



Universidad
de Alcalá

**¿EQUILIBRIO DE PODERES ENTRE EL INTÉRPRETE Y
EL PROFESIONAL SANITARIO?: ANÁLISIS DE LA
SITUACIÓN Y PROPUESTA DE FORMACIÓN**

***BALANCE OF POWER BETWEEN THE INTERPRETER
AND THE HEALTHCARE PROFESSIONAL?: ANALYSIS
OF THE SITUATION AND TRAINING PROPOSAL***

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

Presentado por:

D^a ELENA PÉREZ ESTEVAN

Dirigido por:

Dra. D^a CARMEN VALERO GARCÉS

Alcalá de Henares, a 1 de Junio de 2015

Queda prohibida la reproducción de parte o del total de este trabajo sin el permiso de la autora.

Únicamente se permite la reproducción de parte del trabajo si se cita a la autora como tal junto a cada fragmento del texto.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo es fruto de un esfuerzo en el que tanto directa como indirectamente han participado muchas personas.

Por su dedicación, interés, seguimiento, ayuda, correcciones, comentarios y mejoras, en definitiva, por su guía durante todo el periodo de elaboración del presente trabajo, me gustaría reconocer el mérito de la catedrática Dña. Carmen Valero Garcés.

Agradezco también a todos los colectivos (profesionales sanitarios e intérpretes) y a las distintas asociaciones, grupos de investigación, universidades, instituciones y hospitales que hayan aceptado realizar las encuestas y las entrevistas para contribuir a que este trabajo pudiese ver la luz y llegar a buen puerto.

Son de agradecer igualmente los ánimos y la tranquilidad para seguir adelante y culminar esta etapa que mi madre y mi pareja me han proporcionado día a día, así como la fuerza para continuar que mi hermana y mi padre me han enviado desde el cielo. A todos ellos, gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Justificación y objetivos del trabajo.....	10
1.2 Hipótesis de trabajo	11
1.3 Fuentes	12
1.4 Estructura	12
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 Conceptos teóricos	13
2.2 Aspectos legales de la traducción e interpretación médica.....	17
2.3 Estudios teóricos sobre los roles del intérprete médico	21
2.4 Etapas de la entrevista clínica	27
2.5 Problemas en la actualidad en los encuentros bilingües	32
3. METODOLOGÍA Y MATERIALES	34
3.1 Enfoque metodológico	34
3.2 Colectivos encuestados	34
3.2.1 Colectivo entrevistado y seguimiento.....	35
3.2.2 Descripción de los informantes.....	35
3.3 Distribución de las encuestas y realización del seguimiento	36
3.4 Diseño de la tabla de seguimiento y preguntas para la entrevista	37
3.5 Diseño y contenido de las encuestas	37
3.6 Recogida y análisis de los datos.....	38
4. ANÁLISIS	38
4.1 Estudio observacional, descriptivo con seguimiento	38
4.1.1 Problemas actuales en consultas interpretadas	39
4.1.2 Encuentros extra rutinarios	41
4.2 Estudio de caso	45
4.2.1 Modo de comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes extranjeros.....	45
4.2.2 Directrices y protocolos	51
4.2.3 Legislación.....	55
4.2.3.1 Documentación traducida: consentimientos informados	56
4.2.4 Roles del intérprete	57
4.2.4.1 Síntesis de las respuestas de los intérpretes profesionales.....	58
4.2.4.2 Síntesis de las respuestas de los profesionales sanitarios	66
4.2.4.3 Percepción de las tareas del intérprete por parte de los profesionales sanitarios	67
4.2.5 Etapas.....	69
4.2.6 Código deontológico.....	71
4.2.7 Visibilidad.....	72
4.2.8 Equilibrio	77
4.2.9 Trabajo en equipo: profesionales sanitarios junto con intérpretes.....	78
5. CONCLUSIONES	81
6. PROPUESTA DE FORMACIÓN	83

7. PROPUESTAS PARA UNA INVESTIGACIÓN FUTURA	87
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
9. WEBGRAFÍA	93
10. ANEXOS	95
10.1 Anexo 1: Tabla de seguimiento y preguntas para la entrevista	95
10.2 Anexo 2: Encuesta profesionales sanitarios.....	99
10.3 Anexo 3: Encuesta intérpretes profesionales	104
10.4 Anexo 4: Seguimiento y respuestas de la entrevista al intérprete 1	108
10.5 Anexo 5: Seguimiento y respuestas de la entrevista al intérprete 2.....	111
10.6 Anexo 6: Seguimiento y respuestas de la entrevista al intérprete 3.....	114
10.7 Anexo 7: Seguimiento y respuestas de la entrevista al intérprete 4	117
10.8 Anexo 8: Seguimiento y respuestas de la entrevista al intérprete 5.....	120
10.9 Anexo 9: Seguimiento y respuestas de la entrevista al intérprete 6.....	123
10.10 Anexo 10: Respuestas de la encuesta a los intérpretes profesionales	126
10.11 Anexo 11: Respuestas de la encuesta a los profesionales sanitarios	150

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resumen de las respuestas a posibles problemas	40
Tabla 2: Respuestas pregunta 1 entrevista intérpretes	42
Tabla 3: Respuestas pregunta 1 profesionales sanitarios	46
Tabla 4: Respuestas pregunta 4 profesionales sanitarios	51
Tabla 5: Respuestas pregunta 1 intérpretes profesionales	52
Tabla 6: Respuestas pregunta 1b intérpretes profesionales	53
Tabla 7: Respuestas pregunta 2 intérpretes profesionales	53
Tabla 8: Respuestas pregunta 2b intérpretes profesionales	53
Tabla 9: Respuestas pregunta 8 profesionales sanitarios	57
Tabla 10: Respuestas pregunta 4 intérpretes profesionales	57
Tabla 11: Respuestas pregunta 15 profesionales sanitarios	71
Tabla 12: Respuestas pregunta 13 profesionales sanitarios	74
Tabla 13: Respuestas pregunta 16 profesionales sanitarios	74
Tabla 14: Respuestas pregunta 13 intérpretes profesionales	74
Tabla 15: Respuestas pregunta 17 profesionales sanitarios	76
Tabla 16: Respuestas pregunta 14 profesionales sanitarios	76
Tabla 17: Respuestas pregunta 8 intérpretes profesionales	77
Tabla 18: Respuestas pregunta 18 profesionales sanitarios	77
Tabla 19: Respuestas pregunta 15 profesionales sanitarios	77
Tabla 20: Respuestas pregunta 19 profesionales sanitarios	78
Tabla 21: Respuestas pregunta 16 intérpretes profesionales	79
Tabla 22: Respuestas pregunta 19 profesionales sanitarios y 16 intérpretes profesionales	80

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Posibles problemas	41
Gráfico 2: Temas en los encuentros extra rutinarios	43
Gráfico 3: Respuestas pregunta 10 entrevista intérpretes	44
Gráfico 4: Modo de comunicación	46
Gráfico 5: Comunicación sin intérpretes	48
Gráfico 6: Comunicación con intérpretes <i>ad hoc</i>	50
Gráfico 7: Respuestas de los profesionales sanitarios	54
Gráfico 8: Respuestas de los intérpretes profesionales	54
Gráfico 9: Fase de presentación según los profesionales sanitarios	55
Gráfico 10: Fase de presentación según los intérpretes profesionales	55
Gráfico 11: Respuestas sobre los consentimientos informados	57
Gráfico 12: Respuestas pregunta 15 profesionales sanitarios	72
Gráfico 13: Resumen tablas 13 y 14	75
Gráfico 14: Resumen tablas 15 y 16	76
Gráfico 15: Resumen tablas 18 y 19	77
Gráfico 16: Resumen tablas 20 y 21	79

Gráfico 17: Respuestas profesionales sanitarios.....	80
Gráfico 18: Respuestas intérpretes profesionales	80

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Respuestas pregunta 5 profesionales sanitarios.....	47
Figura 2: Respuestas pregunta 2 profesionales sanitarios.....	48
Figura 3: Respuestas pregunta 3 profesionales sanitarios.....	49
Figura 4: Respuestas pregunta 6 profesionales sanitarios.....	51
Figura 5: Respuestas pregunta 7 profesionales sanitarios.....	55
Figura 6: Respuestas pregunta 3 intérpretes profesionales	56
Figura 7: Respuestas pregunta 5 intérpretes profesionales	59
Figura 8: Respuestas pregunta 6 intérpretes profesionales	60
Figura 9: Respuestas pregunta 7 intérpretes profesionales	61
Figura 10: Respuestas pregunta 9 intérpretes profesionales	62
Figura 11: Respuestas pregunta 10 intérpretes profesionales	64
Figura 12: Respuestas pregunta 11 intérpretes profesionales	65
Figura 13: Respuestas pregunta 9 profesionales sanitarios.....	66
Figura 14: Respuestas pregunta 10 profesionales sanitarios.....	67
Figura 15: Respuestas pregunta 11 profesionales sanitarios.....	69
Figura 16: Respuestas pregunta 12 profesionales sanitarios.....	69
Figura 17: Respuestas pregunta 14 profesionales sanitarios.....	70
Figura 18: Respuestas pregunta 12 intérpretes profesionales	72

RESUMEN – ABSTRACT

<p>Resumen: La llegada masiva de población extranjera en las últimas décadas, ha dado lugar a un nuevo colectivo que acude a los centros sanitarios.</p> <p>El presente trabajo tiene como objetivo el confirmar la hipótesis de que una fase de contacto previa o encuentro extra rutinario entre el intérprete y el profesional sanitario contribuye a una mejora de los resultados en la interpretación en la consulta y una mayor calidad. Para ello, se estudian factores clave: la comunicación, los roles, el código deontológico, la legislación, las etapas de la entrevista clínica y la visibilidad del intérprete.</p> <p>Hemos llevado a cabo un estudio observacional, descriptivo con seguimiento y un estudio de caso para conocer las opiniones y las sensaciones tanto del colectivo de intérpretes profesionales y de profesionales sanitarios.</p> <p>Por último, los resultados confirman la hipótesis de la necesidad de un encuentro previo.</p> <p>En este sentido, podríamos decir que el ámbito de la interpretación en medicina constituye un sector en crecimiento y dada la escasez de estudios sobre estos factores, es aquí donde se engloba el presente estudio.</p> <p>Palabras clave: comunicación, interpretación sanitaria, estudio descriptivo, visibilidad, figura/papel del intérprete.</p>	<p>Abstract: The massive arrival of foreign people in the last decades also meant a new group of people that need healthcare.</p> <p>The aim of this paper is to ensure the hypothesis of that a previous interpreter-doctor contact or an out of the routine encounter contributes to improve interpreting services during the consultation and it enhances better quality. To that end, some key factors such as communication, roles, codes of ethics, law, clinical interview stages and visibility of the interpreter are studied in this research work.</p> <p>We have carried out an observational, descriptive and follow-up study and a case study to discover the opinions and feelings of professional interpreters and healthcare professionals.</p> <p>Finally, the hypothesis of the previous encounter is confirmed with the research results.</p> <p>In this sense, medical interpreting constitutes an interesting growing field. Due to the lack of studies on these factors, it is on them that the present study is focused.</p> <p>Key words: communication, healthcare interpreting, descriptive study, visibility, role of the interpreter,</p>
--	--

1. Introducción

El trabajo que nos ocupa pretende investigar la situación de los servicios de traducción e interpretación en la zona de la provincia de la Comunidad Valenciana y de la comunidad de Madrid, en el sector de la sanidad tanto pública como privada, en concreto, nos centraremos en varios hospitales que cuentan con intérpretes en plantilla. De ahí partimos para ver en qué posición se encuentra el intérprete respecto al médico y viceversa.

La comunicación en encuentros multiculturales es un campo de gran interés para todos los participantes involucrados en asegurar el acceso a la atención sanitaria. Desde principios del siglo XX se ha producido un aumento de la demanda de intérpretes en todo el mundo. Después de la I Guerra Mundial, a los intérpretes se les empleaba para las negociaciones internacionales sobre el tratado de Versalles. Después de la II Guerra Mundial fueron necesarios para los juicios de Núremberg, por ejemplo. En tiempos más recientes, ha aumentado el número de refugiados que se marchan a otros países, lo que ha dado lugar a la globalización y al negocio internacional. Dicha evolución, consecuentemente, ha provocado que aumente la necesidad de intérpretes.

En España, el incremento de los movimientos migratorios ha sido el factor clave que ha provocado un aumento de las necesidades de comunicación de dichos extranjeros. Uno de los ámbitos en los que cada vez son más notables estas necesidades es el sanitario. La salud es un tema muy delicado para el que se necesitan intérpretes cualificados que lleven a cabo la labor de comunicación entre el paciente y el médico. No obstante, la situación no es demasiado favorable puesto que existe un gran intrusismo en el oficio del intérprete, lo que ocasiona que no siempre sean los profesionales los que ejerzan como tal, sino que lo hagan los intérpretes *ad hoc*. Si en los casos de profesionales se producen situaciones problemáticas, en los casos de intérpretes *ad hoc*, éstos aún se acentúan más.

Podemos afirmar, por tanto, que la inmigración en España ha sufrido un incremento espectacular a lo largo de los últimos años, lo que ha significado un cambio hacia una sociedad multicultural que antes era desconocida. De hecho, en la actualidad, la comunicación intercultural es una parte fundamental que afecta a todo el mundo. La mezcla cultural es, por tanto, una realidad actual como resultado de un movimiento migratorio masivo. Se puede ver como dicho movimiento ha llevado algunos cambios en la estructura de las consultas médicas y en la actitud de los profesionales sanitarios debido a que tratan a pacientes con lenguas y culturas desconocidas hasta el momento, con nuevas enfermedades, nuevas necesidades, distintas soluciones y distintas realidades.

Los usuarios extranjeros de la sanidad, se encuentran a diario con graves problemas comunicativos cuando se relacionan con el personal sanitario autóctono. Dichos problemas tienen un origen lingüístico y cultural que requieren de la intermediación por parte de expertos preparados para llevar a cabo la tarea de enlace comunicativo. La solución a dichos problemas podría solventarse mediante unos requerimientos a la hora de actuar como intérprete para demostrar que se dispone de una formación adecuada, específica e integrada en el campo de la mediación intercultural en el ámbito sanitario. Además, la legislación actual, la cual entró en vigor en los últimos años, no propicia la unificación puesto que cada comunidad autónoma se acoge al Real Decreto 16/2012 de distinta forma. La legislación debería ser apropiada y regular todas las operaciones que tengan lugar sin dar pie a cuestiones que no estén claramente recogidas.

El dilema entre la teoría sobre el papel del intérprete y la realidad de la interpretación en vida profesional suscitan una preocupación y curiosidad, tanto a nivel teórico como práctico. Son muchas las preguntas que nos vienen a la mente ¿cuál es la mejor distribución entre los integrantes de la comunicación?, ¿qué problemas existen en la realidad?, ¿qué roles adopta el intérprete?, ¿es invisible?, ¿se limita a interpretar?, ¿se sigue un orden de etapas en la entrevista clínica?, ¿qué recoge la legislación? y ¿qué responsabilidades recaen sobre el intérprete? En muchas situaciones, nos encontramos con que la teoría establece unas directrices claras que no se pueden llevar a la práctica con tanta facilidad.

Los grupos implicados para llevar a cabo dicho estudio han sido un número bastante representativo para un trabajo de esta índole de doctores en activo en centros donde se trabaja con intérpretes en plantilla y, por otro lado, contamos con el colectivo de dichos intérpretes en plantilla profesionales y en activo. Además, contamos con varios intérpretes *freelance* que, junto con los que trabajan en plantilla, nos servirán para realizar un seguimiento.

Dentro de todo el proceso de la interpretación en los servicios públicos, los aspectos en los que hemos profundizados han sido la legislación vigente, las etapas de la entrevista clínica, los roles del intérprete, las recomendaciones por parte de asociaciones profesionales, la implicación y visibilidad del intérprete y el estado de la calidad de los servicios que se ofrecen. A diferencia de otros estudios, el presente trabajo investiga la situación actual de la interpretación médica en dos comunidades autónomas, centrándose en los aspectos nombrados anteriormente.

1.1 Justificación y objetivos del trabajo

La temática del trabajo que hemos elegido viene motivada por la situación de desequilibrio entre el intérprete y el doctor y por los problemas que hemos detectado trabajando, realizando prácticas, acudiendo a conferencias y manteniendo conversaciones con profesionales y con investigadores. Por ello, este estudio es fruto de la curiosidad que nos suscitó el poder experimentar de primera mano dichos problemas, así que hemos decidido averiguar más detalles e investigar sobre la situación actual, cuál es el foco de los problemas de comunicación, qué problemas son más frecuentes y de qué índole respecto a la interpretación en el campo de la sanidad.

Otro de los motivos por los que hemos decidido investigar sobre este campo está estrechamente relacionado con el panorama actual donde el intérprete aún cuenta con una invisibilidad notable en este ámbito, a pesar de que cada vez su presencia es más necesaria como ya apuntó Valero Garcés (2004: 90) “la incidencia de los problemas de comunicación con la población inmigrante en el ámbito sociosanitario es una de las tareas menos exploradas y de las que menos datos disponemos pero que necesita de atención urgente”.

En muchas ocasiones, no todos estos conceptos quedan claros en los patrones comportamentales de los intérpretes profesionales principiantes, pues hay que tener en cuenta la existencia de un elemento emocional importante y de la dificultad que supone la comunicación intercultural.

Los objetivos del presente estudio se enumeran a continuación:

- Resaltar la importancia de formar al personal sanitario en la gestión de la diversidad cultural.
- Analizar la estructura de la entrevista clínica.
- Analizar el marco legal que regula los encuentros entre el paciente y el médico y el acceso de los inmigrantes a la sanidad.
- Analizar los distintos roles que puede adoptar el intérprete en la consulta.
- Analizar la situación actual de posición del intérprete respecto al médico.
- Analizar los encuentros extra rutinarios.
- Proponer como hipótesis una fase previa de toma de contacto o un encuentro extra rutinario entre el intérprete y el profesional sanitario para aumentar la calidad de la interpretación.

1.2 Hipótesis de trabajo

Fruto de la experiencia propia, las lecturas, conversaciones con profesionales, asistencia a congresos sobre la traducción y la interpretación médica, sentíamos la necesidad de investigar sobre la fase previa donde tienen lugar los encuentros extra rutinarios (qué información se intercambia, qué vocabulario se utiliza, qué duración tienen, con qué frecuencia ocurren y si ayudan a mejorar la comunicación). De este modo, queríamos investigar en si dichos encuentros permiten al intérprete estar más familiarizado con el tema que se va a tratar, si le permiten solucionar algunos aspectos y dificultades que se producen durante el proceso interpretativo dentro de la consulta con el doctor y ver si aumenta la calidad. Así, la hipótesis se basa en que si dichos encuentros son positivos para el intérprete y para el profesional sanitario pudiendo ofrecer un mejor servicio, se conviertan en fase previa de contacto obligatoria.

Cabe mencionar que existe abundante bibliografía sobre la fase de preparación previa a la interpretación, sin embargo, la mayoría de los autores consultados se basan en la formación académica y universitaria, el conocimiento de técnicas de interpretación, la elaboración de glosarios, el aprendizaje de la terminología o recomendaciones; en el presente trabajo, la fase previa de la que hablamos no engloba los factores que ya han investigado otros autores, sino que se trata de los encuentros que ocurren fuera de la consulta entre el intérprete y el médico, en ocasiones, suelen tener lugar en los minutos previos a la entrada en la consulta para interpretar. Tales encuentros pueden variar según las circunstancias, el tiempo disponible e incluso, puede ser inexistente a veces en la actualidad. Esta es la hipótesis de la que se parte en el presente estudio y que está estrechamente relacionada con las etapas de la entrevista clínica y los roles del intérprete.

Uno de los estudios que también ha propiciado el planteamiento de dicha hipótesis fue el que propuso Isaacs (2002) consistente en una rutina de sesiones informativas anteriores a la consulta con los intérpretes con el objetivo de que ambas partes tengan la oportunidad de informar a la otra parte de sus respectivos roles, expectativas y requisitos antes de empezar con la interpretación. Por un lado, el intérprete explicaría su rol, el proceso de interpretación, los protocolos básicos de interpretación (dirigirse en estilo directo, presentarse al paciente, el contacto visual, la disposición de los asientos, etc.) y advertir al personal sanitario de las posibles diferencias culturales obvias.

1.3 Fuentes

La presente investigación se desarrolla como un estudio observacional, descriptivo y comparativo puesto que se observan los encuentros extra rutinarios que ocurren, se describen los estudios realizados hasta el momento y se comparan con los resultados de nuestro estudio.

Entre las fuentes metodológicas consultadas, se encuentran obras que se centran en el proceso interpretativo en los encuentros entre los médicos y los pacientes de un modo más general como son Helman (1990), Jalbert (1998), Cambridge (1999), Cordella (2004), Abril Martí (2006) y Asnani (2009). En cuanto a las fuentes que son más específicas de la legislación, hemos consultado la guía de La Caixa (2006), González (2009) y la Constitución Española. Para los roles del intérprete médico, las fuentes empleadas han sido Wädensjö (1998), Cross Cultural Health Care Program (1999) Bolden (2000), Cambridge (2003), Flores (2005), Roat (2006), Hale (2007) y Crezee (2013).

El apartado de las etapas de la entrevista clínicas lo hemos abordado a partir de las obras de la asociación *International Medical Interpreters* (IMIA) (1995), asociación *California Healthcare Interpreters* (CHIA) (2002), Borrell (2004), Hale (2010) y Valero Garcés (2014). Para aspectos más específicos como son la visibilidad y la implicación del intérprete, nos hemos basado en Davidson (2001), Roter (2002), Angelelli (2004), López Izquierdo (2007), Hale (2007), Corsellis (2008) y Valero Garcés (2014).

1.4 Estructura

Una vez establecidos los objetivos, procedimos a fijar la estructura. Desde el punto de vista temático, el trabajo se estructura en dos partes diferentes pero interrelacionadas: una primera parte centrada en los encuentros extra rutinarios entre los intérpretes y los profesionales sanitarios llevada a cabo mediante un seguimiento a distintos intérpretes de distintos centros de la Comunidad Valenciana y de Madrid y una segunda fase observacional, descriptiva con seguimiento de distintos aspectos que incumben a la interpretación como son: la situación actual del trabajo conjunto entre los intérpretes y los profesionales sanitarios, las etapas de la entrevista clínica, los distintos roles que puede adoptar el intérprete, la visibilidad y la calidad.

Al análisis del marco teórico, de la bibliografía existente y la consiguiente elaboración de un estado de la cuestión, le sigue la primera parte del análisis donde se trata el lenguaje, el lugar, la duración y la frecuencia de los encuentros extra rutinarios. También tienen cabida en esta parte varias preguntas sobre la percepción de los intérpretes sobre los posibles beneficios de disponer de un encuentro previo a la consulta.

En la segunda parte, centrada en los distintos conceptos, se parte de estudios ya realizados para compararlos con la situación actual como son el estudio llevado a cabo por Valero Garcés (2001), La Obra Social Fundación “La Caixa” (2006) y Hale (2007).

Esta estructura nos permite centrarnos en el contacto directo entre los intérpretes y los profesionales sanitarios para ver cómo se lleva a cabo la situación comunicativa, en la bidireccionalidad existente ya que se produce un cambio constante de código lingüístico

entre el intérprete y los demás participantes y en una dimensión interpersonal ya que la interacción se produce cara a cara. La vertiente de la interpretación telefónica está representada en la presente investigación a través de 3 intérpretes de esta especialidad. Hemos considerado necesaria su inclusión en este trabajo puesto que también es una modalidad que está presente, aunque no en grandes porcentajes, en las comunidades objeto de estudio.

2. Marco teórico

El hecho de que la población a nivel mundial haya entrado en un periodo de movilidad creciente da lugar a que las sociedades se formen con nuevas personas de raza, cultura y lengua distintas. Dentro de este panorama, el intérprete juega un papel complejo a la hora de servir como enlace en los servicios públicos. Por ello como indica Helge Niska en Valero Garcés (2001: 21) “tanto el inmigrante como las autoridades en sus contactos vía intérprete utilizan frases y términos especiales que éste debe entender y traducir para asegurar un traslado correcto de la información”.

Es decir, el intérprete debe conocer las estrategias de comunicación de la lengua de destino para poder trasladar el mensaje de manera adecuada ya que según Valero Garcés (2006: 39) “no existe una sociedad homogénea y los traductores necesitan mostrarse sensibles a las necesidades de los diferentes grupos”.

2.1 Conceptos teóricos

Dentro de la rama de lo que en inglés se ha denominado *Community interpreting*, es decir, la interpretación comunitaria, se incluye el ámbito de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (T&ISSPP), dentro del cual, concretamente en el presente trabajo nos centramos en los servicios sanitarios o *healthcare interpreting* en inglés.

Es conveniente comentar este matiz puesto que la interpretación comunitaria también abarca otros ámbitos como la interpretación en los servicios de policía, oficinas de extranjería u organismos centrados en la población inmigrante.

En lo referente a la denominación, no contamos con una denominación ni delimitación uniforme en el ámbito académico. Se le ha denominado *Healthcare Interpreting*, *Medical Interpreting*, *Cultural Interpreting*, *Community Interpreting*, *Liasion Interpreting*... o incluso como explica Valero Garcés (2006: 37) “existen denominaciones específicas de los profesionales relacionadas con su campo de acción: *Health Care Interpreter*, *Intercultural Health Mediator*, *Cultural Interpreters*, *Community Interpreters*, etc.”. Es difícil llegar a un consenso dado que se puede denominar atendiendo a distintos factores como apuntó Alexieva (1997: 153) “*interpreter mediated encounters vary tremendously in terms of their settings, modes, relationship among participants and other factors, posing a major challenge to the theory, practice and didactics of interpreting in particular*”.

No obstante, en el presente trabajo nos hemos decantado por Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos (T&ISSPP) puesto que, como indica Corsellis (2003: 271-272) en una entrevista publicada en *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, Actualidad y futuro*, mediante esta denominación “se evita la confusión con la intensa actividad de traducir documentos e interpretar a todas las lenguas de los países que componen la Unión Europea (UE)”. Como

consecuencia, la denominación para el profesional que ejerce dicha profesión será la de traductor e intérprete en los servicios públicos o traductor e intérprete médico.

Además, existen muchas definiciones que intentan enmarcar las características que distinguen esta rama de la interpretación de otras. A continuación podemos observar algunas que han planteado los especialistas; a partir de ellas vemos que la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos se puede definir desde distintas perspectivas como pueden ser: los interlocutores, el objetivo, la terminología, el conocimiento especializado o las desigualdades que pueden ocurrir, entre otros.

La definición más genérica es la de Abril Martí (2006: 5):

La interpretación social es aquella que facilita la comunicación entre los servicios públicos nacionales –policiales, judiciales, médicos, administrativos, sociales, educativos y religiosos- y aquellos usuarios que no hablen la lengua oficial del país y que habitualmente pertenecen a minorías lingüísticas y culturales: comunidades indígenas que conservan su propia lengua, inmigrantes políticos, sociales y económicos, turistas y personas sordas.

Aunque también podemos encontrar otras como la aportada por Corsellis (2008: 4-5):

Public service interpreting and translation are, as the name implies, interpreting and translation carried out in the context of public services, where services users do not speak the majority language of the country. The term “public service” refers mainly to those services that are provided for the public by central or local government. They include legal, health and the range of social services such as housing, education, welfare and environmental health.

Por otro lado, Mikkelsen citado en Valero Garcés (2003: 4-5) define esta rama de la interpretación como: “Una actividad que permite que personas que no hablan la lengua/s oficial/es del país en que se hallan puedan comunicarse con los proveedores de servicios públicos con el fin de facilitar el acceso igualitario a los servicios sanitarios y sociales”.

Según Lesch, citado también en Valero Garcés (2003: 5): “*Community translation is a means to an end, namely to equip the community with the necessary information and other means to develop skills for themselves. It is an attempt to balance the power relationship between the sender and the receiver by prioritizing the needs of the community*”.

También se abarca la definición de esta rama de la interpretación desde la necesidad de la sensibilidad por parte del intérprete como apunta Cluver citado en Valero Garcés (2003: 5-6):

No society is homogeneous and translators need to be sensitive to the needs of different groups. The task of the community translator and interpreter is not only to make information available in another language (in a parallel manner) but to make it available to marginalized communities in a more understandable format.

Ruiz Rosendo (2009: 9) se centra en el aspecto del conocimiento especializado. Por ello escribe que:

La interpretación en el ámbito de la medicina se engloba dentro de la interpretación especializada. La información que se transmite e intercambia se caracteriza por reflejar las experiencias de un determinado sector de la población que comparte un grado muy elevado de conocimiento especializado.

Finalmente, la definición más actual sería la que recopila Valero Garcés (2014: 180) *“healthcare interpreting can be defined as the interpreting that takes place in a healthcare setting, in which the interpreter is asked to interpret either consecutively or simultaneously for an individual who does not share the language in which the healthcare service takes place”*.

Muchas veces entre el concepto de traductor/intérprete médico se mezcla el de mediador intercultural puesto que tiene varios aspectos comunes como son la sensibilidad y la influencia del factor psicológico y emocional.

La función de un/a mediador/a intercultural no se basa solamente en traducir de un idioma a otro, sino en conocer las diferencias culturales que pueden entorpecer y complicar la comunicación entre un extranjero y los servicios públicos del país de acogida. Para que se entienda con mayor calidad, Melián Pérez (2008: 277) a través de las palabras de Carlos Giménez Romero señala que la mediación sociosanitaria se describe como:

Una modalidad de intervención de terceras partes neutrales entre actores sociales o institucionales en situaciones sociales de multiculturalidad significativa, en la cual el profesional tiende puentes o nexos de unión entre esos distintos actores o agentes sociales con el fin de prevenir y/o resolver y/o reformular posibles conflictos y potenciar la comunicación, pero sobre todo con el objetivo último de trabajar a favor de la convivencia intercultural.

Es decir, el mediador es como un puente entre culturas y lenguas para contribuir a una mejor adaptación del extranjero, para que éste no se sienta discriminado, y actúa como asistente al servicio de las partes en momentos de conflicto teniendo en cuenta que puede haber diferencias de clase y género dentro de la parte para la que actúa.

La función del intérprete, al igual que el del mediador intercultural, va más allá del traslado de información. En cambio, como bien describe Valero Garcés (2006: 167) *“al intérprete se le exige con frecuencia ser un catalizador”*; esto significa que debe tener en cuenta los hábitos culturales tanto del profesional como de los pacientes extranjeros para los que actúa de enlace. Por ello, el ámbito de actuación, no es como en el caso del mediador, en situaciones de conflicto, sino en situaciones donde los pacientes necesitan asistencia médica. Numerosos autores han hablado sobre la importancia del intérprete en los encuentros médicos. A continuación podemos ver dos ejemplos de ello a partir de las palabras de Abril y Ortiz y Nekrassoff que recoge Ruiz Rosendo (2009: 68):

The cognitive knowledge of the participants is greater than that of the interpreter but the former are incapable of communicating this conceptual knowledge due to lack of linguistic knowledge. Understanding the concepts is much more difficult for the interpreter as receiver of the speaker's message than it is for the specialized listeners or participants, as receivers of the interpreter's message and yet the interpreter must convey these concepts as though s/he possessed the same cognitive knowledge as the speaker. (Abril y Ortiz)

Il arrive que les médecins ne s'entendent pas sur la définition des termes. Le traducteur joue un rôle de premier plan dans la communication et la vulgarisation des découvertes médicales. À ce titre, il participe au progrès de la médecine. (Nekrassoff)

Si nos fijamos en el papel del intérprete médico en España, éste no cuenta con una regulación adecuada, es decir, no se conocen exactamente sus límites, no cuenta con un campo delimitado que permita establecer dónde termina su papel, cuándo debe ser más sensible o menos... Por ello, aunque ha habido un avance en lo que a profesionalidad se

refiere, no siempre ejercen el papel de intérpretes médicos personas que han recibido una formación adecuada, sino personas que cuentan con vagos conocimientos del idioma y con formaciones de distinta índoles como pueden ser bien mediadores interculturales, voluntarios, familiares de los pacientes, vecinos, amigos, otros trabajadores... o lo que se ha denominado como intérpretes *ad hoc*.

