
¿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?: SITUATION REVIEW AND TRAINING PROPOSAL.

Elena Pérez Estevan

Universidad de Alcalá, España

elenaperez92@gmail.com

Resumen: La llegada masiva de extranjeros en las últimas décadas ha dado lugar a un nuevo colectivo que acude a los centros sanitarios. El objetivo del presente trabajo es 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 consulta y un aumento en la calidad. Para ello, se estudian factores clave: la comunicación, los roles, el código deontológico, la legislación, la entrevista clínica y la visibilidad. Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo con seguimiento y un estudio de caso para conocer las opiniones de los intérpretes profesionales y los profesionales sanitarios. Los resultados confirman la necesidad de un encuentro previo. En este sentido, afirmamos que la interpretación médica es un sector en crecimiento y dada la escasez de estudios sobre estos factores, es aquí donde se engloba el presente estudio.

Palabras clave: Comunicación, Interpretación sanitaria, Estudio descriptivo, Visibilidad, Figura/papel del intérprete.

Abstract: The massive arrival of foreign people in the last decades has originated a new group of people with new healthcare needs. The aim of this paper is to ensure the hypothesis that a previous interpreter-doctor contact or an out of the routine encounter contributes to improve the interpreting services during the consultation and it enhances better quality. To that end, some key factors such as communication, roles, code of ethics, law, clinical interview stages and visibility are studied in this research work. We have carried out an observational, descriptive and follow-up study and a case study to discover the opinions of professional interpreters and healthcare professionals.

Finally, the previous encounter assumption is confirmed based on the findings of the study. In this sense, medical interpreting constitutes an interesting growing field. This research focuses on the mentioned field due to the lack of studies.

Keywords: Communication, Healthcare interpreting, Descriptive study, Visibility, Role of the interpreter.

1. Introducción, contexto social e hipótesis de trabajo

En España, el incremento de los movimientos migratorios ha sido el factor clave que ha provocado un aumento de las necesidades de comunicación de los 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.

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: “*untrained people drawn from the patient’s family or the (non-medical) staff of the institution where the consultation takes place*” (Leanza, 2005: 168) y otro ejemplo sería “*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*” (Valero Garcés, 2014: 27).

La mezcla cultural es, por tanto, una realidad actual resultante de un movimiento migratorio masivo. Se puede observar como dicho movimiento ha hecho necesarios algunos cambios en la estructura de las consultas médicas y en la actitud de los profesionales sanitarios puesto 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 de expertos preparados para llevar a cabo la tarea de enlace comunicativo.

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.

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 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 pues, 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 una fase previa de contacto obligatoria.

2. Antecedentes y revisión de la literatura especializada

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. Como se indica 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)” (Corsellis, 2003: 271-272).

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, a través de las palabras de Carlos Giménez Romero se describe la mediación sociosanitaria 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 (Melián Pérez, 2008: 277).

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

La función del intérprete, al igual que el del mediador intercultural, va más allá del traslado de información. En cambio, “al intérprete se le exige con frecuencia ser un catalizador” (Valero Garcés, 2006: 167); esto significa que debe tener en cuenta los hábitos culturales tanto del profesional como de los pacientes extranjeros para los que actúa de enlace.

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

En el lenguaje médico:

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 (Ruiz Rosendo, 2002: 25).

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 tendrá que hacer frente a dificultades, por ejemplo, cuando se vea por primera vez envuelto en un caso de una petición de asilo, para el cual no se cuenta con 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.

3. Metodología

Los objetivos del presente estudio se basan en resaltar la importancia de formar al personal sanitario en la gestión de la diversidad cultural, analizar la estructura de la entrevista clínica, el marco legal que regula los encuentros entre el paciente y el médico, el acceso de los inmigrantes a la sanidad, los distintos roles que puede adoptar el intérprete en la consulta, la situación actual de posición del intérprete respecto al médico, los encuentros extra rutinarios y 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.

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. La metodología de la presente investigación incluye los siguientes pasos:

1. Estudio de la bibliografía existente.
2. Obtención de encuestas relacionadas ya realizadas.
3. Diseño de entrevistas y encuestas.
4. Estudio de seguimiento.
5. Estudio analítico y comparativo.
6. Análisis de los datos y extracción de las conclusiones.

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.

3.1 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.

3.2 Diseño del estudio de seguimiento

Se elaboró una tabla de seguimiento para analizar las interpretaciones por semana. A continuación, las 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.

