfono es así, funciona así, tenéis que llamar así, tenéis que llamar a tal, tenéis que llamar a cuál”, aunque igualmente, ella dice que “no lo considero necesario tampoco, vamos, son personas ultra capaces, que no necesitas ninguna técnica para comunicarte con ellos” (Profesional 4. Página 81).

En cuanto a su trabajo con pacientes extranjeros y a su forma de tratar con ellos, se les preguntó si en algún momento de su vida recibieron formación en materia de interculturalidad o específicamente en el trato sanitario al inmigrante. Las trabajadoras sociales son las únicas cuyo currículo incluye este ámbito dentro de su formación universitaria. El resto la ha recibido por voluntad propia, mediante investigación personal, cursos externos o simplemente cuentan con las estrategias adquiridas con la experiencia de los años.

6.2.3 Diversos recursos con escasa difusión

Para conocer cuáles eran los recursos de comunicación realmente utilizados, antes de plantear preguntas concretas sobre ellos, se planteó la siguiente cuestión: “cuando un paciente extranjero aparece en tu consulta, ¿qué es lo primero que hace?”. De esta manera, se pone de manifiesto que los recursos utilizados como primera opción, antes incluso de plantearse llamar al intérprete que en ocasiones está en el mismo centro, son intentar comunicarse con las nociones básicas de idiomas del profesional, y como segunda opción, con el intérprete ad hoc. La médica de Madrid es la única que utiliza estos recursos solo en caso de que el intérprete presencial no pueda estar en la consulta. Al preguntar cuál es el nivel de idiomas que se utiliza en consulta, obtenemos respuestas como “el francés fonéticamente lo entiendo (…) y hablando francés absolutamente incorrecto, más o menos, tengo comprobado que me entienden” (Profesional 3. Página 71); o “la primera opción es intentar la comunicación con los medios que yo tengo en función del idioma que hablen. Si hablan inglés, francés… hablo inglés y francés básico” (Profesional 8. Página 118). La primera respuesta corresponde a una médica del servicio de emergencias de Zaragoza, que no tiene la posibilidad de acceder a un intérprete ni ha trabajado nunca con él; la segunda, se trata de la respuesta de la trabajadora social de Barcelona, que tiene acceso a una mediadora en el mismo centro.

Muchos profesionales subrayan el tiempo invertido en comprobar las capacidades del intérprete ad hoc: “primero sondeo a ver como entiende, porque muchos te dicen que sí que entienden y te estás dando cuenta de que entienden mucho menos de lo que creen” (Profesional 4. Página 82);

> “yo en esto reconozco que soy bastante estricta, y pienso que lo han de entender bien de entrada, (…) entonces (…) pongo muchas preguntas trampa y hago que repitan mucho lo que yo les he explicado, y vuelvo, muchas veces hago preguntas en círculo, que digo yo, vuelvo al inicio para ver si han entendido lo que yo hablo” (Profesional 6. Página 97);

Por otra parte, es interesante contrastar las opiniones sobre la interpretación telefónica. Casi todas las personas que la han utilizado la consideran un recurso insuficiente o inadecuado, “dar información sobre la patología, profundizar no se puede por teléfono, solamente se puede dar un diagnóstico muy simple, muy aproximado” (Profesional 7. Página 106). Los que no han tenido experiencia con ella opinan que es una opción demasiado complicada:

> “no la hemos utilizado nunca, en principio porque complica mucho la situación, tienes que llamar para pedirlo, tiene un sistema telefónico a tres vías que en la mayoría de los centros sanitarios no existe. Tienes que además quedar con el intérprete y con el paciente en otro horario distinto” (Profesional 5. Página 88).

Por su parte, la trabajadora social de Zaragoza ha trabajado anteriormente con intérpretes presenciales, aunque pidiendo cita previa, sin posibilidad de que sea un servicio inmediato y actualmente realiza consultas con intérpretes telefónicos. Poniendo las dos opciones en la balanza afirma que prefiere a estos últimos porque, mientras resultaba difícil conseguir un intérprete presencial (el servicio de intérpretes de La Casa de las Culturas no es inmediato), los telefónicos son un recurso inmediato y son “personas ultracapaces (…) que se supone que tienen detrás una entidad que les avala, y que van a decir literalmente lo que tú estás diciendo”. (Profesional 4. Página 80). Por tanto, es posible que el nivel de dificultad de funcionamiento que se asocia a la interpretación telefónica, mencionado por la mayoría de los profesionales sanitarios, no se corresponda con la realidad.

Por lo demás, el Hospital de Madrid también cuenta con un servicio de interpretación telefónica, proporcionado por la Comunidad de Madrid, que en el caso de esta profesional, no ha sido nunca utilizado porque “estamos muy amparados por el sistema que tenemos, no tenemos que buscarnos la vida de otra manera” (Profesional 1. Página 62). El servicio de emergencias de Zaragoza, únicamente habla del teléfono 112, donde proporcionan intérpretes telefónicos, aunque ninguna de las profesionales entrevistadas sabe cómo funciona. En el hospital Miguel Servet de Zaragoza se habla también de los “dípticos o los trípticos de información sobre la UCI, o sobre el nacimiento de un niño, o sobre tal, se han traducido a varios idiomas” (Profesional 4. Página83). En el centro de salud rural de la provincia de Zaragoza hay un “opúsculo con síntomas y signos en varios idiomas (…) y con los niveles de intensidad: mucho, poco, fuerte, débil…” (Profesional 5. Página 87). En el Hospital del Mar de Barcelona, existe también la posibilidad de llamar al Servicio de Atención al Usuario y solicitar un intérprete de otro idioma, así como folletos informativos en varios idiomas y recursos audiovisuales disponibles en la página web de la Generalitat de Catalunya. La médica de la unidad de enfermedades infecciosas nos cuenta cómo ha creado incluso un recurso propio, que le resulta muy útil con los pacientes extranjeros:

> “yo misma me creo una plantilla, por ejemplo una plantilla de tratamiento, (…) pues en el desayuno, le pongo la taza del desayuno, la hora de comer,

> le pongo la cuchara y el tenedor, a la hora de cenar, pues pongo una sopa y a la hora de dormir, la luna ¿no? y abajo pues pongo ocho horas, 12 horas, 18 horas, 24 horas o lo que sea, para que él sepa que a esas horas tiene que tomar".

6.2.4 Intérpretes ad hoc, a pesar de todo, el recurso más común

La presencia de un familiar, amigo, o miembro de la misma comunidad que acompaña al paciente en la consulta médica para facilitarle la comunicación con el profesional es un hecho cada vez más frecuente, según los entrevistados. En general, en sus comentarios se aprecia el conocimiento de sus riesgos, aunque es un recurso que todos utilizan, ya sea como primera o como última opción. Las profesionales más a favor de este sistema son las de Zaragoza, que acostumbradas a una completa ausencia de comunicación, les parece que el familiar es de gran ayuda. Se observa como una de ellas, va modificando sus respuestas a medida que reflexiona a través de las preguntas planteadas. A la pregunta de "¿crees que la comunicación funciona bien?" responde "sí, yo creo que hombre… con alguna dificultad pero bueno…"; y cuando se le pregunta por la sensación del paciente cuando el intérprete es alguien de su familia o círculo cercano, comienza a dudar cuando se pone en el lugar del paciente: "quizá si es mi hijo no quiero contar determinadas partes por si se asusta, quizá si es mi marido no quiero contar determinadas otras por lo que pudiera afectar a la relación, yo que sé, mil cosas ¿no?". Esta reflexión se da también en la trabajadora social, que afirma que siempre pregunta al paciente si quiere hablar delante de la persona que ha venido y aunque en un principio dice "doy por hecho que si [el paciente] no lo quisiera, no se la traería", inmediatamente añade que "cuando le pregunto puede estar condicionado a que no se atreva a decir que no", concluyendo que es "complicado" (Profesional 4. Página 84). La respuesta de la enfermera de Barcelona clasifica a este tipo de intérpretes en dos grupos "el típico familiar que te dice que no hay problema y que lo entiende muy bien y tal y que luego te pones a explicar y te dice "no, yo ya le explicaré" (…) y después hay determinadas personas que ya de entrada entiendes que es inviable que sirva de traductor, porque ves que no se entiende" (Profesional 6. Página 98). Ella tiene muy claro que el sistema en que el familiar explica al paciente lo acontecido en la consulta al salir de la misma, no le sirve porque "la versión puede ser totalmente diferente".