Distintos autores han ofrecido definiciones de los intérpretes *ad hoc*; aunque estén elaboradas con distintas palabras, todas coinciden en que se trata de una persona que no cuenta con una formación ni capacitación de intérprete profesional como vemos en Yvan Leanza (2005: 168) “*untrained people drawn from the patient’s family or the (non-medical) staff of the institution where the consultation takes place*” o en Valero Garcés (2014: 27) “*ad hoc interpreter is an untrained person who is called upon to interpret, such as a family member interpreting for her parents, a bilingual staff member pulled away from other duties to interpret, a self-declared bilingual in a hospital waiting-room who volunteers to interpret, or an advanced language student*”.

Es frecuente observar en los hospitales que son los hijos de los pacientes los que actúan de intérpretes puesto que conocen el español porque lo aprenden en la escuela pero nunca podrán tener ni conocer las habilidades que un intérprete social adquiere durante su formación para garantizar la calidad de sus interpretaciones. Es evidente, que una atención médica de mayor calidad se obtendrá con el uso de intérpretes capacitados, cualificados y profesionales. Corsellis (2003: 71) ya recalcó la necesidad de contar con personal cualificado “*not only is it necessary to have professionals that can perform the tasks of interpreting and interpreter training, but it is also necessary that healthcare employees receive training to be able to work with people of other cultures or with interpreters*”.

Dado que la comunicación intercultural no es un tema que incumbe solo la lengua sino que se trata, además, de entendimiento cultural, hace necesaria la ayuda de alguien que posea conocimientos de los dos elementos clave de la comunicación intercultural. El estudio llevado a cabo por Valero Garcés (2014: 61) concluye que los intérpretes *ad hoc* pueden conocer ciertos aspectos culturales pero pueden omitir información puesto que no son profesionales:

It may be true that ad hoc interpreters are aware of certain aspects of their own culture and that they are even able to recognize differences between the two cultures involved, but since they are not professionals, they could omit this important information if they are not aware that it is significant for the comprehension between the healthcare professional and patient.

Angelelli también pone de manifiesto que los intérpretes *ad hoc* realizan errores comportamentales que pueden afectar tanto al paciente como al profesional sanitario. Además, distintos autores han tratado dicho tema, como Campbell et al. (2002) “*patients who are accompanied by a family member are likely to behave differently than unaccompanied patients in relation to their medical problems, functional abilities, family relationships, and attitudes toward family involvement in their care*” o Baker (1998) “*family members acting as interpreters responded frequently to questions without allowing the patient to answer, volunteered their own information and opinions, and failed to interpret certain comments made by the patient*”.

El riesgo que se corre cuando las preguntas de los profesionales sanitarios no se interpretan correctamente o no se interpretan en su totalidad puede provocar que se realice un diagnóstico erróneo.

En el lenguaje médico, tal y como afirma Ruiz Rosendo (2002: 25):

La terminología es el factor que más lo distingue pero presenta igualmente particularidades sintácticas, morfológicas, fonéticas, fonológicas y estilísticas, constituyendo un lenguaje claramente diferenciable de otros tipos de lenguajes especializados y del lenguaje general.

Estos rasgos llevan a que la tarea del intérprete no se base en traducir palabra por palabra lo que el médico o el paciente dice, sino en utilizar técnicas de modulación, transposición, ampliación y explicación para que el mensaje sea entendible por todos los usuarios.

De este modo, las tareas del intérprete en los servicios públicos van más allá del simple hecho de trasladar información. En muchas ocasiones, el intérprete se enfrentará a sus consecuencias cuando se vea por primera vez envuelto en un caso, por ejemplo, de una petición de asilo, para el cual no se ha tenido ninguna preparación previa.

Finalmente, a causa de la mayor movilidad de poblaciones que estamos atravesando, la Interpretación en los Servicios Públicos genera mayores retos y una mayor necesidad de que exista una regulación que delimite dicho campo en España. Uno de los grandes retos que se deriva, como se afirma en el primer capítulo del programa de formación de La Caixa (2006: 8) “es el de lograr la integración de las partes en un todo en el que nadie se sienta discriminado por el hecho de pertenecer a una determinada minoría étnica o cultural en cualquier de las áreas de la sociedad, como, por ejemplo, la judicial, la escolar, la social o la sanitaria”.

2.2 Aspectos legales de la traducción e interpretación médica

En un mundo globalizado como el actual, en el que las sociedades reflejan la clara multiculturalidad presente, como aparece en el primer capítulo del programa de formación de La Caixa (2006: 8) “el asegurar los derechos de todos los ciudadanos con las mismas garantías, independientemente de su origen étnico o cultural, se ha convertido en un gran desafío para las instituciones”. Entre estos derechos está, por supuesto, el derecho a la salud. La propia Constitución española así lo recoge en su artículo 43, título I, capítulo tercero de los derechos y deberes fundamentales:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Es, pues, en el ámbito de la asistencia sanitaria donde el intérprete médico tiene una importancia extraordinaria. Por ejemplo, existe la necesidad de que se llegue a un emitir un diagnóstico correcto para poder aplicar con éxito el tratamiento más adecuado, y solamente se puede suplir dicha necesidad mediante una buena comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes. En el momento en que la comunicación falla, bien por razones idiomáticas o bien culturales, el riesgo de no alcanzar ese propósito es muy alto. Sin embargo, las posibles barreras en la comunicación van más allá de las dificultades que puede presentar el llegar a un diagnóstico cierto. Cuando el paciente y el profesional sanitario no logran comunicarse adecuadamente, se produce una incomodidad entre ambas partes y como consecuencia, como se afirma en la guía de la

Caixa (2006: 8) “el grado de confianza disminuye, lo que lleva, muy a menudo, al paciente a incumplir el tratamiento o a abandonar su seguimiento”.

En la actualidad, los aspectos legales de la traducción y la interpretación médica están recogidos en el modelo asistencia a la población inmigrante en España y la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Los derechos de los pacientes como pilar básico de las relaciones clínico-asistenciales cobran importancia cuando se trata del interés demostrado por las organizaciones internacionales relacionadas con dicha materia. Desde finales de la Segunda Guerra Mundial, algunas de estas organizaciones como las Naciones Unidas, la UNESCO, la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre otras, lanzaron declaraciones sobre aspectos relacionados con dicha materia. La Declaración universal de los derechos humanos (1948) tuvo gran trascendencia siendo el punto de referencia para todos los textos que se han promulgado más tarde. Concretamente, en el ámbito sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa del año 1994 que fue promovida por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, fue el documento de más trascendencia y que influyó a posteriores declaraciones internacionales con objeto de dichas cuestiones. Un ejemplo de una declaración posterior fue el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina suscrito el 4 de abril de 1997, fue, como se indica en la página web “el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscribieron”. El Convenio recogía la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes como el derecho a la información, al consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud.

La ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad reguló a nivel estatal el artículo 43 de la Constitución de 1978 en cuanto a la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a la salud.

A partir de tales aspectos, la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (ley 41/20002) completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales y rige todas las interpretaciones médicas que se desarrollan en los servicios sanitarios de España. De este modo, como en su publicación web (noticias jurídicas) se expresa “tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica”. Asimismo, “la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios”.

Los principios básicos de la presente ley están en el capítulo I, artículo 2 y recogidos en la guía de La Caixa (2006: 13) y se deben aplicar durante el proceso de interpretación médica:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Tanto es así que a partir de estos principios básicos, podemos extraer que en el contexto de la interpretación médica que como explica en el capítulo 14 de La Caixa (2006: 13) “es importante traducir los diálogos de manera fiel y completa y sin interferir, para que el paciente reciba toda la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud y su bienestar”.

Más concretamente, el artículo 7 del capítulo III y el artículo 8 del capítulo IV son de especial relevancia para la interpretación médica. El artículo 7 del capítulo III recogido en la guía de La Caixa (2006: 14) hace referencia al derecho a la intimidad y en él se estipula que toda persona que tenga acceso a información del paciente debe respetar su confidencialidad:

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.
2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

El artículo 8 del capítulo IV, recogido en la guía de La Caixa (2006: 14), aborda el tema del consentimiento informado y establece pautas específicas que debe seguir el intérprete:

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen

riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anexos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

De estas premisas podemos extraer que en los casos en que un paciente deba firmar un consentimiento informado y éste no esté traducido a su idioma, el intérprete debe realizar una traducción a vista. Además, cualquier duda que el paciente tenga sobre el contenido del mismo documento debe aclararla el médico.

En cuanto a la asistencia a la población inmigrante en España, la legislación actual es el Real Decreto 16/2012 posterior a la Ley General de Salud Pública 2011 (Ley 4/2000). El motivo de incluir las consecuencias que se han producido con el Real Decreto 16/2012 surge del estudio llevado a cabo por la Escuela Nacional de Sanidad y del Instituto de Salud Carlos III de Madrid centrado en las diferencias regionales según la adaptación del decreto centrado en la exclusión de los inmigrantes indocumentados del sistema nacional de salud español.

Antes de continuar, conviene aclarar que se entiende por inmigrantes indocumentados, es decir, sin permiso de residencia, a aquellos que han entrado de manera ilegal en la Unión Europea, a los que han prolongado su estancia más allá del tiempo permitido en sus visados y a los que se les han denegado las peticiones de asilo.

En España el derecho al Sistema Nacional de Salud (SNS) para inmigrantes indocumentados estaba autorizado por la Ley 4/2000, ahora con el Real Decreto 16/2012 se han revocado la cobertura sanitaria a dichos inmigrantes excepto a urgencias, embarazo, menores de 18 años, asilo político y víctimas de tráfico en periodo de recuperación y reflexión. Se estima, según Carmen González (2009) que “más del 40% de los inmigrantes experimentan situación irregular durante sus primeros años”.

Por último, las mayor consecuencia de la aplicación del nuevo Real Decreto 16/2012 ha sido un cambio en cuanto a la cobertura del Sistema Nacional de Salud español puesto que anteriormente era universal y después del Decreto categórica o selectiva.

La falta de reconocimiento oficial y delimitación del papel y del rol del intérprete por parte de las autoridades españolas ha provocado que estén actuando como intérpretes o mediadores, personas con formaciones de todo tipo, hasta el punto de que no es extraño que algunos de estos solo tengan como única habilidad la capacidad de conocer o, algunos, de hablar dos idiomas. Como consecuencia, permitir a una persona que no esté suficientemente formada para asumir el control de la comunicación en el ámbito de la consulta médica, resulta, cuando menos, éticamente dudoso. Asimismo, se contempla en Ineke Creeze (2013: 6) *“there is no doubt that the use of untrained interpreters can have a considerable impact on the communication between health professionals and*

patients”. Se han redactado distintos códigos éticos y de conducta para los intérpretes que tienden a centrarse no solo en la conducta ética durante la interpretación sino también ponen de manifiesto la necesidad de una formación profesional continua y enseñan que se deben rechazar los encargos para los que el intérprete, razonablemente, no disponga de las capacidades o aptitudes necesarias puesto que no entran dentro de las competencias para las que se ha formado.

A modo de resumen, son muchos los que documentos que hablan sobre los códigos de conducta y de sus pilares básicos, aquí, nos quedaremos con la reseña más actual de ellos de Valero Garcés (2014: 187):

Confidentiality: respect other’s rights to privacy.

Impartiality: Do not take sides with either party.

Accuracy: Make sure the message is accurate and appropriate in the new cultural context.

Integrity: Be honest with yourself and your abilities or skills when accepting a translation/interpreting job.

2.3 Estudios teóricos sobre los roles del intérprete médico

A partir de los códigos de conducta, se derivan distintos modelos o roles que puede adaptar el intérprete médico y que han sido descritos según las visiones de cada autor. Algunos de estos autores han sido Wädensjö (1998), Bolden (2000), Meyer et al. (2003) o Flores (2005), entre otros.

Como ya hemos mencionado, en numerosas ocasiones, el intérprete médico tiene que interpretar más allá de las palabras, es decir, tiene que trasladar ideas, experiencias o aspectos culturales entre dos personas que no comparten el mismo idioma y que no necesariamente conocen sus respectivas culturas.

Aunque resulte complicado y conflictivo delimitar los roles que el intérprete debe ejercer debido a las distintas opiniones y distintas situaciones posibles que pueden darse en la consulta, se han elaborado distintos paradigmas.

Para nuestro estudio, hemos escogido los tres paradigmas que proponen los roles del intérprete que han sido más influyentes en la teoría de los estudios de interpretación a lo largo de la historia. Estos son el modelo *Cross Cultural Health Care Program* (1999), el modelo de abogacía e imparcialidad propuesto por Cambridge (2003) y el de *Patient Navigators* (2013).

El modelo del *Cross Cultural Health Care Program* de 1999 estableció cuatro roles: conducto, clarificador, mediador cultural y defensor. Los cuatro en su conjunto se consideran necesarios para eliminar barreras que pueden hacer que la comunicación no sea efectiva.

El rol del intérprete como **conducto**, recogido en el capítulo 14 de la guía de La Caixa (2006: 5), se adopta para “eliminar las barreras relacionadas con el idioma”. Suele ser la función básica y la más frecuente. La responsabilidad cuando se adapta dicho rol es traducir el mensaje expresado en un idioma al otro en su totalidad y de manera fidedigna. No obstante, para que dicha función se pueda llevar a cabo es importante estar familiarizado con las metas de la entrevista clínica y con la manera en que el médico usa la información que el paciente aporta para poder realizar un diagnóstico. Por

tanto, el intérprete debe prestar atención al modo en que el paciente expone sus síntomas y trasladar todos los matices con el mismo valor que el paciente le otorga para que no haya pie a confusiones.

Cuando el intérprete actúa de **clarificador**, recogido en el capítulo 14 de la guía de La Caixa (2006: 6), “procura eliminar barreras de comunicación o comprensión relacionadas con el registro o complejidad del lenguaje y con el nivel de experiencia que el paciente tiene con el sistema sanitario y su burocracia”. Todos conocemos que, en ocasiones, los médicos utilizan términos técnicos con un registro elevado que si se traducen tal cual puede que el paciente no los comprenda. Otra situación posible puede ser que el paciente exprese alguna palabra que no tiene traducción directa en el otro idioma; es en estas circunstancias cuando el intérprete tiene la responsabilidad de que se aclaren conceptos y palabras. En caso de que el médico emplee terminología complicada, el intérprete debe estar al tanto de las claves verbales como de las no verbales, para determinar si el paciente lo está entendiendo todo. La manera más directa de descubrirlo es preguntar directamente al paciente si lo está entendiendo y traducirle al médico lo que le acaba de preguntar al paciente. En caso de que la respuesta sea que no lo está entendiendo, el intérprete debe dirigirse al médico y pedirle que lo defina o lo aclare y una vez que el médico lo haya hecho, traducir el mensaje. Asimismo, puede darse el caso de que el intérprete no entienda algún concepto o palabra que expresen tanto el médico o el paciente, ahí es cuando debe solicitar una explicación para poder realizar una interpretación fiel y completa.

Otro de los roles que puede adoptar el intérprete es el de **mediador cultural**, recogido en el capítulo 14 de la guía de La Caixa (2006: 6), para “proveer explicaciones y marcos de referencia culturales necesarios para poder comprender la totalidad del mensaje expresado”. Es importante que el intérprete no ofrezca una explicación cultural in antes confirmar que es la explicación correcta para ese paciente puesto que conviene recordar que no todos los pacientes que provienen de un mismo país o región, comparten las mismas creencias y contextos culturales. Así pues, el intérprete no debe creer nunca que tenga un conocimiento absoluto de todas las culturas de los participantes de la comunicación.

El intérprete también puede actuar como **defensor**, recogido en el capítulo 14 de la guía de La Caixa (2006: 7), cuando “procura ayudar al paciente ante la complejidad del sistema sanitario cuando ésta puede obstaculizar el acceso a servicios que son imprescindibles para mejorar la salud y el bienestar del paciente o del usuario de servicios”.

De acuerdo con este paradigma, el intérprete debe ser flexible para poder adoptar diferentes roles y pasar de un rol a otro sin interrumpir el ritmo de la comunicación entre el paciente y el médico y sin convertirse en el centro del encuentro.

Una asociación que aboga por un paradigma similar de los roles del intérprete es CHIA que lo designan como “lineamientos sobre la función y las intervenciones del intérprete”, el cual publicaron en 2002. En un estudio comparativo de las similitudes entre estos dos paradigmas, nos llevan a afirmar que, aunque designen con distinto nombre al rol, a lo que hacen referencia es lo mismo que a los roles explicados por el *Cross Cultural Health Program*.

La diferencia que encontramos entre los dos paradigmas, que como ya hemos dicho, son bastante similares, es que en este caso, afirman que las funciones se han presentado en

orden ascendente por su complejidad y controversia ya que requieren de habilidades, experiencia y mayor precaución por parte del intérprete.

La primera función que establecen es la de **mediador lingüístico** (*message converter*) (2002: 31) que equivaldría al rol de conducto puesto que el intérprete traslada el mensaje sin añadir, omitir o distorsionar el significado innecesariamente. Además, añaden que los intérpretes “necesitan intervenir (de formar verbal o no verbal), cuando las partes hablan demasiado rápido o no le dan tiempo al intérprete para interpretar”.

La segunda función es la de **clarificador del mensaje** (*message clarifier*) (2002: 31) que además de equivaler al rol de clarificador, comparten la misma denominación. Describen dicha función como la que hace que el intérprete esté alerta de posibles palabras o conceptos que puedan dar lugar a malentendidos. Añaden que sería en estos casos cuando:

- a) El intérprete interrumpe el proceso de comunicación con una palabra, comentario o gesto dirigido a la parte que está hablando.
- b) Informa a las partes de que ve señales de confusión en una o más de una de las partes e identifica la palabra o concepto que causa confusión.
- c) Pide ayuda a quien dice una palabra o concepto desconocido para quien escucha para que la repite o la describa de modo más simple.
- d) Analiza de qué forma puede ayudar a los hablantes a describir conceptos usando analogías o “imágenes con palabras” cuando no hay equivalentes lingüísticos en cualquier de los idiomas.

En este sentido, abogan porque (2002: 32):

Los intérpretes deben permitir que el paciente y proveedor de atención médica tengan la oportunidad de expresar entendimientos en común sin la intervención del intérprete. A menos que la comunicación se vea seriamente afectada, es preferible que los intérpretes esperen hasta que una de las partes solicite la ayuda del intérprete para aclarar palabras o conceptos que no se entienden, antes de interrumpir la fluidez de la comunicación.

La tercera función, según la escala ascendente, es la de **mediador cultural** (*cultural clarifier*) (2002: 32), equivalente al rol denominado del mismo modo. Afirman que “la cultural y el lenguaje son inseparables”, de este modo existen conceptos y palabras en un idioma que, a veces, no existen en el otro. Puede resultar complicado encontrar expresiones equivalentes, por tanto, cuando el intérprete adopta dicho papel, su función va más allá que la de aclarar una palabra. En las ocasiones en que es evidente que una de las partes, incluyendo al intérprete, no está entendiendo correctamente el mensaje debido a las diferencias culturales, añaden que el intérprete necesita:

- a) Interrumpir el proceso de comunicación con una palabra, comentario o gesto, como sea más apropiado.
- b) Informar a ambas partes de la posibilidad de que exista una falta de comunicación o de un malentendido.
- c) Sugerir las diferencias culturales que podrían estar obstaculizando el entendimiento mutuo.
- d) Ayudar al paciente a explicar el concepto cultural al proveedor de atención médica, o al proveedor de atención médica a explicar un concepto biomédico. También, cuando se lo soliciten, los intérpretes necesitan explicar las

costumbres culturales, creencias o prácticas sobre la salud del paciente al proveedor de atención médica, o educar al paciente sobre el concepto biomédico.

Finalmente está la función de **interventor en pro de la salud y bienestar del paciente** (*patient advocate*) (2002: 33) que equivaldría al rol de defensor aunque con variaciones. Aquí citamos a Kontrimas (2000) “Interpreters cannot and should not be responsible for everything that everyone does, or doesn’t do. But, if they happen to notice something starting to go wrong, it is reasonable to bring it to the attention of someone who can correct it before it becomes a problem, rather than sit back and watch a disaster unfold.” Por tanto, en este paradigma se incluye el que el intérprete actúe como notificador de un posible problema antes de que ocurra. Puesto que consideran tal función bastante controvertida, alegan (2002: 33) que “la función de interventor en pro de la salud y bienestar del paciente debe permanecer como una función opcional para cada intérprete médico, debido al alto nivel de destreza que se requiere y al posible riesgo para ambos, paciente e intérprete”.

Otro autor ha adaptado también el mismo enfoque aunque con distintas etiquetas para los roles, Yvan Leanza (2005: 170) siguiendo la tipología propuesta por Jalbert (1998), donde el intérprete puede adoptar cinco roles respondiendo a la pregunta de si su papel se decanta más por facilitar la comunicación (*communication facilitator*) o por ser un asimilador cultural (*cultural assimilator*):

1. Translator
2. Cultural Informant
3. Culture Broker or Cultural mediator
4. Advocate
5. Bilingual Professional

En el primer rol, el intérprete minimiza su visibilidad y simplemente facilita el proceso de comunicación.

Como informador cultural, el intérprete ayuda al profesional sanitario a entender mejor al paciente usando sus conocimientos sobre las normas y valores culturales.

En el rol número tres, el intérprete, además de ser un informador cultural, negocia entre dos sistemas que entran en conflicto y debe ofrecer explicaciones y ayudar a las dos partes a llegar a un modelo compartido.

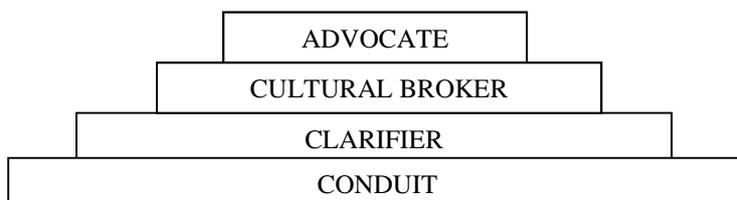
En el cuarto rol, el intérprete puede elegir ponerse de parte del paciente en contra de la institución.

En cuanto al último rol, el intérprete se convierte en un profesional sanitario llevando el mando de la entrevista clínica en el idioma del paciente e informando, posteriormente, al médico de lo que el paciente dice.

La visión de Jalber (1998), de acuerdo con esta tipología, sería que el intérprete solamente se convierte en mediador cuando hay una situación de conflicto. También recoge que el intérprete puede actuar como protector del paciente pero, para ello, el intérprete debe estar en pleno conocimiento de las leyes y normas sobre las prácticas que se llevan a cabo en la institución donde ejerce su trabajo. Para que se lleve a cabo el

último rol, el de profesional bilingüe, debe haber un acuerdo previo entre el intérprete y el profesional sanitario a la consulta.

Más tarde, Roat (2006) incluyó sus 4 roles propuestos (*advocate*, *cultural broker*, *clarifier* y *conduit*) en un modelo de intervención incremental (*the incremental intervention model*) recogido en Valero Garcés (2014: 183) donde en el nivel más bajo estaría el rol de menos intervención y visibilidad y subiendo de manera progresiva a mayor intervención hasta llegar al de *advocate*:



En 2002, Jan Cambridge habló de dos modelos de interpretación, por un lado el modelo “abogacía” y por otro lado el modelo “imparcial”.

El cuanto al primero, al de abogacía, establece que (2002: 102) “la/el intérprete está presente para, literalmente, abogar de parte del paciente; toma partido, hace preguntas propias, aconseja al paciente y ofrece su opinión personal sobre los temas tratados durante el transcurso de la visita”. Existen distintos riesgos si se sigue este modelo como son:

- Omitir o dar información en exceso
- No ser imparcial
- Crear confusión al cambiar del rol de intérprete al de abogado.
- Asumir tareas que no le corresponden

El segundo modelo, el imparcial, se basa en la concepción de que el intérprete repite todo lo que oye y todas las partes de la conversación hablan con voz propia. El papel del intérprete consiste, pues, en otro ser de la persona cuyas palabras está interpretando.

Dicho modelo implica parar y explicar o hablar de su parte por los siguientes motivos:

- Porque a un interlocutor no se le oye bien.
- Porque un interlocutor ha dicho algo que el intérprete no entiende.
- Porque, a pesar de sus mejores esfuerzos, el intérprete cree que existe un malentendido.
- Porque el significado cultural de algo dicho no ha sido notado o entendido.

Estos dos modelos que establece Cambridge se corresponden con los que presentó Wadensjö en 1998. El *co-coordinating others' talk* que coincidiría con el modelo de abogacía y el *relaying others' talk* que equivaldría al modelo imparcial.

Otro autor que tomó en consideración el modelo de Cambridge fue Beltran Avery (2001: 4) recogido en Valero Garcés (2014: 181-182) distinguió los roles del intérprete en dos: el neutral y el activo.

En cuanto al rol neutral, la única responsabilidad del intérprete es transmitir el mensaje de forma precisa y completa dejando que el profesional sanitario y el paciente interactúen. Siguiendo esta línea, el intérprete no interviene por decisión propia sino que Beltran Avery (2001) lo define como un instrumento para que el mensaje se traslade al otro idioma.

En cambio, el rol activo significa que sobre el intérprete recaen varias responsabilidades además de trasladar el mensaje. En la visión de Beltran Avery (2001), el intérprete cuando adopta dicho rol, lo hace porque es parte o tiene grandes conocimientos del contexto cultural del paciente.

Por último, tenemos el tercer paradigma elegido para nuestra investigación, el propuesto por Ineke Crezee. Según, dicha autora (2013: 17) “*interpreting is not a matter of language alone*” como ya apuntó Hale (2007); “*the patient’s cultural background also needs to be understood and taken into account*”. Para entender la postura desde la cual realiza su enfoque de *patient navigators* cabe mencionar que aunque el intérprete pueda trasladar el mensaje tal cual lo dice el médico o el paciente, existen diferencias culturales en las cuales debe intervenir el intérprete a modo de enlace cultural como expresa Ineke Crezee (2013: 17) “*even if the interpreter interprets such words appropriately, a culture-specific misunderstanding may arise, and the interpreter may need to act as a cultural liaison and resolve the resulting communication breakdown*”.

En la mayoría de las ocasiones, pensamos que todas las personas comparten nuestras creencias culturales y las aceptan como normales cuando deberíamos entender que no todos tienen porqué compartirlas. En palabras de Helman (1990) y citado en Ineke Crezee (2013: 18) “*healthcare interpreters need to be aware of their own cultural background and of cultural beliefs held in the patients’ community in relation to health, diet, patient behavior and attitudes towards illness and disease*”. El conocer dichos aspectos haría que los intérpretes y profesionales de la sanidad tuviesen unas nociones básicas sobre el pensamiento y creencias del paciente. Además, las diferencias culturales no solo afectan al lenguaje verbal sino también, al comportamiento no verbal como por ejemplo el contacto visual, expresiones faciales, distancia física, gestos, postura, tacto, uso de fórmulas de cortesía, tono de voz y demás elementos paralingüísticos.

De este modo, los *patient navigators* son intérpretes médicos profesionales capacitados y con nociones culturales que obedecen un código ético. En palabras de Ineke plasmadas en la página web de la *AUT University* en 2014 “*the navigator, a trained medical interpreter, acts like a bridge between the culture and process of the hospital and the culture and community of the patient*”. Estados Unidos son los pioneros en adoptar dicho enfoque (*patient navigator system*), país con un gran número de inmigrantes y refugiados de distintos orígenes que, a menudo, tienen que acudir a consultas médicas.

El objetivo de este rol del intérprete, para Ineke, está claro: aumentar la calidad de los servicios, lo que ella describe en la página web de la *AUT University* (2014) como “*the aim is to raise the standard of the healthcare interpreting and translating, in turn creating better healthcare outcomes for the patients who rely on those services*”.

Son más las características que describen dicho rol del intérprete como que un profesional capacitado puede explicar tanto al paciente como al profesional sanitario la mejor disposición para sentarse, la más defendida en dicho rol es la del triángulo de

comunicación para que el paciente y el profesional puedan tener una conversación fluida. Además, el intérprete es capaz de explicar qué modalidad se adapta mejor (consecutiva, simultánea, susurrada, etc.). El no respetar dicha distribución por ejemplo como ocurre con los intérpretes que no están cualificados puede acarrear consecuencias en cuanto a exclusión, confianza y calidad como apunta Crezee (2013: 20) “*untrained interpreters may unconsciously side with either the client or the professional. As a result, either the client or the professional may feel uncomfortable and excluded*”.

A diferencia de los intérpretes *ad hoc*, los *patient navigators*, suelen hablar la mayoría de las veces en primera persona ya que hablar en tercera puede crear confusiones sobre quién dice qué sin elaborar un discurso preciso. Además, los profesionales, tienen la habilidad de la toma de notas cuando es necesaria y poseen, además de un conocimiento excelente de las expresiones cotidianas y de las frases hechas, un conocimiento de la terminología específica del ámbito sanitario. Puede parecer a primera vista que no sea tan necesario conocer las expresiones cotidianas pero, en muchos momentos durante la entrevista médica, los profesionales sanitarios hacen uso de ellas para hacerse entender de modo más sencillo como dice Ineke Crezee (2013: 21) “*a knowledge of everyday expressions is important because health professionals often switch to everyday language in an attempt to make themselves more readily understood*”.

Este rol del intérprete como enlace cultural (*cultural liaison*) abarca que el intérprete informe de las posibles creencias culturales que afecten al seguimiento de un tratamiento, a la dieta, etc. Por ejemplo, muchos pacientes no cumplen las indicaciones de los médicos si van contra sus creencias culturales. En ocasiones, puede que los pacientes no estén de acuerdo, pero no van a contestar que no puesto que, para ellos, es de mala educación hacerlo. Gente con diabetes puede no hacer ejercicio porque en su creencia piensan que una persona enferma debe quedarse encamada. De este modo, según Crezee (2013: 30):

It is the interpreter’s role to be conscious of situations where different cultural attitudes towards sickness and health may potentially lead to communication breakdown and non-compliance. Interpreters need to be aware of any cultural beliefs the patient may hold. They also need to be aware of the hospital culture in the country they are working in, and of the scientific approach followed by the health professionals. Interpreters should be aware of all these, without stereotyping.

2.4 Etapas de la entrevista clínica

La disparidad en cuanto a la formación de los intérpretes en activo lleva a que los pacientes y el personal sanitario tengan ideas confusas sobre el papel y el rol del intérprete. Dichas ideas confusas no permiten, aunque de nuevo sea difícil delimitar las etapas de la entrevista clínica ni cuándo interviene cada parte ni con qué función como menciona Valero Garcés (2014: 133-134) “*we should mention how difficult it is to classify the consultation into different sections, given that the limits which divide these sections are so imprecise*”.

Es importante destacar que el factor tiempo en la consulta española es un elemento clave; la razón principal de dicho factor se debe a que el sistema sanitario español es universal y a cada doctor se le asigna un cierto número de pacientes. Además, la administración cree que el tiempo general de una consulta debe oscilar entre los 6 y 8 minutos; hecho que se ha criticado, sobre todo en la última década, incluso por parte de los especialistas, especialmente cuando la consulta se trata con pacientes que no comparten la misma lengua.

No existe una guía de interacción entre intérpretes, pacientes y proveedores de atención médica, hecho que dificulta seguir unos protocolos de interpretación. Debido a estas circunstancias, los pacientes y los proveedores de atención médica no están familiarizados con las funciones del intérprete y no saben cómo trabajar de manera eficaz con ellos.

En cambio, sí existen guías propuestas por distintas organizaciones o por distintos autores. En el siguiente apartado, haremos una revisión a las guías o protocolos establecidos que en la posterior encuesta veremos si se cumplen en la realidad, si se sigue alguno de ellos o si en cambio, no se sigue ninguno.

Son muchos los factores que dependen a la hora de realizar un encuentro comunicativo efectivo como enuncia Hale (2010: 36):

La comunicación depende de varios factores entre los que se encuentran la capacidad del personal sanitario de hacer las preguntas adecuadas de la forma más efectiva; de escuchar atentamente y con empatía todo lo que el paciente dice, no sólo aquello relacionado directamente con la pregunta realizada sino incluyendo pistas indirectas que pueden conducir a una mayor comprensión de su problema y de entablar una relación positiva y de colaboración con el paciente.

Dichos factores fueron apoyados por los estudios de Vásquez y Javier (1991), Candib (1995), Zoppi y Epstein (2002) y Cordella (2004).

El cómo están formuladas las preguntas y el estilo ha sido un tema fundamental de debate en la literatura para saber cómo lograr que la interacción médico-paciente sea eficaz.

Cambridge (1999: 201) apunta que *“the patient may well present symptoms unrelated to the real problems, and the diagnostic skill of the doctor relies heavily on skilful questioning”*, es decir, que es posible que el paciente presente síntomas que no están relacionados con el motivo de la consulta pero la habilidad del médico para diagnosticar dependen mayormente de su habilidad para preguntar.

Cordella (2004: 32) estableció que *“the way in which the question is presented, therefore, can pre-determine the answer”*, es decir, la manera de formular la pregunta es un factor que predetermine la respuesta que se va a obtener.

En cuanto a las causas por las que no se siguen los tratamientos prescritos, algunos autores como Frey (1998) o Ferguson y Candib (2002) han llegado a la conclusión que recoge Hale (2010: 59) *“una buena relación médico-paciente puede ayudar notablemente a la hora de garantizar el cumplimiento total del tratamiento indicado”*.

La estructura básica en una entrevista entre el doctor y el paciente suele estar organizada de modo que se incluyan las siguientes actividades, tal y como indica Borrell i Carrió (1999) y recogidas en Valero Garcés (2005: 198)

- Saludo inicial
- Explicación de los problemas
- Evaluación sobre el estado del paciente
- Prescripción del tratamiento y concertar revisiones y/o derivaciones.
- Despedida

Unos años después, dichas cinco actividades, se agruparon en cuatro etapas como indicó Borrell (2004) y recogió Valero Garcés (2014: 124) se basa en cuatro etapas:

- Saludo inicial
- Charla sobre el estado del paciente y su seguimiento
- Prescripción del tratamiento y/o de las pruebas diagnósticas
- Despedida

Sin embargo, con el flujo de migración, son varios los estudios que han añadido etapas. Para nuestro trabajo mencionaremos el de Valero Garcés (2014) donde se planteaba el añadir dos más: *small talks* (pequeño diálogo introductorio con expresiones rutinarias antes de pasar al problema del paciente) y diálogos relacionados con los procedimientos oficiales o las funciones institucionales. El estudio termina concluyendo que dichos pequeños diálogos suelen aparecer durante toda la entrevista médica y no solo al principio y que además, sirven para darse cuenta de si el paciente está siguiendo la conversación, guardar las distancias pero mostrando educación y respeto y mostrar confianza, entre otros.

Aunque dichas etapas propuestas en las líneas anteriores ocurren haya intérprete o no, existen unas guías propuestas por asociaciones de intérpretes que indican los protocolos a seguir en teoría.

Una de ellas es la asociación de intérpretes médicos *California Healthcare Interpreters Association* (CHIA) que tiene unos protocolos de interpretación estandarizados publicados para antes, durante y después del encuentro médico. Insisten en que (2002: 26) “los intérpretes deben esforzarse por seguir los protocolos aunque existan limitaciones de tiempo y el contexto y la urgencia de una sesión de interpretación en particular requieran alguna modificación”.

Protocolo 1 (2002: 26). Presentación Previa al Encuentro, Sesión, o Entrevista

Antes que empiece la sesión, los intérpretes establecen los lineamientos básicos para el encuentro de interpretación al:

- a. Proporcionar su nombre, el idioma a interpretar y, si es necesario, su afiliación con la organización.
- b. Informar a las partes que el intérprete va a mantener la confidencialidad del encuentro, relacionada con ambos: paciente y proveedor de atención médica y a explicar al paciente, cuando sea necesario, qué significa “confidencialidad” en el ámbito de la atención médica.
- c. Informar a las partes de los elementos necesarios para un encuentro de interpretación tranquilo, incluyendo:
 1. El requerimiento que los intérpretes tienen de interpretar todo lo que hable cada parte.
 2. La importancia de que el paciente y el proveedor de atención médica se dirijan directamente el uno al otro.
 3. La necesidad de que las partes pausen frecuentemente para permitir la interpretación.
 4. La posibilidad de que los intérpretes necesiten intervenir para hacer alguna aclaración.

d. Preguntar al proveedor de atención médica si necesita informar al intérprete sobre cualquier cosa antes de empezar con la interacción y para que el intérprete exprese cualquier preocupación que pudiera tener.

Protocolo 2 (2002: 27). Durante el Encuentro, Sesión o Entrevista

Durante la sesión los intérpretes facilitan la comunicación para apoyar la relación entre el paciente y proveedor de atención médica al:

- a. Colocarse (en el mejor lugar) para maximizar y promover la comunicación directa entre el paciente y el proveedor de atención médica.
- b. Recordarle al paciente y proveedor de atención médica, ya sea verbalmente o con gestos, que se dirijan el uno al otro directamente, cuando sea necesario.
- c. Utilizar la primera persona del singular (“Yo”) como la forma estándar de interpretación, para realzar la comunicación directa entre el paciente y proveedor de atención médica y teniendo discreción al cambiar a la “tercera persona del singular”, cuando el uso de la primera persona causa confusión o es culturalmente inapropiado para una o ambas partes.¹
- d. Estar atento de las manifestaciones verbales o no verbales, que podrían indicar que el oyente está confundido o no entiende y preguntar si existe la necesidad de una aclaración.
- e. Moderar la fluidez de la comunicación, por ejemplo: regulando la cantidad de información que se presenta, evitando conversaciones secundarias con cualquiera de las partes y previniendo que las partes hablen simultáneamente.
- f. Intervenir para hacer una aclaración, cuando el intérprete no entiende la terminología o el mensaje.
- g. Indicar claramente cuando el intérprete está hablando por sí mismo al intervenir por cualquier propósito, en lugar de interpretar las palabras del paciente o proveedor de atención médica.
- h. Considerar interrumpir el proceso de comunicación en circunstancias extremas para discutir en privado, con el proveedor de atención médica o con el paciente, temas que preocupan al intérprete y de los cuales no se pueden hablar abiertamente durante la sesión (e.j. pueden surgir cuestiones sensibles que requieren privacidad cuando están presentes muchos miembros de la familia, o cuando la seguridad del paciente está en riesgo).

Protocolo 3 (2002: 28). Postencuentro, postsesión o postentrevista

Los intérpretes concluyen la sesión de interpretación tomando las siguientes medidas:

- a. Confirmando si alguna de las partes tiene preguntas o preocupaciones del uno para el otro y asegurándose de que el encuentro en realidad ha terminado.
- b. Proporcionando direcciones o acompañando al paciente a las citas subsecuentes de ese día.
- c. Facilitando la programación de citas de seguimiento y mencionando al paciente o la recepcionista que soliciten un intérprete.
- d. Documentando la prestación de los servicios de interpretación, como lo requieren las políticas de la organización.
- e. Dialogar, cuando sea apropiado, con los proveedores de atención médica o el supervisor del intérprete, sobre las preocupaciones derivadas de la sesión y a sean de parte de los intérpretes o de los proveedores de atención médica.

Con estándares semblantes a los que acabamos de mencionar está la asociación internacional de intérpretes médicos *International Medical Interpreters Association* (IMIA). Esta asociación lo distribuye a modo de competencias que debe poseer el intérprete para que la entrevista clínica se desarrolle con normalidad. A continuación, se presentan las competencias brevemente (1995: 4-5):

- **Competencia a: Interpretación**

A-1 El intérprete se presenta y explica su papel

A-2 Gestiona la configuración espacial paciente-proveedor-intérprete para una comunicación fluida y directa

A-3 Mantiene el registro y estilo lingüístico del emisor

A-4 Aborda las “necesidades de comodidad” del paciente en relación con el intérprete en cuanto a factores como la edad, el género y otras áreas potenciales de incomodidad.

A-5 Escoge el modo de interpretación apropiado (consecutivo, simultáneo, a la vista; primera o tercera persona).

A-6 Transmite de forma precisa la información entre el paciente y el proveedor

A-7 Fomenta la comunicación directa entre el paciente y el proveedor

A-8 Se asegura de que el receptor entiende el mensaje

A-9 Se asegura de que el intérprete entiende el mensaje que ha de transmitir.

A-10 Gestiona el flujo de la comunicación con el fin de preservar la precisión e integridad de los mensajes y de favorecer el vínculo entre el proveedor y el paciente.

A-11 Gestiona la dinámica de la tríada

A-12 Gestiona los conflictos personales internos

A-13 Gestiona los conflictos entre el proveedor y el paciente.

A-14 Comprueba la precisión de su interpretación y corrige sus propios errores.

A-15 Ayuda al proveedor en las tareas de cierre de entrevista.

A-16 Se asegura de que se abordan las dificultades planteadas durante o después de la entrevista y de que se canalizan adecuadamente.

A-17 Cumplimenta la documentación correspondiente al trabajo del intérprete.

A-18 Hace un seguimiento (al margen de la entrevista triádica), si resulta necesario.

- **Competencia B: Interfaz cultural**

B-1 Muestra un comportamiento culturalmente adecuado

B-2 Identifica y aborda los casos que requieren un examen intercultural para asegurar una comprensión precisa y completa.

- **Competencia C: Conducta ética**

C-1 Mantiene la confidencialidad

C-2 Interpreta con precisión todos los mensajes

- C-3 Mantiene la imparcialidad
- C-4 Respeta la intimidad del paciente
- C-5 Mantiene la distancia profesional
- C-6 Mantiene la integridad profesional
- C-7 Actúa ante la discriminación

2.5 Problemas en la actualidad en los encuentros bilingües

Asnani (2009: 357-361) ya advirtió del continuo problema que ocurre en las consultas donde previos estudios habían demostrado que no importan cuántos conocimientos posea el profesional sanitario porque puede encontrarse con problemas para abrir un canal de comunicación efectivo con el paciente, así escribió: “*a patient-physician consultation is the most widely performed procedure in a physician’s professional lifetime, effective communication with the patient has been found to be sadly lacking. If we add the element of multilingual and multicultural to this communication, the situation worsens*”.

Uno de los grandes dilemas de la interpretación durante toda la historia ha sido la visibilidad del intérprete. Ciertamente es que el rol de los intérpretes en una entrevista bilingüe puede adoptar distintas formas, por citar algunos ejemplos, Claudia Angelelli (2004: 7):

For example interpreters may help minority-language speakers explore possibilities, thereby channeling opportunities for them. This brokering may be achieved by being attentive to the social reality of the speakers. Alternatively, interpreters may focus on the message only, disregarding how it is socially constructed by each of the parties involved in the conversation. Another possibility is that interpreters may align with the speaker of the societal language, conveying information to the less-dominant speakers without helping them gain access to it.

Tanto es así, que se describe a los intérpretes, normalmente, como facilitadores de la comunicación invisibles (*invisible language facilitators*) y no se les considera como una parte más de la comunicación de acuerdo con Reddy (1979). Por otro lado, otros autores como Wadensjö (1998) o Davidson (2001), consideran al intérprete como una parte esencial y como constructores de la comunicación. Dichas diferencias dependen de la naturaleza del acto comunicativo.

En cuanto a la calidad, Valero Garcés (2014: 9) apunta que “*an important factor that can affect the quality of healthcare is the degree of empathy and how it is expressed or what we might call social interference on the part of the professional*”. En muchas ocasiones, estas interferencias sociales por parte de los profesionales se manifiestan xenofobia, racismo, prejuicios, estereotipos, discriminación, rechazo o exclusión.

Uno de los estudios que ha resumido algunos de los problemas referidos al lenguaje y a la cultura que se dan en las consultas entre el doctor y el paciente es el de López Izquierdo et al. (2007) y que recoge Valero Garcés (2014: 20):

- Difficulty defining the reason for the consult
- Loss of nuances during communication

- Doctor doubts patient compliance
- Doctor doubts his own approach to the problem
- Patient shows lack of trust towards anyone who does not know his language
- More time is required for consult
- Difficulty in expressing a diagnosis and treatment plan
- Negative emotional response from provider and patient
- Loss of doctor-patient confidentiality if interpreter is used

En cuanto al último punto, cabe añadir que se refiere a intérpretes *ad hoc* en la mayoría de las situaciones.

Uno de los estudios llevados a cabo en 2010 por un miembro del grupo FITISPos (Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos) y recogido en Valero Garcés (2014: 32) pone de manifiesto que en algunas regiones de España se siguen viendo situaciones en las que los profesionales sanitarios han atendido a pacientes cuya lengua nativa no era el español lo que les ha obligado a hacer uso de un español simplificado, gestos y la ayuda de una tercera parte voluntaria lo que ha llevado ciertas consecuencias como el tener que invertir más tiempo hablando con los pacientes, pocas posibilidades de obtener información del paciente y dificultades para emitir un diagnóstico adecuado u ofrecer un servicio adecuado. Otras de las consecuencias enunciadas por Valero Garcés (2014: 33) son “*withdrawal from treatment, feelings of uncertainty, distrust, no check-ups, not showing up to medical appointments, etc*”.

En otro estudio llevado a cabo por Valero Garcés (2014: 77) preguntaba a los pacientes si alguna vez se les había ofrecido material escrito en inglés (folletos, formularios, etc.) durante las visitas médicas y los resultados obtenidos mostraron que un 3% de los encuestados sí había recibido algún material en inglés frente al 97% que respondieron que no.

De las conclusiones del estudio de Valero Garcés (2014), claramente se puede extraer que aunque se ha intentado cambiar aspectos de la consulta, siguen habiendo insuficiencias en cuanto a la comunicación intercultural, en sus palabras expresa (2014: 88) “*although action has been taken in an attempt to respond to the needs of all residents of Madrid regardless of cultural background, inequalities still exist for migrants and visitors who do not speak Spanish when it comes to accessing to healthcare*”.

A pesar de las directrices, consejos y prácticas que se proponen siguen habiendo problemas que dificultan la comunicación y que no dejan claros el nivel de implicación que debe adoptar el intérprete a través de los distintos roles y funciones lo que desencadena en una confusión y un debate sobre la calidad de los servicios y la visibilidad o invisibilidad del intérprete, es decir dónde está el equilibrio de poderes entre el intérprete y el profesional sanitario. No obstante, en la actualidad, ¿qué problemas se dan en los hospitales y cuál es su origen?, ¿tienen los mismos problemas los intérpretes en plantilla que los *freelance*?, en los siguientes apartados, realizaremos la investigación pertinente para dar respuesta a tal pregunta y aceptar o rechazar la hipótesis propuesta.

3. Método y materiales

El presente trabajo se basa en un estudio de caso precedido de un estudio observacional, descriptivo con seguimiento para poder analizar y entender la situación de la interpretación en los servicios públicos, concretamente, en el ámbito de la sanidad centrándonos en aspectos fundamentales como son el rol del intérprete, las etapas de la entrevista clínica, la comunicación lingüística, la visibilidad y la implicación, además de analizar la percepción del profesional sanitario.

3.1 Enfoque metodológico

Acorde con la tipología del presente trabajo, la metodología empleada permite analizar y examinar una realidad compleja, unos intérpretes que se encuentran con ciertas dificultades para ofrecer unos servicios de interpretación adecuados, en algunos casos debido a la intrusión que existe en dicha profesión y en otros por el desconocimiento de su papel y tareas a desempeñar por parte de los profesionales sanitarios y los pacientes.

De este modo, en primer lugar realizaremos el estudio observacional, descriptivo con seguimiento para analizar los encuentros extra rutinarios en centros de la Comunidad Valenciana y de Madrid. Para llevar a cabo dicho estudio, hemos realizado una parte descriptiva con seguimiento durante dos semanas y una entrevista a través de un cuestionario. Para elegir a los informantes, se ha valorado su experiencia y disposición a realizar el seguimiento. Los parámetros que se analizan incluyen la frecuencia en la que ocurren los encuentros previos, la duración, el lugar y los posibles beneficios.

Luego se analizarán, a través de un estudio de caso, determinados aspectos (comunicación, directrices, legislación, roles, etapas, código deontológico, visibilidad, equilibrio y trabajo en equipo) de esta realidad compleja partiendo de las observaciones y estudios de investigadores como Cambridge (1999), Valero (2001), Borrell (2004), Abril Martí (2006), Hale (2007) y Corsellis (2008), entre otros. Todos estos aspectos se han analizado a través de dos encuestas a dos colectivos, por un lado los profesionales sanitarios y por otro, los intérpretes profesionales también de la Comunidad Valenciana y de Madrid.

Con los resultados de los dos estudios, se intentará verificar o rechazar la hipótesis planteada sobre la necesidad de una fase previa de toma de contacto entre el profesional sanitario y el intérprete y los objetivos establecidos.

3.2 Colectivos encuestados

Desde un principio, este trabajo está destinado a estudiar la situación actual de la profesión de la interpretación y a analizar la percepción y las necesidades de los profesionales sanitarios en la Comunidad Valenciana y en la de Madrid. También intentaremos verificar la hipótesis planteada y ofrecer alguna idea de mejora. El colectivo entrevistado y al que se le ha realizado el seguimiento está compuesto por 6 intérpretes profesionales de la Comunidad Valencia y Madrid. Los colectivos encuestados para el estudio de caso abarcan: 72 informantes que son profesionales sanitarios en la zona de la Comunidad Valenciana y la comunidad de Madrid y que por tanto, han estado y están en contacto con pacientes extranjeros. Por otro lado, otro colectivo lo forman los intérpretes que han realizado labores de interpretación en los hospitales de las zonas mencionadas anteriormente que cuentan con un gran volumen de pacientes extranjeros, grupo en el cual contamos con 33 informantes.

3.2.1 Colectivo entrevistado y seguimiento

El colectivo al que se le ha realizado el seguimiento lo forman 6 intérpretes españoles, 3 de ellos son de la Comunidad de Madrid y los 3 restantes de la Comunidad Valenciana. Entre los 3 de Madrid, 1 trabaja como freelance y 2 lo hacen en plantilla en un hospital público. Entre los 3 de la Comunidad Valenciana, los 3 trabajan en plantilla en hospitales privados. Para mantener su anonimato, en los anexos se les ha identificado mediante un código numérico.

Los centros en los que trabajan son: Hospital Imed Levante (Benidorm), Hospital Internacional Vithas Medimar (Alicante), Hospital Ramón y Cajal (Madrid) y centros de salud de Madrid. La selección de los intérpretes y centros médicos se debe a la disposición y disponibilidad de los intérpretes a someterse al seguimiento.

3.2.2 Descripción de los informantes

Los informantes que han participado en el estudio de caso son un total de 105, entre los cuales disponemos de 72 profesionales sanitarios y 33 intérpretes.

Entre los 72 profesionales sanitarios de la Comunidad Valenciana y de Madrid, el que menos tiempo lleva ejerciendo lo ha hecho tres meses y el que más 34 años. Los años que llevan trabajando en los respectivos centros oscilan, en la mayoría, entre los 10 años y los 30.

Las especialidades de los participantes son: medicina familiar y comunitaria, nefrología y diálisis, enfermería, medicina digestiva, hematología, otorrinolaringología, medicina preventiva, pediatría, fisioterapia, fisioterapia pelviperineológica, atención al paciente, alergología e inmunología clínica, traumatología, reproducción asistida, cirugía general, anestesiología, unidad del sueño, neurología, neumología, psicología, bioquímica clínica, enfermedades infecciosas, D.U.E, cardiología, medicina nuclear, dermatología, ginecología, anestesia y reanimación y oncología.

De los 33 intérpretes, 3 se dedican a la interpretación telefónica, los hemos incluido en el estudio porque también forman parte de la realidad de la profesión de interpretación en el ámbito sanitario. Son muchos los hospitales que hacen uso de estos servicios para cubrir todos los idiomas de sus pacientes.

Los centros participantes son: Hospital Universitario de Elche, Hospital Internacional Vithas Medimar, Hospital General Universitario de Alicante, Centro Ginefiv, Centro de salud de Denia, Hospital Infanta Cristina de Parla, Hospital Universitario Niño Jesús, Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Hospital Clínica de Benidorm, Hospital Imed Levante de Benidorm, HM Hospitales, ISTMO, Hospital Vega baja de Orihuela, Hospital Universitario San Juan de Alicante, IVI Valencia, Hospital Marina Baixa, Hospital Universitario de Getafe, Hospital de Poniente, Hospital Universitario del Vinalopó, Centro de transfusión de Madrid, Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, Hospital Verge dels Liris (Alcoy), Centro de salud de Onil (Alicante), Hospital General Universitario Santa Lucía, Centro de salud I y II de Burriana (Castellón), Hospital general de Elda, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital de Villajoyosa, Hospital Perpetuo Socorro de Alicante, Centro de salud de Castalla (Alicante), Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia, Hospital Peset, Hospital Universitario La Paz de Madrid y las empresas de interpretación telefónica Interpret Solutions S.L., Dualia y Migralingua.

La selección de los centros médicos y hospitales escogidos han estado determinados por su localización geográfica, por la cantidad de pacientes extranjeros que reciben y por la propia experiencia.

3.3 Distribución de las encuestas y realización del seguimiento

La distribución de las encuestas a los intérpretes se ha realizado completamente a través del correo electrónico y de varias redes sociales como *facebook*, *twitter* y *linkedin*.

Aunque en algunos casos, una entrevista cara a cara puede resultar más efectiva, cuando hemos tenido alguna duda en alguna respuesta, la hemos podido solventar a través de correos electrónicos. El método de distribución a través de correo electrónico y las redes sociales supone más facilidad de tiempo puesto que lo podían contestar cuando quisiesen y podían estar más relajados a la hora de reflexionar.

Para solicitar la ayuda a los profesionales sanitarios y los intérpretes, acompañamos los correos electrónicos y los comentarios en las redes sociales con las siguientes palabras:

 Mi nombre es Elena Pérez Estevan y soy estudiante del Máster europeo en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos en la Universidad de Alcalá. El motivo de dicha encuesta es realizar una investigación sobre la comunicación lingüística con los pacientes extranjeros en el ámbito sanitario como trabajo de fin de máster. No se publicará ningún dato personal. Muchas gracias por su colaboración.

Durante los meses de enero, febrero y marzo detectamos disponibilidades, pedimos autorizaciones a los centros, preguntamos a intérpretes que estarían dispuestos y analizamos perfiles y del 18 de abril al 30 de abril distribuimos las encuestas. Durante dicho plazo tuvimos que enviar algún correo a modo de recordatorio para que no se retrasara la fecha de finalización y pudiésemos proseguir con la investigación según lo establecido.

Son muchos los contactos que han ayudado a la difusión de las encuestas. En cuanto a la encuesta para intérpretes, las listas de distribución fueron claves, se pasó la encuesta a través de La Xarxa y Asetrad. En esta línea, otra vía fue la distribución de la encuesta a través de las listas de correo masivo de las Universidades de Alicante, Salamanca, Valencia y Castellón gracias a la amabilidad de sus administradores. Además, gracias a miembros de los grupos de la Red Comunica, Greti y Miras. Para la difusión de las encuestas a profesionales sanitarios, las hemos distribuido a través del Colegio de Médicos de Alicante y de Madrid y a través de contactos conocidos.

La parte del seguimiento se realizó de forma personal, es decir, nos desplazamos a los centros que se ofrecieron para realizarlo cada jueves (en el caso de los centros de Madrid) y cada viernes (en los centros de Alicante) de la semana anterior para explicar lo que debían hacer durante la semana. Al siguiente jueves o viernes se recogieron los resultados de la primera semana y se entregaron los dossiers para la próxima semana. El lunes, martes y miércoles siguientes a la duración del seguimiento, se mantuvo una entrevista con cada intérprete para que respondiese a unas preguntas sobre los encuentros extra rutinarios.

3.4 Diseño de la tabla de seguimiento y preguntas para la entrevista (ver anexo 1)

La tabla de seguimiento está elaborada en distintas fases, la primera página está compuesta por 6 columnas. En la primera de ellas se ofrece espacio para escribir el número de interpretaciones por semana. Las 5 columnas restantes pertenecen una a cada día de la semana donde se les requiere que escriban las interpretaciones y la especialidad que han realizado cada día.

El mismo procedimiento se ha realizado durante 2 semanas: del 6 al 10 de abril y del 13 al 17 de abril.

Una vez transcurridas las tres semanas, las entrevistas se han realizado entre los días 20, 21 y 22 de abril a través de unas preguntas sobre dichas consultas que habían anotado en cada columna.

La primera parte trata sobre las interpretaciones en las que se han encontrado con problemas y que se describa el problema. La lista de posibles problemas está recopilada de Valero Garcés, Carmen (2014) *Health, communication and multicultural communities. Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing. pp: 7-9-15-19-38.

A continuación, las 10 preguntas están enfocadas a conocer si para cada problema ha habido un encuentro previo, en caso afirmativa, cuándo ha ocurrido, cuánto ha durado, si ha sido forzado o no, dónde ha tenido lugar, si se conocía al médico, qué registro se ha empleado, qué temas se han tratado y si se han obtenido beneficios o todo lo contrario.

3.5 Diseño y contenido de las encuestas (ver anexos 2 y 3)

A simple vista puede que no se aprecie pero las encuestas están realizadas siguiendo una estructura de acuerdo con los objetivos planteados. Elaboramos un guión previo para organizar las encuestas de la mejor manera posible y que los aspectos que pretendíamos estudiar estuviesen bien definidos. Intentamos confeccionar encuestas lo más breve posible pero que a su vez estuviesen completas para que los encuestados no tuviesen que dedicar mucho tiempo a contestar a las preguntas y entendiesen la información que se les pedía.

Cabe mencionar que hemos incorporado preguntas de diversos estudios ya realizados para comparar la situación actual con la analizada en otros años. Las encuestas se han realizado mediante un formulario de google para que fuese más fácil el proceso de respuesta y envío.

En lo que respecta a la encuesta para los profesionales sanitarios, está compuesta por 19 preguntas. Al principio de la encuesta se pregunta por el centro en el que trabajan, especialidad y tiempo que llevan trabajando en el centro, variables que hemos tenido en cuenta a la hora de realizar el estudio.

Las preguntas 1 a 3 están enfocadas a conocer cómo se comunican los profesionales sanitarios con los pacientes extranjeros y están extraídas del estudio llevado a cabo por Valero Garcés (2001). La 4 y 5 nos sirven para descubrir si existen centros en los que se dispone de un protocolo o directrices y folletos informativos traducidos para los extranjeros. La pregunta 6 hace referencia a las etapas de la entrevista clínica. Las

preguntas 7 y 8 están encaminadas a ver si los profesionales están al corriente de lo que dictan las leyes; concretamente la 8 trata los consentimientos informados y se ha incluido una definición de la traducción a vista puesto que muchos de ellos puede que no entendiesen dicha modalidad. La 9 y 10 se centran en conocer la percepción que tienen sobre los roles del intérprete. De aquí deriva la pregunta 11, extraída también del estudio de Valero Garcés (2001), sobre las tareas que en su opinión debería hacer un intérprete en sus consultas. La 12 tiene que ver con las etapas de la entrevista clínica y la 13 con cómo se sienten cuando trabajan con intérpretes. La pregunta 14 está directamente relacionada con la hipótesis planteada. La 15 hace referencia al código deontológico de los intérpretes. La última parte analiza la visibilidad del intérprete a través de las preguntas 16 y 17, el equilibrio de poderes mediante la pregunta 18 y el trabajo en equipo y las posibles medidas futuras para trabajar con intérpretes con la 19.

En el caso de la encuesta los intérpretes, la estructura es similar con un total de 16 preguntas. Al principio se les pregunta por el centro en el que trabajan o han trabajado y el tiempo que lo han hecho o lo hacen, variables que también hemos tenido en cuenta a la hora de realizar el estudio.

En las preguntas 1 y 2 se les pide información sobre si en sus centros se han elaborado protocolos o directrices a la hora de atender a los pacientes extranjeros. La 3 y 4 están relacionadas con el conocimiento de las leyes. De la 5 a la 11 se cuestiona sobre los roles y enfoques del intérprete. Cabe mencionar que la 7 y la 9 están extraídas del estudio de Hale (2007) y en la 11, la situación planteada está extraída de la guía de La Caixa (2006). Derivado de los roles, la pregunta 12 está relacionada con el código deontológico. La 13 y la 14 se centran en la visibilidad e implicación. La 15 está enfocada a conocer su percepción de la situación de equilibrio o desequilibrio entre los profesionales sanitarios y los intérpretes. Finalmente, la 16 está enfocada al trabajo en equipo y las posibles medidas futuras para trabajar con profesionales sanitarios.

3.6 Recogida y análisis de los datos

Una vez obtenidas todas las respuestas de las encuestas, el formulario de google facilitó el análisis estadístico puesto que elabora una tabla de Excel. Por tanto, obtuvimos dos tablas de Excel, una para las respuestas de cada colectivo.

La interpretación de los datos se ha realizado con detenimiento, analizando todos los datos obtenidos y comentarios que han añadido los encuestados cuando se les requería que explicasen los motivos de sus respuestas en ciertas preguntas.

En cuanto al seguimiento y entrevista con los intérpretes en plantilla, con el objetivo de facilitar el análisis estadístico decidimos elaborar distintas columnas en una tabla de Excel para visualizar mejor los resultados y extraer los porcentajes.

4. Análisis

4.1 Estudio observacional, descriptivo con seguimiento

Uno de los temas a tratar en el presente trabajo, como se ha mencionado a lo largo del mismo, es el de los problemas actuales en los encuentros triádicos donde una parte corresponde al intérprete y los aspectos clave en la interpretación en dicho campo.

Varios autores han hecho referencia a las sesiones de *briefing* o *debriefing*, es decir, a las sesiones informativas, como Crezee (2013: 30) apunta “*ideally, interpreters should*

have the opportunity to discuss different cultural backgrounds during the pre-briefing session with the professional, or alternatively, during the de-briefing session following the interpreting assignment. Unfortunately, briefing and debriefing often do not take place in practice". Para esta autora, dichas sesiones no ocurren en la actualidad pero que deberían darse por su importancia y lo señala con el matiz de "ideally" al principio. Añade también que, en su opinión, cuando los profesionales sanitarios sean conscientes del valor de los intérpretes, será cuando les den importancia como se puede observar en sus siguientes palabras: "*once the health professionals become aware of the impact of cultural beliefs in relation to sickness and health, they may start to value the interpreter's cultural knowledge more*" (Creeze, 2014: 30).

Otra de las autoras que ha hablado de este tema, también desde un punto de vista de que dichas sesiones son necesarias pero que no ocurren, ha sido Hale (2007: 43) "*Ideally, there may also be briefing and debriefing sessions between the health care provider and the interpreter*".

Para afirmar o refutar la hipótesis propuesta, la primera parte del análisis propuesto es un estudio observacional, descriptivo con seguimiento. De acuerdo con la finalidad del estudio, es descriptivo puesto que los datos son utilizados para fines de este tipo, según con el control de la asignación, es observacional ya que el equipo investigador no hemos controlado el factor de estudio, sino que nos hemos limitado a medir, observar y analizar. Finalmente también es un estudio con seguimiento ya que hemos monitorizado a los intérpretes mediante una entrevista semanal.

La metodología para llevar a cabo esta parte del análisis, ha sido la repartición de un dossier con columnas según los días de la semana para que escribiesen las interpretaciones que han realizado y de qué especialidad han sido, en la segunda hoja, se les pedía que marcasen de las interpretaciones mencionadas anteriormente, las que han tenido problemas y la descripción de los mismos a partir de una tipología de problemas extraída de Valero Garcés (2014: 7-38).

Al final del seguimiento, completaron las dos últimas páginas del dossier que contenían preguntas sobre los encuentros extra rutinarios.

La finalidad de esta parte del estudio es ver si, como apuntan los autores, las sesiones informativas ocurren ahora mismo o por el contrario, no se dan aunque idealmente tendrían que tener cabida. Por la propia experiencia, en ocasiones, los intérpretes mantienen pequeñas conversaciones en los encuentros fuera de la consulta, en lo que hemos llamado encuentros extra rutinarios. Por ello, nuestra hipótesis mantiene que dichos encuentros pueden mejorar la relación entre los profesionales sanitarios y los intérpretes.

4.1.1 Problemas actuales en consultas interpretadas

La primera parte de este estudio, como hemos especificado anteriormente, se basa en una parte descriptiva con seguimiento para la que se ha ofrecido una lista con posibles problemas que se pueden tener cabida en las consultas donde interviene un intérprete.

El seguimiento se ha realizado a 6 intérpretes: 3 de ellos intérpretes en plantilla en hospitales privados, 1 intérprete *freelance* y 2 intérpretes en plantilla en hospitales públicos. A cada uno de ellos le hemos asignado un número, al igual que a cada

hospital, para saber diferenciarlos sin publicar ningún dato personal como se puede ver en los anexos.

El total de consultas en las que han intervenido dichos intérpretes durante las semanas del 6 al 10 de abril y del 13 al 17 de abril ha sido de 142. De estas 142, en 103 ha habido problemas, en algunas solo un problema aunque en la mayoría de las consultas ha habido más de una.

A continuación se puede ver la lista y los resultados:

POSIBLES PROBLEMAS	Nº DE VECES QUE HAN OCURRIDO	PORCENTAJE
Dificultades con el lenguaje (registro empleado por el profesional sanitario)	20	14.1 %
Dificultades con el lenguaje (registro o variedad dialectal empleada por el paciente)	11	7.7 %
Dificultades culturales	15	10.6 %
Prejuicios	6	4.2 %
Temas tabú	9	6.3 %
Comunicación no verbal	0	0
Tiempo de consulta	18	12.7 %
No se le ha permitido presentarse	41	28.9 %
Falta de conocimiento sobre el papel del intérprete	27	19.0 %
Falta de conocimiento sobre el rol del intérprete	20	14.1 %
Falta de cooperación/trabajo en equipo entre el intérprete y el profesional sanitario	29	20.4 %
Problema en cuanto al código ético del intérprete	6	4.2 %
Otros	15	10.6 %

Tabla 1: Resumen de las respuestas a posibles problemas

En cuanto a otros problemas, en 12 consultas, los intérpretes han añadido problemas en cuanto a dificultades terminológicas, 2 han añadido desconocimiento del desarrollo de la consulta y 1 ha indicado desconocimiento del paciente del sistema sanitario español.

Para visualizar los resultados, hemos elaborado la siguiente tabla:

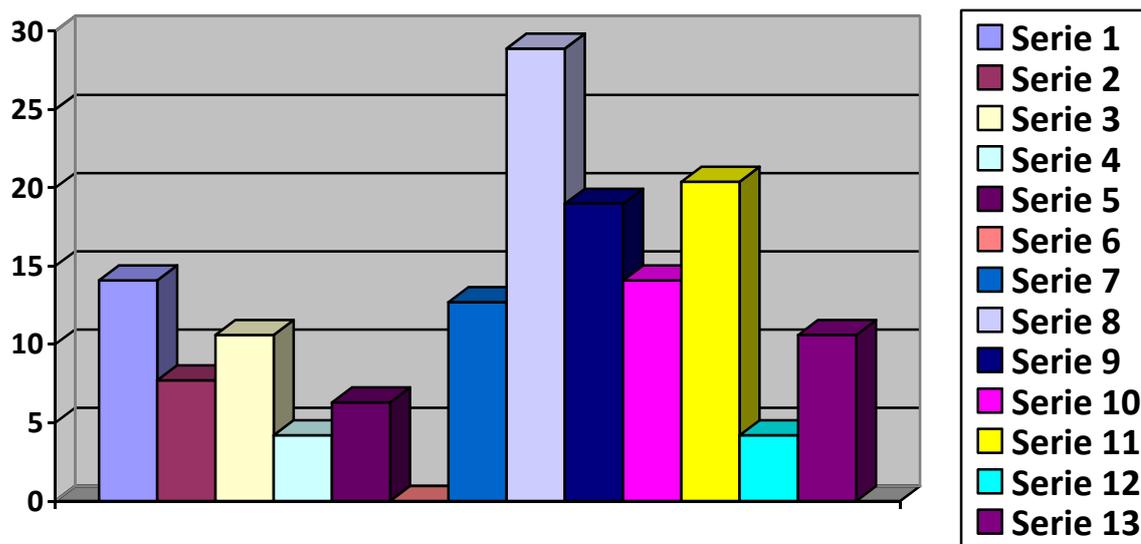


Gráfico 1: posibles problemas

Según los resultados obtenidos en el Gráfico 1, la serie 8, correspondiente a que no se le ha permitido al intérprete presentarse es la que más veces ha ocurrido, seguida de la serie 11 (falta de cooperación/trabajo en equipo entre el intérprete y el profesional sanitario) y de la 9 sobre la falta de conocimiento del papel del intérprete. Casi que con la misma puntuación que la serie 9, la 10 (falta de conocimiento sobre el rol del intérprete) también tiene una frecuencia de a menudo. Con una puntuación menor, se encuentran la serie 7 relacionada con el tiempo en la consulta puesto que es insuficiente y la serie 1 en cuanto a las dificultades por el registro que ha empleado el profesional sanitario. Las dificultades culturales (serie 3), los prejuicios (serie 4), los temas tabú (serie 5) y los problemas en cuanto al código ético del intérprete (serie 12) también ocurren aunque con menor frecuencia. El posible problema de comunicación no verbal no ha obtenido ningún voto, por lo que podemos afirmar que no ha supuesto ningún problema para estas consultas.

Por tanto, los problemas que ocurren con más frecuencia están relacionados con el rol del intérprete, su papel, la falta de cooperación entre el intérprete y el profesional sanitario y el tiempo de consulta insuficiente. En segundo lugar en una escala de frecuencia, estarían los problemas relacionados con el lenguaje, la terminología empleada y el desconocimiento del desarrollo de varias consultas. Finalmente, los problemas que ocurren con una menor frecuencia pero ocurren son los de índole cultural, relacionados con prejuicios y temas tabú y el código ético del intérprete.

4.1.2 Encuentros extra rutinarios

La segunda parte de este estudio es más bien de tipo observacional y descriptivo puesto que se ha pasado un cuestionario el último día de la entrevista con seguimiento a los intérpretes para ver qué encuentros han tenido, cómo han sido, de qué duración y si han sido beneficiosos.

A continuación, se pueden observar los resultados detallados a las 10 preguntas que se les requirió que contestasen.

- 1. ¿Para cada problema ¿había tenido lugar un encuentro extra rutinario o sesión previa entre el intérprete y el médico?**

Encuentro previo y ningún problema	Encuentro previo y algún problema	Sin encuentro previo y sin problemas	Sin encuentro previo y con problemas
27 consultas	6 consultas	17 consultas	97 consultas

Tabla 2: Respuestas pregunta 1 entrevista intérpretes

2. En caso afirmativo, ¿cuándo ha ocurrido?

Se les ofrecían tres posibles respuestas: justo antes de la consulta, durante el mismo día de la consulta o días antes de la consulta.

La respuesta que más han marcado ha sido justo antes de la consulta seguida de durante el mismo día de la consulta. Solamente un intérprete en plantilla en un hospital privado ha indicado también que días antes de la consulta pero ha especificado que se trata de cuando el paciente ya ha acudido a una especialidad y el intérprete vuelve a ser él para esa misma especialidad otro día, el encuentro se ha producido una vez finalizada la primera vez que acudió el paciente. La intérprete *freelance* ha indicado que no ha dispuesto de ninguna sesión previa entre el intérprete y el profesional sanitario pero que sí la ha dispuesto entre el intérprete y el paciente ya que mientras esperaban el turno para entrar a la consulta, han tenido ocasión de hablar por tanto ha sido justo antes de la consulta.

3. ¿Cuánto ha durado?

Se les ofrecían tres posibles respuestas: entre 5 y 10 minutos, entre 10 y 20 minutos o más de 20 minutos.

A excepción de la intérprete que no había dispuesto de encuentro previo, 4 intérpretes han marcado que entre 5 y 10 minutos pero que en la mayoría de veces casi nunca se llega a los 10 y un intérprete no ha marcado ninguna respuesta y ha indicado que menos de 5 minutos. La intérprete *freelance* ha comunicado que dependía del tiempo de espera pero que normalmente entre 5 y 10 minutos.

4. ¿Ha sido un encuentro casual o forzado por alguna de las dos partes?

De los 5 intérpretes que han respondido (todos menos la *freelance*), 3 han indicado que han sido causales pero que alguno también forzado y 2 han indicado que han sido forzados. Una de las respuestas que se ha decantado por forzados, ha indicado que lo ha hecho con la intención de que los profesionales sanitarios aprendan a trabajar con intérpretes pero que no siempre ha sido posible por dificultades de tiempo. Conviene destacar que una de las respuestas sobre que la mayoría han sido casuales, ha indicado que cuando han sido forzados, lo ha hecho preguntando: “¿el paciente que va a pasar a continuación qué seguimiento ha llevado?”.

5. ¿Dónde ha tenido lugar?

Las opciones que se les ofrecían eran: en la consulta del médico, en el pasillo, en recepción o en otras premisas.

La primera opción ha tenido 5 votos, la segunda 1, la tercera 3 y la cuarta 2. Para esta última se ha comunicado que ocurrieron en la cafetería y en la puerta de salida del hospital.

6. ¿Conocía al médico?

Los 5 intérpretes en plantilla han indicado que sí conocían a los médicos a excepción de algunos. El motivo de conocerlos se debe a que ambas partes llevan años trabajando en el mismo centro pero que no con todos tienen el mismo grado de conocimiento.

7. ¿Qué registro se ha empleado durante la conversación?

La intérprete *freelance*, se ha comunicado con el paciente en un registro informal. No obstante, los 5 intérpretes que sí se comunican con los profesionales sanitarios, dos han marcado que de modo informal y otros dos de modo formal. El intérprete restante ha marcado las dos posibles respuestas puesto que depende del grado de conocimiento del médico que disponga. De este modo, utiliza un registro más formal para dirigirse a los profesionales sanitarios con los que no tiene casi confianza y más informal con los que sí la tiene.

8. ¿Se ha tratado algún tema distinto a la enfermedad?

La intérprete *freelance* no ha marcado ninguna opción y uno de los intérpretes en plantilla ha indicado que no por el tiempo del que suele disponer. Los 4 restantes han indicado que han hablado de terminología, del desarrollo de la consulta y las pruebas que se suelen hacer, de los acompañantes del paciente, del familiar del profesional sanitario y del tiempo. En la siguiente tabla se ve la frecuencia de los temas tratados distintos a la enfermedad.

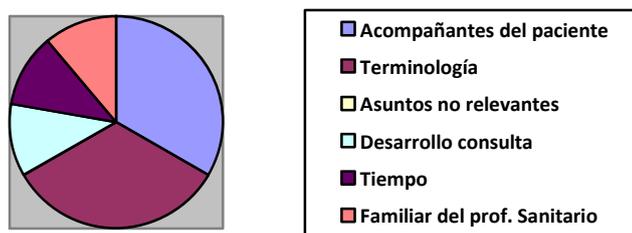


Gráfico 2: Temas en los encuentros extra rutinarios

9. ¿Ha sido beneficioso y por qué o por qué no? ¿le ha permitido solucionar el problema de forma resolutiva?

Los 6 intérpretes entrevistados han dicho que sí les ha sido beneficioso. Cada uno de ellos ha realizado un comentario: para uno de ellos, le ha faltado tiempo para explicar el papel del intérprete, para otro ha sido positivo puesto que ha podido contar que necesita presentarse y explicar brevemente dónde se sitúa, para otro ha sido beneficioso porque se ha podido hacer una idea del paciente, para otro ha sido beneficioso porque había podido preparar terminología con un poco de antelación y para la intérprete *freelance*, el haber mantenido una pequeña conversación con el paciente, le ha permitido hacerse una idea de su registro. En la entrevista con el último intérprete, se trató el tema de que después de las consultas también es necesario hablar unos minutos con los profesionales sanitarios sobre los problemas que han ocurrido para futuras mejoras en las posteriores consultas.

10. ¿Piensa que para las consultas que no ha dispuesto de encuentro o fase previa, el haber dispuesto le hubiese ayudado a solucionar el problema?

Todos los entrevistados han concluido que sí les ayudaría disponer de dicha fase o encuentro previo para solucionar los problemas relacionados con el papel del intérprete, la terminología y los factores culturales. Debemos matizar que las respuestas a que seguro que se pudiese solucionar, en opinión de los intérpretes serían los problemas relacionados con la terminología, es decir, el mantener una pequeña charla antes, les viene bien para hacerse una idea de lo que se va a tratar en la consulta o de la terminología más frecuente de dicha especialidad. Las respuestas de quizás, la han explicado diciendo que se refieren a problemas sobre el desconocimiento del papel del intérprete, de las etapas y del trabajo en equipo puesto que con una charla no es suficiente, sino que con la práctica o a través de sesión después de la consulta, se podrían obtener mejores resultados.

Uno de los intérpretes ha marcado la opción de que no y ha dado la explicación de que una sesión previa no aportaría ningún resultado en relación al problema de la insuficiencia de tiempo en la consulta ya que no depende del intérprete.

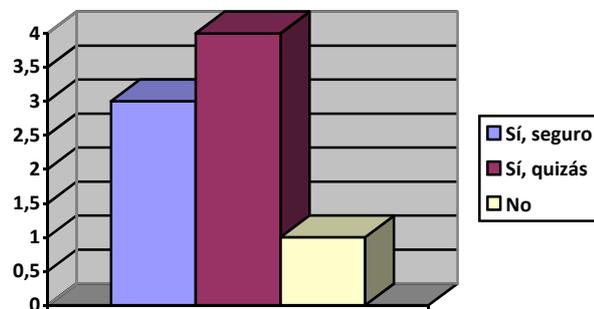


Gráfico 3: Respuestas pregunta 10 entrevista intérpretes

Como conclusiones a estas dos partes del estudio observacional, descriptivo con seguimiento podemos extraer que en la actualidad, para la mayoría de consultas no se dispone de una sesión, encuentro o fase previos a la interpretación en consulta aunque todos los intérpretes encuestados la consideren necesaria. Son pocos los resultados en los que habiendo dispuesto de un encuentro fuera de la rutina, hayan aparecido problemas luego en la consulta, como hemos visto, estos casos son los de problemas relacionados con el desconocimiento del papel del intérprete y la falta de trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios y los intérpretes.

Hemos descubierto que es más fácil, dentro de la dificultad dada por el poco tiempo disponible, de disponer de un encuentro extra rutinario en los centros con intérpretes en plantilla ya que estos son un miembro más del equipo trabajador del centro y por tanto, conoce, en mayor o menor medida, a los profesionales sanitarios con los que trabaja y puede disponer de más momentos en los que aprovechar para forzar un encuentro. Como hemos visto, la mayoría de encuentros son cortos y se producen o en las consultas o en otras premisas como espacios comunes: cafetería, pasillos, recepción... y se suelen tratar otros temas además de la enfermedad del paciente puesto que a veces son primeras consultas. El trabajar como *freelance* implica que se tengan menos posibilidades de mantener una pequeña charla con los profesionales sanitarios, sin embargo, es más probable que se mantenga con los pacientes que también pueden aportar beneficios como hacerse una idea del registro y conocimientos del paciente tal cual indica nuestra intérprete entrevistada. Puesto que en la presente investigación, no

nos hemos centrado en un encuentro entre pacientes e intérpretes, a título personal y sin llevar a cabo un estudio, nos parece que, a priori, puede existir el riesgo de que esta práctica conlleve a que el paciente tenga la impresión de que el intérprete es su amigo o que está de parte de él y se den situaciones dificultosas para el intérprete en cuanto a imparcialidad o cumplimiento del código ético.

Además, cuanto más conocimiento y confianza tengan el intérprete y el profesional sanitario, más recurrente será el utilizar un registro informal en el que, por supuesto, tengan cabida algunos tecnicismos dado el ámbito que estamos tratando.

4.2 Estudio de caso

4.2.1 Modo de comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes extranjeros

El punto de partida para el presente estudio de caso es el modo de comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes extranjeros que acuden a distintos centros de atención médica, ya sean privados o públicos.

Veamos a continuación los resultados obtenidos en base a las preguntas con respuesta cerrada que hacen referencia al modo de comunicación que emplean dependiendo de las situaciones que pueden darse:

¿Cómo se comunica usted con los pacientes que no hablan español?

PREGUNTA 1	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
¿En un español simplificado?		
• Nunca	8	11.1 %
• A veces	39	54.2 %
• A menudo	25	34.7 %
¿En inglés?		
• Nunca	15	20.8 %
• A veces	29	40.3 %
• A menudo	29	40.3 %
A través de un intérprete profesional		
• Nunca	27	37.5 %
• A veces	24	33.3 %
• A menudo	21	29.2 %

Otros (indique el modo que emplee)		
• Nunca	0	
• A veces	24	33.3 %
• A menudo	0	

Tabla 3: Respuestas pregunta 1 profesionales sanitarios

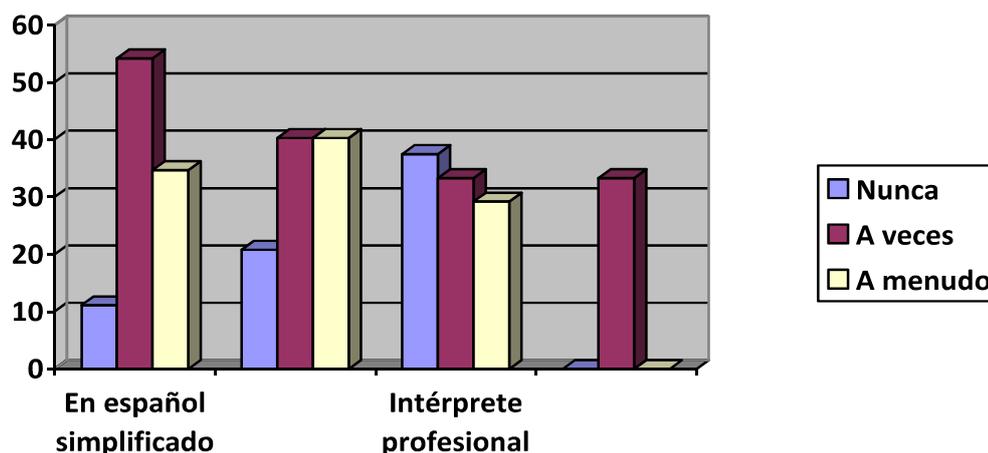


Gráfico 4: Modo de comunicación

Puesto que la última parte de la pregunta (otros) tiene un carácter más abierto, las respuestas que hemos obtenido de otros modos de comunicación que se llevan a cabo son: si hablamos en el idioma del paciente, en su idioma; en otros idiomas como francés básico, alemán o valenciano; mediante tarjetas de apoyo; a través de un familiar; a través de un intérprete ad hoc que no suele hablar 100% bien; usando el lenguaje corporal y la gesticulación; a través de un traductor telefónico o de un mediador cultural; con folletos traducidos; mediante un compañero que conozca el idioma o de la enfermera que sabe un poco de inglés y con dibujos.

Según los resultados de la encuesta (Gráfico 4), el modo más habitual de comunicación bajo el epígrafe “a veces” (punto 2) es a través de un español simplificado, seguido del epígrafe “a veces” y “a menudo” del inglés. Un 62.5 % de los profesionales sanitarios encuestados se comunica a través de un intérprete profesional; de este 62,5 %, un 33.3 % lo hace a veces y un 29.2 % a menudo. Finalmente, los que emplean otro tipo de comunicación se resumen en utilizar otro idioma del que tienen conocimientos básicos, en hacer uso de material traducido o de apoyo (dibujos, tarjetas, diccionario o folletos), a través de familiares de los pacientes que van de acompañantes o a través de personal del centro que creen que pueda conocer el idioma del paciente, mediante el lenguaje corporal o mediante el lenguaje de signos. Cabe mencionar que uno de los encuestados a respondido que lo hace a través de servicios telefónicos; aunque ha sido un hecho puntual, se puede apreciar que la diferencia entre traductor e intérprete no queda clara puesto que menciona “traductor telefónico” y contamos con otra respuesta que ha sido la de “mediador cultural”.

A diferencia del estudio llevado a cabo por Valero Garcés (2001: 118-132) obteniendo como principal modo más habitual de comunicación el español simplificado “a menudo”, en la actualidad es “a veces” cuando se emplea dicho idioma simplificado. Además, en 2001, el porcentaje de profesionales sanitarios que nunca se comunicaban en inglés era bastante elevado, porcentaje que a través de esta encuesta, ha quedado rebajado al 20.8 % puesto que cada vez más, el inglés es la lengua vehicular.

Otro método de comunicación en el que pensamos a la hora de diseñar las encuestas fue el de hacer uso de folletos informativos traducidos. Por tanto, lo primero era ver si los profesionales sanitarios disponen de este recurso.

¿Dispone de folletos informativos traducidos para utilizarlos como recursos para facilitar la comunicación con sus pacientes extranjeros?

PREGUNTA 5	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí dispongo	23	31.9 %
No dispongo	49	68.1 %

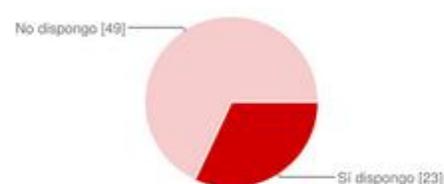


Figura 1: Respuestas pregunta 5 profesionales sanitarios

De las respuestas obtenidas, observamos que la mayoría no disponen de folletos y los que sí lo hacen, nos han explicado que se trata de folletos más generales sobre los servicios que se ofrecen y no tan específicos de cada especialidad. Sin embargo, en las entrevistas con gerentes de varios hospitales con los que hemos podido mantener una conversación, en los privados sí se dispone de más documentación traducida que en los centros públicos y sí se dispone de documentación para las distintas especialidades aunque no siempre están los folletos actualizados.

Para indagar más en la cuestión de la comunicación, se preguntó a los profesionales sanitarios sobre las veces que se comunican con pacientes sin la ayuda de un intérprete y cuando lo hacen a través de un intérprete *ad hoc*.

En relación a cuáles de los enunciados se ajustan a la realidad cuando no disponen de un intérprete, se ofrecían dos posibles respuestas: se ajusta, no se ajusta. A continuación se pueden apreciar los porcentajes:

Según su experiencia, ¿cuáles de los siguientes enunciados se ajustan a la realidad en los casos en los que sólo pueda comunicarse con los pacientes sin la ayuda de un intérprete?

PREGUNTA 2	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Los pacientes necesitan mucho tiempo para expresarse		
• Se ajusta	66	91.7 %
• No se ajusta	6	8.3 %



Es necesario utilizar el lenguaje corporal		
• Se ajusta	70	97.2 %
• No se ajusta	2	2.8%
Es fácil imaginar lo que quieren decir los pacientes		
• Se ajusta	27	37.5 %
• No se ajusta	45	62.5 %
No queda casi tiempo para lo importante		
• Se ajusta	37	51.4 %
• No se ajusta	35	48.6 %

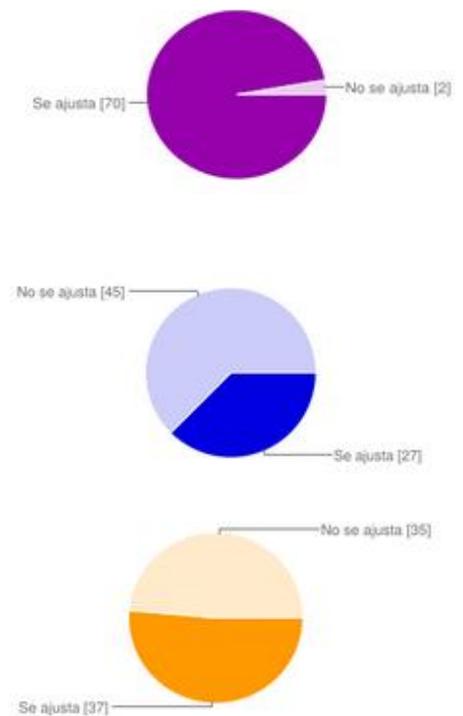


Figura 2: Respuestas pregunta 2 profesionales sanitarios

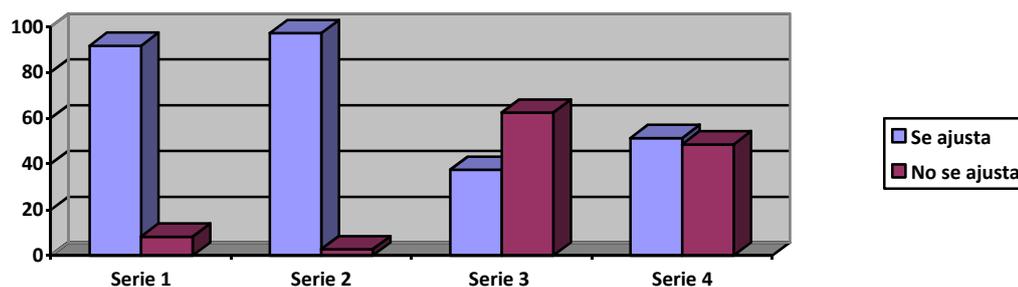


Gráfico 5: Comunicación sin intérpretes

Según los datos obtenidos (Gráfico 5), claramente se puede apreciar que la serie 1 (los pacientes necesitan mucho tiempo para expresarse) y la serie 2 (es necesario utilizar el lenguaje corporal) poseen un alto porcentaje de se ajusta, seguido de la serie 4 (no queda casi tiempo para lo importante). Conviene matizar que el resultado de la serie 4, los porcentajes no se llevan mucho de se ajusta a no se ajusta puesto que muchos de los centros que han participado son privados y por tanto disponen de más tiempo de consulta para atender a los pacientes que en los públicos donde suele rondar los 10 minutos el tiempo disponible de consulta. La serie 3 (es fácil imaginar lo que quieren decir los pacientes) ha obtenido un 62.5 % de respuestas de no se ajusta, es decir, los profesionales sanitarios se encuentran con dificultades comunicativas cuando no cuentan con un intérprete y no les resulta una tarea sencilla imaginar lo que quieren decir los pacientes, por tanto, en muchas ocasiones, no les sobra tiempo para otras partes de la consulta y les falta seguridad acerca de la comprensión del mensaje que emite el paciente.

Los resultados de esta pregunta son similares a los obtenidos en Valero Garcés (2001: 124), siendo en ambos casos la serie 3 la que cuenta con un porcentaje más alto en el apartado de respuesta negativa.

Como hemos mencionado anteriormente, los intérpretes ad hoc acuden para hacer las funciones de intérprete. Por tanto, hemos querido realizar un sondeo de los conocimientos que poseen tales intérpretes y las percepciones que reciben los profesionales sanitarios.

Según su experiencia, ¿cuáles de los siguientes enunciados se ajustan a la realidad, en los casos en que los acompañantes de los pacientes actúen de intérpretes?

PREGUNTA 3	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Los acompañantes suelen hablar muy bien español		
• Se ajusta	26	36.1 %
• No se ajusta	46	63.9 %
Los acompañantes no tienen suficientes conocimientos médicos		
• Se ajusta	66	91.7 %
• No se ajusta	6	8.3 %
Los pacientes y sus acompañantes hablan entre sí sin que se traduzca lo que dicen		
• Se ajusta	56	77.8 %
• No se ajusta	16	22.2 %
Los acompañantes ofrecen traducciones cortas, después de que los pacientes hayan hablado mucho y viceversa		
• Se ajusta	61	84.7 %
• No se ajusta	11	15.3 %

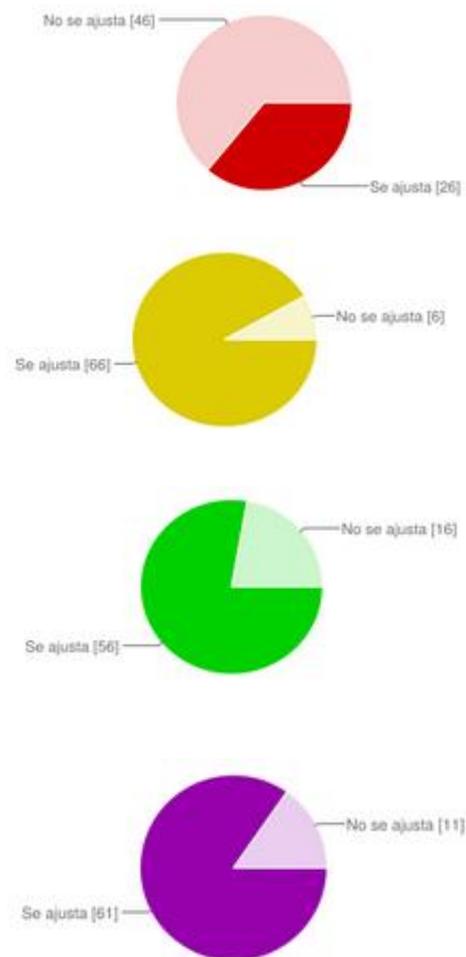


Figura 3: Respuestas pregunta 3 profesionales sanitarios

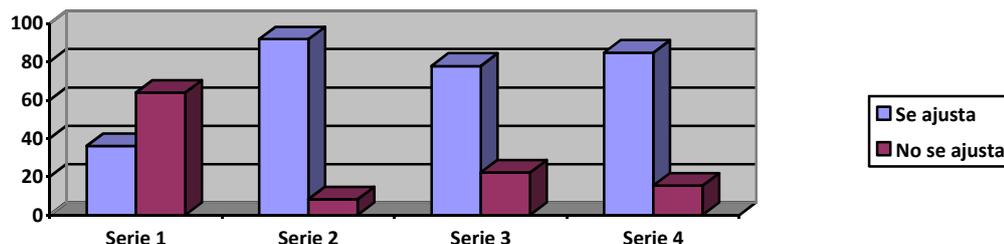


Gráfico 6: Comunicación con intérpretes *ad hoc*

Según los datos extraídos de las encuestas (Gráfico 6), las características de los intérpretes *ad hoc* son: los acompañantes no tienen suficientes conocimientos médicos (serie 2), es decir, sus conocimientos sobre nombres de enfermedades, síntomas, partes del organismo, etc. suelen ser escasos; los acompañantes ofrecen traducciones cortas después de que los pacientes hayan hablado mucho y viceversa (serie 4) y los pacientes y sus acompañantes hablan entre sí sin que se traduzca lo que dicen (serie 3). Además, los acompañantes no suelen hablar muy bien español (serie 1).

En comparación con el estudio de Valero Garcés (2001: 127), las características que en la actualidad presentan los acompañantes de los pacientes, según los datos obtenidos, son las mismas que presentaban hace 13 años. A través de dichos resultados, observamos que cuando los pacientes no hablan español y van acompañados de intérpretes *ad hoc*, las barreras de comunicación se hacen más patentes, por ejemplo, se tiene que invertir más tiempo en hablar con los pacientes, existen pocas posibilidades de obtener información a partir de ellos, existe un cumplimiento de la terapia deficiente y se producen algunos equívocos al rellenar los formularios.

De este modo, el hacer uso de un familiar o miembro conocido no es un buen recurso, pues puede dejar de lado la objetividad del proceso y actuar de manera subjetiva. Además, los intérpretes *ad hoc* pueden emitir juicios o dar consejos que influyan de una u otra manera en el paciente, todo lo contrario de lo que debe hacer un intérprete profesional teniendo en cuenta que como enunció Suares (2002: 29) los mediadores no son jueces ni consejeros, por tanto, no deben buscar "la verdad" ni juzgar lo que se les narra, su función restablecer e incrementar la capacidad negociadora que todos poseemos.

Martin (2000: 217) recoge algunos ejemplos del peligro que puede ocasionar un intérprete no formado como el caso de un niño obligado a interpretar para sus padres en reuniones con los profesores, diagnósticos médicos erróneos, un marido que interpreta a la esposa que él mismo ha agredido, una mujer que pasa cuatro años en la cárcel hasta que un recurso revela que el intérprete en su juicio no hablaba el mismo dialecto que ella, etc.

Pöchhacker y Kadric (1999) también demuestran que la actuación de un intérprete circunstancial es problemática puesto que no mantiene un papel, una actuación traductora coherente, introduciendo modificaciones de consideración en la forma y el contenido de la comunicación. Por ello, y aunque en ocasiones al personal sanitario le parezca un buen recurso recurrir a un familiar o alguien cercano al paciente para hacer de intérprete, no siempre es una medida acertada ni óptima para su fin. Sería, pues, el intérprete profesional quien debería tomar parte en el acto comunicativo.

4.2.2 Directrices y protocolos

A partir del marco histórico donde se enmarca el presente trabajo, nos encontramos en la necesidad de incluir en la encuesta un apartado dedicado a conocer si en los distintos centros participantes se han establecido directrices y/o protocolos para trabajar con intérpretes profesionales. En ambas encuestas, la de profesionales sanitarios y la de intérpretes, se ha preguntado tal tema para obtener información de los dos colectivos y contrastarla.

En primer lugar, vamos a detallar los resultados obtenidos de los profesionales sanitarios:

En su centro de trabajo, ¿se han elaborado unas directrices para trabajar junto con intérpretes profesionales a la hora de atender a un paciente extranjero?

PREGUNTA 4	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí, se han elaborado recientemente con la llegada de inmigrantes	19	26.4 %
No	53	73.6 %

Del 73.6 % que han respondido de forma negativa, han respondido a la segunda parte de la pregunta: **¿Le gustaría disponer de directrices?**

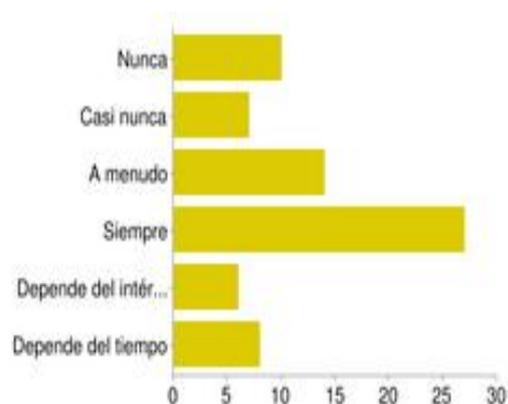
PREGUNTA 4	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí, sería de gran utilidad	50	69.4 %
No, hasta el momento los resultados han sido satisfactorios	3	4.2 %

Tabla 4: Respuestas pregunta 4 profesionales sanitarios

En sus consultas con un intérprete profesional, ¿deja que el intérprete se presente y explique su tarea?

PREGUNTA 6	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Nunca	10	13.9 %
Casi nunca	7	9.7 %
A menudo	14	19.4 %
Siempre	27	37.5 %
Depende del intérprete	6	8.3 %
Depende del tiempo	8	11.1 %

Figura 4: Respuestas pregunta 6 profesionales sanitarios



En cuanto a las respuestas ofrecidas por los intérpretes profesionales, los datos obtenidos son los siguientes:

En su centro de trabajo, ¿existe un protocolo a seguir a la hora de recibir e interpretar a un paciente extranjero? En caso afirmativo, descríballo.

PREGUNTA 1	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí, desde siempre	15	45.5 %
Sí, se ha elaborado recientemente con la llegada de inmigrantes	3	9.1 %
No	15	45.5 %

Tabla 5: Respuestas pregunta 1 intérpretes profesionales

Las respuestas que se han dado para explicar los protocolos aparecen a continuación junto a la proveniencia del intérprete que lo ha explicado:

- Cuando llega el usuario a la oficina es atendido por un educador social y se le empiezan a hacer una serie de preguntas para ver cómo le pueden ayudar y qué necesidades tiene. (Intérprete de centro privado para fines específicos)
- En caso de que llegue un paciente extranjero, el médico llama al intérprete para que acuda a la consulta. (Intérprete de hospital público)
- Consentimientos informados. (Intérprete de hospital público)
- Desde el protocolo de la primera visita hasta el *transfert* de embriones. (Intérprete de clínica privada)
- Se le pregunta para saber a qué atenerse durante la interpretación, así como para relajarles y hacerles sentir cómodos. (Intérprete de hospital privado)
- Contactan al intérprete y el intérprete acude a recibir al paciente. Se ha de conversar con el paciente antes de la consulta. El intérprete se ha de colocar de pie junto a la mesa, entre el paciente y el médico. No es necesario recurrir a la primera persona. El intérprete despidió al paciente. (Intérprete hospital público)
- Protocolo estándar de la empresa para todas las interpretaciones telefónicas. (Intérprete telefónico)
- Existe una guía de estilo acerca de cómo presentarse y despedirse por teléfono al profesional y al usuario, de cómo han de gestionarse los turnos de comunicación, de la persona en la que hay que interpretar (primera), etc. (Intérprete telefónico)
- Se le indica al paciente la planta en la que tiene cita y se le explica que en cuanto vaya a entrar a la consulta el intérprete irá para entrar con él. (Intérprete de hospital privado)
- Existe una 1ª parte en que el intérprete es informante y luego pasa a ser

<p>intérprete en diferentes campos: consulta médica, quirófano, etc. (Intérprete de clínica privada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los operadores se ponen en contacto con la empresa y los intérpretes debemos interpretar en tercera persona, tras habernos presentado muy brevemente. (Intérprete telefónico) • Hay que explicarle al paciente en qué va a consistir la interpretación. También hay que adoptar una posición concreta en la consulta. (Intérprete hospital público) • Existen diferentes protocolos de actuación. Uno para dirigirse a los proveedores de servicios, otro para dirigirse al paciente. Como también reciben llamadas del 112 y 016, estas llamadas llevan consigo protocolos de actuación mucho más rápidos para saber cómo va a ser la respuesta del extranjero y cómo actuar sobre ello. (Intérprete telefónico) • Existe un protocolo de actuación para saludar y presentarse y otro para despedirse y agradecer el servicio que son totalmente obligatorios. (Intérprete telefónico)

Tabla 6: Respuestas pregunta 1b intérpretes profesionales

En su centro de trabajo, ¿existen unas directrices para trabajar junto con los profesionales sanitarios?

PREGUNTA 2	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí, se ha elaborado recientemente con la llegada de inmigrantes	15	45.5 %
No	18	54.5 %

Tabla 7: Respuestas pregunta 2 intérpretes profesionales

Las respuestas afirmativas, han tenido que responder a la segunda parte de la pregunta: ¿En dichas directrices se incluye una fase inicial en la que se puede presentar y explicar su tarea como intérprete?

PREGUNTA 2	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Nunca	0	0
Casi nunca	2	6,06 %
A menudo	1	3.04 %
Siempre	8	24.26 %
Depende del intérprete	1	3.04 %
Depende del tiempo	3	9.1 %

Tabla 8: Respuestas pregunta 2b intérpretes profesionales

Para contrastar las opiniones de los dos colectivos encuestados, haremos uso de gráficos siempre recordando que el número total de profesionales sanitarios que han respondido ha sido de 72 y el de intérpretes de 33.

Sobre si existen directrices para cada colectivo para trabajar junto con el otro colectivo, ambas respuestas con mayor porcentaje ha sido el no (Gráficos 7 y 8). Del porcentaje de los profesionales sanitarios que han respondido que no (un 73.6 %), al 69.4 % le gustaría disponer de directrices.

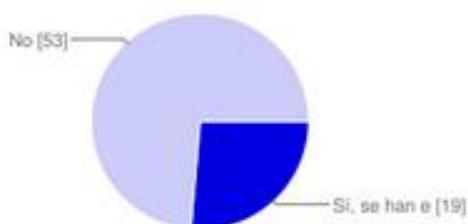


Gráfico 7: Respuestas de los profesionales sanitarios

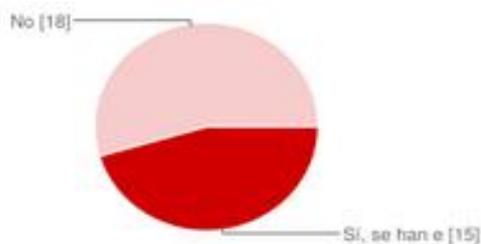


Gráfico 8: Respuestas de los intérpretes profesionales

Aunque la mayoría de intérpretes no dispongan de directrices para trabajar con intérpretes, algunas guías diseñadas para los intérpretes incluyen un protocolo a seguir a la hora de recibir e interpretar a una paciente extranjero. El problema reside en que no son guías oficiales, es decir, como hemos visto en el marco histórico están elaboradas por asociaciones pero los centros hospitalarios no están obligados a aceptarlas. Por tanto, un 54.6 (entre las respuestas “sí, desde siempre” y “sí, se han elaborado recientemente con la llegada de inmigrantes”) de los intérpretes ha respondido que, aunque no disponen de directrices, sí se ha establecido un pequeño protocolo a la hora de recibir e interpretar a un paciente extranjero. Cabe mencionar que de los intérpretes que han explicado el protocolo, 5 son intérpretes telefónicos que se ajustan al protocolo que dicta la agencia de servicios de interpretación telefónica, 5 son intérpretes en centros privados y 4 en centros públicos. De las respuestas descritas en la tabla anterior, observamos que no se llega a un acuerdo puesto que unos protocolos dictan que el intérprete debe hablar en primera persona y otros en tercera. Además de la característica de la persona, llama nuestra atención que no se mencione ningún apartado sobre el protocolo a seguir una vez dentro de la consulta puesto que lo que sí se incluye es que el intérprete es avisado para acudir a la consulta que necesita un intérprete pero, dentro de la consulta, no existen directrices dentro de ningún protocolo.

En esta línea, a través de la segunda parte de la pregunta 2 para intérpretes sobre si se incluye en los protocolos una fase inicial en la que se le permite presentarse y explicar su tarea y a través de la pregunta 6 del cuestionario para profesionales sanitarios sobre si dejan que el intérprete se presente y explique su tarea, un 37.5 % de los profesionales sanitarios ha respondido que siempre y el 24.26 % de los intérpretes, del 45.5 % de los que respondieron que sí disponían de directrices, también ha respondido que siempre se incluye dicha presentación. Durante las entrevistas que realizamos con varios intérpretes, el que se incluyan en los protocolos no significa que siempre se cumpla puesto que los otros epígrafes de respuesta (nunca, casi nunca, a menudo, depende del doctor y dependen del tiempo) también han recibido un porcentaje, aunque sea menor como se resume en los siguientes gráficos (Gráficos 9 y 10).

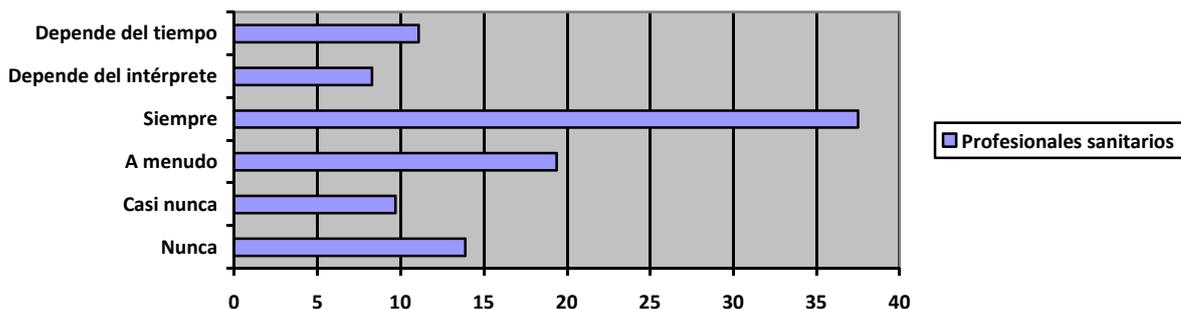


Gráfico 9: Fase de presentación según los profesionales sanitarios

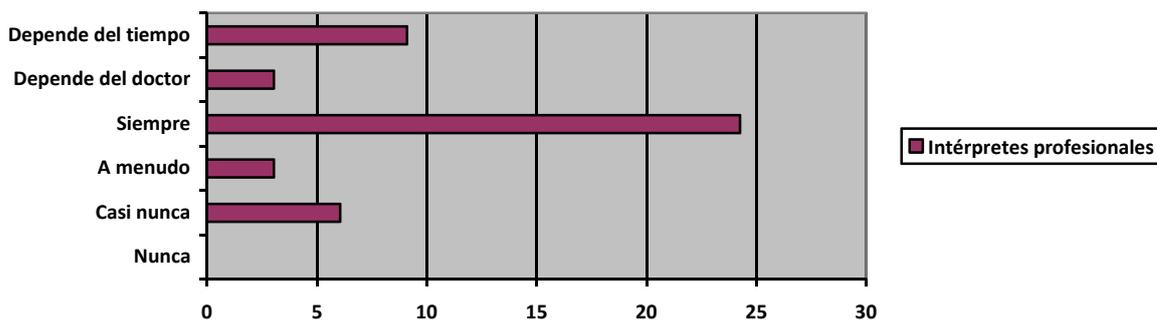


Gráfico 10: Fase de presentación según los intérpretes profesionales

4.2.3 Legislación

Las interpretaciones médicas que tienen lugar en España, están regidas por la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002), de ahí la importancia de incluir los aspectos legales en el presente estudio.

Ambos colectivos tuvieron que responder a una pregunta sobre si estaban al corriente de lo que dicta la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002). La pregunta fue la misma en las dos encuestas y las respuestas que hemos obtenido aparecen a continuación:

¿Está al corriente de que según la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (ley 41/2002) en los casos en que un paciente deba firmar un consentimiento informado y éste no esté traducido a su idioma, el intérprete debe realizar una traducción a vista y cualquier duda que tenga el paciente sobre el contenido del documento la debe aclarar el médico?

PREGUNTA 7	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí	46	63.9 %
No	26	36.1 %

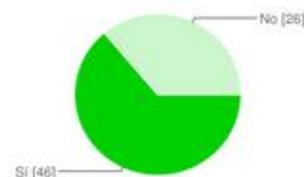


Figura 5: Responder a la pregunta 7 profesionales sanitarios

PREGUNTA 3	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí	23	69.7 %
No	10	30.3 %



Figura 6: Respuestas pregunta 3 intérpretes profesionales

A partir de los resultados obtenidos en las Figuras 5 y 6, un tercio de los encuestados en ambos colectivos sí considera que está al corriente de que en los casos en que un paciente deba firmar un consentimiento informado que no esté traducido a su idioma, el intérprete debe hacer una traducción a vista y cualquier duda que tenga el paciente debe ser aclarada por el médico.

4.2.3.1 Documentación traducida: consentimientos informados

El capítulo IV del artículo 8 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (ley 41/2002) se centra en las pautas específicas que se deben seguir en cuanto al consentimiento informado tal y como hemos citado en el marco histórico. Como consecuencia de ello, quisimos investigar si los centros encuestados disponían o no de consentimientos informados traducidos o si hacen lo que marca la ley: realizar una traducción a vista del mismo.

La pregunta fue la misma para los dos colectivos aunque en la encuesta dirigida a los profesionales sanitarios se añadió una nota a la pregunta explicando en lo que consistía la traducción a vista para que no hubiesen dificultades en la comprensión y pudiesen responder consecuentemente. Dicha nota no estaba incluida en la encuesta para intérpretes profesionales puesto que la traducción a vista es una modalidad conocida por ellos.

En su centro de trabajo, ¿se dispone de consentimientos informados traducidos o se recurre a la traducción a vista? *La traducción a vista consiste en la lectura del consentimiento en el idioma origen (español en este caso) por parte del intérprete y su traslado simultáneo en voz alta a la lengua del paciente para que pueda comprender el contenido del documento.

Empezamos por mostrar el análisis de los resultados de los profesionales sanitarios:

PREGUNTA 8	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
No se dispone	36	50 %
Sí se dispone	36	50 %

De los que respondieron que no disponían de consentimientos informados traducidos, tuvieron que responder si recurrían a la traducción a vista o a otros métodos y estos fueron los resultados:

Se recurre a la traducción a vista	20	27.8 %
Se recurre a otros métodos	16	22.2 %

Tabla 9: Respuestas pregunta 8 profesionales sanitarios

Los otros métodos que explicaron algunos de los profesionales sanitarios fueron:

- Si la comunicación resulta imposible, se recurre a la interpretación telefónica. (Respuesta dada en dos ocasiones)
- Explicación (respuesta dada en tres ocasiones y en una de ellas se menciona que el médico explica y el intérprete traduce lo que el médico va diciendo).

Por otra parte, el análisis de los resultados del colectivo de intérpretes profesionales como respuestas a la misma pregunta es:

PREGUNTA 4	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
No se dispone	20	60.6 %
Sí se dispone	13	39.4 %

De los que marcaron que no se dispone, tuvieron que responder si recurrían a la traducción a vista o a otros métodos:

Se recurre a la traducción a vista	18	54.6 %
Se recurre a otros métodos	2	6.06 %

Tabla 10: Respuestas pregunta 4 intérpretes profesionales

Los dos intérpretes que marcaron otros métodos, indicaron:

- El médico manda por correo a la central el consentimiento informado y la central se lo manda al intérprete. (Respuesta dada por un intérprete telefónico)
- Explicación.

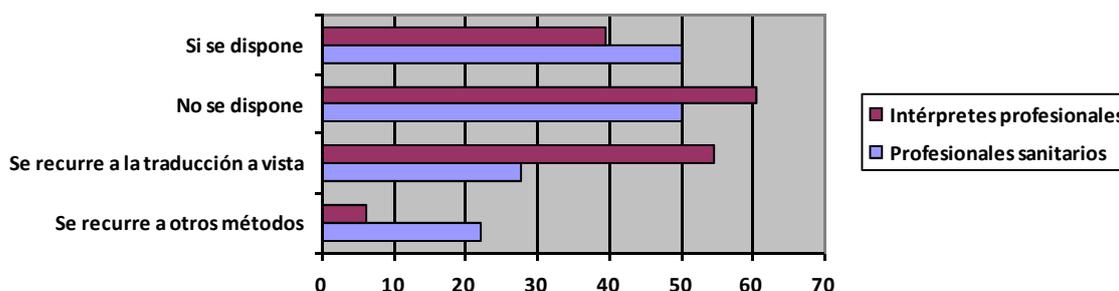


Gráfico 11: Respuestas sobre los consentimientos informados

El Gráfico 11 resume los datos detallados en las tablas 9 y 10, para poder contrastar los resultados entre ambos colectivos. Como podemos apreciar, son más los intérpretes que dicen no disponer de consentimientos informados traducidos que los profesionales sanitarios puesto que en estos últimos, los porcentajes de si sí disponen y de que no disponen han quedado iguales, un 50 % alega que sí y el otro 50 % que no. Al obtener estos resultados, nos hemos fijado en si los porcentajes de sí se dispone los han marcado intérpretes de un centro privado y los que no se dispone, los de un centro público. En efecto, dichas variables se corresponden: del 60.6 % de intérpretes profesionales que habían respondido que no disponían, un 58 % son intérpretes de centros públicos y del 50 % de profesionales sanitarios que habían respondido que sí disponían el 45 % trabajan en centros privados.

Si nos centramos en los que no disponen, el porcentaje de intérpretes profesionales que han marcado que se recurre a la traducción a vista también es mayor que el de los profesionales sanitarios.

Por tanto, podemos extraer que en los casos en que no existen consentimientos informados traducidos sí se recurre, en la mayoría de ellos, a la traducción a vista como recoge la ley. Decimos la mayoría de ellos puesto que en los dos colectivos, ha habido un porcentaje menor de respuestas a que se recurre a otros métodos pero lo ha habido. Además, se ve claramente una distinción, a través de ambos colectivos, de que en los centros privados existen más consentimientos informados traducidos que en la sanidad pública.

4.2.4 Roles del intérprete

Que no existe un organigrama fijo y adoptado por todas las asociaciones de los roles que puede adaptar el intérprete es una realidad a día de hoy. Por la propia experiencia, los profesionales sanitarios no suelen recibir información sobre las labores y roles que puede desempeñar el intérprete profesional. Así pues, después de las entrevistas con intérpretes y charlas con algunos profesionales sanitarios, descubrimos que hay poca información sobre las consecuencias de cada rol y cuál es mejor para el paciente y con cuál se cumplen mejor los objetivos de los profesionales de la sanidad. No obstante, queríamos comprobar a través de la encuesta si dichos pensamientos y necesidades detectadas ocurren e ir más allá mediante una indagación sobre si los profesionales sanitarios han necesitado de intérpretes profesionales en ocasiones de dudas e inequívocos culturales y mediante una investigación dirigida a los intérpretes sobre los distintos roles y ver cuál o cuáles son más frecuentes en la actualidad.

A los profesionales sanitarios se les realizaron dos preguntas y a los profesionales sanitarios siete. La diferencia se debe a que el apartado está más enfocado a los intérpretes. Dos de las preguntas dirigidas a los intérpretes forman parte de un estudio que realizó Hale (2007: 45) para poder comparar los resultados.

4.2.4.1 Síntesis de las respuestas de los intérpretes profesionales

Conviene matizar que las posibles respuestas ofrecidas en la encuesta están extraídas de la tipología que hemos revisado en el marco histórico sobre la guía de la Caixa (2006: 5-8). Otro de los motivos es que, a nuestro parecer, recoge todos los roles posibles que puede adoptar el intérprete de forma más clara ya que no se agrupan como hemos visto en otras guías.

En alguna ocasión, ¿se le ha requerido que tomase una postura distinta a la de trasvase lingüístico?

PREGUNTA 5	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
No	8	24.2 %
Sí, como guía	11	18.13 %
Sí, como colega	3	4.94 %
Sí, como mediador	16	26.36 %
Sí, como defensor	2	3.3 %
Sí, como puente cultural	14	23.1 %

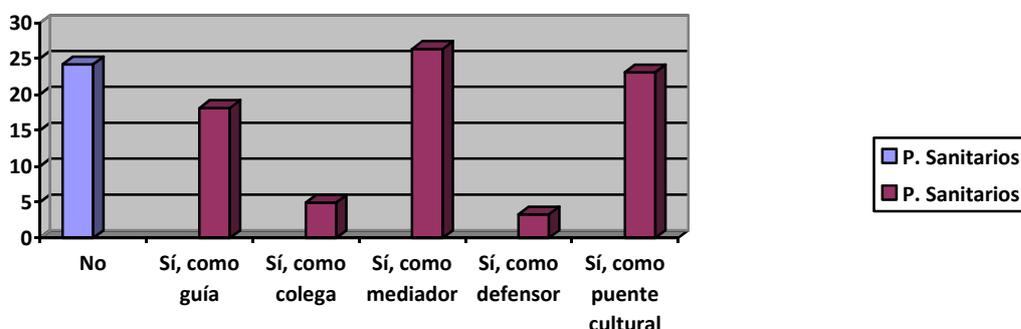


Figura 7: Respuestas pregunta 5 intérpretes profesionales

El porcentaje de respuestas negativas ha sido de un 24.2 % frente al 75.8 % que sí. Conviene aclarar que dentro de las opciones afirmativas existe un mayor número de respuestas que el de intérpretes participantes puesto que algunos intérpretes han marcado más de una opción ya que han tenido que adaptar distintos roles. Vemos que los porcentajes mayores los tienen los del rol de mediador y de puente cultural, seguidos por el de guía, colega y defensor.

La segunda parte de esta pregunta requería que los que hubiesen respondido de modo afirmativo, si podrían describir las situaciones e indicar con qué frecuencia habían ocurrido y las respuestas obtenidas han sido las siguientes:

En caso de que la/s respuesta/s sea/n afirmativa/s, ¿puede describir la/s situación/es y con qué frecuencia ha/han ocurrido?

Los intérpretes han indicado distintas situaciones como explicar las diferencias culturales y ayudar a encontrar alojamiento, un restaurante o un museo; mediar en temas relacionados con la muerte y la sexualidad para que haya un acercamiento de ambas culturas y la comunicación fluya; intervenir para resolver choques culturales o explicar diferentes realidades a menudo; explicación de una superstición al médico una vez; actuar como defensor con el Real Decreto cuando les quiere negar la asistencia a los pacientes si fuera por ellos se irían a su casa por no molestar pero tú como ciudadano responsable debes insistir a los otros españoles que se niegan a atenderlo en que tiene

derecho a la asistencia en urgencias; se ha actuado como guía para explicar la comisaría de policía más cercana; explicación de la manera de proceder española y explicaciones de conceptos culturales a ambas partes para que se entendiese la postura del otro puesto que el cuerpo humano, la enfermedad y el dolor adquieren dimensiones diferentes según la cultura.

A través de las respuestas ofrecidas comprobamos que cuando los intérpretes trabajan en plantilla, hay ocasiones en las que además de mediadores culturales o clarificadores dentro de la consulta, deben de adoptar el rol de guía o defensor para cuestiones relacionadas con alojamiento, dar citas o pagos.

¿Ha experimentado alguna situación conflictiva? En caso afirmativo, ¿podría describirla?

PREGUNTA 6	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí	14	42.4 %
No	19	57.6 %

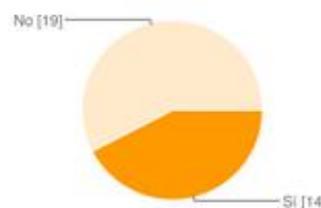


Figura 8: Respuestas pregunta 6 intérpretes profesionales

Las situaciones que se han descrito han sido: comunicar el fallecimiento de un paciente, descontento del paciente por cuestiones médicas y porque el intérprete no es nativo de su lengua, discusiones de pacientes con personal sanitario al desconocer el funcionamiento del sistema sanitario español, discusiones por horarios de comidas, pacientes en desacuerdo con lo que ha prescrito el médico, paciente violento porque se le dijo que se le iban a extraer 3 tubos de sangre y al final fueron 5, pacientes mujeres que se niegan a ser auscultadas por médicos varones, pacientes que rehúsan la ayuda de un intérprete a pesar de no hablar suficiente español, pacientes que se quejan al intérprete de decisiones tomadas por los sanitarios, pacientes que no están de acuerdo con las decisiones porque creen que las ha tomado el intérprete sin que lo haya dicho así el médico, pacientes que comentan cuestiones médicas al intérprete fuera de la consulta y dentro no lo vuelven a hacer y por tanto suponen un dilema para el intérprete, el paciente había consumido alcohol y no nos podíamos comunicar con él por su condición, problemas por pagos de tratamientos o proponer a una mujer marroquí el aborto sabiendo que la fecundidad y maternidad difieren mucho entre la cultura española y la árabe.

Sabemos que la pregunta puede encadenar cierto grado de subjetividad puesto que cada intérprete puede reaccionar de una manera u otra para la misma situación dependiendo de muchos factores como edad, experiencia, conocimiento del paciente o conocimiento del doctor, sexo, raza, etc. de todos modos, decidimos incluirla puesto que nos podría aportar una gran cantidad de situaciones en las que se debe de adoptar un rol distinto al de trasvase lingüístico. Aunque el porcentaje mayor haya sido el de que no han experimentado situaciones conflictivas, el porcentaje de que sí se queda justo debajo con tan solo un 15.2 % de diferencia.

¿Es posible o deseable que el intérprete adopte distintos roles aunque puedan ser conflictivos? Indique los motivos.

PREGUNTA 7	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí es deseable o posible	21	63.6 %
No es deseable o posible	12	36.4 %



Figura 9: Respuestas pregunta 7 intérpretes profesionales

Los motivos que se han alegado para la respuesta que sí es posible o deseable han sido que la propia situación comunicativa puede requerir que el intérprete intervenga y resuelva una diferencia cultural puesto que debe transmitir todo el mensaje y el trasfondo que le rodea, que el intérprete debe tener una actitud flexible y adaptarse siempre según las necesidades pero siempre hay que tener claros los límites profesionales, que actúe como mediador para resolver una situación conflictiva es deseable siempre y cuando se sigan los principios del código deontológico, que si es necesario para el entendimiento entre el personal y el paciente sí es necesario salir del mero rol de intérprete, que a veces es deseable ayudar al paciente fuera del ámbito estrictamente lingüístico, que en ocasiones no es posible ni deseable sino necesario adoptar otro rol para evitar situaciones conflictivas y poder tener la confianza del usuario o que en ocasiones se necesita que haga de guía puesto que el paciente se encuentra desconcertado al no estar en su país.

En cambio, las razones aportadas para la respuesta de que no es posible o deseable han sido que el único rol que debe adaptar el intérprete tiene que ser el de interpretar sin que su presencia suponga nada para consulta, que si adapta otro rol que no es el de intérprete lo debe hacer con mucho cuidado puesto que en más de una ocasión puede suponer un problema tanto para él como para los interlocutores o que el intérprete debe mantenerse al margen y ser lo más neutro posible. Debemos matizar que una de las respuestas aportadas por un intérprete telefónico apunta que, sobre todo, en esta modalidad, es imprescindible no salirse del papel de persona que facilita la comunicación puesto que podría dejar de lado a una de las dos partes.

Esta pregunta 7 está extraída del estudio de Hale (2007: 45) donde se apuntaba que:

The interpreter is often expected to be not only a mediator between languages but also a helpmate and guide, cultural broker and even advocate or conciliator. In other words, he wears many hats. The feasibility of role combination is questionable, in principle, because it is, in fact, difficult to be a helpmate to and even an advocate of those not speaking the language of the country and still to retain the objectivity and impartiality required to interpret well.

Por tanto, existen autores que abogan porque es necesario que en ocasiones el intérprete actúe no solamente como mero trasvase lingüístico pero otros, como por ejemplo Cambridge (1999) se posiciona en que el intérprete debe mantenerse neutral.

Derivada de esta pregunta, los intérpretes profesionales tuvieron que responder sobre si se posicionan entonces más a favor de un enfoque directo o más de mediador puesto que son los dos modelos que generalmente se han considerado y que hemos descrito en el marco histórico.

Según Sandra Hale (2007: 41-42) en palabras de Bolden (2000: 391) el intérprete puede adaptar dos roles, el de interpretar directamente durante la interacción (*directly interpreted interaction*) o el de mediar durante la interacción (*mediated interaction*): “*In the directly interpreted interaction, the interpreter interprets every turn, and the doctor and the patient address each other through the interpreter. In the mediated interaction, two interweaving conversations take place: one between the doctor and the interpreter and the other between the patient and the interpreter*”. Es decir, en este caso, en el rol del mediador, el intérprete actúa entre las dos partes y decide lo que debe transmitir y lo que debe omitir. Equivaldría al rol que describió Davidson en 2000 como “*gatekeeper*”. Por el contrario, en el rol de intérprete, la función que tiene el mismo es trasladar el mensaje con precisión y dejando que tomen las decisiones las otras partes involucradas. Sandra Hale (2007: 42) añade que “*an accurate rendition will also take into account the lexical, grammatical and syntactic differences across the two languages, as well as the possible cross-cultural differences*”.

La diferencia entre los dos roles propuestos recae en el grado de implicación. Mientras que en el enfoque de mediador el intérprete se implica en decidir qué dice y qué no, en el de intérprete se centra en trasladar con precisión lo que los otros participantes de la comunicación han elegido comunicar a la otra parte.

Dos son los modelos que generalmente se han considerado: el directo en el que la tarea del intérprete es trasladar el mensaje y otro modelo más relacionado con la mediación en el que el intérprete toma parte activa en la comunicación. Según su experiencia, ¿qué enfoque se ajusta mejor de acuerdo con los intereses de la profesión y los pacientes? Indique el motivo.

PREGUNTA 9	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
El enfoque directo	11	33.3 %
El enfoque mediador	22	66.7 %

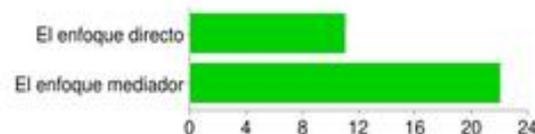


Figura 10: Respuestas pregunta 9 intérpretes profesionales

Los motivos que han alegado los que han respondido el enfoque directo son que el intérprete evita meterse en temas sobre los que no tiene información y solo se dedica a trasladar el mensaje, que es menos conflictivo, que se evitan malentendidos y se mantiene una posición más neutra al trasladar solamente lo que dicen las dos partes sin implicarse, que se facilita mejor la comunicación y permite no interferir, que se garantiza que el intérprete traslada fielmente los mensajes a ambos interlocutores mientras que con el enfoque mediador puede darse una tendencia a resumir la información favoreciendo ciertos aspectos y restando importancia a otros.

En cambio, los que han marcado el enfoque mediador han dado las siguientes razones: aunque el enfoque directo es el más adecuado, según la experiencia de un intérprete, se relaciona mucho mejor con los pacientes empleando un enfoque mediador; en ocasiones, el intérprete debe mediar ante los medios y las dudas que suscitan en el paciente; para favorecer un trato más humano al poder tener en cuenta más activamente las necesidades del paciente puesto que no sólo se tienen que trasladar las palabras de un idioma a otro; es necesario tener en cuenta las diferencias culturales a la hora de interpretar en este ámbito; para que el intérprete pueda ser “uno más” en la situación comunicativa; existen diferentes concepciones de temas como la salud, la enfermedad,

la vida y la muerte que son propias de una cultura determinada y que por tanto deben ser explicadas en muchos casos para facilitar la comunicación; los pacientes suelen necesitar que se actúe como guía para que se les explique el procedimiento, los protocolos y tranquilizarlos; porque en la mediación entran en juego valores más pragmáticos y culturales, por tanto es el enfoque más correcto en este ámbito; porque si solo se trasladase palabra por palabra, los pacientes analfabetos no lo entenderían; el paciente se muestra más aliviado cuando eres algo más que un “robot que traduce palabras”; porque cuando se trata de situaciones extremas, es difícil no involucrarse y porque muchas veces el paciente ya nos ha contado su problema y sus deseos y solo necesita conseguir su finalidad, no tiene interés en hablar de mil cosas con el médico.

Uno de los intérpretes encuestados no se ha decantado por ninguno de los dos roles y su respuesta ha sido que no es aplicable en todos los casos ninguno de los dos estilos únicamente. Más bien es profesional saber distinguir cuándo deber ser más invisible y usar el estilo directo o cuándo se debe ser más mediador. Ha añadido también que ser mediador no es ser más visible o estar más implicado sino que sí se está más implicado profesionalmente porque se ponen en marcha todos los medios para conseguir el objetivo de que ambas partes se comuniquen fluidamente.

A partir de las respuestas obtenidas y plasmadas en la Figura X, observamos que aunque el enfoque mediador ha obtenido un mayor porcentaje sobre lo que prefieren los intérpretes profesionales, en los motivos que han aportado para el rol de mediador sí han tenido en cuenta los intereses de los pacientes pero no han realizado ningún apunte sobre los intereses de la profesión. En los motivos sobre la preferencia por el rol del estilo más directo tampoco se hace mención expresamente a los intereses de la profesión pero sí se ha hablado más de comunicación.

Si comparamos las respuestas a nuestra encuesta con el estudio realizado por Hale (2007: 43), los que abogan por el estilo directo argumentan que el rol del intérprete es dejar que cada parte se comunique con la otra de modo que los profesionales sanitarios sean los que tengan la responsabilidad de dirigir la consulta y los pacientes son los que tienen el derecho a decidir lo que quieren decir y cómo lo quieren decir para obtener una respuesta por parte del doctor. Los defensores del rol de mediador aluden como motivos que no se puede hacer que una conversación a tres sea como un encuentro monolingüe donde sólo hay dos participantes, de este modo, el intérprete se convierte en un elemento más para atender a las necesidades del paciente como los profesionales sanitarios manteniendo conversaciones separadas pero relacionadas con el doctor y el paciente y emitiendo después resúmenes de las declaraciones originales en la otra lengua. Así pues, los intérpretes tienen la libertad de decidir lo que es relevante y lo que no lo es y añadir información que en su opinión, es importante para alguna de las dos partes. Mediante el rol de mediador, añaden sus defensores que ayuda al doctor a ahorrar tiempo en la consulta y que los pacientes salen con información más valiosa. La autora añade que las respuestas se deben a que la mayoría de los intérpretes participantes en su estudio no están formados expresamente para ser intérpretes sino que su experiencia se basa en trabajos como voluntarios por tanto no tienen un conocimiento fundado sobre cuáles son sus tareas y roles y los que disponen de nociones sobre el código deontológico, tienen conocimientos vagos.

En nuestro estudio sí hemos contado con intérpretes en activo aunque la mayoría de ellos cuentan con estudios de licenciatura o grado en Traducción, Interpretación o Mediación donde no se ha profundizado en el tema de la interpretación en el ámbito

sanitario pero sí ejercen como intérpretes médicos en la actualidad. Un tercio de los encuestados sí dispone de un máster relacionado con la interpretación, por tanto, han podido profundizar más en este tema. Con nuestro estudio vemos que también siguen existiendo diversidad de opiniones y que para unos intérpretes es deseable que puedan adoptar distintos roles o llevar distintos sombreros como decía la metáfora de Roberts pero para otros no lo es. Así pues, con las razones para tomar una postura o la otra, descubrimos que los límites de hasta dónde llegar quedan difusos y no están claros para la mayoría aunque los motivos aportados son distintos a los del estudio realizado por Hale (2007). En algunas respuestas se ha mencionado el código ético, apartado que analizaremos más adelante.

En EEUU se ha desarrollado un nuevo enfoque, los *patient navigators*, que son intérpretes médicos profesionales capacitados y con nociones culturales que obedecen un código ético. De aquí pues, deriva nuestra próxima pregunta:

Un nuevo enfoque que se ha desarrollado en EEUU es el de intérpretes médicos profesionales capacitados y con nociones culturales que sirven para intervenir de enlace cultural, además de trasladar la información, puesto que conocen la cultura del lugar del país donde trabajan y la del paciente y que obedecen un código ético, conocidos como *patient navigators*. ¿Considera que en la actualidad se sigue dicho enfoque en el que el intérprete no llega a ser un mediador cultural pero sí actúa como enlace cultural?

PREGUNTA 10	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
No se sigue	10	30.3 %
Sí se sigue	15	45.5 %
Depende de la situación	8	24.2 %



Figura 11: Respuestas pregunta 10 intérpretes profesionales

En las respuestas a depende de la situación, se les preguntaba si podrían ejemplificarlo y algunos de ellos así lo hicieron por tanto obtuvimos que los intérpretes pueden intervenir cuando hay problemas culturales que pueden afectar a la comunicación; con nacionalidades que lo requieran; en situaciones de riesgo o donde corra peligro una vida, el intérprete sí puede llegar a ser un *navigator* porque obedece un código ético pero también intenta empatizar para que el mensaje sea lo más cercano posible; en situaciones de emergencia; solo cuando la situación lo requiera, por ejemplo, explicar a un médico que la urgencia del paciente por hacer un tratamiento no es médica sino cultural como ocurre en culturas polígamas o en las ocasiones en las que el intérprete está familiarizado con la cultural del paciente aunque la persona encuestada indica que esta no es la realidad en la mayoría de los casos.

Por tanto, podríamos afirmar que, en la actualidad, el nuevo enfoque desarrollado en EEUU también se empieza a seguir en España.

Uno de los roles que puede adoptar el intérprete es el de defensor que aunque había obtenido el porcentaje más bajo en la pregunta 5, en ocasiones el intérprete no se da cuenta de que está adoptando dicho rol en un momento determinado. Por ello, quisimos añadir una pregunta con un ejemplo de situación extraído de la guía de la Caixa (2006:

8) en su capítulo 14, para comprobar si actuarían o no del mismo modo que el intérprete de este caso. La situación aparece descrita a continuación:

MÉDICO. Elizabeth, aunque tienes niveles de glucosa muy altos que pudieran indicar que tienes diabetes, quiero esperar unos seis meses antes de recetarte medicamentos para controlar la diabetes.

INTÉRPRETE. *Elizabeth, although you have very high glucose levels which could indicate that you have diabetes, I want to wait six months before I prescribe you medication right away.*

ELIZABETH. *Doctor, as you know, diabetes runs in my family and I rather have you prescribe me medication for diabetes right away.*

INTÉRPRETE. Doctor, como usted sabe, en mi familia hay diabetes y yo prefiero que usted me recete ya medicación para la diabetes.

MÉDICO. No me parece que sea necesario en estos momentos.

INTÉRPRETE. *I don't think is necessary right now.*

(Al final de la sesión con el médico, Elizabeth le comunica al intérprete que a ella le gustaría ir a otro médico para consultar el uso de medicamentos para la diabetes, pero que no sabe cómo hacer eso. El intérprete le explica los pasos que ella debe seguir para una consulta con otro médico y se ofrece para acompañarla a la oficina a la que tiene que acudir para concertar una cita con otro médico e interpretar para ella).

Obtuvimos un mayor número de respuestas a la opción de que actuarían del mismo modo confirmando así que muchos de ellos, aunque hayan marcado en la pregunta 5 que no se les ha requerido actuar como defensores, en cambio, si se hubiesen visto en la situación propuesta, actuarían del mismo modo. En la siguiente Figura 12 detallamos los resultados:

En el siguiente ejemplo, ¿adaptaría el mismo rol que el intérprete de esta situación?

PREGUNTA 11	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Actuaría del mismo modo	19	57.6 %
No actuaría del mismo modo	14	42.4 %

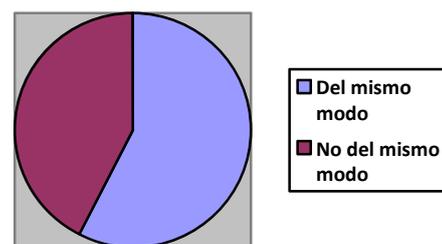


Figura 12: Respuestas pregunta 11 intérpretes profesionales

Las razones para justificar sus respuestas para la opción de que actuarían del mismo modo han sido que es lo correcto; que el paciente tiene todo el derecho a consultar más opiniones sino está conforme con el médico; que no dejarían sola a la paciente porque es lo importante hasta que esta pudiese encontrar la respuesta que necesita; por empatía: porque considera que el intérprete es parte del personal y debe atender a los pacientes que necesiten su ayuda; en un centro privado el paciente tiene que estar satisfecho; que el trabajo del intérprete no se puede desligar del factor humano y el intérprete no puede negar las necesidades del paciente.

En cuanto a que no actuarían del mismo modo, las razones han sido que si se trabaja para una de las partes, por ejemplo para una clínica, el intérprete debe informar al médico en lugar de posicionarse con el paciente; que no se quedaría a solas con la paciente puesto que no podría actuar como intérprete al fallar una tercera parte comunicadora, si actuase del mismo modo estaría estableciendo lazos personales y no se estaría limitando al ejercicio de la profesión; el trabajo de intérprete consiste en interpretar o mediar y no ser trabajador social; si actuase del mismo modo no estaría siendo neutral e imparcial; la paciente está en su derecho de acudir a otro médico pero sólo interpretaría para ella en la otra consulta si me contratasen las autoridades del otro centro; el intérprete se ha implicado demasiado y ha salido de su papel.

A partir de las razones ofrecidas, descubrimos que los que actuarían del mismo modo lo harían porque piensan primero en las necesidades del paciente y no en su rol ni en la profesión como sí lo harían los que no actuarían del mismo modo puesto que consideran que no entra dentro de su papel el aconsejar ni el establecer lazos personales porque así se está rompiendo la neutralidad e imparcialidad que trataremos en otro apartado más adelante.

4.2.4.2 Síntesis de las respuestas de los profesionales sanitarios

En cuanto al análisis de los profesionales sanitarios, hemos utilizado la misma tipología para dar coherencia a las encuestas.

¿Conoce los distintos roles que puede adoptar el intérprete profesional en la consulta (conducto, clarificador, mediador, defensor...)?

PREGUNTA 9	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Los desconozco	51	70.8 %
Conozco algunos de ellos	12	16.7 %
Sí, estoy al corriente	9	12.5 %

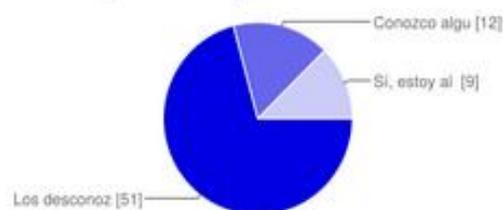


Figura 13: Respuestas pregunta 9 profesionales sanitarios

Los que han respondido que conocen algunos de ellos, el rol de mediador ha obtenido 4 respuestas, el de clarificador 4 también y el de conducto 2. En una de las respuestas se ha matizado que el intérprete es más bien un canal para la comunicación. Otra de las respuestas ha sido que conocen el rol de intérprete y otra que conocen el de comunicador. Por último, una de las respuestas ha sido “al pasar la información por un intérprete, está sujeta a su opinión y discernimiento para la interpretación de la misma”.

¿Se ha visto en situaciones donde el intérprete ha actuado como mediador cultural para facilitarle la información o aclaraciones sobre la cultura del paciente?

PREGUNTA 10	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí, en alguna ocasión	28	38.9 %
Sí, en la mayoría de ocasiones	7	9.7 %
No	38	52.8 %

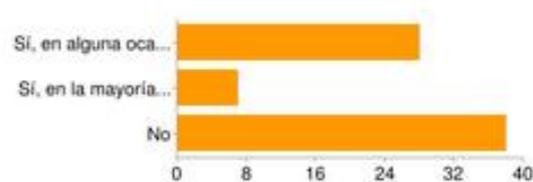


Figura 14: Respuestas pregunta 10 profesionales sanitarios

Según los datos obtenidos (Figura 14), vemos que la mayoría de los encuestados no están al corriente de los distintos roles que puede adoptar el intérprete. Nos llama la atención que una de las respuestas de los que sí conocen algún rol diga que el al trabajar a través de un intérprete, la información está sujeta a la opinión de este y que del 12.5 % de los que dicen conocen los roles, un 10% son trabajadores de centros públicos puesto que se tiende a pensar que en los centros privados, al tener más intérpretes contratados en plantilla, suelen estar los profesionales sanitarios más acostumbrados a trabajar con los mismos intérpretes y por tanto, acaban conociendo mejor sus roles.

Si atendemos a los datos de la Figura 14 sobre si los profesionales sanitarios han necesitado que los intérpretes les hiciesen aclaraciones sobre la cultura del paciente, un 48.6 % ha respondido que sí (un 38.9 % lo ha necesitado en alguna ocasión y un 9.7 % en la mayoría de ocasiones). Por tanto, el porcentaje de ocasiones en las que los profesionales sanitarios han necesitado que el intérprete adoptase el rol de mediador cultural o clarificador cultural está por debajo pero casi igualado al porcentaje de los que no han necesitado que el intérprete adoptase dichos roles.

4.2.4.3 Percepción de las tareas del intérprete por parte de los profesionales sanitarios

Una parte de nuestro estudio, derivada de los roles del intérprete médico, está dirigida a conocer la percepción que tienen los profesionales sanitarios de lo que implica la labor y las tareas del intérprete. Para ello, hemos incluido en la encuesta de profesionales sanitarios una pregunta para nuestro objetivo. Tal pregunta está extraída del estudio de Valero Garcés (2001: 132).

En su opinión, la labor de los intérpretes que vayan a comunicarse con usuarios que no hablan español, también implica:

PREGUNTA 11	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Explicación de trasfondos y significados de la cultura extranjera		
• Sí	55	76.4 %
• No	17	23.6 %

Simplificación de las expresiones médicas para los usuarios		
• Sí	52	72.2 %
• No	20	27.8%
Aclaración de tecnicismos médicos a los usuarios		
• Sí	59	81.9 %
• No	13	18.1 %
Resumen de las declaraciones detalladas de los usuarios		
• Sí	55	76.4 %
• No	17	23.6 %
Aclaración de afirmaciones imprecisas preguntando directamente a los usuarios		
• Sí	58	80.6 %
• No	14	19.4 %
Advertencia de los equívocos producidos durante la conversación		
• Sí	68	94.4 %
• No	4	5.6 %
Omisión de afirmaciones secundarias para evitar la pérdida de tiempo		
• Sí	30	41.7 %
• No	42	58.3 %
Rellenar cuestionarios/formularios con los usuarios		
• Sí	63	87.5 %
• No	9	12.5 %

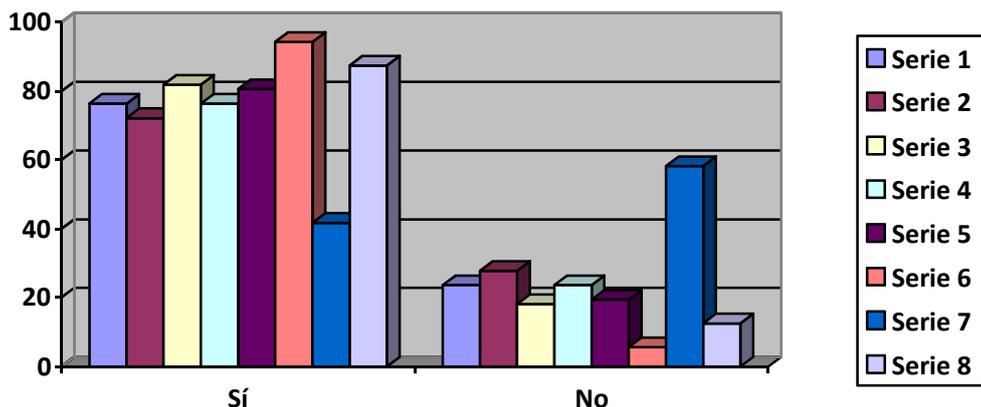


Figura 15: Respuestas pregunta 11 profesionales sanitarios

Según los resultados de la encuesta resumidos en la Figura 15, todas las medidas indicadas se juzgan como adecuadas como labores que deben realizar los intérpretes médicos excepto la medida de omisión de afirmaciones secundarias para evitar la pérdida de tiempo (serie 7). En el caso de las respuestas afirmativas, destacan la advertencia de los equívocos producidos durante la conversación (serie 6), rellenar cuestionarios/formularios con los usuarios (serie 8) y aclaración de tecnicismos médicos a los usuarios (serie 3).

Los resultados que hemos obtenido a través del presente estudio difieren, en cierta medida, a los obtenidos en el estudio de Valero Garcés puesto que la medida con más puntos positivos fue la aclaración de tecnicismos médicos a los usuarios (serie 3), seguida del resumen de las declaraciones detalladas de los usuarios (serie 4) y advertencia de los equívocos producidos durante la conversación (serie 6). Sí que coinciden ambos estudios en que la puntuación que cuenta con un mayor porcentaje de respuesta negativa es el de omisión de afirmaciones secundarias para evitar la pérdida de tiempo (serie 7).

4.2.5 Etapas

Quando trabaja con intérpretes profesionales, ¿sigue un orden de desarrollo de la consulta distinto?

PREGUNTA 12	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
No	64	88.9 %
Sí	8	11.1 %



Figura 16: Respuestas pregunta 12 profesionales sanitarios

Los encuestados que habían respondido que sí, se les preguntaba si podrían describirlo y los que así lo han hecho, han indicado que esperan a que llegue el intérprete para que el paciente entre a la consulta, que esperan a que el intérprete empiece a hablar y que se trata de una consulta más dirigida y eficaz. Conviene mencionar que los que han aportado dichas explicaciones trabajan en el sector privado y cuentan con intérpretes en plantilla.

A pesar de que cuenten con intérpretes en plantilla, relacionando esta pregunta con las conclusiones con el estudio observacional, descriptivo con seguimiento, existe un vacío sobre el conocimiento del papel del intérprete y el trabajo en equipo a realizar por parte de los intérpretes y los profesionales sanitarios.

También relacionado con las entrevistas del estudio anterior, se realiza la siguiente pregunta:

¿Mantiene o ha mantenido conversaciones cortas en encuentros fuera de la rutina con los intérpretes para comentar asuntos sobre próximas consultas o sobre consultas anteriores?

PREGUNTA 14	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Nunca	28	38.9 %
Casi nunca	19	26.4 %
A menudo	19	26.4 %
Siempre	1	1.4 %
Depende del tiempo	5	6.9 %

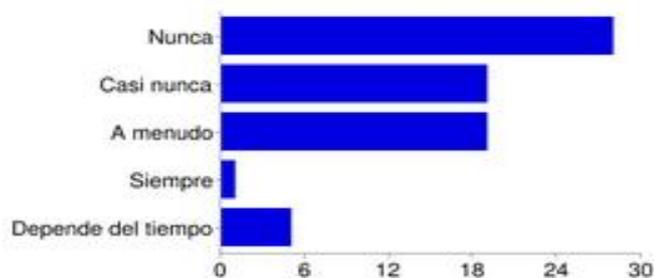


Figura 17: Respuestas pregunta 14 profesionales sanitarios

Se les requería que justificasen su respuesta y que en caso negativo, si creían que podría ser beneficioso y la razón.

Para los que podría ser beneficioso han indicado que sobre todo en atención primaria puesto que en atención especializada es más complejo crear consultas puesto que el trabajo es diario y continuado, no obstante, cree que debería trabajarse más con intérpretes sanitarios; sí porque puede facilitar la cooperación entre ambos trabajadores el conocer el punto de vista laboral de las personas con las que se trabaja; que sí porque se mejoraría el proceso sanitario; para llevar la consulta de mejor manera; para saber cómo sería mejor estructurar las posteriores consultas; para aclarar la metodología de trabajo y la información que se va a proporcionar con antelación y poder tener una consulta más fluida con el paciente y agilizar el trabajo; para aprender de los intérpretes; para programar y facilitar el desarrollo de las siguientes consultas y mejorar la relación con el paciente así como el trabajo del intérprete; sería beneficioso para establecer una mejor relación médico-paciente y sobre todo para poder llevar de mejor manera a los pacientes crónicos; sería beneficioso para no tener dudas sobre cuándo empezar a hablar durante la consulta; para tratar temas que no hayan quedado muy claros durante la

consulta o para explicar a los intérpretes médicos que han supuesto un problema para ellos aunque supondría tiempo del que no siempre se está disponible; sería beneficioso sobre todo después de la consulta para preguntarle al intérprete el motivo de su actuación de una manera o de otra y para conocer los distintos roles que puede adoptar ya que a través de esta encuesta me he dado cuenta que los desconozco.

Uno de los encuestados indica que por su especialidad (oncología) suele mantener conversaciones con el intérprete debido a la dificultad y los temas que se tratan.

Las respuestas negativas comparten el no querer dar información o hablar sobre un paciente sin la presencia del mismo. Alegan que no sería beneficioso puesto que hay que mantener la discreción y el secreto profesional, por tanto, se debe hablar de todo aquello que involucre al paciente en su presencia. Otra razón ha sido que no cree que disponga de tiempo extra y no le gustaría comentar con el intérprete aspectos de la enfermedad del paciente sin la presencia del mismo.

4.2.6 Código deontológico

Aunque no exista un único código ético y de conducta por el cual se rija la profesión de la interpretación en los Servicios Públicos, sí existen pilares básicos comunes a todos los códigos que elaboran las empresas, agencias o asociaciones como son confidencialidad, imparcialidad, precisión e integridad.

Queríamos conocer si los profesionales sanitarios tienen constancia del código deontológico puesto que, los intérpretes que los conocen, suelen tomar un rol u otro dependiendo de la situación pero aferrándose a un código deontológico. Decimos suelen porque también les hemos preguntado a los intérpretes profesionales si es así o no.

¿Conoce los pilares básicos de los códigos éticos y de conducta de los intérpretes profesionales: confidencialidad, imparcialidad, precisión e integridad?

PREGUNTA 15	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí	22	30.6 %
No	42	58.3 %
Solo algunos de ellos	8	11.1 %

Tabla 11: Respuestas pregunta 15 profesionales sanitarios

Los que se han decantado por solo algunos de ellos, han nombrado cuál o cuáles conocían. El resultado ha sido que el total del 11.1 % conocen el pilar básico de confidencialidad y uno de ellos también ha añadido imparcialidad. A continuación, resumimos los resultados:

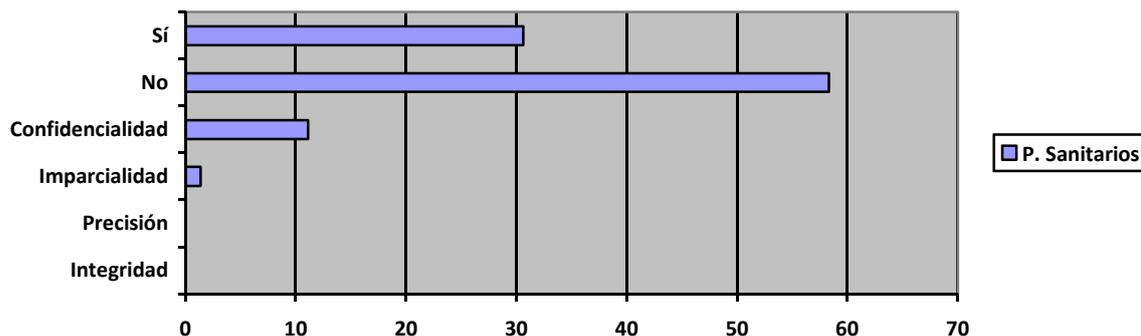


Gráfico 12: Respuestas pregunta 15 profesionales sanitarios

Cuando adopta un rol u otro ¿lo hace pensando en los pilares básicos de los códigos éticos y de conducta: confidencialidad, imparcialidad, precisión e integridad?

PREGUNTA 12	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Nunca	0	0 %
Casi nunca	3	9.1 %
A menudo	8	24.2 %
Siempre	22	66.7 %

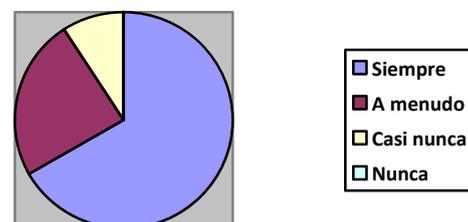


Figura 18: Respuestas pregunta 12 intérpretes profesionales

Según los resultados obtenidos (Gráfico 12), si sumamos los porcentajes de los profesionales sanitarios que han marcado que sí que conocen los pilares básicos y los que solo algunos de ellos, el porcentaje de respuestas negativas sigue siendo más elevado. Por tanto, podemos afirmar que un 58.3 % de los encuestados, que representa una mayoría, no tienen conocimientos sobre los pilares básicos del código deontológico de los intérpretes.

La mayoría de los intérpretes (un 66.7 %) afirma que cuando adopta un rol u otra postura sí lo hace pensando en el código ético y de conducta. La opción de nunca no ha recibido ninguna respuesta por lo que podemos afirmar que todos tienen en cuenta, con distinta frecuencia, el código deontológico al adoptar un rol u otro.

4.2.7 Visibilidad

En cuanto a la visibilidad, para Angelelli, el intérprete médico es el que más visibilidad tiene (2004: 11):

Visibility and participation are not just present in the linguistic co-construction of the conversation, they are also essential in: communicating cultural gaps as well as linguistic barriers, communicating affect nuances as well as the content of the message, establishing trust between all parties to the conversation, facilitating mutual respect, putting the parties at ease during the conversation, creating more balance (or imbalance) during the conversation by aligning with one of the parties, advocating for or establishing alliances with either party, managing the requested and given information.

Este punto de vista de plena visibilidad de Angelelli, es visto por Sandra Hale como una mezcla de los dos roles que propone la autora (el intérprete y el mediador).

Para apoyar mi investigación y mi hipótesis, me baso en el estudio propuesto por Claudia Angelelli y su modelo de visibilidad que consiste en que el intérprete es visible tanto lingüísticamente como social y culturalmente lo que la autora describe como (2004: 9):

The model of visibility that I propose portrays interpreters who are not only linguistically visible, but who are also visible with all the social and cultural factors that allow them to co-construct a definition of reality with the other co-participants to the interaction. Interpreters enter the interaction with all of their deeply held views on power, status, solidarity, gender, age, race, ethnicity, nationality, socio-economic status, as well as the cultural norms that encompass the encounter.

Conviene tener muy clara la diferencia entre interacción (*interaction*) y relación (*relationship*) en el ámbito de las consultas médicas. Según Angelelli (2004: 15) “*an interaction between patient and healthcare providers is characterized by an observable exchange of behaviors, whereas a relationship involves qualities that are more subjective (caring, concern, respect and compassion)*”.

Según la misma autora, cuando a un paciente se le trata en una relación de cuidado, le hace sentir más cómodo y por tanto con mayor confianza (2004: 16):

This phenomenon, experienced as caring, makes the patient feel more comfortable. When patients are treated as partners in the medical dialogue, rather than as mere reporters of symptoms, they become more willing to ask questions or express concerns, and they are more likely to receive useful information about their illness and therapeutic plan.

Sin embargo, ¿cómo afecta la intervención de un intérprete en dicha relación entre el médico y el paciente?

Son varios los autores que se han centrado en contestar a dicha pregunta. Para Roter (2002: 390) “*when an interpreter enters the picture, both physician and patient sometimes find themselves addressing the interpreter instead of each other*”. Además, “*the relationship-centered visits can be characterized as medically functional, informative, facilitative, responsive and participatory*”.

Para Flores, la presencia del intérprete es fundamental (2000) “*culture can have important clinical consequences in the patient-physician relationship. Cultural Differences, even without language differences, may impede effective communication and lead to misunderstandings*”.

Si no se respeta la intervención del intérprete, para Ferguson y Candib (2002: 353) “*if the physician doesn't recognize and respond appropriately to a patient's normative cultural values can result in a variety of adverse clinical consequences, for example access, health status, use of health services, and health outcomes*”.

A partir de estos razonamientos, surge la siguiente parte de las encuestas:

Cuando trabaja con intérpretes profesionales, ¿se siente cómodo?

PREGUNTA 13	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
No	6	8.3 %
Sí	40	55.6 %
La mayoría de veces sí	26	36.1 %

Tabla 12: Respuestas pregunta 13 profesionales sanitarios

Los dos colectivos tuvieron que responder a la misma pregunta sobre la visibilidad del intérprete médico y si lo es en distintos niveles o solo en algunos.

¿Considera que el intérprete profesional es visible tanto a nivel lingüístico, social y cultural?

PREGUNTA 16 P. SANITARIOS	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí	33	45.8 %
No	10	13.9 %
Solo a nivel lingüístico	20	27.7 %
Solo a nivel social	0	0 %
Solo a nivel cultural	0	0 %
Solo a nivel lingüístico y social	4	5.6 %
Solo a nivel lingüístico y cultural	5	7 %
Solo a nivel social y cultural	0	0 %

Tabla 13: Respuestas pregunta 16 profesionales sanitarios

PREGUNTA 13 INTÉRPRETES	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí	13	39.4 %
No	2	6.1 %
Solo a nivel lingüístico	13	39.4 %
Solo a nivel social	0	0 %
Solo a nivel cultural	1	3 %
Solo a nivel lingüístico y social	1	3 %
Solo a nivel lingüístico y cultural	2	6.1 %
Solo a nivel social y cultural	1	3 %

Tabla 14: Respuestas pregunta 13 intérpretes profesionales

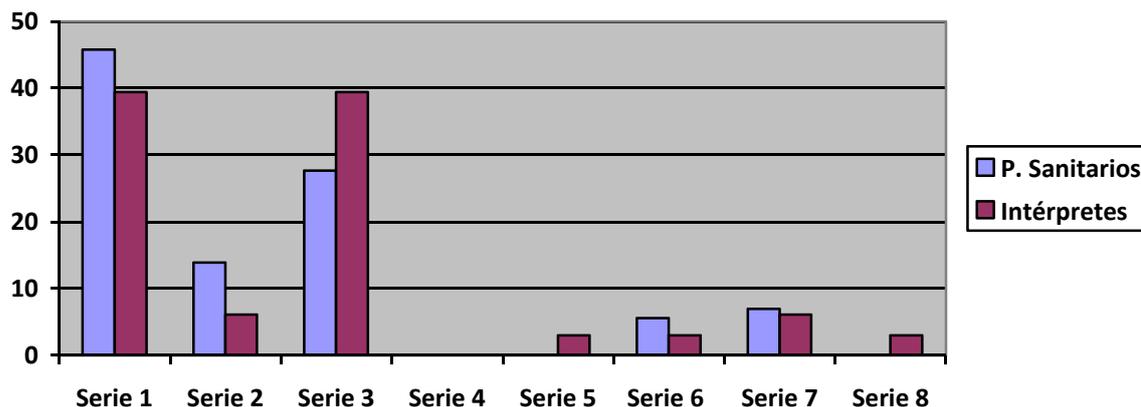


Gráfico 13: Resumen tablas 13 y 14

Como razones por las cuales los intérpretes profesionales han marcado las opciones anteriores han sido que es visible a nivel lingüístico y cultural puesto que detrás de una lengua hay unas costumbres y una cultura determinadas que influyen enormemente en la comunicación.

Una de las respuestas afirmativas, es decir, que es visible en todos los niveles, ha indicado que el intérprete no solo actúa como mediador lingüístico sino que conocer la cultura del paciente también implica que se involucre explicándole las cosas de determinada manera para que las comprenda mejor según sus creencias y que en todo momento es visible a nivel social. Otra de las respuestas afirmativas ha añadido que en su centro de trabajo (en el sector privado), el intérprete no es solo visible sino fundamental. Otro motivo por el que el intérprete es visible a todos los niveles es que el intérprete toma parte activa en la comunicación y comparte espacio con los pacientes y el médico.

En otras respuestas se ha indicado que socialmente, los planos social y cultural no están valorados puesto que parece que existe una idea generalizada de que el intérprete es una máquina de traducir en voz alta y que todavía falta mucho (re)conocimiento sobre su figura. También se ha apuntado como razón, que a ojos del personal sanitario, el intérprete solo es necesario a nivel lingüístico puesto que la importancia en el plano lingüístico es primordial y las diferencias sociales y culturales suelen quedarse en un segundo plano.

Otra de las respuestas también alude al pensamiento de la sociedad diciendo que en la actualidad solo se ve a los intérpretes como un facilitador de la comunicación lingüística y no valora el aspecto social y cultural que sí tienen. El problema es que no hay una mentalidad de que lingüística, social y culturalmente, el intérprete sea importante salvo para los que trabajan en el sector, por tanto, cara a la sociedad, el intérprete solo sería visible a nivel lingüístico. Para otro encuestado, la gente empieza a estar concienciada sobre el rol que el intérprete juega en determinadas situaciones pero no conocen de su papel social o cultural, simplemente se le ve como una herramienta de traslación de conceptos siendo solo visible a nivel lingüístico.

Por tanto, uno de los objetivos de todo el colectivo de intérpretes profesionales debería ser el conseguir mayor visibilidad a través de distintas actividades y profesionalización eliminando el intrusismo existente.

Después de ver a qué niveles estaría el intérprete más visible y a cuáles menos, queríamos conocer si estos tienen la misma visibilidad que los profesionales sanitarios.

¿Considera que los intérpretes tienen la misma visibilidad que los profesionales sanitarios?

PREGUNTA 17 P. SANITARIOS	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí, están al mismo nivel	7	9.7 %
No, no están al mismo nivel	65	90.3 %

Tabla 15: Respuestas pregunta 17 profesionales sanitarios

PREGUNTA 14 INTÉRPRETES	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí, están al mismo nivel	3	9.1 %
No, no están al mismo nivel	30	90.9 %

Tabla 16: Respuestas pregunta 14 intérpretes profesionales

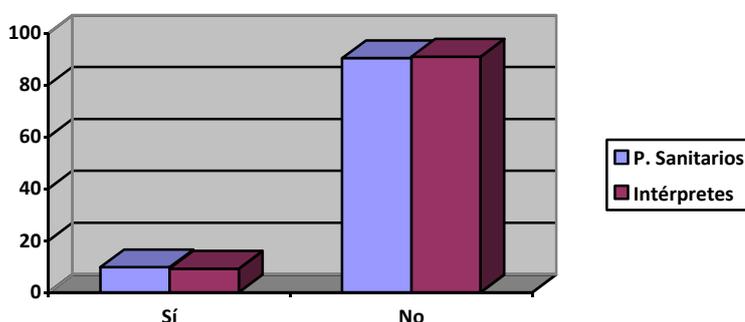


Gráfico 14: Resumen tablas 15 y 16

Aunque claramente, a través de los datos obtenidos en el Gráfico 14, los intérpretes no tienen la misma visibilidad que los profesionales sanitarios. El modelo de intervención incremental expuesto por Roat (2006) y recogido en el marco teórico del presente trabajo, establece que la visibilidad e implicación del intérprete dependen del rol que se adopte, por tanto, decidimos preguntar a los intérpretes profesionales si estaban de acuerdo o todo lo contrario.

Según el modelo de intervención incremental sobre los roles del intérprete, se establece que la visibilidad e implicación del intérprete dependen del rol que se adopte, ¿está de acuerdo?

PREGUNTA 8	N° RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí estoy de acuerdo	11	33.3 %
No estoy de acuerdo	5	15.1 %
Depende de la situación	16	48.5 %
La visibilidad es el único elemento que depende del rol	0	0 %
La implicación es el único elemento que depende del rol	1	3.1 %

Tabla 17: Respuestas pregunta 8 intérpretes profesionales

4.2.8 Equilibrio

¿Considera que existe un equilibrio de poderes entre el intérprete y el médico o, en cambio, alguna de las partes está por encima de otra?

PREGUNTA 18 P. SANITARIOS	N° RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí existe un equilibrio	19	26.4 %
No existe un equilibrio	53	73.6 %

Tabla 18: Respuestas pregunta 18 profesionales sanitarios

PREGUNTA 15 INTÉRPRETES	N° RESPUESTAS	PORCENTAJE
Sí existe un equilibrio	4	12.1 %
No existe un equilibrio	29	87.9 %

Tabla 19: Respuestas pregunta 15 intérpretes profesionales

Del 73.6 % de profesionales sanitarios que han marcado que no existe un equilibrio, han indicado todos que el médico está por encima. Lo mismo ha ocurrido con el 87.9 % de intérpretes profesionales que han respondido que no existe un equilibrio, es decir, todos ellos han marcado que el médico está por encima.

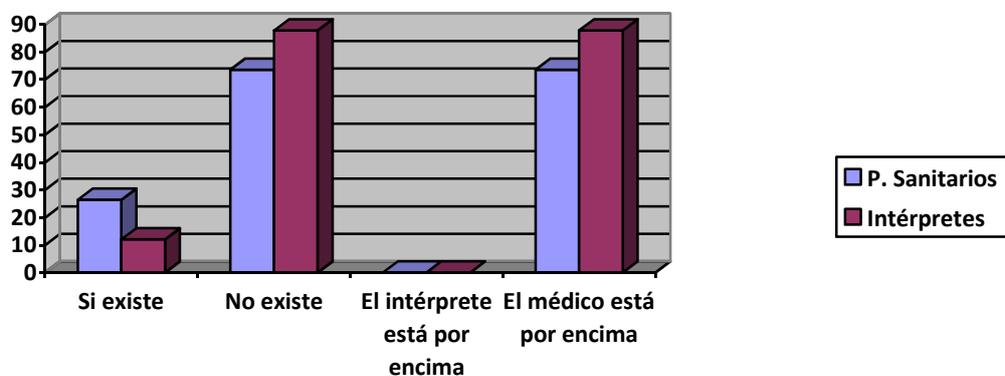


Gráfico 15: Resumen tablas 18 y 19

4.2.9 Trabajo en equipo: profesionales sanitarios junto con intérpretes

Muchos autores han elaborado técnicas para los médicos a la hora de preguntar. Para Cambridge (1999: 201) “the patient may well present symptoms unrelated to the real problems, and the diagnostic skill of the doctor relies heavily on skilful questioning” y para Cordella (2004: 32) “the way in which the question is presented, therefore, can pre-determine the reply”.

Sandra Hale (2007: 37) mencionó la importancia del estilo del discurso:

When interpreters are involved in medical consultations, they are required to interpret the health care provider’s questions and the patient’s answers. It is therefore crucial that interpreters understand the significance of questioning style and the importance of patients’ answers, not only in providing direct information in response to questions, but also in providing clues for the health care provider.

La misma autora también estudió la necesidad de trabajar intérpretes y profesionales en equipo (2007: 61) “medical practitioners and interpreters should work as a team to achieve optimal results, with each understanding the needs of the other and neither stepping into the other’s role”.

Ocurre en muchas ocasiones que los profesionales sanitarios, aún contando con un intérprete no saben demasiado bien cómo trabajar con él tal y como apunta Claudia Angelelli (2004: 23) “*even when interpreters are available, there is often Little or no standardization in interpreter training, assessment of competence, or instruction of healthcare providers in how to use an interpreter*”.

Por estos motivos, la última pregunta para ambos colectivos estaba orientada a conocer si ambos colectivos piensan que los profesionales sanitarios tienen información suficiente para saber trabajar con intérpretes.

Por un lado las respuestas de los profesionales sanitarios han sido:

¿Considera que los profesionales sanitarios disponéis de suficiente información y directrices para saber trabajar con intérpretes?

PREGUNTA 19	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
No	33	45.8 %
No del todo aunque vamos aprendiendo con la práctica	37	51.4 %
Sí	2	2.8 %

Tabla 20: Respuestas pregunta 19 profesionales sanitarios

Por otro lado las respuestas de los intérpretes han sido:

¿Considera que los profesionales sanitarios disponen de suficiente información y directrices para saber trabajar con intérpretes?

PREGUNTA 16	Nº RESPUESTAS	PORCENTAJE
No	10	30.3 %
No del todo aunque van aprendiendo con la práctica	21	63.6 %
Sí	2	6.1 %

Tabla 21: Respuestas pregunta 16 intérpretes profesionales

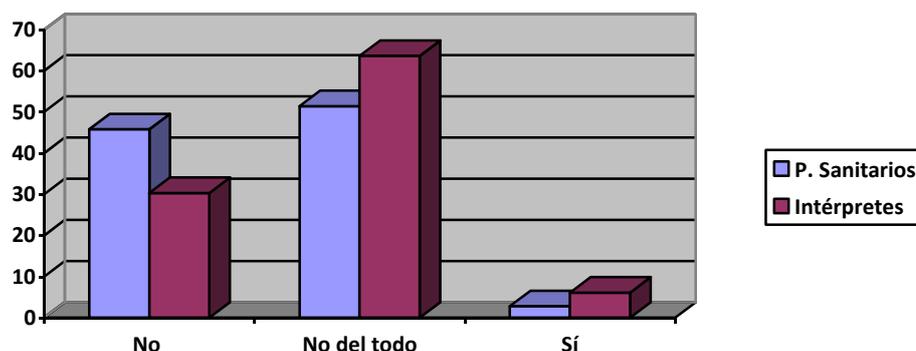


Gráfico 16: Resumen tablas 20 y 21

La segunda parte de la pregunta se centraba en proponer posibles medidas para que valorasen ambos colectivos su necesidad o irrelevancia y dejando la última opción para que indicasen otras posibles medidas que considerasen necesarias.

A continuación se ofrecen los resultados obtenidos teniendo en cuenta que el porcentaje de respuestas negativas entre la opción “no” y “no del todo aunque vamos aprendiendo con la práctica” por parte de los profesionales sanitarios suma un total de 97.2 % y que la suma de las mismas opciones es de un 93.9 % por parte de los intérpretes:

En caso negativo, valore las posibles medidas futuras:	Nº RESPUESTAS P. SANITARIOS	PORCENTAJE	Nº RESPUESTAS INTÉRPRETES	PORCENTAJE
1) Elaboración y difusión de directrices				
Irrelevante/innesecaria	2	2.8 %	0	0 %
Conveniente pero no urgente	42	58.3 %	6	18.2 %
Muy importante	26	36.1 %	25	75.7 %
2) Seminarios o cursos teórico-prácticos				
Irrelevante/innesecaria	7	9.7 %	0	0 %
Conveniente pero no	40	55.5 %	13	39.4 %

urgente					
Muy importante	23	32 %		18	54.5 %
3) Establecer una fase previa de contacto entre intérpretes y profesionales sanitarios antes de pasar a interpretar la consulta					
Irrelevante/innecesaria	6	8.4 %		3	9.1 %
Conveniente pero no urgente	32	44.4 %		12	36.3 %
Muy importante	32	44.4 %		16	48.5 %

Tabla 22: Respuestas pregunta 19 profesionales sanitarios y pregunta 16 intérpretes profesionales

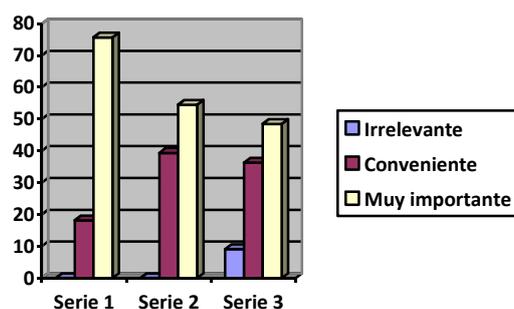
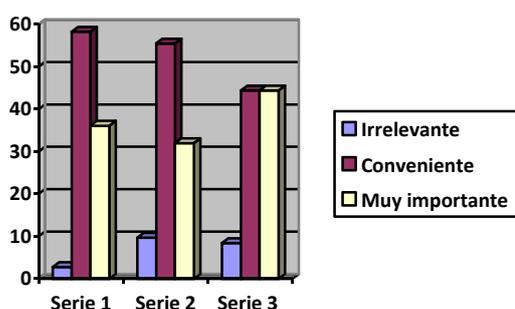


Gráfico 17: respuestas profesionales sanitarios Gráfico 18: respuestas intérpretes profesionales

Además de las tres series que aparecen en los Gráficos 17 y 18, aparecía otra opción “indique otras posibles medidas que considere necesarias”, algunos intérpretes encuestados han indicado como medidas posibles que se enseñe a los intérpretes a trabajar situaciones conflictivas en el grado o licenciatura, además de que tanto los administrativos como los secretarios que trabajen en este sector reciban este tipo de formación; que se forme al personal sanitario para la conversación triádica (médico-intérprete-paciente) desde el saludo hasta la despedida; que se dé más información sobre el papel del intérprete y que se cree un colegio profesional.

Algunos profesionales sanitarios también ha enumerado posibles medidas como: coordinar y reconocer la labor de los intérpretes y que se haga un uso más habitual de los mismos, difusión en prensa escrita y audiovisual de lo establecido por la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002) con el objetivo de visibilizar el papel del intérprete sanitario y agilizar la implantación de los mismo en los centros fruto de la demanda de sus servicios por parte de los pacientes y profesionales biosanitarios, elaborar folletos explicativos en los distintos idiomas más frecuentes y disponer de consentimientos informados genéricos también en los distintos idiomas, dar a conocer el código deontológico de los profesionales sanitarios a los intérpretes, mayor presencia de

intérpretes en los centros clínicos, traducción de todos los folletos informativos de los que se dispone para pacientes, acceso a intérpretes en el sistema sanitario y traducción de artículos que publican. Conviene destacar que han sido varios los profesionales sanitarios que han remarcado la necesidad de traducción de modelos de consentimientos informados y de folletos informativos.

5. Conclusiones

Conviene matizar que las conclusiones parciales de las diferentes partes de los análisis se han ido expresando al final de cada epígrafe.

Recapitulando los datos obtenidos del seguimiento, encontramos que en la realidad actual:

- a) Los problemas que ocurren con más frecuencia están relacionados con el rol del intérprete, su papel, la falta de cooperación entre el intérprete y el profesional sanitario y el tiempo de consulta insuficiente según los intérpretes. Ocurren también problemas relacionados con el lenguaje, la terminología empleada y el desconocimiento del desarrollo de distintas especialidades. Aunque con menor frecuencia, existen problemas índole cultural, relacionados con prejuicios y temas tabú y el código ético del intérprete.
- b) El porcentaje de encuentros extra rutinarios es pequeño pero cuando ocurren, suele ser justo antes de la consulta. Además, son los intérpretes en plantilla los que tienen más facilidades para que dichos encuentros se produzcan puesto que tienen más posibilidades de conocer a los profesionales sanitarios. Normalmente suelen durar entre 5 o 10 minutos como máximo. El registro empleado durante la conversación depende del grado de conocimiento de la otra parte, por tanto, se suele emplear un registro más formal cuando se tiene menos confianza.

Recapitulando los datos obtenidos de las encuestas, encontramos que la situación actual es la siguiente:

- a) Los profesionales sanitarios suelen comunicarse con sus pacientes en un español simplificado cuando no disponen de intérprete, que no suelen disponer de folletos informativos traducidos y que por tanto, los pacientes necesitan mucho tiempo para expresarse y no queda casi tiempo para lo importante.
- b) En los casos en los que disponen de intérprete ad hoc, los profesionales sanitarios creen que éstos no tienen suficientes conocimientos médicos por lo que ofrecen traducciones cortas.
- c) Sólo en un tercio de los hospitales participantes se dispone de directrices para trabajar junto a intérpretes profesionales.
- d) Casi un 65% de profesionales sanitarios sí están al corriente de que según la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (ley 41/2002), cuando un paciente deba firmar un consentimiento informado y éste no esté traducido a su idioma, el intérprete debe realizar una traducción a vista y cualquier duda que tenga el paciente sobre el contenido del documento, la debe aclarar el médico. Un 70% de los intérpretes también está al corriente de este procedimiento puesto que en la mayoría de centros no se dispone de consentimientos traducidos.

- e) No existe un organigrama ni un modelo oficial sobre los roles que el intérprete puede adoptar. Así pues, los intérpretes se han visto forzados a tomar otras posturas distintas a la de trasvase lingüístico como son, mayoritariamente, la de mediador y la de guía. Un 64 % de los intérpretes profesionales cree que es deseable o posible que el intérprete adopte distintos roles aunque puedan ser conflictivos.
- f) De acuerdo con los intérpretes, el rol que mejor se ajusta a los intereses de la profesión y los pacientes es el enfoque mediador puesto que pueden surgir conflictos personales, culturales, lingüísticos, profesionales, etc. Además, se empieza a seguir el enfoque desarrollado en EEUU de *patient navigators* donde el intérprete además de trasladar la información porque conoce las dos culturas, obedece a un código ético llegando a actuar como mediador cultural y no solo como enlace cultural.
- g) Según los profesionales sanitarios, el intérprete debe explicar los significados de la cultura extranjera, simplificar las expresiones médicas, aclarar tecnicismos, resumir las declaraciones de los usuarios, aclarar las afirmaciones imprecisas, advertir de los equívocos producidos durante la conversación, no omitir información secundaria y rellenar cuestionarios o formularios con los usuarios.
- h) Los profesionales sanitarios no siguen, en su mayoría (un 90% aproximadamente), un orden de desarrollo de la consulta distinto cuando trabajan con intérpretes.
- i) Más de la mitad de los profesionales sanitarios no conocen los pilares básicos de los códigos éticos y de conducta de los intérpretes profesionales pero consideran que el intérprete profesional es visible a nivel lingüístico, social y cultural.

El objetivo principal de esta investigación era averiguar si seguía existiendo un desequilibrio de poderes entre el intérprete y el profesional sanitario y si podíamos confirmar la hipótesis planteada de la necesidad de una fase previa de contacto o de un encuentro extra rutinario. A partir de estos resultados, se puede concluir que sí es beneficiosa y necesaria dicha fase previa ya que el 100% del colectivo al que se le ha realizado el seguimiento coinciden en que les ha reportado beneficios en cuanto a ofrecer información básica sobre el papel del intérprete, a conocer información del paciente (en caso de que acuda a consultas sucesivas) y a conocer terminología y tener más tiempo de prepararla. También se reafirma la hipótesis ya que, según los resultados de las encuestas, el establecer una fase previa de contacto entre intérpretes y profesionales sanitarios antes de pasar a la consulta es una medida muy importante, valorada como tal por ambos colectivos.

Como he mencionado al empezar el análisis, Creeze (2014:30) apuntaba que los intérpretes empezarían a cobrar importancia cuando los profesionales sanitarios sean conscientes del valor de su tarea. Por los resultados obtenidos, podemos afirmar que se ha avanzado y cuando a los profesionales sanitarios se les hace pensar sobre la situación, han empezado a valorar el trabajo de los intérpretes y a descubrir, sino lo habían hecho o empezado a hacer antes, que el trabajo en grupo es un punto clave en la calidad de los servicios sanitarios que se ofrecen a la población extranjera. Una de las medidas futuras más valoradas como urgentes y convenientes ha sido la de ofrecer seminarios o cursos teórico-prácticos. No obstante, un 90% de los profesionales sanitarios considera que los intérpretes no tienen la misma visibilidad que ellos ni están al mismo nivel en cuanto a equilibrio de poderes.

Como conclusión final del trabajo sólo cabe decir que según los resultados extraídos (que no tienen pretensiones generalizadoras pero que sí pueden servir como “botón de muestra”), la hipótesis de la utilidad y la necesidad de los encuentros extra rutinarios o fase previa de contacto entre el intérprete y el profesional sanitario se verifica, puesto que en su mayoría, ambos colectivos la consideran de mayor o menor ayuda pero muy importante o conveniente.

Podemos añadir que los resultados son significativos puesto que se trata de una muestra uniforme y que cumple con los objetivos de presentar una visión general de la situación de la interpretación en los Servicios Públicos en el ámbito sanitario en la Comunidad Valenciana y en la Comunidad de Madrid.

Consideramos que los resultados de este estudio podrían tener una clara aplicabilidad, pues si existiese la posibilidad de intervenir y actuar sobre la realidad de los centros de salud y hospitales, mediante el presente estudio y/o estudios posteriores propuestos en el siguiente apartado, sería posible indagar con más detalle la situación actual en otras comunidades y realizar propuestas para abordar correcta y eficazmente dicha situación.

A día de hoy, aunque en muchos países se han producido grandes avances de la profesión de la interpretación en los servicios públicos, España sigue experimentando una etapa de falta de directrices, estándares para la formación y la práctica profesional, falta de organización y, sobre todo, reconocimiento. Por tanto, no existe un equilibrio de poderes entre el intérprete y el profesional sanitario.

Finalmente, con este trabajo se puede ver una vez más la necesidad de estudios encaminados a la realidad, es decir, más estudios de campo tanto descriptivos como experimentales. Según la bibliografía consultada, la gran mayoría de artículos teóricos o guías de comunicación teóricas no se centran en el trabajo en equipo que deben desempeñar los profesionales sanitarios y los intérpretes. Podríamos afirmar que la investigación en comunicación intercultural en el ámbito sanitario es una asignatura pendiente.

6. Propuesta de formación

Una vez extraídas las conclusiones finales de la investigación llevada a cabo, queríamos realizar una propuesta propia sobre lo que podría ser una nueva tipología, adaptada a la realidad, de los roles del intérprete.

El intérprete podría actuar como:

- Clarificador del sistema: para ayudar o hacer entender al paciente el sistema sanitario y legislativo del país en el que se encuentra, en este caso, España. En este rol, las diferencias culturales aunque pueda parecer que están latentes, se dejarían de lado para centrarse solamente en los procedimientos del país de destino, es decir, del país en el que se encuentra el paciente extranjero.
- Agente integrador: cuando el paciente llega al centro hospitalario y no sabe dónde dirigirse ni por quién preguntar. Se podría adaptar dicho rol cuando se ayuda al personal sanitario como secretarios o recepcionistas a dar citas y/o información a los pacientes.

- Agente mediador-comunitario: el intérprete conoce la cultura del país de origen y del país de llegada del paciente y por tanto, alerta de los posibles inequívocos o conflictos culturales que se puedan producir.
- Trasvase lingüístico: el intérprete realiza sus tareas de transmitir el mensaje de una parte a la otra siguiendo un código de buenas prácticas.

Cuando mencionamos que el intérprete debe seguir un código de buenas prácticas, ya que en España no existe ninguno estándar pero sí que todas las propuestas a las que se acogen las distintas asociaciones, contienen los pilares básicos: confidencialidad, imparcialidad, precisión e integridad. Cuando el intérprete ha recibido una formación adecuada como licenciatura, grado o estudios de máster, debe haber tenido contacto con el tema de códigos deontológicos, por tanto, debe saber a qué aferrarse.

En la tipología propuesta, distintos roles para los que se habían utilizado distintas etiquetas como el de defensor, colega, guía o *advocacy*, no se incluyen puesto que, por la formación recibida, consideramos que suponen un riesgo a la hora de cumplir con los pilares básicos de los códigos deontológicos.

A continuación se resume la tipología propuesta:

<p>CLARIFICADOR DEL SISTEMA</p> <p>Preferiblemente un intérprete profesional nativo español o un intérprete del mismo país que el paciente pero con amplia experiencia.</p>	<p>AGENTE INTEGRADOR</p> <p>Preferiblemente un intérprete profesional nativo español o un intérprete del mismo país que el paciente pero con amplia experiencia.</p>
<p>INTÉRPRETE EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO</p>	
<p>AGENTE MEDIADOR-COMUNITARIO</p>	<p>TRASVASE LINGÜÍSTICO</p>

Reiteramos la importancia de que el intérprete sea profesional puesto que ya hemos presentado los posibles problemas y las situaciones conflictivas que se crean cuando se utilizan intérpretes ad hoc.

Otra de las conclusiones clave ha sido la falta de cooperación, trabajo en equipo y conocimiento de las tareas de los intérpretes. Para que los profesionales sanitarios pudiesen, primero conocer, segundo colaborar y tercero actuar, la futura medida de seminarios o cursos teórico-prácticos sería fundamental. Como propuesta de unidad didáctica para este fin y dirigida a los profesionales sanitarios, tendría que diseñarse de la siguiente manera:

1. Introducción

- 1.1 ¿Qué es un intérprete?
- 1.2 ¿Qué es un mediador intercultural?
- 1.3 ¿Qué es un intérprete *ad hoc*?
- 1.4 Dónde situar al intérprete
- 1.5 Explicar el código deontológico del intérprete
- 1.6 Explicar la legislación que rige recoge algún aspecto de esta profesión

2. Consejos antes de la consulta

- 2.1 Disponer de una fase previa para explicar, a ser posible, cómo se va a desarrollar la consulta y lo que se espera obtener del paciente.

3. Consejos durante la consulta

- 3.1 Presentar al intérprete y dejar que éste explique sus funciones brevemente
- 3.2 Mirar y hablar al paciente directamente e intentar dirigirse al intérprete cuando sea necesario aclarar o desarrollar ideas sin mantener una conversación paralela que pueda desorientar al paciente
- 3.3 Crear un clima de confianza
- 3.4 Saber que la consulta puede ralentizarse
- 3.5 Utilizar un lenguaje sencillo en la medida de lo posible
- 3.6 Comprobar que el paciente está siguiendo la conversación

4. Consejos después de la consulta

- 4.1 En la medida del tiempo disponible, realizar un balance o resumir lo que ha funcionado, lo que ha ido mal y lo que se puede mejorar para la próxima consulta.

Una vez realizada la parte teórica, la metodología para la parte práctica que recomendamos es elaborar *role-plays* de extensión breve en las que participen los intérpretes profesionales y los profesionales sanitarios para que estos últimos puedan ver situaciones complicadas y las soluciones que se pueden tomar. Además, conocerán los distintos roles que puede adaptar el intérprete, las etapas que debería seguir una entrevista clínica con intérprete y visualizar el código deontológico. Para hablar sobre las posibles soluciones y las que mejor se adaptarían, se abriría un turno de debate a modo de valoración una vez realizado el *role-play*.

Ya que el ámbito sanitario es muy amplio, a continuación presentamos algunos *role-plays* que se podrían tomar como ejemplo.

ROLE-PLAY 1: PREOPERATORIO

Médico: Buenos días, Karen. ¿Ha decidido si va a operarse?

Intérprete: *Good morning, Karen. ¿Have you decided to have your operation?*

Karen: Yes, I made a decision.

Intérprete: Sí, he tomado una decisión.

Médico: De acuerdo, ¿sí o no?

Intérprete: *All right, ¿yes or no?*

Karen: Yes

Intérprete: Sí

Médico: De acuerdo. (Se gira al intérprete) Sal fuera de la consulta y rellena los consentimientos.

(Al final se puede apreciar una situación que ocurre frecuentemente, el médico ve que ya lleva mucho rato con la paciente e indica al intérprete que se encargue de los consentimientos. Este ejemplo sería un error en cuanto al trabajo en equipo; los consentimientos deberían traducirse a vista y aclararse en la consulta).

ROLE-PLAY 2: TECNICISMOS (consulta ginecológica)

Médico: Buenos días, Katherine. ¡Pase, por favor!

Intérprete: Good morning, Katherine. Please, come in!

Katherine: *Hello, good morning Doctor.*

Intérprete: Hola, Buenos días, Doctor.

Médico: (Se dirige al intérprete) Pregúntale que qué le pasa.

Intérprete: *How do you feel?*

Katherine: *I'm not being well for a few months. I've been having difficulties to get pregnant. I'm worried about it.*

Intérprete: No me encuentro muy bien desde hace unos meses, estoy teniendo dificultades para quedarme embarazada. Estoy preocupada.

Médico: (se dirige al intérprete) Dile que le vamos a realizar una histerosalpingografía con un contraste para comprobar si existe cualquier fibrosis dentro de la cavidad uterina peritoneal.

Intérprete: *You're going to have a hysterosalpingography test with a contrast to check if there is a fibrosis in your uterus.*

Katherine: *A what??*

Intérprete: ¿Una qué?

Médico: Explícale que es una radiografía de las trompas de Falopio y del útero.

Intérprete: *It is an x-ray of your Fallopian Tube and your uterus.*

(Con este pequeño *role-play* se puede apreciar como la consulta ha empezado sin una fase previa de contacto en la que el intérprete podría haber explicado que tenían que hablar en primera persona y dirigirse directamente al paciente, en lugar de utilizar el imperativo. Además, no se le ha permitido presentarse y se aprecia como el intérprete ha tenido dificultades terminológicas puesto que el médico ha utilizado tecnicismos).

Para finalizar el seminario, después del debate se puede elaborar una lista de errores a evitar entre el intérprete y el médico como se haría después de la consulta. Para las situaciones que hemos visto anteriormente, la lista a evitar podría incluir:

- Uso de imperativos: Los profesionales sanitarios deben dirigirse directamente al paciente.
- Saltarse el protocolo de la entrevista clínica y enviar al paciente y al intérprete fuera de la consulta para rellenar los consentimientos.
- No dejar que el intérprete se presente.

Conviene mencionar que hemos realizado la propuesta de unidad didáctica basada en la realidad actual y en los sentimientos que nos han demostrado los informantes sobre la necesidad de trabajar en equipo. Por tanto, toda la investigación contenida a lo largo del presente trabajo es un arma valiosa para conocer la nueva realidad de la sociedad multicultural y la evolución de la interpretación en los Servicios Públicos.

7. Propuestas para una investigación futura

Los dos estudios sobre la situación actual de la interpretación en el ámbito sanitario en los centros de la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid, con la finalidad de averiguar si la fase de contacto previa o encuentro extra rutinario es necesaria, es sin duda una tarea que requiere de mayores elaboraciones desde el punto de vista analítico.

Una investigación futura consistiría en un estudio mucho más profundo y más exhaustivo a distintos niveles, para poder, de esta manera, llegar a conclusiones más precisas partiendo de la base de la que ya disponemos. Para ello, es necesario estudiar también si existe la posibilidad de un encuentro después de la consulta (llamado *debriefing* por algunos autores) entre el profesional sanitario y el intérprete para realizar un balance de lo positivo y lo que se necesita mejorar en la próxima consulta.

Habría que ampliar el estudio a nivel conceptual, es decir, incluir más aspectos como la sensibilidad, la empatía o el factor emocional. Se podría ampliar también viendo en qué planes de estudios de las universidades españolas se incluyen los códigos deontológicos de los intérpretes en el ámbito sanitario.

Para futuros trabajos de investigación, se podría incluir un apartado sobre las visiones de la población extranjera sobre las instituciones, otro apartado sobre la utilidad de los materiales multilingües de apoyo como glosarios, guías, aplicaciones telefónicas, etc.

Cabe destacar que un problema importante con el que nos hemos enfrentado a la hora de realizar las encuestas, ha sido un nivel de desconfianza que se pudo solventar con la difusión de las mismas gracias a contactos con profesionales sanitarios. No obstante,

para futuras investigaciones, la muestra de informantes podría ampliarse así como las comunidades objeto de estudio.

Finalmente, también cabría elaborar más unidades didácticas con ejemplos prácticos que puedan darse en las distintas especialidades clínicas y adaptadas al contacto que haya tenido el profesional sanitario con la interpretación en el ámbito sanitario.

8. Referencias bibliográficas

Abril Martí, María Isabel (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: Editorial de la Universidad de Granada. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf> [Consulta: 15.03.2015].

Alexieva, Bistra (1997) “A typology of interpreter-mediated events” en *The translator*. London: Routledge. pp. 153-174.

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

Asnani, MR. “Patient-physician communication”. *West Indian Med J*. 2009, Sep; 58 (4), 357-361.

Asociación Internacional de Intérpretes Médicos y Education Development Center, Inc. (1995) *Estándares para la práctica de la interpretación médica*. Estados Unidos de América: IMIA.

Auckland University of Technology (2014) *Fulbright research aims to improve ethnic medical outcomes*. Disponible en: http://www.news.aut.ac.nz/news/schools/language-and-culture/fulbright-research-aims-to-improve-ethnic-medical-outcomes?SQ_DESIGN_NAME=applied_humanities [Consulta: 23.03.15].

Baker, D., Hayes and J. P. Fortier (1998) *Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients*. *Medical Care* 36 (10): 1461-70.

Beltran Avery, María-Paz (2001) “The role of the health care interpreter. An evolving Dialogue” en *The National Council on Interpreting in Health Care Working Paper Series*. Washington, DC: NCIHC. Disponible en: <http://www.ncihc.org/assets/documents/workingpapers/NCIHC%20Working%20Paper%20-%20Role%20of%20the%20Health%20Care%20Interpreter.doc> [Consulta: 28.04.15].

Bolden, G. (2000) *Toward understanding practices of medical interpreting: interpreter's involvement in history taking*. *Discourse studies* 2(4), 387-419.

Borrell i Carrió, Francesc (1999) (1ª edición) *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SEMFYC.

Borrell i Carrió, Francesc (2004) (2ª edición) *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SEMFYC.

Botempo, Karen & Napier, Jemina (2005) *Interpreting. International journal of research and practice in interpreting*. Vol 7, núm 2. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

California Healthcare Interpreters Association (2002) *California standards for healthcare interpreters: Ethical principles, protocols, and guidance on roles and intervention*. Los Angeles, CA: California Healthcare Interpreters Association.

Cambridge, Jan (1999) *Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter*. *The translator* 5(2), 201-219.

Cambridge, Jan (2002) "Interlocutor roles and the pressures on interpreters" en *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades. Community interpreting and translating: new needs for new realities*. Camen Valero Garcés y Guzmán Mancho Barés (eds.). Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá. pp: 11-124.

Campbell, T, L., S.H. McDaniel, K. Cole-Kelly, J. Hepworth, and A. Lorenz (2002) *Family interviewing: a review of the literature in primary care*. *Family Medicine* 34 (5): 312-318.

CCHCP (Cross-Cultural Health Care Program) 1999 *Code of ethics*. Disponible en: <http://xculture.org/interpreter/overview/ethics.html> [Consulta: 27.03.15].

Congreso de los diputados. Portal de la Constitución (1978). *La Constitución Española*. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=43&tipo=2> [Consulta: 22.03.15].

Cordella, Marisa (2004) *The dynamic consultation: a discourse analytical study of doctor-patient communication*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins.

Corsellis, Ann (2003) *Formación de los proveedores de servicios públicos para trabajar con intérpretes y traductores. Habilidades y competencias interculturales. Traducción e Interpretación en los servicios públicos*. Contextualización, actualidad y futuro. Granada: Comares. pp. 71-90.

Corsellis, Ann (2008) *Public Service Interpreting. The First Steps*. Basingstone (Reino Unido): Palgrave MacMillan.

Crezee, Ineke (2013) *Introduction to healthcare for interpreters and translators*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Ferguson, W. J. and L.M. Candib (2002) *Culture, language, and the doctor-patient relationship*. *Family Medicine* 34 (5): 353-61.

Flores, Guillermo (2000) *Culture and the patient-physician relationship: achieving cultural competency in healthcare*. *Journal of Pediatrics* 136: 14-23.

González Enríquez, Carmen (2009) *Undocumented Migration. Counting the uncountable. Data and trends across Europe*. Clandestino country report.

Hale, Sandra Beatriz (2007) *Community interpreting*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.

Hale, Sandra Beatriz (2010) *La interpretación comunitaria. La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Granada: Comares.

Helman, Cecil (1990) *Culture, health and illness 2*. Oxford, England: Butterworth-Heinemann.

Isaacs, Kim (2002) *Speech pathology in cultural and linguistic diversity*. London and Philadelphia: Whurr.

Jalbert, M. (1998) "Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique. P.R.I.S.M.E" en *Interpreting. International journal of research and practice in interpreting*. Vol 7, núm 2. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company. pp: 94-111.

Kontrimas, Jane (2000) *The trouble with the term advocacy*. Massachusetts Medical Interpreters Association Newsletter, 3.

Leanza, Yvan (2005) "Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers" en *Interpreting. International journal of research and practice in interpreting*. Vol 7, núm 2. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company. pp: 167-192.

López Izquierdo, R.; Martín del Barco, O. and Álvarez, P. (2007) *Entrevista al paciente inmigrante*. Madrid: AMF, 3(5), PP. 259-266.

Martin, Anne (2000) "La interpretación social en España" en Dorothy Kelly (ed.) *La traducción y la interpretación en España hoy: Perspectivas profesionales*, Comares: Granada, pp. 207-223.

Melián Pérez, Maria Victoria (2008) "Mediación sociosanitaria" en Fernández Juárez, Gerardo (eds.) *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Castilla la Mancha: Universidad de Castilla la Mancha. pp. 277-288.

Noticias jurídicas. *Base de datos de legislación*. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/141-2002.html [Consulta: 20.03.15].

Obra Social Fundación "La Caixa" (2006). *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Programa de inmigración del Institut d'Estudis de Salut (IES) y del Institut Català de Salut. Hospital Universitario Vall d'Hebron: Barcelona. Disponible en: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf [Consulta: 15.03.15].

Pöchhacker, Franz (1999) "The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter" en *The Translator*, vol. 5, num. 2, special issue on *Dialogue Interpreting*. Ian Mason (guest editor), pp. 161-178.

Roat, C. (2006). *Certification of health care interpreters in the United States: A Primer, a Status Report and Consideration for national Certification*. Menlo Park, CA: The California Endowment.

Roter, D. (2002) *Three blind men and an elephant: reflections on meeting the challenges of patient diversity in primary care practice*. *Family Medicine* 34 (5): 390-393.

Ruiz Rosendo, Lucía (2009) *La interpretación en el ámbito de la medicina*. Albolote (Granada): Comares.

Suares, Marinés (2002) *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas*, Paidós: Buenos Aires.

Valero Garcés, Carmen (2001) “Estudio para determinar el tipo y calidad de la comunicación lingüística con la población extranjera en los Centros de salud” en *El impacto de la inmigración en la población autóctona*. Madrid: OFRIM. pp: 118-132.

Valero Garcés, Carmen (2003) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares.

Valero Garcés, Carmen (2004) *Discursos [dis]con/cordantes: Modos y formas de comunicación y convivencia*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares.

Valero Garcés, Carmen (2005) “Doctor-patient consultations in dyadic and triadic exchanges” en *Interpreting. International journal of research and practice in interpreting*. Vol 7, núm 2. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company. pp: 193-210.

Valero Garcés, Carmen (2006) *Formas de Mediación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: conceptos, datos, situaciones y prácticas*. Granada: Comares.

Valero Garcés, Carmen (2014) *Health, communication and multicultural communities. Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing.

9. Webgrafía

Grupos de investigación

- <http://grupsderecerca.uab.cat/miras>
Fecha de última consulta: 20.05.15
- <http://red-comunica.blogspot.com.es/2014/04/lanzamiento-de-afiptisp-asociacion-de.html>
Fecha de última consulta: 20.04.15
- <http://aulaintercultural.org/2005/11/25/crit-comunicacion-y-relaciones-interculturales-y-transculturales/>
Fecha de última consulta: 12.05.15
- <http://www.ugr.es/~greti/>
Fecha de última consulta: 03.05.15
- <http://campus.usal.es/~alfaqueque/>
Fecha de última consulta: 18.04.15

Asociaciones de traductores e intérpretes

- <http://www.asetrad.org/>
Fecha de última consulta: 20.05.15
- <http://www.aati.org.ar/>
Fecha de última consulta: 08.05.15
- <http://www.aptic.cat/>
Fecha de última consulta: 12.04.15
- <http://www.aptij.es/>
Fecha de última consulta: 16.05.15
- <http://www.medtrad.org/>
Fecha de última consulta: 23.05.15
- <http://www.xarxativ.es/>
Fecha de última consulta: 09.05.15

Código ético y de conducta

- http://ausit.org/AUSIT/Documents/Code_Of_Ethics_Full.pdf
Fecha de última consulta: 11.05.15
- <http://www.najit.org/about/NAJITCodeofEthicsFINAL.pdf>
Fecha de última consulta: 22.05.15
- <http://www.iol.org.uk/nav.asp?r=MRK50R16495>
Fecha de última consulta: 20.04.15

- <http://www.eulita.eu/sites/default/files/TRAFUT%20-%20final%20report.pdf>
Fecha de última consulta: 03.04.15
- <http://www.aptij.es/img/web/docs/codigo-d-aptij.pdf>
Fecha de última consulta: 16.05.15
- <http://accesstranslating.com/>
Fecha de última consulta: 18.05.15

10. Anexos

10.1 Anexo 1: Tabla de seguimiento y preguntas para la entrevista

SEGUIMIENTO INTÉRPRETE _____ HOSPITAL _____ SEMANA _____

Número de interpretaciones por semana	LUNES Interpretaciones y especialidad	MARTES Interpretaciones y especialidad	MIÉRCOLES Interpretaciones y especialidad	JUEVES Interpretaciones y especialidad	VIERNES Interpretaciones y especialidad

**INTERPRETACIONES CON PROBLEMAS (por favor, señale con una X en las casillas anteriores, las interpretaciones donde se ha producido un problema)
Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (elija una de las siguientes opciones, en caso de que ninguna se ajuste, marque otros y explíquelo):**

Posibles problemas¹:

- Dificultades con el lenguaje (registro empleado por el profesional sanitario)
- Dificultades con el lenguaje (registro o variedad dialectal empleada por el paciente)
- Dificultades culturales
- Prejuicios
- Temas tabú
- Comunicación no verbal
- Tiempo de consulta
- No se le ha permitido presentarse
- Falta de conocimiento sobre el papel del intérprete
- Falta de conocimiento sobre el rol del intérprete
- Falta de cooperación / trabajo en equipo entre el intérprete y el profesional sanitario
- Problema en cuanto al código ético del intérprete
- Otros:

¹ Problemas extraídos de: Valero-Garcés, Carmen (2014) *Health, communication and multicultural communities. Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing. pp: 7-9-15-19-38.

PREGUNTAS

- 1. Para cada problema ¿había tenido lugar un encuentro extra rutinario o sesión previa entre el intérprete y el médico? (Por favor, especifique para cuáles sí y para cuáles no)**

- 2. En caso afirmativo, ¿cuándo ha ocurrido?**
Justo antes de la consulta
Durante el mismo día de la consulta
Días antes de la consulta

- 3. ¿Cuánto ha durado?**
Entre 5 y 10 minutos
Entre 10 y 20 minutos
Más de 20 minutos

- 4. ¿Ha sido un encuentro casual o forzado por alguna de las dos partes?**

- 5. ¿Dónde ha tenido lugar?**
En la consulta del médico
En el pasillo
En recepción
En otras premisas:

6. ¿Conocía al médico?

- Sí
- No

7. ¿Qué registro se ha empleado durante la conversación?

- Formal
- Informal

8. ¿Se ha tratado algún tema distinto a la enfermedad?

- Acompañantes del paciente
- Terminología
- Asuntos no relevantes para la consulta
- Otros:

9. ¿Ha sido beneficioso y por qué o por qué no? ¿Le ha permitido solucionar el problema de forma resolutiva? En caso afirmativo, ¿cómo?

10. ¿Piensa que para las consultas que no ha dispuesto de encuentro o fase previa, el haber dispuesto le hubiese ayudado a solucionar el problema?

- Sí, seguro
- Sí, quizás
- No

10.2 Anexo 2: Encuesta profesionales sanitarios

ESTUDIO PARA DETERMINAR LA PERCEPCIÓN DE LAS ETAPAS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA, EL ROL DEL INTÉRPRETE Y LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN LINGÜÍSTICA CON LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN EL ÁMBITO SANITARIO

*Cuestionario para profesionales sanitarios

Centro en el que trabaja:

Especialidad:

Tiempo que lleva trabajando en el centro:

1. ¿Cómo se comunica usted con los pacientes que no hablan español?

- ¿En un español simplificado?
 - Nunca
 - A veces
 - A menudo
- ¿En inglés?
 - Nunca
 - A veces
 - A menudo
- A través de un intérprete profesional
 - Nunca
 - A veces
 - A menudo
- Otros (indique el modo que emplee)
 - Nunca
 - A veces
 - A menudo

2. Según su experiencia, ¿cuáles de los siguientes enunciados se ajustan a la realidad en los casos en los que sólo pueda comunicarse con los pacientes sin la ayuda de un intérprete?

- Los pacientes necesitan mucho tiempo para expresarse
 - Se ajusta
 - No se ajusta
- Es necesario utilizar el lenguaje corporal
 - Se ajusta
 - No se ajusta
- Es fácil imaginar lo que quieren decir los pacientes
 - Se ajusta
 - No se ajusta
- No queda casi tiempo para lo importante
 - Se ajusta
 - No se ajusta

3. Según su experiencia, ¿cuáles de los siguientes enunciados se ajustan a la realidad, en los casos en que los acompañantes de los pacientes actúen de intérpretes?

- Los acompañantes suelen hablar muy bien español
 - Se ajusta
 - No se ajusta
 - Los acompañantes no tienen suficientes conocimientos médicos
 - Se ajusta
 - No se ajusta
 - Los pacientes y sus acompañantes hablan entre sí sin que se traduzca lo que dicen
 - Se ajusta
 - No se ajusta
 - Los acompañantes ofrecen traducciones cortas, después de que los pacientes hayan hablado mucho y viceversa
 - Se ajusta
 - No se ajusta
- 4. En su centro de trabajo, ¿se han elaborado unas directrices para trabajar junto con intérpretes profesionales a la hora de atender a un paciente extranjero?**
- Sí, se han elaborado recientemente con la llegada de inmigrantes
 - No
- *En caso de respuesta negativa, ¿le gustaría disponer de directrices?**
- Sí, sería de gran utilidad
 - No, hasta el momento los resultados han sido satisfactorios
- 5. ¿Dispone de folletos informativos traducidos para utilizarlos como recursos para facilitar la comunicación con sus pacientes extranjeros?**
- Sí dispongo
 - No dispongo
- 6. En sus consultas con un intérprete profesional, ¿deja que el intérprete se presente y explique su tarea?**
- Nunca
 - Casi nunca
 - A menudo
 - Siempre
 - Depende del intérprete
 - Depende del tiempo
- 7. ¿Está al corriente de que según la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (ley 41/2002) en los casos en que un paciente deba firmar un consentimiento informado y éste no esté traducido a su idioma, el intérprete debe realizar una traducción a vista y cualquier duda que tenga el paciente sobre el contenido del documento lo debe aclarar el médico?**
- Sí
 - No
- 8. En su centro de trabajo, ¿se dispone de consentimientos informados traducidos o se recurre a la traducción a vista? *La traducción a vista consiste en la lectura del consentimiento en el idioma origen (español en este caso) por parte del intérprete y**

su traslado simultáneo en voz alta a la lengua del paciente para que pueda comprender el contenido del documento.

- No se dispone
- Sí se dispone
- Se recurre a la traducción a vista
- Se recurre a otros métodos, ¿cuáles?

9. ¿Conoce los distintos roles que puede adoptar el intérprete profesional en la consulta (conducto, clarificador, mediador, defensor...)?

- Los desconozco
- Conozco algunos de ellos, ¿cuáles?
- Sí, estoy al corriente

10. ¿Se ha visto en situaciones donde el intérprete ha actuado como mediador cultural para facilitarle información o aclaraciones sobre la cultura del paciente?

- Sí, en alguna ocasión
- Sí, en la mayoría de ocasiones
- No

11. En su opinión, la labor de los intérpretes que vayan a comunicarse con usuarios que no hablan español, también implica:

- Explicación de trasfondos y significados de la cultura extranjera
 - * Sí
 - * No
- Simplificación de las expresiones médicas para los usuarios
 - * Sí
 - * No
- Aclaración de tecnicismos médicos a los usuarios
 - * Sí
 - * No
- Resumen de las declaraciones detalladas de los usuarios
 - * Sí
 - * No
- Aclaración de afirmaciones imprecisas preguntando directamente a los usuarios
 - * Sí
 - * No
- Advertencia de los equívocos producidos durante la conversación
 - * Sí
 - * No
- Omisión de afirmaciones secundarias para evitar la pérdida de tiempo
 - * Sí
 - * No
- Rellenar cuestionarios/formularios con los usuarios
 - * Sí
 - * No

12. Cuando trabaja con intérpretes profesionales, ¿sigue un orden de desarrollo de la consulta distinto?

- No
- Sí

*En caso afirmativo, descríballo.

13. Cuando trabaja con intérpretes profesionales, ¿se siente cómodo?

- No
- Sí
- La mayoría de veces, sí

14. ¿Mantiene o ha mantenido conversaciones cortas en encuentros fuera de la rutina con los intérpretes para comentar asuntos sobre próximas consultas o sobre consultas anteriores?

- Nunca
- Casi nunca
- A menudo
- Siempre
- Depende del tiempo

*En caso negativo, ¿cree que podría ser beneficioso y por qué o por qué no?

- Sí
- No

Razones:

15. ¿Conoce los pilares básicos de los códigos éticos y de conducta de los intérpretes profesionales: confidencialidad, imparcialidad, precisión e integridad?

- Sí
- No
- Solo algunos de ellos, ¿cuáles?

16. ¿Considera que el intérprete profesional es visible tanto a nivel lingüístico, social y cultural?

- Si
- No
- Solo a nivel lingüístico
- Solo a nivel social
- Solo a nivel cultural
- Solo a nivel lingüístico y social
- Solo a nivel lingüístico y cultural
- Solo a nivel social y cultural

17. ¿Considera que los intérpretes tienen la misma visibilidad que los profesionales sanitarios?

- Sí, están al mismo nivel
- No, no están al mismo nivel

18. ¿Considera que existe un equilibrio de poderes entre el intérprete y el médico o, en cambio, alguna de las partes está por encima de otra?

- Sí existe un equilibrio
- No existe un equilibrio

***Si la respuesta es negativa, seleccione una de las siguientes:**

El intérprete está por encima

El médico está por encima

19. ¿Considera que los profesionales sanitarios disponéis de suficiente información y directrices para saber trabajar con intérpretes?

- No
- No del todo aunque vamos aprendiendo con la práctica
- Sí

***En caso negativo, valore las posibles medidas futuras:**

- a) Elaboración y difusión de directrices
 - Irrelevante/innecesaria
 - Conveniente pero no urgente
 - Muy importante
- b) Seminarios o cursos teórico-prácticos
 - Irrelevante/innecesaria
 - Conveniente pero no urgente
 - Muy importante
- c) Establecer una fase previa de contacto entre intérpretes y profesionales sanitarios antes de pasar a interpretar la consulta
 - Irrelevante/innecesaria
 - Conveniente pero no urgente
 - Muy importante
- d) Indique otras posibles medidas que considere necesarias

10.3 Anexo 3: Encuesta intérpretes profesionales

ESTUDIO PARA DETERMINAR LA PERCEPCIÓN DE LAS ETAPAS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA, EL ROL DEL INTÉRPRETE Y LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN LINGÜÍSTICA CON LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN EL ÁMBITO SANITARIO

*Cuestionario para intérpretes

Centro en el que trabaja/ha trabajado:

Tiempo que lleva trabajando/ha trabajado en el centro:

1. En su centro de trabajo ¿existe un protocolo a seguir a la hora de recibir e interpretar a un paciente extranjero? En caso afirmativo, descríbalos.

- Sí, desde siempre
- Sí, se ha elaborado recientemente con la llegada de inmigrantes
- No

2. En su centro de trabajo, ¿existen unas directrices para trabajar junto con los profesionales sanitarios?

- Sí, se ha elaborado recientemente con la llegada de inmigrantes
- No

***Si ha respondido que sí, conteste a la siguiente pregunta:**

¿En dichas directrices se incluye una fase inicial en la que se puede presentar y explicar su tarea como intérprete?

- Nunca
- Casi nunca
- A menudo
- Siempre
- Depende del doctor
- Depende del tiempo

3. ¿Está el intérprete al corriente de que según la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (ley 41/2002) en los casos en que un paciente deba firmar un consentimiento informado y éste no esté traducido a su idioma, el intérprete debe realizar una traducción a vista y cualquier duda que tenga el paciente sobre el contenido del documento lo debe aclarar el médico?

- Sí
- No

4. En su centro de trabajo, ¿se dispone de consentimientos informados traducidos o se recurre a la traducción a vista?

- No se dispone
- Sí se dispone
- Se recurre a la traducción a vista

- Se recurre a otros métodos

5. En alguna ocasión, ¿se le ha requerido que tomase una postura distinta a la de trasvase lingüístico?

- No
- Sí, como guía
- Sí, como colega
- Sí, como mediador
- Sí, como defensor
- Sí, como puente cultural

***En caso de que la/s respuesta/s sea/n afirmativa/s, ¿puede describir la/s situación/es y con qué frecuencia ha/han ocurrido?**

6. ¿Ha experimentado alguna situación conflictiva?

- Sí
- No

***En caso afirmativo, ¿podría describirla?**

7. ¿Es posible o deseable que el intérprete adopte distintos roles aunque puedan ser conflictivos? Indique los motivos.

- Sí es deseable o posible
- No es deseable o posible

Razón:

8. Según el modelo de intervención incremental sobre los roles del intérprete establece que la visibilidad e implicación del intérprete dependen del rol que se adopte, ¿está de acuerdo?

- Sí estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo
- Depende de la situación
- La visibilidad es el único elemento que depende del rol
- La implicación es el único elemento que depende del rol

9. Dos son los modelos que generalmente se han considerado: el directo en el que la tarea del intérprete es trasladar el mensaje y otro modelo más relacionado con la mediación en el que el intérprete toma parte activa en la comunicación. Según su experiencia, ¿qué enfoque se ajusta mejor de acuerdo con los intereses de la profesión y los pacientes?

- El enfoque directo
- El enfoque mediador

Motivo:

10. Un nuevo enfoque que se ha desarrollado en EEUU es el de intérpretes médicos profesionales capacitados y con nociones culturales que sirven para intervenir de enlace cultural, además de trasladar la información, puesto que conocen la cultura del lugar del país donde trabajan y la del paciente y que obedecen un código ético, conocidos como *patient navigators*. ¿Considera que en la actualidad se sigue dicho enfoque en el que el intérprete no llega a ser un mediador cultural pero sí actúa como enlace cultural?

- No se sigue
- Sí se sigue
- Depende de la situación, ¿podría ejemplificarlo?

11. En el siguiente ejemplo, ¿adaptaría el mismo rol que el intérprete de esta situación?

MÉDICO. Elizabeth, aunque tienes niveles de glucosa muy altos que pudieran indicar que tienes diabetes, quiero esperar unos seis meses antes de recetarte medicamentos para controlar la diabetes.

INTÉRPRETE. *Elizabeth, although you have very high glucose levels which could indicate that you have diabetes, I want to wait six months before I prescribe you medication right away.*

ELIZABETH. *Doctor, as you know, diabetes runs in my family and I rather have you prescribe me medication for diabetes right away.*

INTÉRPRETE. Doctor, como usted sabe, en mi familia hay diabetes y yo prefiero que usted me recete ya medicación para la diabetes.

MÉDICO. No me parece que sea necesario en estos momentos.

INTÉRPRETE. *I don't think is necessary right now.*

(Al final de la sesión con el médico, Elizabeth le comunica al intérprete que a ella le gustaría ir a otro médico para consultar el uso de medicamentos para la diabetes, pero que no sabe cómo hacer eso. El intérprete le explica los pasos que ella debe seguir para una consulta con otro médico y se ofrece para acompañarla a la oficina a la que tiene que acudir para concertar una cita con otro médico e interpretar para ella).

- Actuaría del mismo modo
- No actuaría del mismo modo

Razones:

12. Cuando adopta un rol u otro ¿lo hace pensando en los pilares básicos de los códigos éticos y de conducta: confidencialidad, imparcialidad, precisión e integridad?

- Nunca
- Casi nunca
- A menudo
- Siempre

13. ¿Considera que el intérprete es visible tanto a nivel lingüístico, social y cultural?

- Si
- No
- Solo a nivel lingüístico
- Solo a nivel social
- Solo a nivel cultural
- Solo a nivel lingüístico y social
- Solo a nivel lingüístico y cultural
- Solo a nivel social y cultural

Razones:

14. ¿Considera que los intérpretes tienen la misma visibilidad que los profesionales sanitarios?

- Sí, están al mismo nivel
- No, no están al mismo nivel

15. ¿Considera que existe un equilibrio de poderes entre el intérprete y el médico o, en cambio, alguna de las partes está por encima de otra?

- Sí existe un equilibrio
- No existe un equilibrio

***Si la respuesta es negativa, seleccione una de las siguientes:**

El intérprete está por encima

El médico está por encima

16. ¿Considera que los profesionales sanitarios disponen de suficiente información y directrices para saber trabajar con intérpretes?

- No
- No del todo aunque van aprendiendo con la práctica
- Sí

En caso negativo, valore las posibles medidas futuras:

- e) Elaboración y difusión de directrices
 - Irrelevante/innecesaria
 - Conveniente pero no urgente
 - Muy importante
- f) Seminarios o cursos teórico-prácticos
 - Irrelevante/innecesaria
 - Conveniente pero no urgente
 - Muy importante
- g) Establecer una fase previa de contacto entre intérpretes y profesionales sanitarios antes de pasar a interpretar la consulta
 - Irrelevante/innecesaria
 - Conveniente pero no urgente
 - Muy importante
- h) Indique otras posibles medidas que crea necesarias