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.

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.

3.3 Diseño del estudio observacional

La encuesta para los profesionales sanitarios está compuesta por 19 preguntas sobre cómo se comunican con los pacientes extranjeros, si disponen de protocolos, qué etapas siguen en la entrevista clínica, si disponen de consentimientos informados en otros idiomas, qué conocen del código deontológico y si están de acuerdo en la necesidad de una fase previa de contacto.

En el caso de la encuesta los intérpretes, la estructura es similar con un total de 16 preguntas.

4. Encuentros extra rutinarios y situación actual de la interpretación en el ámbito sanitario desde la perspectiva de los profesionales sanitarios y de los intérpretes

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.

Durante el seguimiento a los intérpretes, las mayores dificultades encontradas han estado relacionadas con el registro empleado por el profesional sanitario y/o la variedad dialectal empleada por el paciente; además de dificultades culturales, prejuicios y temas tabú. Otro de los parámetros que ha planteado problemas, ha sido el tiempo de consulta, los intérpretes, en su mayoría, lo han considerado de demasiada corta duración. También han mencionado el desconocimiento del desarrollo de la consulta y el desconocimiento del paciente del sistema sanitario español constituyen una barrera para avanzar en la interpretación.

Debemos matizar que las respuestas a aspectos que con seguridad se pueden solucionar, en opinión de los intérpretes, son los relacionados con la terminología; el mantener una pequeña charla previa, 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. En cuanto a conflictos que quizá se podrían solucionar, son los problemas sobre el desconocimiento del papel del intérprete, las etapas de la entrevista clínica y del trabajo en equipo puesto que con una charla no es suficiente, sino que con la práctica o a través de una sesión después de la consulta, se podrían obtener mejores resultados.

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).

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.

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, cuál es mejor para el paciente y con cuál se cumplen mejor los objetivos de los profesionales de la sanidad.

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. 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.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

En la realidad actual los problemas que ocurren con más frecuencia están relacionados con el rol de intérprete, su papel, la falta de cooperación entre el intérprete y el profesional sanitario y el tiempo de consulta insuficiente para los intérpretes. Además, el porcentaje de encuentros extra rutinarios es pequeño pero cuando ocurre, suele ser justo antes de la consulta. Por tanto, 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 ha 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.

En cuanto a los profesionales sanitarios, estos suelen comunicarse con sus pacientes en un español simplificado cuando no disponen de un intérprete, no suelen disponer de folletos informativos traducidos y que por tanto, los pacientes necesitan mucho tiempo para expresarse sin que quede tiempo para lo importante. 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.

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.

Como conclusión final 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.

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.

5.2 Recomendaciones

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. Por ello, el intérprete podría actuar como clarificador del sistema, agente integrador, agente mediador-comunitario o trasvase lingüístico.

Como propuesta para combatir la falta de cooperación, de trabajo en equipo y de desconocimiento de las tareas de los intérpretes, recomendamos un diseño de unidad didáctica donde los profesionales sanitarios primero pudiesen conocer, segundo colaborar y tercero actuar con los intérpretes.

La primera parte sería teórica de introducción sobre lo que es un intérprete, dónde se sitúa, qué código deontológico puede seguir y explicar la legislación que rige los aspectos de esta profesión.

En segundo lugar, se darían consejos antes de la consulta como el 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. Este punto iría seguido de consejos durante la consulta como dejar que el intérprete se presente, saber que la consulta puede ralentizarse o comprobar que el paciente está siguiendo la conversación.

Como fin de la parte teórica, se incluirían consejos después de la consulta para realizar un balance o analizar lo que ha funcionado y lo que no para mejorar en consultas futuras.

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*.