Dos profesionales coinciden en la duda de si el intérprete ad hoc está transmitiendo el mensaje correctamente y también dos de ellas hablan del aspecto emocional,

> "la intimidad, al fin y al cabo, están contando parcelas de su vida íntima a un desconocido, una persona ajena a ese círculo, y que no tiene tampoco la característica del técnico que les está asistiendo que está sometido al secreto profesional" (Profesional 5. Página 89).

Igualmente se repiten los temas ginecológicos cuando el intérprete es un niño,

> "no tienen el conocimiento suficiente, ni saben de qué estamos hablando… a veces incluso es difícil atinar en el diagnóstico porque los niños no entienden las preguntas que nosotros queremos que transmitan, ni lo que le está diciendo la mujer" (Profesional 5. Página 89).

En general, los entrevistados consideran que un intérprete profesional evita los riesgos surgidos de la falta de profesionalidad y de la implicación emocional, aunque son riesgos que terminan asumiendo.

6.2.5. Aspectos culturales: dieta y religión

Aunque en el centro de salud de Barcelona, la mayor parte de la población inmigrante es de un mismo origen, no llegando a coincidir más de tres nacionalidades, en el centro de salud de la zona rural, por ejemplo, la enfermera llega a enumerar 10 nacionalidades diferentes. Los profesionales sanitarios, en su mayoría conocen únicamente los aspectos culturales básicos de las culturas de sus pacientes. En el caso de respuestas positivas, explican que es por voluntad propia, mediante cursos realizados a partir de una motivación personal, por haber viajado al país de la cultura de origen del paciente, o por la experiencia profesional que con el tiempo, les da las claves culturales de las poblaciones a las que más tratan.

La cuestión más relevante es valorar la importancia que ellos le dan a las diferencias culturales en su trato con el paciente extranjero. En este aspecto no todos coinciden. Un caso particular resulta una de las profesionales del 061, que afirma: “a mí hay una serie de cosas que no me competen, que yo no voy a hacer mejor el tratamiento sabiendo que son pues de una religión o de otra” (Profesional 2. Página 69). El resto de entrevistados están de acuerdo en la utilidad de estos conocimientos: “es importante conocerlas para poder incidir en aquellos aspectos que si no se tienen en cuenta pueden perjudicar la evolución de la enfermedad” (Profesional 8. Página 120), y coinciden en los aspectos culturales que consideran más importantes: la dieta y la religión, especialmente el Ramadán, por su relación con la alimentación. La doctora del Hospital Universitario Ramón y Cajal va más allá y menciona también las diferencias en los recursos sanitarios a los que están acostumbrados, las creencias sobre las enfermedades y las pruebas diagnósticas occidentales, y la importancia que le dan a la salud.

Se observa en las respuestas cierto rechazo a las culturas que con más ímpetu expresan su dolor, por considerar que la intensidad de la queja esconde la intención de exagerar la sensación real para recibir una mayor atención.

> la experiencia me demuestra que son muy, muy, muy exagerados, son muy demandantes, muy, muy demandantes, son muy exagerados y yo creo que no perciben el dinero que cuesta la sanidad, y los otros igual, pero más los sudamericanos. Pero muy mal, pero muy mal, a mí eso no me gusta nada, a mí eso no me gusta nada, alguien les tiene que decir que… en fin, que la sanidad es muy cara, y que no nos pueden engañar, ni exagerar, ni… (Profesional 2. Página 68).

Otro comentario interesante es el de la doctora del Hospital de Barcelona, que ha formado una idea preestablecida sobre la comunidad africana. A partir de su experiencia con un determinado número de pacientes, ha desarrollado una idea sobre la personalidad de todo un continente:

> “los africanos por ejemplo, (…) son personas muy herméticas, son personas… es difícil, no sabes nunca lo que están pensando (…) tienen un cierto orgullo, de que no les gusta que les digan mucho lo que tienen que hacer” (Profesional 7. Página 113).

También hay quién le da importancia al conocimiento de las diferencias culturales entre unos y otros, para establecer una relación de igualdad:

> "si quieres empatizar con el contrario, (…) Si tú te pones en situación de poder, y quieres que te obedezcan, no, pero si quieres establecer otro tipo de relación que te parece más efectiva, por completo" (Profesional 4. Página 85).

6.2.5 Mejorar la comunicación: pacientes que hablen español y profesionales que hablen inglés.

Para que la comunicación triangular sea más efectiva, y en su defecto, la comunicación con el paciente extranjero, las propuestas de mejora de los profesionales sanitarios van dirigidas, por un lado, a los recursos disponibles y en una mínima parte al profesional sanitario, y por otro lado a la contribución del paciente con su integración y el aprendizaje del país de acogida.

Las dos profesionales de Zaragoza están de acuerdo en que, como primera medida, los extranjeros deberían aprender algo de español obligatoriamente: "me parece básico, que una población inmigrante (…) que llega tiene que aprender la lengua" (Profesional 3. Página 77); "¿Y por qué no les obligan un mínimo, un mínimo?" (Profesional 2. Página 69).

Además, las dos mencionan también, como medida para la comunicación con pacientes extranjeros, el aprendizaje de inglés por parte del profesional sanitario, que funcionaría como una lengua franca entre los dos, además de algunos aspectos culturales. Además, una de ellas menciona que sería interesante que a los extranjeros se les proporcionase información sanitaria, particularmente sobre "sus derechos y sus deberes". La médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, no tiene propuestas de mejora porque "la verdad es que yo creo que tal como funcionamos aquí…" y apunta que "es una herramienta que debería de ser como el que tiene una enfermera en la consulta", añadiendo que "yo creo que se requiere mucha más formación al personal sanitario, (…) es decir saber qué tipo de personas van a encontrar, ya no por la patología infecciosa o tropical que pueden no conocer si no… a veces entenderles y ponerte en su lugar, conociendo las diferencias". Por último, en su opinión, "el sistema que tenemos aquí, lo ideal sería que existiese financiación para que hubiese (…) mucho más… (Profesional 1. Página 64). La enfermera de Zaragoza también coincide en la cuestión de la formación al profesional sanitario como medida de cambio, y además habla también de la actitud:

> "no todos los profesionales tienen una actitud abierta respecto al inmigrante, (…), hay quien considera que el inmigrante nos está robando los recursos, y hay quien considera (…) que son ellos los que tienen que aprender el idioma, que son ellos los que tienen que adaptarse a nuestra vida" (Profesional 5. Página 93).

La médica de Barcelona es una de las que aboga por la integración del inmigrante a nuestra cultura, aunque lo plantea como una modificación del recurso de la mediación: "que el mediador pudiera transmitir, al usuario de la salud o de cualquier servicio, la necesidad de implicarse, de hacerse responsable de que tú estás en un país que no es el tuyo, con gente que no es de tu cultura, que no habla tu idioma, si tu plan es quedarte allí, te has de

integrar, o sea, como me he integrado yo [el mediador]" (Profesional 7. Página 114).

Las soluciones propuestas para mejorar esta situación son muy diversas, pero desde luego, casi todos los profesionales (excepto dos profesionales que no mencionan esta medida) hablan, a su manera, de los efectos positivos que aportaría el recurso de la interpretación o mediación, según el caso, si esta fuese eficaz, inmediata y constante, como dice la trabajadora social de Zaragoza, "encontrar a una persona que hable tu idioma, por mucho que tú conozcas la lengua del país en el que estás, no tiene nada que ver" (Profesional 4. Página 86).

6.3 Conclusiones de las entrevistas

En definitiva, la cuestión de la formación del profesional sanitario se menciona en las entrevistas a unos y a otros, lo que nos lleva a suponer que la elaboración de una guía, como material de información para los profesionales sanitarios, pudiera aportar beneficios, considerando que el conocimiento de la profesión y función del intérprete en la consulta, se traduciría en una mejora de la comunicación con el paciente. Varios intérpretes comentan la necesidad de que los profesionales reciban información acerca de cómo trabajar con intérprete para poder colaborar con él. Aunque los profesionales sanitarios aseguran conocer perfectamente su trabajo, las entrevistas a intérpretes muestran que las interrupciones y las conversaciones paralelas son bastante frecuentes. Igualmente, están de acuerdo en que el conocimiento de ciertos aspectos culturales es imprescindible para el trato con pacientes, pero no conciben recibir formación en interculturalidad por su falta de tiempo, lo cuál sugiere que la mediación sea aún más imprescindible.

En el tema de los recursos hay un gran desconcierto: mientras la intérprete de Parla asegura que el software multilingüe para consultas médicas está disponible para todos los centros sanitarios de Madrid, un mediador comenta que nunca se llegó a instalar. La interpretación telefónica, por su parte, se considera un recurso poco útil por su accesibilidad dificultosa cuando los profesionales no la han utilizado nunca, mientras algunos de los que sí han tenido experiencia con ella, hablan maravillas de su servicio. En general, su utilización no se descarta, pero siempre se considera una opción a valorar después del intérprete ad hoc, del que reconocen sus riesgos y limitaciones. Igualmente, aunque depende de cada centro, la mayoría de ellos cuenta con guías multilingües en papel, que son auténticas desconocidas por los profesionales sanitarios.

Algunos profesionales sanitarios perciben la integración del extranjero como una necesidad básica. Aunque para la mayoría de los que conocen la posibilidad de la interpretación para comunicarse con el paciente extranjero, la necesidad más urgente pasa a ser la ampliación y mayor eficiencia de los servicios de interpretación, y la integración del intérprete en el centro. De ello se desprende que la experiencia con intérpretes tiene como resultado la valoración positiva del servicio, y la satisfacción general de los resultados del mismo es aún mayor cuando estos profesionales han recibido información sobre cómo trabajar con los intérpretes y existe una comunicación bidireccional de ambos profesionales.

7. Elaboración de la guía

En la tarea de escoger el contenido de la guía en cuestión, se tuvieron en cuenta los resultados de las tres ramas de la investigación realizada, para hacer énfasis en los elementos más necesarios para el conocimiento del profesional sanitario sobre la consulta plurilingüe y sus recursos.

Las entrevistas demostraron que en los centros en los que los profesionales sanitarios habían sido informados del funcionamiento del servicio de interpretación, ya sea mediante cursos, jornadas o charlas informativas, previamente a la implantación del mismo, el grado de satisfacción general, era considerablemente alto. Concretamente, en el hospital de Madrid, donde esta información previa, incluía hasta observaciones de otras consultas con intérpretes, para conocer la dinámica de la comunicación, los entrevistados, tanto intérprete como doctora, hablaban de la calidad de los intérpretes y la necesidad de sus servicios en el centro.

En los demás casos, se observó una contradicción: Los intérpretes manifestaban la necesidad de que los profesionales sanitarios tuvieran conocimiento, antes de comenzar el trabajo conjunto en la consulta, de la figura del intérprete, sus funciones y sus métodos de trabajo. Paralelamente, los profesionales sanitarios que trabajaban con ellos sin haber recibido formación, no contemplaban esta necesidad, alegando que los intérpretes son profesionales muy capaces, y no existen problemas en la comunicación que facilitan.

Por otro lado, aunque algunos profesionales sanitarios aseguraban conocer el trabajo de los intérpretes, tanto estos últimos, como los resultados de las observaciones hablaban de un funcionamiento mejorable de la comunicación en la consulta, especialmente por el tema de las interrupciones y las conversaciones paralelas, que parecen bastante frecuentes. Igualmente, estaban de acuerdo en que el conocimiento de ciertos aspectos culturales es imprescindible para el trato con estos pacientes, pero no concebían recibir formación en interculturalidad por su falta de tiempo, lo cuál sugiere que la mediación sea aún más imprescindible.

Con el término mediación, nos referimos, como se apunta en el Manual de Atención al Inmigrante, a la labor de “hacer aclaraciones culturales, siempre con el objetivo de que el mensaje llegue tan libre de malentendidos como sea posible y los interlocutores se vean así capacitados para lograr un intercambio fructífero en las situaciones en las que deben comunicarse”. Tenemos la convicción, como ya se apuntó en el apartado 3, de que las funciones del intérprete y del mediador intercultural se solapan continuamente, y que sería un error separar ambos términos de forma permanente. El análisis de guías evidencia una cierta confusión entre estos dos términos: en la guía de Andalucía, por ejemplo, hablan utilizan el término “intérprete” para referirse al acompañante, y en la guía de Galicia, se presenta al mediador intercultural coo un miembro de la comunidad del paciente, cuando un mismo mediador trabaja con un gran número de comunidades que comparten uno o más idiomas. Además, en una de las entrevistas, la confusión vuelve a manifestarse al hablar de que “con un intérprete hay que estar muy alerta para que no se introduzcan mensajes que no se corresponden”. Por ello, en la información que nos

gustaría que llegara a los profesionales sanitarios, se decidió hacer referencia a la profesionalidad de ambas figuras, para tratar de evitar, sobre todo, la infravaloración del intérprete frente al mediador, por la falsa creencia de que el primero no sabrá descifrar sus códigos culturales porque no pertenece a la comunidad del paciente.

En las entrevistas, los intérpretes contaron como, en ocasiones, habían sido rechazados por el profesional sanitario, por el deseo de practicar idiomas con el paciente extranjero, y a nuestro parecer, también por la falta de conocimiento de la situación del paciente extranjero, y de las consecuencias negativas de una comunicación defectuosa entre profesional sanitario y paciente.

Teniendo en cuenta el número de casos en que el intérprete había sido rechazado por el profesional sanitario, consideramos la necesidad de que los profesionales sanitarios conocieran a fondo la figura del profesional de la interpretación y las posibilidades que su labor puede aportar en la consulta plurilingüe. Igualmente, nos pareció importante advertir que los malentendidos en este contexto pueden tener consecuencias muy graves para la salud del paciente, y de que intentar comunicarse con una lengua de la que no se tiene un nivel profesional, es una causa casi segura de malentendido.

Asimismo, las observaciones confirman las respuestas de los entrevistados al afirmar que los profesionales sanitarios no tienen tiempo para mantener una pre o post entrevista con el intérprete. Sin embargo, como dice la guía de Bischoff, y también apunta, a su manera, el Manual de Atención al Inmigrante:

> "Siempre que exista la posibilidad de hacerlo, será de gran utilidad preparar la consulta antes de ver al paciente. Si el intérprete conoce los objetivos de la consulta y el contexto en la que esta tiene lugar (consultas anteriores, características relevantes del paciente, etc.) tendrá más elementos para entender el mensaje que el profesional sanitario quiere transmitir al paciente".

Además, como demuestran los estudios citados en el apartado 1, la pre y post entrevista, pueden minimizar el impacto psicológico y emocional al que se ve expuesto el intérprete médico. Por un lado, conocer con antelación la situación del paciente, le ayudará a prepararse mentalmente, y a preparar también la terminología con la que habrá de trabajar, para poder desempeñar su función lo mejor posible. Por otro lado, mantener una conversación con el profesional sanitario e intercambiar opiniones sobre su intervención y su posible mejora tras la interpretación de la consulta, disminuirá las posibilidades de que el intérprete sufra daños en su salud.

Por tanto, toda interacción entre profesional sanitario e intérprete fuera de la consulta médica, reforzará la relación entre ambos profesionales en pos del correcto funcionamiento de la consulta triangular. Por eso, la guía recomienda al profesional sanitario, especialmente en los casos en que se trate de la primera visita de un paciente, que prevea algo de tiempo antes de la consulta, para hablar con el intérprete y explicarle en qué consistirá la consulta, y si es posible, que trate de intercambiar impresiones con el intérprete después.

Los resultados que arrojaron tanto las entrevistas como las observaciones sobre la cuestión de los aspectos culturales, podrían resumirse en la necesidad

de conocer ciertas cuestiones sobre las costumbres de la cultura de origen del paciente, así como de sus concepciones de la salud y la enfermedad, y la expresión del dolor. Conviene igualmente, junto al conocimiento personal del paciente, ser consciente de las características del sistema sanitario de su país. Esta idea se refuerza en el análisis de guías: el Manual de atención al inmigrante incluye información sobre las características más importantes de cada grupo cultural; la guía de Andalucía detalla las diferencias entre la medicina oriental y la occidental; y sobre la necesidad de que el profesional sanitario desarrolle competencias culturales hablan la guía de BIschoff y la guía editada por la Xunta de Galicia, que dice los siguiente:

> "Se exige del profesional que actúe con una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos culturales asentados donde ejerce, con los conocimientos necesarios para procurar la mejor atención de salud a sus pacientes de diferentes culturas y entendiendo y atendiendo el contexto de la situación sociocultural de estos pacientes".

El conocimiento de estos aspectos evitaría los prejuicios sobre las características propias de una comunidad extranjera, surgidos por los estereotipos o por ideas concebidas a partir de las experiencias aisladas con individuos de esa comunidad. Por ello, en la guía se anima al profesional sanitario a conocer a su paciente, aprovechando si es posible la presencia del intérprete para saber más de su lugar de origen y su situación personal, y evitar así los prejuicios.

Otro hecho que demuestra la mala gestión de la situación de la consulta con paciente no hispanohablante es la jerarquización de los recursos disponibles. Uno de los medios más recurrentes de tratar de comunicarse con el paciente es, como se ha comentado anteriormente, poner en práctica sus competencias lingüísticas en lenguas francas, normalmente inglés y francés, siendo estas, en la mayoría de los casos, de un nivel básico o medio. Las respuestas de las entrevistas ponen de manifiesto por un lado, las quejas de los intérpretes ante esta actitud, que se repite en los profesionales sanitarios, y el reconocimiento de estos de que efectivamente suelen recurrir a sus conocimientos de idiomas para tratar de comunicarse con el paciente extranjero, sin percibir ningún tipo de riesgo en ello.

Igualmente, en la proposición de medidas de mejora, muchos profesionales sanitarios sugirieron la integración del inmigrante en la sociedad española, y sobre todo la adquisición de un nivel mínimo de nuestro idioma. Teniendo en cuenta la especificidad y la importancia de los temas tratados en consulta y de los riesgos derivados de la falta de entendimiento, ambas acciones resultan insuficientes e incluso contraproducentes. La falta de dominio de un idioma, y el hecho de hacer uso de él sin ser consciente del bajo nivel, puede dar lugar a episodios como el de la observación 3, en el que, a causa de un intérprete que decía hablar español pero su nivel no era suficiente, las pruebas médicas tuvieron que ser anuladas y repetirse. Si el nivel insuficiente de español de un paciente extranjero puede desencadenar tales consecuencias, ¿qué nos hace pensar que no es igualmente peligroso el uso del inglés básico como medio de comunicación por parte de un profesional sanitario?

Esta cuestión nos lleva al uso de intérpretes ad hoc como el recurso más utilizado en la comunicación con el paciente alófono. Dado que el nivel de español del acompañante no puede ser certificado in situ, el riesgo al que nos enfrentamos es igual al anteriormente mencionado. Además, entra en juego la implicación emocional de este intérprete en la salud del paciente, y la situación de incomodidad del paciente al estar presente un miembro de su familia, lo que puede derivar en la falta de sinceridad por su parte y en consecuencia, en un diagnóstico o tratamiento erróneo. Esta modalidad de interpretación debería, por tanto, tenerse en cuenta como último recurso, a falta de la interpretación profesional, y siempre tomando todas las precauciones posibles para asegurarse de que la información llega al paciente de forma completa y precisa y de que no se produce ningún malentendido en el intercambio de comunicación. Para ello, como cuenta una de las entrevistadas, y también apunta la guía de la AMMC, en evaluar el nivel de español de este "intérprete" y explicarle que ha de interpretar todo lo que el profesional diga, y no hacer un resumen al final. La información habrá de darse en pequeñas dosis, dejando una pausa entre ellas para que él intercale la traducción oral de cada una, y al terminar, conviene realizar preguntas de comprobación abiertas (del tipo "¿cuántas pastillas ha de tomar?" En lugar de "¿lo ha entendido?"), para asegurarse que la información ha llegado al destinatario.

Las observaciones y las entrevistas nos mostraron la realidad a este respecto: la falta de recursos económicos, de organización general, entre otros factores, hace que el uso de intérpretes ad hoc sea más habitual de lo que fuera deseado. Por tanto, tal y como hace la guía de la AAMC, nos pareció de gran importancia, incluir en las pautas para la comunicación efectiva con el paciente inmigrante algunas indicaciones para el profesional sanitario, que redujeran al mínimo el riesgo de trabajar con estos intérpretes.

En cuanto al recurso de la interpretación telefónica, no parece tener una gran acogida entre los profesionales sanitarios. Los que no la conocen la asocian a un método complicado, que necesita mucho tiempo de preparación, ciertos recursos técnicos y la citación anticipada del paciente. Sin embargo, hoy en día, los avances tecnológicos y humanos en este campo, han permitido que se desarrollen servicios de interpretación telefónica que responden a las necesidades de los usuarios de forma inmediata, sin ningún tipo de previsión y con la simple herramienta de un teléfono móvil. Aún así, en las entrevistas hay quién habiéndolo utilizado no lo considera una herramienta eficiente, aunque se trata siempre de profesionales sanitarios acostumbrados a la interpretación presencial. Evidentemente, no puede aportar los beneficios de un intérprete que puede ver al paciente, observar su lenguaje no verbal y dirigirse a ambos participantes de forma directa, aunque sí aporta muchas ventajas respecto a los intérpretes ad hoc, por ejemplo, que suponen un riesgo mucho mayor. Además la interpretación tiene una disponibilidad inmediata y en cualquier franja horaria para un gran número de idiomas. No todos los centros sanitarios cuentan con esta posibilidad, pero gracias a su bajo coste, es mucho más probable que los centros dispongan o incorporen este medio, que la interpretación presencial; y en muchos casos, cuando el servicio está disponible en el centro, los profesionales no saben que tienen acceso a él. La distancia abismal entre la dificultad de uso que los profesionales asocian a este recurso y lo sencillo que resulta en realidad resultaba alarmante.

Desconocemos si antiguos servicios de interpretación telefónica sí requerían una complicada preparación, como se cuenta en las entrevistas. Lo que está claro es que los profesionales han de conocer el funcionamiento del actual servicio, que únicamente requiere una llamada telefónica en el momento en el que surge la necesidad de interpretación, así que un apartado de la guía se dedica enteramente a las aclaraciones pertinentes sobre este recurso.

Por todo ello, teniendo en cuenta las conclusiones extraídas de las observaciones, las guías analizadas, y las respuestas de intérpretes y profesionales sanitarios en las entrevistas, concluimos que la guía a elaborar había de ser un recurso funcional y por tanto, no demasiado extenso, que resultara práctico y visualmente atractivo, para invitar al profesional sanitario a leerlo y asimilar su contenido sin dificultad. Para ello, se han incluido algunas ilustraciones, y los contenidos principales se han agrupado en cuatro apartados:

1. El paciente extranjero. Por su situación de desplazado, el paciente extranjero posee ciertas características que lo diferencian de un paciente autóctono. La concepción de la salud y la enfermedad de su cultura de origen, la situación del sistema sanitario en su país y su situación social, económica y anímica en el país de acogida, son cuestiones que ayudarán a entender su patología dentro de una situación particular. Aunque en la guía no se incluyen las características de cada cultura, sí se insiste en la necesidad de tener una mente abierta ante la posibilidad de que el paciente no entienda el porqué de ciertas pruebas diagnósticas o tratamientos, y reaccione de forma inesperada. Si se conoce el *background* del paciente será más fácil resolver este tipo de situaciones.

2. La figura del intérprete y su trabajo como facilitador de la comunicación. Como profesional, el intérprete cuenta con una formación y una entidad que le avala, respeta con rigor un código deontológico y necesita ciertas facilidades por parte de los beneficiarios de su trabajo. Los consejos proporcionados al profesional sanitario, pretenden que el trabajo en equipo sea más efectivo.

3. La interpretación telefónica. Uno de los objetivos de este proyecto es fomentar el uso de la interpretación telefónica por encima de los intérpretes ad hoc. Se informa al profesional sanitario de la profesionalidad del intérprete que se encuentra al otro lado de la línea, y especialmente de las facilidades para acceder a este recurso.

4. Intérpretes ad hoc. El acompañante del paciente no garantiza la efectividad de la comunicación en la consulta plurilingüe. El hecho de que la información pase por un intérprete no profesional, conlleva riesgos que es necesario conocer. Los consejos incluidos en este apartado informan al profesional de los riesgos que existen cuando el intérprete no es profesional para tratar de minimizarlos.

Además, la guía incluye un diagrama de flujos con la jerarquización deseable de los recursos disponibles. No solo es importante ser consciente de la existencia de todos los recursos disponibles en el centro de trabajo, que

muchas veces se desconocen, si no también, de en qué orden recurrir a ellos según su utilidad y sus riesgos, y por su puesto, de cómo acceder a cada uno de ellos. Siguiendo las flechas según la situación de cada centro sanitario, se llega al recurso óptimo en cada caso, para la comunicación en consulta con el paciente extranjero.

Es de gran importancia difundir la existencia de estos recursos, así como fomentar su correcta utilización y animar a la comunidad sanitaria a poner en práctica las medidas sugeridas, para hacer frente al nuevo modelo de población y al nuevo modelo de pacientes, puesto que la salud de uno es la salud de todos, y la comunicación es imprescindible para cuidarla.

8. Discusión y retos de futuro

La motivación que llevó a la decisión de investigar y escribir sobre este tema fue un cúmulo de diferentes factores, que llamaban a la necesidad de fomentar el uso de los servicios de interpretación, como medio para mejorar la comunicación con el paciente extranjero. Uno de estos factores fue, tras conocer el funcionamiento de los servicios de interpretación en el ámbito sanitario, gracias al máster de la Universidad de Alcalá, descubrir que los profesionales sanitarios carecían de la información necesaria para acceder a los recursos, incluso cuando estos estaban disponibles en su centro. De ahí surgió la búsqueda de guías que suplieran este desconocimiento, y aunque en Estados Unidos se encontraron guías funcionales sobre el trabajo con intérpretes, ninguna de ellas incluía información sobre el paciente extranjero, su situación y la importancia de los aspectos culturales. Por otro lado, las guías españolas, de gran calidad en cuanto al tratamiento de la información sobre los aspectos culturales y el fenómeno de la inmigración, carecían de la funcionalidad suficiente, para llegar a un público amplio entre los profesionales sanitarios, y servir como herramienta funcional para mejorar así la realidad de la atención sanitaria al paciente extranjero.

Tras analizar los resultados y elaborar el producto final, nos queda evaluar la metodología y las actuaciones, que consideramos han sido las correctas, puesto que la combinación de las tres herramientas de investigación, nos han permitido tener una amplia perspectiva de la realidad: el funcionamiento respecto al inmigrante de centros sanitarios de diferentes ciudades y de diferentes servicios de atención sanitaria. A partir de aquí, gracias a la comparación de resultados fue posible detectar múltiples elementos relevantes para la guía como por ejemplo la existencia de un servicio de interpretación telefónica de fácil acceso, que los profesionales no conocían.

En definitiva, creemos que el producto final, la guía para el profesional sanitario sobre la atención al paciente no hispanohablante, es un recurso de gran utilidad ya que es atractivo, y llamará al profesional a acercarse a él; de fácil lectura, para que pueda asimilar la información sin un gran esfuerzo; y al mismo tiempo contiene la información de mayor necesidad para mejorar la relación con estos pacientes.

Sin embargo, durante todo el proceso que precede a la finalización de este trabajo, se ha detectado la existencia de ciertos fenómenos cuyo análisis e investigación podría resultar interesante para futuros proyectos en la materia:

- La comunidad de origen del intérprete como factor beneficioso o contraproducente para la comodidad del paciente. Uno de los intérpretes habla sobre la confianza que su color de piel ofrece al paciente de su misma raza

> “los pacientes africanos, es algo que yo podría decir que es algo cultural, cuando le atiende un traductor-intérprete del mismo color, de la misma zona de origen como ellos, se sienten muy en confianza, se abren más, hablando sus problemas con el médico, pero con una persona extranjera, una persona de color blanco, una persona europea por ejemplo, hay más problemas culturales, a veces tienen miedo de abrirse a un desconocido”.

Sin embargo, esa proximidad con el intérprete, al ser un miembro de la misma comunidad, también puede ser un factor negativo. Se plantean dos hipótesis: por un lado, el hecho de que el intérprete pueda conocer a su familia o amigos, puede hacer que desconfíen más de él, y se sientan más inseguros; y por otro lado, podría sentirse juzgado por los parámetros de su cultura que no respeten su decisión de ponerse en manos de profesionales sanitarios que no coinciden con sus principios religiosos o culturales. Para confirmar o rechazar las hipótesis, harían falta nuevas entrevistas a intérpretes y quizá también a los propios pacientes.

- Varios de los profesionales sanitarios entrevistados en Barcelona, donde el profesional que facilita la comunicación con el paciente se denomina “mediador intercultural”, se refieren al intérprete como una figura con menos profesionalidad, por algún motivo la infravaloran con respecto a la del mediador. Habría que investigar esta cuestión para descubrir si se trata simplemente del desconocimiento de esta figura, si en algún momento han recibido información errónea en este sentido, o si la causa está en la falsa creencia de que los mediadores culturales son más eficientes porque pertenecen a la comunidad del paciente.

- Respecto a las actitudes xenófobas de los profesionales sanitarios, las respuestas de los intérpretes son un tanto confusas, algunos afirman que existen, pero no dan ejemplos concretos, o más tarde añaden que fue algo que presenció otra persona. Una de las intérpretes añade que no se manifiestan en forma de comentarios pero sí con actitudes, aunque especifica: “no quiero comentar”. Sería conveniente investigar más a fondo la existencia de estas actitudes y, si las hay, en qué consisten. En el caso de que fuera necesario, para erradicarlas, haría falta una campaña de sensibilización o una formación específicamente dirigida a ello. Aunque en la guía podemos tratar de evitar los prejuicios, un problema como este, si es que lo hay, precisa otras formas de intervención.

- Teniendo en cuenta que la gestión de los recursos es diferente en cada lugar de trabajo, creemos que sería de gran utilidad, la elaboración de material específico para los centros de un área de salud concreta. En él podría incluirse el número de intérpretes disponibles en el centro y sus lenguas de trabajo, si es que los hay, o el circuito a seguir para solicitarlos. Igualmente, el número indicado para acceder al servicio de interpretación telefónica funciona para los casos en los que este está contratado directamente con la administración pública, pero también existen centros privados o concertados en los que, si han contratado una empresa privada, pueden tener otras vías de acceso como teléfonos móviles específicos para este uso. Sería de gran utilidad crear algún tipo de folleto de información dedicado al acceso a los recursos de cada centro o área de salud.

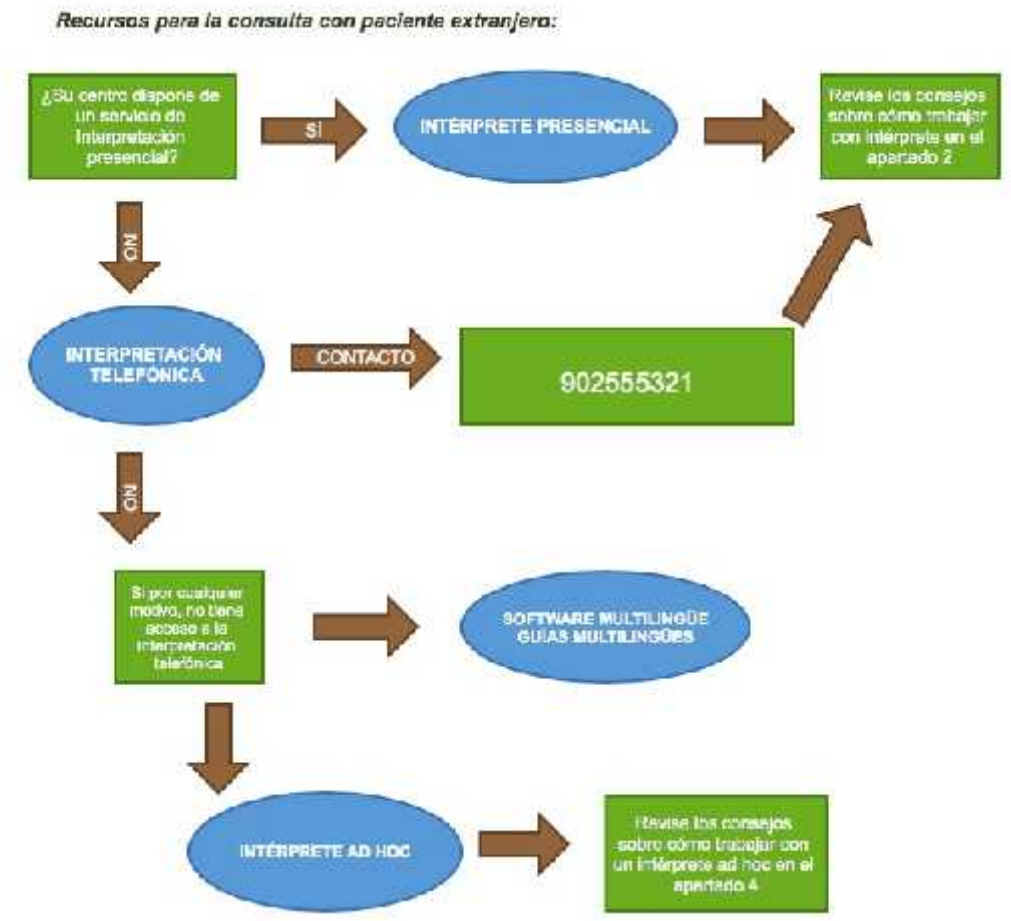
Dejando de un lado estas cuestiones, los retos que ahora se plantean son las vías de difusión de esta guía. Por ello, su publicación en la revista Panacea es un pequeño paso para darla a conocer, y cualquier otro medio de difusión será bienvenido, puesto que sin duda, la primera intención de acercar las figuras del profesional sanitario y el paciente extranjero, y mejorar su relación respetando

sus diferencias, se ha materializado en esta guía, y nuestro mayor deseo es que cumpla la función para la que fue elaborada.

GUÍA PARA EL PROFESIONAL SANITARIO

Pautas para la comunicación efectiva con el paciente extranjero: estrategias y recursos

Para escoger el recurso más adecuado según las posibilidades de su centro, siga las instrucciones del siguiente diagrama:



1. EL PACIENTE EXTRANJERO

Si las características personales de cada paciente determinan un trato específico para cada caso, el paciente extranjero posee unas características particulares que, conocidas de antemano, pueden ayudarle en gran medida en el desarrollo de su trabajo.

La diferencia más básica con el paciente autóctono es su situación de desplazado, situación que puede deberse a un período vacacional, una residencia temporal o una residencia definitiva. En el primer caso, los extranjeros son turistas, su estado de salud suele ser bueno, y el regreso a su país, sus costumbres y su situación de confort y seguridad se encuentra en las predicciones de un futuro a corto plazo. Sin embargo, cuando la situación de desplazado se alarga en el tiempo, lleva consigo la experiencia del duelo. Es posible que su paciente esté pasando por el periodo de duelo, lo que conlleva el sufrimiento por las personas, la cultura, la lengua y otros elementos con los que tenía un fuerte vínculo afectivo, y que ha tenido que dejar atrás. El solo hecho de estar lejos de su familia puede producir sentimientos de soledad, abandono, culpa o miedo al futuro y provocar estados de ansiedad. Si además, la migración se ha producido en circunstancias dificultosas, como suele pasar con los inmigrantes extracomunitarios, y en el país de acogida, la integración no le resulta fácil por las condiciones económicas, la situación de exclusión social o de explotación laboral, es probable que habite una vivienda en condiciones poco higiénicas y que su alimentación sea insuficiente o inadecuada. En estos casos, son muy comunes los problemas respiratorios, digestivos y dermatológicos.

Hay que tener en cuenta que al llegar aquí, una gran mayoría de los migrantes pierden estatus social: en su país eran médicos o profesores, y los trabajos no cualificados a los que pueden acceder en su nueva vida, hace que sus expectativas personales y laborales

se vean truncadas. El fracaso del proyecto migratorio, entre otros factores, puede desencadenar el llamado “síndrome de Ulises”, que puede dar lugar a expresiones sintomáticas como tristeza, llanto, irritabilidad, cambios de humor, insomnio, cefaleas y desajustes fisiológicos desde dolores gástricos hasta amenorrea o hipertensión.

Además, el alto índice de accidentes laborales y las enfermedades asociadas a la situación de irregularidad en la que trabajan, hace que sus problemas de salud se acentúen todavía más.

Para establecer una relación de confianza en la consulta, intente conocer a la persona a la que va a tratar, averiguar cuál es su situación vital, cuál es su red social de apoyo, cómo ha sido su proceso migratorio, qué parte de su familia se quedó en su país… Y en cualquier caso, no se sorprenda ante las posibles reacciones negativas que el paciente tenga al conocer una noticia o una información concreta. Puede ser que una expresión determinada no tenga para él el mismo significado que en nuestra cultura se le asocia.

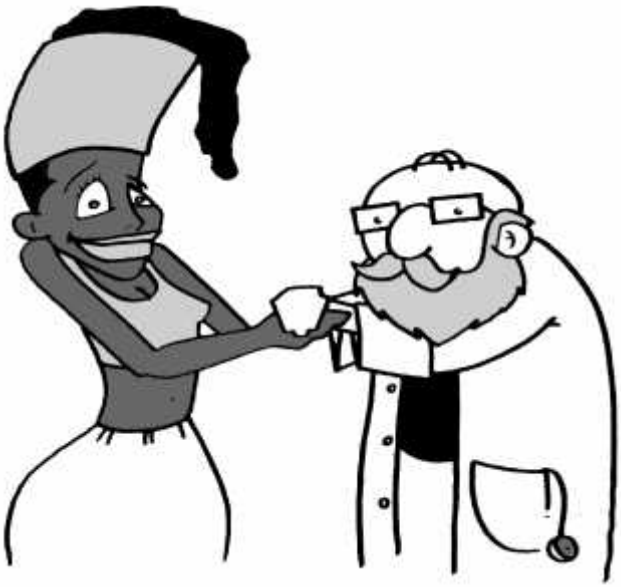
Si tiene intención de solicitar un intérprete presencial o telefónico, asegúrese de conocer también la lengua o el dialecto que habla. Pregúntele directamente, y si no entiende la lengua a la que se refiere, puede enseñarle imágenes con diferentes banderas de países y qué él señale la suya, para después informarse muy bien de qué idiomas se hablan en ese país. Muchas veces los pacientes no hablan la lengua oficial del país, si no un dialecto o una lengua minoritaria. La cuestión del idioma es importante, ya que una confusión podría causar problemas tanto al intérprete, como a su relación con el paciente.

Tenga en cuenta también que cada cultura tiene una forma diferente de entender la salud y la enfermedad, y puede que el paciente extranjero no entienda sus explicaciones. La medicina occidental no es mejor ni peor que los métodos a los que el paciente esté acostumbrado, intente no infravalorar sus métodos sanitarios, pero explicándole que el sistema sanitario que le ofrece es el recurso con el que contamos aquí y que es el único que tenemos para ayudarle. Tenga paciencia y utilice un lenguaje simple para explicarle qué es lo que le ocurre.

Tampoco la concepción del dolor y el sufrimiento es la misma para todas las culturas, y especialmente la forma de expresar ese dolor variará para cada paciente. Esta expresión no puede actuar como indicador para establecer un diagnóstico.

Es posible que el tratamiento que le prescriba no se ajuste a su alimentación o a su modo de vida. Si el paciente no se siente cómodo tomándolo, se corre el riesgo de que por decisión propia abandone el tratamiento, incluso sin comentárselo, y de provocar así un problema de salud pública. Es necesario intentar adaptar el tratamiento a sus restricciones, para conseguir que ellos también puedan adaptarse a él. Es una cuestión de llegar a un acuerdo. Por ejemplo, durante el Ramadán prescriba, si es posible, un tratamiento que pueda tomarse cada 12 o 24 horas en lugar de cada ocho.

El conocimiento de todos estos datos le ayudará a establecer un diagnóstico preciso y aplicar un tratamiento adecuado a sus características y su modo de vida.



2. ¿QUIÉN ES EL INTÉRPRETE? ¿CÓMO TRABAJAR CON ÉL?

El intérprete es un profesional de las lenguas, con formación específica en las técnicas de traducción e interpretación y en el ámbito sanitario, que además conoce la cultura de origen de su paciente y el funcionamiento del sistema sanitario local. Su trabajo consiste en facilitar la comunicación entre usted y su paciente, y crear un clima de confianza y respeto mutuo, que le ayude a establecer una relación con el paciente extranjero en la que la lengua y las diferencias culturales no sean un obstáculo.

Dependiendo del lugar, se les llama mediadores interculturales en lugar de intérpretes, pero en su interacción con él, los consejos a seguir son los mismos, con independencia del quién realice la labor de facilitar la comunicación.

Sus competencias en la gestión de la comunicación han sido entrenadas para servir de puente entre dos personas separadas por la incomprensión, en ningún caso el intérprete resultará un obstáculo ni una intromisión. Puede confiar en la calidad de su trabajo y delegar en él la gestión de la comunicación, cuando en alguna ocasión le pida que haga una pausa en su intervención o que repita algún concepto, por ejemplo.

Ha de saber que uno de los principios de su código deontológico es la imparcialidad. El intérprete no es un ayudante del paciente, como tampoco lo es del profesional sanitario. Su trabajo es precisamente hacer que las dos partes se encuentren en un punto común.

Asimismo, es su obligación respetar la confidencialidad de ambos, de manera que puede confiar en su discreción.

A continuación, encontrará algunos consejos para trabajar con el intérprete de manera eficiente:

1. En primer lugar, el intérprete profesional ha de ser aceptado por el paciente. Si este insiste en que prefiere que su acompañante haga de intérprete, puede advertirle que la confidencialidad no está garantizada y que usted no se hace responsable de los posibles errores de comunicación en la consulta.

2. Pídale al intérprete que se presente, si no lo hace, y que explique brevemente en qué consiste su trabajo. Preséntelo, si no lo hace él, también al intérprete, de forma que el paciente sienta que el intérprete es alguien en quien usted confía.

3. Diríjase directamente al paciente, evitando las construcciones como «dígale que…» o «pregúntele si…», y establezca también contacto visual directo con él. Haga como si el intérprete no estuviera, esto acelerará el ritmo de la consulta y fortalecerá la relación con su paciente.

4. Si su nivel de la lengua del paciente, o de una lengua franca como el inglés no es un nivel profesional, evite utilizarlo para comunicarse con el paciente. Podrían producirse malentendidos, fáciles de evitar gracias al intérprete profesional.

5. Es muy recomendable mantener una entrevista con el intérprete, previa a la consulta médica. El problema médico que se tratará en consulta podría afectar a esta tercera persona, la pre-entrevista le permitirá prepararse para ello, y evitar el impacto psicológico y emocional. Además, también es conveniente para él preparar el vocabulario especializado con el que ha de trabajar.

6. Intente que sus intervenciones no sean demasiado largas, para que el intérprete procese la información que usted le ha dado y la traslade al paciente de forma precisa. Después, deje que termine su intervención sin interrumpirle.

7. En ocasiones, percibirá que la intervención en el otro idioma es más larga que la suya, es normal. A veces la lengua del paciente requiere explicaciones mucho más extensas para conceptos que el español expresa con una palabra. Tenga paciencia, si la interpretación toma su tiempo es porque el tema lo requiere.

8. Procure evitar mantener conversaciones con otra persona presente en la sala, el intérprete necesita concentración para procesar la información y trasladarla al paciente. Es decisión del intérprete traducir o no esta conversación, o puede simplemente indicarle al paciente que hay una conversación paralela sobre un tema no relacionado con él. En cualquier caso, la incomprensión de las palabras puede crear desconfianza.

9.Igualmente, procure evitar mantener conversaciones con el intérprete, dejando al paciente fuera de la conversación.

10. Para facilitar la comunicación, sustituya los términos demasiado especializados por otros más comunes, cuando los haya. Tenga en cuenta que a pesar de los conocimientos médicos del intérprete, no cuenta con la misma formación que usted, y su labor consiste en hacer que el paciente comprenda sus explicaciones.

11.Si necesita realizar una exploración al paciente, pídale al intérprete que se quede detrás del biombo. Esto reforzará la idea positiva que el paciente tenga sobre usted, al ver que vela por el respeto de su intimidad.

12. Al terminar, compruebe que el paciente ha comprendido sus instrucciones, hágale repetirlas a través del intérprete. Esto reconfortará al paciente, sentirá que realmente se interesa por su salud.

13. Aproveche la presencia del intérprete para conocer más acerca del paciente e invítele a él a plantear todas las dudas que tenga. De esta manera, se creará el clima de confianza deseado.

14. Ha de saber, que el código profesional del intérprete le obliga a traducir todo lo que se diga, evite realizar comentarios que no quiera que lleguen al paciente.

15. El intérprete forma parte del equipo creado para el buen funcionamiento de la consulta, cuente con él para comentar impresiones y preguntarle dudas acerca de la cultura del paciente, por ejemplo.

3. LA INTERPRETACIÓN TELEFÓNICA

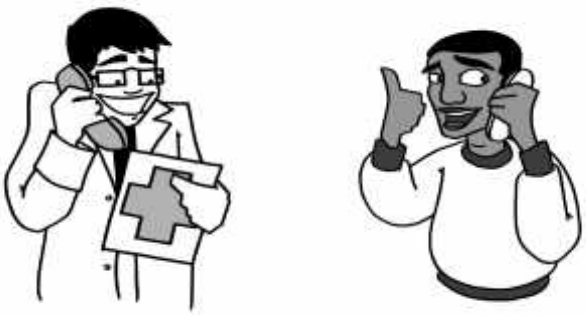
Cuando el paciente no hable su idioma, y no pueda contar con un intérprete presencial, un recurso muy útil es la interpretación telefónica. Mediante un teléfono con dos auriculares, o un simple teléfono móvil con la opción de manos libres, un intérprete profesional al otro lado de la línea puede realizar la labor de traducir al paciente lo que usted quiere decirle, y hacerle a usted entender lo que el paciente quiere expresar. Normalmente, los servicios de interpretación telefónica funcionan de forma inmediata, puede encontrar un intérprete en el momento en que surja la necesidad, las 24 horas del día.

Se trata de una situación más complicada, ya que el intérprete, al no estar presente, no percibe los gestos y las expresiones del paciente. Sin embargo, los intérpretes son profesionales muy cualificados y, acostumbrados a esta situación, son capaces de trasladar el mensaje de un idioma a otro y establecer la comunicación y la comprensión entre los interlocutores. La profesionalidad del intérprete hace que este recurso sea mucho más seguro y eficiente que utilizar como intérprete a un acompañante del paciente.

Puede acceder a un intérprete telefónico marcando el siguiente número de teléfono:

902 555 321

Indique su centro y el idioma que necesita, y en unos instantes el intérprete entrará en la conversación



4. INTÉRPRETES AD HOC: PRECAUCIÓN

Cuando no existen opciones de interpretación profesional, en ocasiones el paciente viene acompañado de un familiar o una persona cercana para que esta facilite la comunicación. En estos casos, hay que tener en cuenta que no hay ninguna garantía de que la información llegue al paciente en la cantidad y la calidad deseables, y es preciso tomar algunas medidas de prevención para que esta solución no termine causando malentendidos:

1. Evalúe primero el dominio del idioma del intérprete, hágale preguntas sencillas primero, y más específicas con vocabulario médico después, así podrá valorar hasta qué punto su actuación puede conllevar riesgos.

2. A veces la intención del intérprete es escuchar las explicaciones e instrucciones del profesional sanitario, y hacerle un resumen al paciente al salir de la consulta. Este método no suele funcionar, es difícil que el total de la información llegue a su destinatario. Explíquele que ha de traducir cada fragmento que usted diga. Haga una intervención corta e indíquele que es el momento de que él transmita el mensaje al paciente.

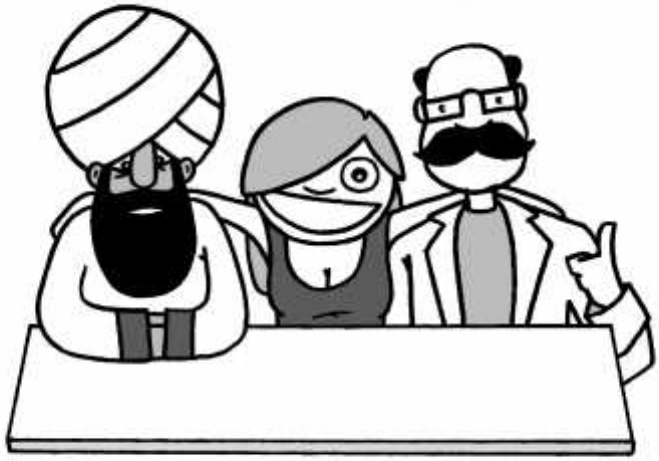
3. Es importante conocer la relación entre el paciente y el intérprete. Es posible que no sean más que conocidos y el paciente no sea sincero por miedo a la falta de confidencialidad de esta persona. También es posible que la cercanía de la relación con el intérprete haga que el paciente se sienta cohibido y no sea completamente sincero. Hay muchos temas tabú, que el paciente no es capaz de hablar delante de su pareja o su hijo, por ejemplo. Pregúntele al intérprete y fíjese en los gestos del paciente, para evaluar su comodidad.

4. Especial atención merecen las pacientes musulmanas acompañadas por sus maridos. Es posible que, por una cuestión cultural, sea el marido quien tome las decisiones, sobre todo cuando hablamos de temas ginecológicos. En estos casos, el intérprete profesional es aún más necesario, puesto que es la única manera de mantener una entrevista con la paciente y conocer sus verdaderas impresiones sobre su salud y su enfermedad.

5. Igualmente, los casos en que un menor hace las veces de intérprete son especialmente complicados. Es muy probable que el niño no comprenda y no tenga la madurez suficiente para tratar ciertos temas médicos, y por tanto, no sepa traducir sus intervenciones. Además, en estos casos el niño tendrá que faltar a la escuela para acudir a la consulta. Se desaconseja encarecidamente el uso de menores como intérpretes ad hoc.

6. En cualquier caso, siempre compruebe la comprensión del paciente mediante preguntas abiertas sobre la información que le ha dado. Por ejemplo, «¿cuántas pastillas ha de tomarse?» en lugar de «¿lo ha entendido?». Asegúrese de que es el paciente quien responde, y no el intérprete.

7. Puede acompañar sus intervenciones de gestos, teniendo en cuenta que el lenguaje gestual es diferente en cada cultura, para aumentar las posibilidades de comprensión por parte del paciente y su acompañante. Los dibujos sencillos para ciertas instrucciones también pueden aclarar la información, y si los conservan, hacer que la recuerde.



BIBLIOGRAFÍA

- Abril Martí, M. I. y Martin, A. (2011) *La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes*. En F. J. García Castaño y N. Kressova. (Coords.). Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Granada: Instituto de Migraciones pp. 1521-1534.

- Abril Martí, M. I. (2006) *La Interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Tesis Doctoral. Granada: Editor de la Universidad de Granada.

- Acinas, M.P. (2012) *Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos* en *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4.

- Alonso Barbarro, A. (2009) *Manual de atención al inmigrante*. Majadahonda (Madrid): ERGON

- Antonin Martin, M (2009) *La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña*. Tesis Doctoral. Tarragona

- Association of American Medical Colleges. (2008) *Guidelines for Use of Medical Interpreter Services*. Washington D.C.

- Atxotegui, Joseba (2000) *Los duelos de la inmigración: una aproximación psicopatológica y psicosocial*. Comunicación al II Congreso sobre la inmigración en España: *España y las migraciones internacionales en el cambio de siglo*. Madrid, 5-7 de octubre de 2000. Itto. Ortega y Gasset e Itto. De Estudios sobre las Migraciones.

- Baraza Cano, M. P. et al. (2007) *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Sevilla: Junta de Andalucía y Consejería de Salud.

- Bischoff A. et al. (2009) *En otras palabras. Guía para la consulta médica intercultural. Comunicación a través de un intérprete en los servicios de salud.* Ginebra: Hôpitaux Universitaires de Genève.

- Casal Rodríguez, B. et al. (2008) *Atención sanitaria y nuevas necesidades poblacionales: inmigración y demanda*. Xunta de Galicia y Servicio Galego de Saúde.

- Corbetta, P. (2007) *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.

- González Calvo, V. (2005) *El duelo migratorio*. En *Revista de Trabajo Social*, 7. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Jiménez Salcedo, J. (2008) *Traducción–interpretación en los servicios públicos en Quebec: ¿Un modelo para Andalucía?* Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, Junta de Andalucía.

- La Greca Saint Esteven (2012) *Interpretación en el ámbito sanitario: preparación previa del personal médico.* Universidad de Salamanca. Trabajo de Fin de Grado.

- Perez Serrano, G. (1998) *Técnicas cualitativas de investigación*. Madrid: La muralla S.A.

- Ruiz Mezcua, A. (2010) *La enseñanza de la interpretación social en el contexto biosanitario: la preparación psicológica del intérprete médico* en Trans. Revista de traductología, 14.

- Valero Garcés, C. (2006) *El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos. Un factor a tener en cuenta* en *Quaderns. Revista de traducció,* 13.

Páginas web consultadas y documentos disponibles en la red

- Asociación Internacional de Intérpretes Médicos (IMIA) y Education Development Center (EDC) (2007) *Estándares para la práctica de la interpretación médica*. http://www.imiaweb.org/uploads/pages/102_4..pdf [consulta: 03/06/2014]

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) (http://www.cnrha.msssi.gob.es/bioetica/pdf/declaracion_Univ_Derechos_Humanos.pdf) [consulta: 14/05/2014]

- InDemand Interpreting. *Guide to Medical Interpretive Solutions*. http://web.indemandinterpreting.com/wp-content/uploads/2013/03/Guide-to-Medical-Interpretive-Solutions.pdf [consulta: 29/03/2014]

- INE. Notas de prensa. Cifras de población a 1 de enero de 2013 – Estadística de Migraciones 2012. http://www.ine.es/prensa/np788.pdf [consulta: 30/05/2014]

- Kojo Arhinful, D et al. (1996) *Chapter 5: Structured observational method* en *How to use applied qualitative methods to design drug use interventions.* http://www.inrud.org/documents/upload/How_to_Use_Applied_Qualitative_Methods.pdf [consulta: 11/07/2014]

- Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre (modificación de la Ley de Extranjería (4/2000 de 11 de enero) https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544&b=18&tn=1&p=20000112#a12 [consulta: 14/05/2014]

- Ley de Extranjería (4/2000 de 11 de enero) https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544&p=20131226&tn=0 [consulta: 14/05/2014]

- Navaza B, Estévez L, Serrano J. (2009) "Saque la lengua, por favor. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España". Panacea; 10 (30): 141-156. http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf [consulta: 20/04/2014]

- Observatorio de la Red Social CÁRITAS Española. La situación social de los inmigrantes acompañados por Cáritas. Informe de 2012. http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.caritas.es%2FAdjuntoNoticiaDownload.aspx%3FId%3D147&ei=tw7_U_yaBYHXapbYgBA&usg=AFQjCNGauGGEYe41eClEBvVbxLb7k_vgFg&bvm=bv.74035653,d.d2s [consulta: 30/05/2014]