Referencias bibliográficas

- Abril Martí, M. I. 2006. *La Interpretación en los Servicios Públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Tesis Doctoral. Granada: Editorial de la Universidad de Granada. [Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16235320.pdf>].
- Angelelli, C. 2004. *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Asnani, MR. 2009. "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*. [Available at: http://www.news.aut.ac.nz/news/schools/language-and-culture/fulbright-research-aims-to-improve-ethnic-medical-outcomes?SQ_DESIGN_NAME=applied_humanities].
- Beltran Avery, M. P. 2001. "The role of the health care interpreter. An evolving Dialogue". *The National Council on Interpreting in Health Care Working Paper Series*. Washington, DC: NCIHC. [Available at: <http://www.ncihc.org/assets/documents/workingpapers/NCIHC%20Working%20Paper%20-%20Role%20of%20the%20Health%20Care%20Interpreter.doc>].
- Bolden, G. 2000. *Toward understanding practices of medical interpreting: interpreter's involvement in history taking*. *Discourse studies* 2(4), 387-419.
- Borrell i Carrió, F. 2004. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SEMFYC.
- Botempo, K. & Napier, J. 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, J. 2002. "Interlocutor roles and the pressures on interpreters". Valero Garcés, C. y Guzmán Mancho, B. (eds.). *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades. Community interpreting and translating: new needs for new realities*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá: 11-124.
- CCHCP (Cross-Cultural Health Care Program. 1999. *Code of ethics*. [Available at: <http://xculture.org/interpreter/overview/ethics.html>].
- 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>

l.

- Cordella, M. 2004. *The dynamic consultation: a discourse analytical study of doctor-patient communication*. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins.
- Corsellis, A. 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: 71-90.
- Corsellis, A. 2008. *Public Service Interpreting. The First Steps*. Basingstone (Reino Unido): Palgrave MacMillan.
- Crezee, I. 2013. *Introduction to healthcare for interpreters and translators*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Ferguson, W. J. 2002. *Culture, language, and the doctor-patient relationship*. Family Medicine 34 (5): 353-61.
- Flores, G. 2000. *Culture and the patient-physician relationship: achieving cultural competency in healthcare*. Journal of Pediatrics 136: 14-23.
- González Enríquez, C. 2009. *Undocumented Migration. Counting the uncountable. Data and trends across Europe*. Clandestino country report.
- Hale, S. B. 2007. *Community interpreting*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Hale, S. B. 2010. *La interpretación comunitaria. La interpretación en los sectores jurídico, sanitario y social*. Granada: Comares.
- Helman, C. 1990. *Culture, health and illness 2*. Oxford, England: Butterworth-Heinemann.
- Isaacs, K. 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". *Interpreting. International journal of research and practice in interpreting*. Vol 7, núm 2. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company: 94-111.
- Kontrimas, J. 2000. *The trouble with the term advocacy*. Massachusetts Medical Interpreters Association Newsletter, 3.
- Leanza, Y. 2005. "Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers". *Interpreting. International journal of research and practice in interpreting*. Vol 7, núm 2. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company: 167-192.
- López Izquierdo, R. y Martín del Barco, O. 2007. *Entrevista al paciente inmigrante*. Madrid: AMF, 3(5), 259-266.
- Martin, A. 2000. "La interpretación social en España". Dorothy, K. (eds.). *La traducción y la interpretación en España hoy: Perspectivas profesionales*, Comares: Granada: 207-223.
- Melián Pérez, M. V. 2008. "Mediación sociosanitaria". Fernández Juárez, G. (eds.) *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Castilla la Mancha: Universidad de Castilla la Mancha: 277-288.
- Pöchhacker, F. 1999. "The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter". Mason, I. (guest editor). *The Translator*, vol. 5, num. 2, special issue on *Dialogue Interpreting*: 161-178.
- Roter, D. 2002. "Three blind men and an elephant: reflections on meeting the challenges of patient diversity in primary care practice". Thomton, R. *Patient-Physician social concordance, medical visit communication and patients' perception of healthcare quality*. Family Medicine, Pubmed 34 (5): 390-393.
- Ruiz Rosendo, L. 2009. *La interpretación en el ámbito de la medicina*. Albolote (Granada): Comares.

- Suares, M. 2002. *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas*, Paidós: Buenos Aires.
- Valero Garcés, C. 2001. “Estudio para determinar el tipo y calidad de la comunicación lingüística con la población extranjera en los Centros de salud”. OFRIM. *El impacto de la inmigración en la población autóctona*. Madrid: OFRIM: 118-132.
- Valero Garcés, C. 2003. *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares.
- Valero Garcés, C. 2004. *Discursos [dis]con/cordantes: Modos y formas de comunicación y convivencia*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares.
- Valero Garcés, C. 2005. “Doctor-patient consultations in dyadic and triadic exchanges”. *Interpreting. International journal of research and practice in interpreting*. Vol 7, núm 2. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company: 193-210.
- Valero Garcés, C. 2006. *Formas de Mediación Intercultural, Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: conceptos, datos, situaciones y prácticas*. Granada: Comares.
- Valero Garcés, C. 2014. *Health, communication and multicultural communities. Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing.