



Universidad
de Alcalá

SALVADORES LINGÜÍSTICOS: INTÉRPRETES VOLUNTARIOS EN LOS HOSPITALES DE LA COSTA DEL SOL

LINGUISTIC RESCUERS: VOLUNTEER INTERPRETERS IN THE HOSPITALS OF COSTA DEL SOL

CURSO ACADÉMICO 2018/19

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

Presentado por:

D^a CINTIA ÁVILA BARRANQUERO

Dirigido por:

D. Ladislao Bapory Sité

Alcalá de Henares, a 31 de julio de 2019

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	6
1.1.	Hipótesis	7
1.2.	Objetivos.....	8
2.	MARCO TEÓRICO.....	10
2.1.	Turismo extranjero e inmigración en la Costa del Sol	10
2.2.	Descripción de la interpretación en los servicios públicos.....	14
2.3.	Panorama de la interpretación en los servicios públicos en España.....	17
2.4.	Formación en ISP en España	18
2.5.	La interpretación en el ámbito sanitario	20
2.5.1.	Panorama de la interpretación en el ámbito sanitario en España	21
2.5.2.	Soluciones adoptadas en España y Andalucía.....	24
2.5.3.	El papel del intérprete sanitario.....	26
2.5.4.	La deontología en la interpretación en el ámbito sanitario	30
2.5.5.	Los intérpretes voluntarios en el ámbito sanitario en España y Málaga.....	32
2.6.	Bilingüe VS. intérprete profesional	34
3.	MUESTRA DE DATOS Y MÉTODO	38
3.1.	Enfoque metodológico.....	38
3.2.	Los hospitales de la Costa del Sol en datos	40
3.2.1.	Hospital Comarcal de la Axarquía	40
3.2.2.	Centro de Salud de Nerja	41
3.2.3.	Hospital Universitario Virgen de la Victoria	41
3.2.4.	Hospital Costa del Sol.....	41
3.3.	Las asociaciones de intérpretes voluntarios en los hospitales de la Costa del Sol en datos	41
3.3.1.	AVISA.....	41
3.3.2.	A.I.V.E.	42
3.3.3.	AVICS.....	43
4.	ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS	44
4.1.1.	Personal sanitario	44
4.1.2.	Intérpretes voluntarios	55
5.	CONCLUSIONES	70
6.	BIBLIOGRAFÍA	73
7.	ANEXOS	81
7.1.	Anexo 1: Encuesta realizada al personal sanitario	81

7.2. Anexo 2: Encuesta realizada a los intérpretes voluntarios	86
7.3. Anexo 3: Documento de la Consejería de Salud de Andalucía.....	89
7.4. Anexo 4: Traducción.....	93

RESUMEN:

Hoy en día, en España, vivimos en una sociedad globalizada y multicultural donde coexisten diferentes culturas y nacionalidades y cuyos habitantes hablan diferentes lenguas. Por esta razón, han surgido las necesidades comunicativas entre sus habitantes. La primera barrera a la que se enfrenta el inmigrante o el turista que llega a nuestro país es la lingüística, sobre todo, en los servicios públicos; por ejemplo, cuando tienen que asistir a una consulta médica, a la comisaría, etc. y no disponen de un profesional de la interpretación en dichas situaciones, así que tienen que recurrir a otras terceras personas que pueden ser un familiar, amigo, conocido, etc. para que puedan hacer de puente durante el acto comunicativo. Entre esas personas que ejercen la labor de la interpretación no profesional se encuentran los intérpretes voluntarios. Este trabajo de fin de máster se centra en el papel del intérprete voluntario en el contexto sanitario en los hospitales de la Costa del Sol, zona que alberga a una gran cantidad de inmigrantes sociales y económicos, además de tratarse de un destino muy solicitado por parte de los turistas extranjeros, sobre todo, europeos. El objetivo principal es conocer el papel o papeles correspondientes de las tres asociaciones de intérpretes voluntarios que ejercen su labor en tres hospitales y un centro de salud localizados en la Costa del Sol. Este trabajo se puede dividir en dos grandes bloques: un marco teórico, en el que se presenta el estado de la cuestión de la interpretación en los servicios públicos y, en concreto, la interpretación sanitaria en España; además de una breve descripción del perfil del intérprete voluntario. El segundo bloque se corresponde con el marco práctico del trabajo, en el que se expone, a través de una serie de encuestas, la opinión de los intérpretes voluntarios, pero también se tiene en cuenta la del personal sanitario, que se corresponde a una de las partes implicadas en el contexto comunicativo durante la interpretación. Tras la revisión y el análisis de los resultados obtenidos, se tratará de determinar cuál es el papel que asume el intérprete voluntario en este ámbito y hasta qué punto se cree que se satisfacen las necesidades comunicativas entre el personal sanitario y los usuarios extranjeros.

PALABRAS CLAVE: Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, comunicación, interpretación sanitaria, intérpretes voluntarios, salvadores lingüísticos

ABSTRACT:

Today, in Spain, we live in a globalized and multicultural society where different cultures and nationalities coexist and whose inhabitants speak different languages. For this reason, communication needs have emerged among its inhabitants. The first barrier faced by immigrants or tourists arriving in our country is the linguistic barrier, especially in public services, for example, when they have to attend a medical consultation, the police station, etc. and they do not have a professional interpreter in such situations, so they have to turn to other third parties who may be a relative, a friend, an acquaintance, etc. so that they can serve as a bridge during the communicative act. Volunteer interpreters are among those who work in non-professional interpreting. This final project focuses on the role of the volunteer interpreter in the healthcare context in the hospitals of Costa del Sol, an area that host a large number of social and economic immigrants, as well as being a highly desirable destination for foreign tourists, especially Europeans. The main objective is to know the role(s) of the three associations of volunteer interpreters in three hospitals and a health centre located on Costa del Sol. This research work can be divided into two main sections: a theoretical framework, which presents the status of the interpretation issue in public services and, specifically, healthcare interpretation in Spain; as well as a brief description of the profile of the volunteer interpreter. The second part corresponds to the practical framework of the work, in which the opinion of the volunteer interpreters is presented

through a series of surveys, but also that of the medical staff, which corresponds to one of the parties involved in the communicative context during the interpretation. After reviewing and analyzing the results obtained, an attempt will be made to determine the role assumed by the volunteer interpreter in this field and the extent to which it is believed that communication needs between medical staff and foreign users are being met.

KEYWORDS: community interpreting, communication, healthcare interpreting, voluntary interpreters, linguistic rescuers

1. INTRODUCCIÓN

La idea de llevar a cabo este Trabajo de Fin de Máster surge a raíz de la curiosidad por adentrarnos en un ámbito aún poco investigado: los intérpretes voluntarios en el contexto sanitario, en concreto, centrándonos en la zona de la Costa del Sol. Asimismo, nos gustaría esclarecer todas las dudas en relación con el personal voluntario que se dedica a ello, es decir, no sabemos si reciben algún tipo de formación, si proporcionan un servicio en el cual los resultados suelen ser satisfactorios, si velan por el bienestar de los pacientes, si siguen un código ético, entre otras cuestiones. Con respecto a este asunto, se tomará como referencia el artículo redactado por Anne Martín, *La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía*, con el objetivo de obviar los cimientos teóricos del tema que nos atañe.

¿Por qué nos hemos centrado en esta zona? Si sumamos toda la población inmigrante que reside en Andalucía, Málaga es la provincia con mayor tasa de población extranjera. Por otra parte, en la zona de la Costa del Sol, la cual está compuesta por Manilva, Estepona, Marbella, Mijas, Fuengirola, Benalmádena, Torremolinos, Rincón de la Victoria, Vélez-Málaga, Algarrobo, Torrox, Nerja y Málaga, prácticamente uno de cada tres habitantes es extranjero, lo cual se corresponde a un 29 % del total de la población. En cuanto a esta cuestión, habría que distinguir dos tipos de extranjeros: los extranjeros que llegan a esta zona con el fin de asentarse, el ocio y el disfrute —la mayoría de ellos se corresponde con británicos jubilados y alemanes—; y los inmigrantes económicos, es decir, aquellos que llegan con el objetivo de encontrar un trabajo que les permita mejorar su calidad de vida. Además de esto, Andalucía y, en particular, la Costa del Sol, recibe cada año millones de turistas sobre todo durante la época estival, datos que se recogen en el Balance Turístico de la Costa del Sol de 2018:



Ilustración 1. Balance turístico de la Costa del Sol

Esto quiere decir que tanto en esta zona como en el resto de España coexisten diferentes culturas y lenguas distintas del castellano. Por consiguiente, la primera barrera con la que se va a encontrar el inmigrante es la lengua y, contra este obstáculo, hay países que se han volcado en mayor o menor medida, tales como Canadá o Australia, proporcionando servicios de interpretación en los servicios públicos. Sin embargo, hay países como España en los que aún no se facilitan estas soluciones debido a varias razones que se comentarán más en profundidad a lo largo de este trabajo. Una de ellas es porque este servicio aún no está profesionalizado y cuando llega un inmigrante o un turista que no domina el castellano se ve obligado a recurrir a intérpretes sin ningún tipo de formación en interpretación, por ejemplo, un familiar o un amigo —conocidos como intérpretes *ad hoc*—. Entre los intérpretes *ad hoc* también se incluyen médicos que dicen conocer el idioma y voluntarios que colaboran con ONG.

A diferencia de estudios anteriores, la mayoría de los cuales se centran en los intérpretes *ad hoc* que se acaban de mencionar, en este trabajo se analiza otro tipo de intérprete. En la Costa del Sol se llegó a una solución que llama especial atención y en la que nos centraremos a partir de ahora, los intérpretes voluntarios. Desde hace más de veinte años, parte de la población extranjera asentada, viendo los problemas que se generaban continuamente debido a la imposibilidad de la comunicación entre los profesionales del sector y los extranjeros y ante la falta de respuesta por parte de la Administración, decidió acudir al rescate y proporcionar servicios gratuitos de interpretación voluntaria en hospitales, llegando a niveles de satisfacción bastante elevados, con una amplia cobertura de lenguas y algo de formación, aunque en las encuestas que realizaremos observaremos si esta formación está relacionada con la interpretación. Así pues, haremos un estudio de las tres asociaciones de intérpretes voluntarios que cubren los hospitales de la zona de la Costa del Sol, AVISA, A.I.V.E. y AVICS, las cuales gracias a su labor y constancia han llegado a constituirse como organizaciones institucionalizadas y a convertirse en «salvadores lingüísticos».

Para la mayoría de la población, a simple vista, todas estas soluciones parecen ser eficientes; sin embargo, existe una enorme falta de concienciación sobre la importancia y las repercusiones a las que puede dar lugar una comunicación deficiente. Así pues, el «nos hemos apañado como hemos podido», la falta de cualificación lingüística y del conocimiento de las técnicas de interpretación pueden acarrear consecuencias graves para la vida y la salud de los pacientes.

1.1. Hipótesis

Considerando la investigación y lo que incluye, la primera hipótesis que se plantea es la más importante de todas, puesto que se trata de la base primordial del resto de hipótesis. Para poder analizar detalladamente el papel del intérprete voluntario, es necesario conocer a quién recurre un médico cuando tiene que atender a un paciente extranjero no hispanohablante. Se plantea la hipótesis de que el personal sanitario acude siempre o casi siempre a los intérpretes voluntarios del hospital para que resuelvan sus problemas comunicativos.

Otra pregunta clave para conocer más de cerca el papel de los intérpretes voluntarios sería si han recibido algo de formación en interpretación cuando deciden hacerse voluntarios o si directamente entran en la asociación solo porque saben hablar varios idiomas. La hipótesis que se plantea aquí es que los intérpretes voluntarios no reciben ningún tipo de formación en interpretación y, según las lecturas que se han tomado como referencia para la realización de este trabajo, la única formación que reciben es sobre técnicas relacionadas con los procedimientos médicos y el funcionamiento de la administración sanitaria (Martín 2006: 134).

La siguiente hipótesis está relacionada con la calidad de las interpretaciones que proporcionan los intérpretes voluntarios. ¿Cómo se puede saber si la calidad de la interpretación es la correcta? ¿Basta con conocer los idiomas? Como se explica en la parte teórica de nuestro trabajo, queda demostrado que el ser bilingüe no implica saber interpretar. Se baraja la hipótesis de que, si bien es cierto que el intérprete voluntario ayuda en cierta medida a la comunicación médico-paciente, sin embargo, un intérprete voluntario no tiene la obligación de conocer y saber actuar ante problemas tales como las barreras o interferencias culturales. Por lo tanto, la calidad de la interpretación de un intérprete voluntario no puede tener la misma calidad que la de un intérprete profesional y cualificado para realizar interpretaciones y solucionar este tipo de problemas.

Si el intérprete voluntario se encontrara con un conflicto ético, ¿sería capaz de realizar una interpretación de calidad donde no rompa ninguno de los principios? Los dilemas éticos que pueden plantearse al intérprete son numerosos y en la formación correspondiente se hace especial hincapié en estos y en cómo enfrentarse a ellos. La hipótesis que se plantea aquí es que aquellos intérpretes voluntarios que no hayan recibido formación en interpretación probablemente desconozcan el código ético o solo se ciñan a una parte de este.

Mediante las encuestas que se realizarán y que se verán posteriormente en la parte práctica de este trabajo, se corroborarán las distintas hipótesis planteadas.

1.2. Objetivos

El objetivo de esta investigación es conocer más detalladamente el papel del intérprete voluntario en los hospitales de la Costa del Sol, pues se considera un perfil interesante de investigar, un perfil distinto a los de otros intérpretes voluntarios, con una historia detrás. Existen varios artículos en los que se analiza el papel de los intérpretes voluntarios en España y algunos —una cantidad mínima— se centran en el caso peculiar de la Costa del Sol; sin embargo, ha pasado mucho tiempo desde que se realizaron estos artículos y, además, no se profundiza mucho en el papel de intérprete voluntario, de hecho, se desconocen investigaciones en las que se hayan realizado encuestas a estos intérpretes con el fin de conocer su papel y algunas opiniones personales sobre la cuestión. En este trabajo se pretende ahondar, no solo en las opiniones de los propios intérpretes, sino en conocer los distintos puntos de vista de las personas que trabajan con ellos, el personal sanitario, con el fin de sacar a la luz conclusiones que podrían ayudar a mejorar la situación actual de la interpretación en el ámbito sanitario.

A través de este TFM se pretende conocer más sobre el estado de la cuestión en España y la valoración sobre el papel del intérprete voluntario por parte del personal sanitario, conocer en qué medida esta solución ayuda a solventar los problemas comunicativos entre médico-paciente. Además, se quiere conocer qué grado de concienciación tienen sobre la cuestión y sus puntos de vista a la hora de trabajar con intérpretes, asimismo, se plantearán posibles soluciones con respecto a los problemas que se presenten.

También se pretende observar de cerca la realidad de los intérpretes voluntarios en el ámbito sanitario, conocer los aspectos positivos y negativos de esta labor, si existe falta de formación y, sobre todo, conocer la opinión personal de los propios intérpretes. Se analizarán cuestiones como: ¿han recibido formación en interpretación?, ¿por qué se dedican a la interpretación voluntaria?, ¿qué tipos de problemas comunicativos suelen tener?, etc.

El primer paso para conocer el estado de la cuestión es informarse sobre la formación que recibe el personal sanitario acerca de cómo interactuar con extranjeros y si son conscientes de los riesgos que existen al atender a un paciente extranjero no hispanohablante sin tener los recursos comunicativos necesarios o las consecuencias de un servicio de interpretación de baja calidad. ¿Conocen la figura del intérprete y cuáles son sus funciones? ¿Han trabajado alguna vez con intérpretes profesionales o voluntarios? ¿Reciben formación para trabajar con intérpretes? ¿Cuál es el grado de satisfacción de la labor realizada por intérpretes voluntarios?

Con este trabajo, también se pretende seguir demostrando que, aunque existan personas que se dediquen a la interpretación voluntaria, ONG, médicos con algo de conocimiento sobre el idioma del paciente extranjero, etc. no basta. Es necesaria la profesionalización de esta labor,

verificando a través de las encuestas cómo la falta de formación puede poner en riesgo la salud y el bienestar del paciente.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Turismo extranjero e inmigración en la Costa del Sol

Para poder adentrarse y conocer en profundidad el mundo a la ISP y de los intérpretes voluntarios en este ámbito, primero hay que remontarse a las causas de por qué es necesaria esta disciplina. A partir de la década de los noventa, España pasó de ser un país emisor de emigrantes a ser el receptor de la llegada masiva de inmigrantes que se lleva produciendo cada año hasta el día de hoy.

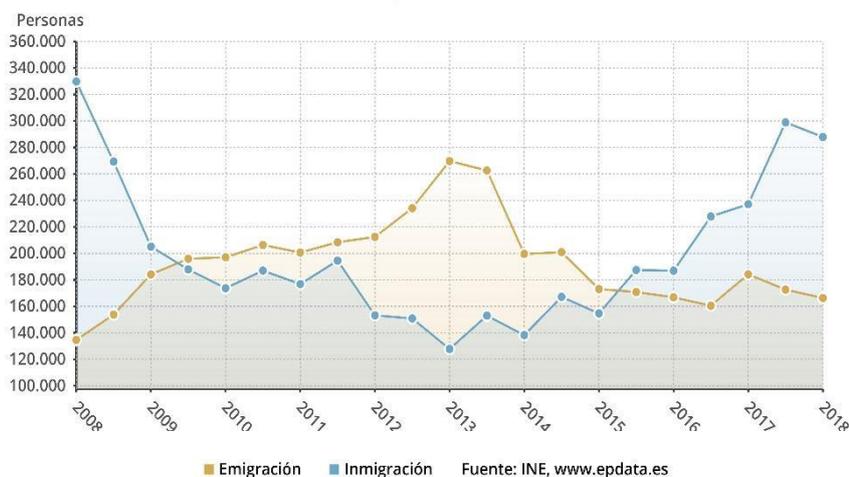
Como consecuencia, nos encontramos ante una nueva sociedad multilingüe y multicultural, todo de una forma repentina y para lo que las instituciones públicas no estaban preparadas. Si bien es cierto que una gran cantidad de estos inmigrantes son latinoamericanos — especialmente, ecuatorianos, colombianos y bolivianos— y por ende no supondrían un especial problema en cuanto a la comunicación se refiere, puesto que el castellano es la lengua común; sin embargo, la población marroquí lleva siendo durante años el colectivo con más presencia en España, el cual llega a nuestro país con total desconocimiento de nuestra lengua, suponiendo así enormes dificultades en relación con la comunicación que, si no se solucionan, podrían llegar a obstaculizar la integración y, por tanto, la convivencia. Estos colectivos pertenecerían al grupo de inmigrantes económicos.

Por otra parte, existe un colectivo que procede principalmente de Inglaterra, Alemania e Italia. Estos corresponderían a los inmigrantes sociales, los cuales se caracterizan por ser inmigrantes de elevado nivel socioeconómico, es decir, profesionales, técnicos, jubilados, etc.

Como podemos observar en la siguiente tabla, entre el año 2011 y el 2014 disminuyó la proporción de inmigrantes debido principalmente a la crisis que sufrió el país. No obstante, a partir del 2015, esta proporción ha ido elevándose hasta el 2018, afirmándose así lo que se explicaba anteriormente: nuestro país está pasando a ser multilingüe y cosmopolita. En cuanto a la ISP se refiere, quedaría demostrado que los extranjeros que solicitan estos servicios son de estatus social, lengua y procedencia muy variados.

Evolución de la emigración e inmigración en España

De cualquier nacionalidad



Gráfica 1. Evolución de la emigración e inmigración en España. Fuente: INE

Si basamos estos datos a nivel de Andalucía, esta se encuentra entre las comunidades autónomas con mayor índice de inmigrantes por encima de Castilla y León, Castilla-La Mancha o Galicia, entre otras; aunque a la cabeza se encuentran Cataluña, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana.

	Total Extranjeros
Ambos sexos	
ANDALUCÍA	620.006
ARAGÓN	132.813
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	40.318
BALEARS, ILLES	188.896
CANARIAS	249.414
CANTABRIA	30.451
CASTILLA Y LEÓN	128.633
CASTILLA - LA MANCHA	168.112
CATALUÑA	1.023.398
COMUNITAT VALENCIANA	672.379
EXTREMADURA	33.707
GALICIA	87.966
MADRID, COMUNIDAD DE	792.627
MURCIA, REGIÓN DE	201.255
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	54.826
PAÍS VASCO	139.425
RIOJA, LA	35.602
Ceuta	5.433
Melilla	13.320

Tabla 1. Población extranjera por comunidades. Fuente: INE

No obstante, cabe destacar que dentro de Andalucía las provincias de Almería y Málaga se encuentran en el grupo con mayor concentración de inmigrantes. Así, la población extranjera residente en Almería es de un 10,66 %, principalmente de origen africano, mientras que en Málaga asciende al 11,37 %, que se corresponde mayoritariamente a extranjeros procedentes de la Unión Europea, a fecha de 1 enero de 2019 —datos que pueden comprobarse en la tabla 2—. La proporción de extranjeros en edad laboral sobre el total de ella se encuentra mayoritariamente en las provincias de Sevilla y Huelva, mientras que en Málaga la mayoría de los extranjeros residentes son mayores de 64 años (IV Plan Andaluz de Salud).

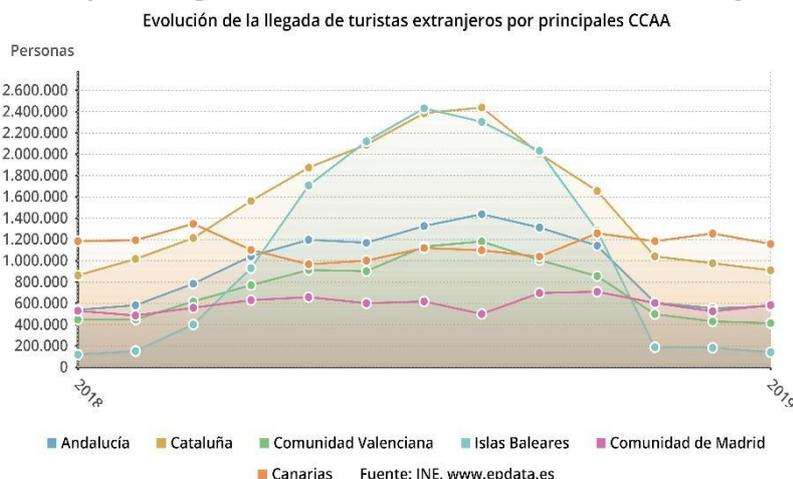
	Total Extranjeros
Ambos sexos	
Almería	138.340
Cádiz	41.299
Córdoba	20.388
Granada	57.703
Huelva	41.302
Jaén	16.392

Málaga	239.810
Sevilla	64.772

Tabla 2. Población extranjera por provincias de Andalucía. Fuente: INE.

Por otra parte, nos encontramos con un colectivo que cada año aumenta y cuyo destino preferido es la Costa del Sol: los turistas. El número de turistas internacionales que llegó a España hasta enero de 2019 fue de 4,2 millones y, a partir de esta cifra, Andalucía registró la llegada de 573.496 turistas, destacando el Reino Unido y Alemania como principales mercados emisores. Como se puede observar en la gráfica 2, Andalucía es la comunidad autónoma a la que más turistas extranjeros llegan, después de Cataluña y las Islas Baleares.

Principales regiones de destinos de los turistas extranjeros



Gráfica 2. Principales regiones de destinos de los turistas extranjeros. Fuente: INE

Tras la comprobación de estos datos, no cabe duda de que Andalucía es un destino muy solicitado por el turismo extranjero.

Teniendo en cuenta la siguiente tabla en la que se representa el índice de pernoctaciones en establecimientos hoteleros según la nacionalidad a nivel de Málaga, podemos observar que en el año 2017 —último año al que tenemos acceso— el país de habla no hispana que se encuentra a la cabeza es Reino Unido, seguido de Alemania y Francia.

PERNOCTACIONES EN ESTABLECIMIENTOS HOTELEROS SEGÚN NACIONALIDAD

MÁLAGA	2013	2014	2015	2016	2017
Españoles	32,91%	33,83%	31,16%	27,91%	24,97%
Extranjeros	67,09%	66,17%	68,84%	72,09%	75,03%
Reino Unido	24,33%	23,57%	25,98%	27,12%	26,38%
Alemania	8,56%	8,08%	7,17%	6,91%	7,71%
Francia	6,41%	5,38%	6,47%	6,61%	5,74%
Países Bajos	4,08%	3,53%	3,78%	4,37%	4,83%
Bélgica	3,33%	3,52%	3,22%	3,22%	3,42%
Irlanda	2,40%	2,58%	2,69%	3,20%	3,77%
Suecia	1,18%	1,27%	1,41%	1,87%	2,34%
Italia	1,53%	1,54%	1,65%	1,68%	1,78%
Dinamarca	1,04%	1,15%	1,19%	1,69%	1,80%
Noruega	1,29%	1,52%	1,29%	1,37%	1,62%
Polonia	0,74%	0,75%	1,13%	1,31%	1,41%
Estados Unidos	1,26%	1,34%	1,27%	1,28%	1,45%
Suiza	1,04%	1,01%	1,08%	1,13%	1,20%
Finlandia	0,71%	1,29%	1,08%	0,98%	1,32%
Rusia	1,43%	1,19%	0,84%	0,77%	0,85%
Portugal	0,46%	0,87%	0,87%	0,58%	0,53%
Austria	0,55%	0,53%	0,57%	0,46%	0,55%
República Checa	0,49%	0,35%	0,34%	0,38%	0,39%
Luxemburgo	0,24%	0,23%	0,21%	0,21%	0,21%
Japón	0,26%	0,21%	0,24%	0,20%	0,16%
Grecia	0,04%	0,05%	0,04%	0,04%	0,05%
Resto del mundo	2,75%	3,25%	0,00%	0,00%	2,31%
Resto de América	1,21%	1,25%	1,29%	1,45%	1,72%
Países africanos	0,84%	0,98%	0,96%	1,35%	1,40%
Resto de la UE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,41%
Resto de Europa	0,91%	0,71%	0,70%	0,64%	0,68%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

FUENTE: ENCUESTA DE OCUPACIÓN HOTELERA (INE). Datos a partir de Enero 2017 provisionales.

Tabla 3. Pernoctaciones en establecimientos hoteleros según nacionalidad. Fuente: INE

Ya dentro de la provincia de Málaga nos encontramos con la zona de la Costa del Sol, la cual está dividida en dos territorios principales: Costa del Sol Occidental (Benahavís, Benalmádena, Casares, Estepona, Fuengirola, Manilva, Marbella, Mijas y Torremolinos) y Costa del Sol Oriental (Rincón de la Victoria, Vélez-Málaga, Algarrobo, Torrox y Nerja).



Ilustración 2. Mapa de la Costa del Sol

Esta área recibe todo el protagonismo en lo que respecta al turismo, de hecho, en el *Balance del Año Turístico en la Costa del Sol de 2018* se afirma que 2018 ha sido el mejor año de la historia turística de la provincia de Málaga. Su mayor atracción es su clima, siendo julio y agosto los meses preferidos por los europeos del norte, por lo que vienen motivados por el turismo de sol, playa y gastronomía, muchos de ellos, no solo con la intención de pasar sus vacaciones, sino de asentarse. Según las estadísticas proporcionadas por el *Balance del Año Turístico en Andalucía*:

En el año 2017, las costas andaluzas captaron el 67,7 % de las pernoctaciones hoteleras registradas en Andalucía, lo que refleja la importancia de estas áreas en cuanto a concentración turística [...]. Algo más de la mitad de las pernoctaciones registradas en el

litoral andaluz en este periodo se concentran en la Costa del Sol, zona que se sitúa a la cabeza de un ranking en el que la Costa de la Luz de Cádiz y la Costa de Almería ocupan, aunque a gran distancia, el segundo y tercer lugar respectivamente.

Si sumamos la cantidad de inmigrantes, tanto económicos como sociales, y las altas cifras de turismo extranjero que alberga la Costa del Sol, el resultado es claro: la Costa del Sol se ha convertido en un espacio multilingüe, sobre todo en las estaciones en las que prima el buen tiempo.

Por otro lado, de toda la Costa del Sol, en este trabajo se analizarán cuatro áreas en concreto: Málaga, Marbella, Nerja y Vélez Málaga. Según el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, la suma de los residentes extranjeros de estas zonas en el año 2018 —última fecha disponible— es de 89.716, siendo la principal procedencia de los extranjeros residentes, Marruecos en las zonas de Málaga, Marbella y Vélez-Málaga; y Reino Unido en la zona de Nerja.

Dada la elevada proporción de extranjeros, estas zonas resultan llamativas para investigar cómo funcionan los servicios de interpretación y cuál es el papel del intérprete voluntario en lugares donde prima la presencia de inmigrantes.

Teniendo en cuenta todas estas estadísticas, es evidente la necesidad de proporcionar unos servicios de ISP que pongan solución a los problemas comunicativos que puedan aparecer entre los extranjeros no hispanohablantes y la sociedad de acogida.



Gráfica 3. Población extranjera en las zonas que se van a estudiar. Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Elaboración propia

2.2. Descripción de la interpretación en los servicios públicos

La interpretación en su significado más general se trata de trasladar un mensaje de manera oral de una lengua a otra de modo que produzca el mismo efecto que se produjo en la lengua de partida. La actividad de la interpretación surgió mucho antes que la traducción, manifestándose los primeros trabajos de interpretación en los años cincuenta por parte de Herbert (1952), Rozan (1956) y Van Hoof (1962).

Hoy en día la TISP es imprescindible en el mundo actual, en nuestras sociedades y comunidades; así, Estévez (2000: 59) afirma que: «dentro de los Estudios de (Traducción e) Interpretación, la Interpretación en los Servicios Públicos (ISP) es una disciplina nueva que goza desde la década de 1990 de un creciente interés por parte de la comunidad científica». La TISP es el mecanismo que posibilita la comunicación lingüística y cuando es necesario aclara los posibles choques culturales que pueden darse lugar cuando se trata de una persona perteneciente a otra cultura. Según Valero (2003: 5), «la TISP facilita la comunicación entre personas pertenecientes a una minoría cultural y lingüística, con un nivel educativo y adquisitivo por lo general inferior al del país de acogida, que desconoce la realidad social en el que se encuentra».

Para conocer mejor el marco comunicativo de la ISP, Abril (2006: 39) propone una explicación de forma esquematizada:

1. Participantes en la situación comunicativa

- a. Interlocutores: un representante de un servicio público, hablante de la lengua mayoritaria y un usuario del servicio público, hablante de una lengua minoritaria.
- b. Intérprete: a veces se trata de una persona sin formación en interpretación, miembro de la minoría lingüística, cuyo papel veremos detalladamente en otro apartado.

2. Formato de la situación comunicativa

Entrevista en la que se desarrolla una comunicación interpersonal de manera dialogada, en la que el intérprete interpreta en la modalidad bilateral.

3. Configuración contextual de la situación comunicativa

Entorno profesional especializado y con una relación jerárquica entre los interlocutores.

4. Tipo de texto y estrategias de creación del texto (texto asimétrico)

- a. Profesional del servicio público: texto semiespontáneo, planificado y especializado.
- b. Usuario: texto espontáneo, no planificado y no especializado.

5. Objetivos de la situación comunicativa

El usuario quiere solucionar un problema, mientras que el proveedor del servicio público busca información para llegar al resultado de la entrevista.

6. Relaciones entre los participantes

- a. Relaciones de poder: asimetría de poder entre los interlocutores. El intérprete es una figura de poder ya que resulta indispensable para que pueda existir la comunicación.
- b. Disparidad cultural: diferencia cultural entre los interlocutores debido a la diferencia de bagaje cultural, experiencia vital y estatus relativo, personal y de sus lenguas.

7. Papel de los participantes en la situación comunicativa

- a. Interlocutores primarios: alternan sus funciones de emisor/receptor según el mensaje.
- b. Intérprete: su papel se caracteriza por el conflicto de roles y la sobrecarga de responsabilidad, además, los límites de su papel son difusos

A pesar de que la ISP se ha convertido en un tipo interpretación muy importante debido a las cuestiones de inmigración que se comentaban anteriormente, no posee un estatus elevado en la sociedad, pues aún no es una realidad reconocida y aceptada. Prueba de ello es que todavía no se ha decidido un término específico para designar a esta disciplina —«interpretación social», «interpretación comunitaria» e «interpretación en los servicios públicos»—. Probablemente esto ocurra debido a que este tipo de interpretación implica una gran diversidad de situaciones comunicativas que pueden darse lugar en diferentes contextos y que están reguladas por normas específicas de cada país. De igual modo, tampoco se ha dado una definición concreta, pues existen una gran multitud de definiciones y parece ser que a los autores de cada una de ellas les cuesta ponerse de acuerdo. Se podría tomar como guía la definición que proporciona Wadensjö (2011: 33): *«Interpreting which takes place in the public service sphere to facilitate communication between officials and lay people: at police departments, immigration departments, social welfare centres, medical and mental health*

offices, schools and other institutions» [La interpretación que se realiza en el ámbito de los servicios públicos para facilitar la comunicación entre los funcionarios y los usuarios: en las comisarías de policía, en los departamentos de inmigración, en los centros de asistencia social, en las consultas médicas y de salud mental, en las escuelas y en otras instituciones]. Es decir, la ISP es aquella que se lleva a cabo entre los proveedores de los servicios públicos y los usuarios en las instituciones públicas. Estos servicios públicos incluyen los ámbitos jurídico, sanitario y toda una serie de servicios sociales como la vivienda, la enseñanza, el bienestar y la salud medioambiental. La técnica que suele utilizarse se denomina interpretación bilateral o de enlace, en la que se interpreta a cada interlocutor cada dos o tres frases o tras pequeños fragmentos de información, de y hacia dos lenguas. Se tratan de interacciones de pocos participantes en las que la figura del intérprete se coloca normalmente en medio de los interlocutores, de manera presencial, aunque como se verá más adelante, también puede llevarse a cabo a distancia y, de hecho, este es el tipo de interpretación más común utilizado en el contexto sanitario. La interpretación susurrada se utiliza en ciertas ocasiones y es igual a la interpretación simultánea, pero sin cabinas, en la que el intérprete se sienta cerca del oyente e interpreta es voz baja o «susurra» a medida que el interlocutor está hablando, aunque este tipo de interpretación suele darse normalmente en las vistas judiciales (Corsellis 2010: 5).

La ISP no tiene nada que ver con la interpretación de conferencias, es decir, se realiza en un ámbito privado y se tratan temas más íntimos como puede ser la consulta de un médico, la comisaría, el despacho de un abogado, etc. Aquí el intérprete tiene acceso a la información y esta se le confía de manera confidencial, por lo tanto, el intérprete ha de seguir un código ético que garantice, entre otras cuestiones, fidelidad, imparcialidad y confidencialidad (Hale 2010: 24). Es de gran magnitud la responsabilidad que tiene aquí el intérprete, tanto es así, que su trabajo es crucial para la vida de innumerables personas que se comunican a través de sus servicios. Según Garber (2000: 19): «*the circumstances in which community interpreters practise carry even more risk and more responsibility than conference interpreting*» [las circunstancias en las que trabaja un intérprete en los servicios públicos conllevan incluso más riesgo y responsabilidad que la interpretación de conferencias]. La necesidad de intérpretes voluntarios formados es esencial en el ámbito de la ISP, pues como explica Smirnov (1997: 215): «*Sadly enough it is not the life of an interpreter but that of the client who may become a price paid for a poor rendition*» [Lamentablemente, no es la vida del intérprete, sino la del cliente la que puede llegar a verse afectada por una mala interpretación]. A veces, como es en el ámbito de la interpretación sanitaria, una vida está en juego y es primordial que exista un intérprete formado, que realice una interpretación fiel y siga un código ético para garantizar que el paciente no corra riesgos.

Nikkelson (1996: 124) comenta que la ISP es «*the last prestigious and most misunderstood branch of the interpreting profession*» [la rama de la interpretación menos prestigiosa y la que más confusiones suscita]. Es decir, al intérprete en los servicios públicos se le exige mucho, sin embargo, en esta rama de interpretación no se requiere formación y a menudo se confunde la tarea del intérprete e incluso se llega a infravalorar. Además, Hale (2010: 25) explica que «los intérpretes comunitarios interpretan para participantes de estatus diferentes, pero se identifican normalmente con los extranjeros y refugiados que suelen ser participantes sin poder». Así pues, Hale (2005) sostiene que este estatus inferior se origina por causas que están interconectadas: el estado desorganizado y desestructurado del sector, la falta de educación universitaria obligatoria, la falta de una entidad profesional consolidada y el desconocimiento general de la complejidad que entraña. Este desconocimiento no solo se refleja en la actitud de los participantes monolingües, sino en los que actúan como intérpretes,

que desvaloran su propia figura con comentarios como «yo solo soy el intérprete». También se puede comprobar que la popularidad del tipo de interpretación depende del público al que se interprete. Como ya se ha comentado anteriormente, Hale explicaba que los intérpretes comunitarios interpretan para personas de distintos estatus sociales, pues bien, entraría aquí la disputa que existe entre el prestigio de la interpretación de conferencias, en la cual se interpreta normalmente a personas de elevado poder económico, y la ISP. Esta se consideraría la primera diferencia entre los dos tipos de interpretación, pero existen otras muchas que Hale resume en el cuadro siguiente:

	Interpretación de Conferencias	Interpretación en los Servicios Públicos
Registro	Generalmente formal, aunque es común el registro informal, principalmente en forma de chistes y modismos.	Va del más formal al más informal
Direccionalidad de la lengua	La mayoría de las veces unidireccional	Bidireccional
Proxémica	Generalmente aislada en cabinas, lejos del hablante	Muy próxima al hablante; les permite involucrarse más en la interacción.
Modalidad	Generalmente simultánea con ayuda de equipo, aunque a veces se utiliza la consecutiva	Consecutiva corta (bilateral), consecutiva larga, simultánea (susurrada), traducción a la vista
Consecuencias de una interpretación inexacta	De gravedad media	De gravedad elevada
Nivel de fidelidad requerido	Medio	Alto
Participantes	Del mismo estatus profesional	En la mayoría de los casos con un estatus diferente
Número de intérpretes	Dos (trabajo en equipo)	Uno (trabajo individual)

Tabla 4. Diferencias entre la IC y la ISP. Tabla elaborada por Hale (2010: 31).

Tal y como se puede observar en la tabla 4, resulta evidente que el trabajo de un intérprete en los servicios públicos debería ser reconocido y estar muy valorado, además, no cabe duda de que para realizar ese trabajo, el cual implica gran responsabilidad, se debe disponer de la formación correspondiente. Si nos fijamos en la parte de la tabla en la que se diferencian las consecuencias de una interpretación inexacta, se puede observar que en la interpretación de conferencias estas son de gravedad media, mientras que en la ISP son de gravedad elevada. Esto quiere decir que, por ejemplo, si en una consulta médica el intérprete omite o no es fiel a lo que alguno de los usuarios dice, puede acarrear graves consecuencias, llegando al extremo de poner en riesgo la salud del usuario. Según Hale (2010: 32), «esto sugiere que la responsabilidad de realizar un trabajo de gran calidad es mayor en el caso del intérprete comunitario por lo que está en juego. Sin embargo, aunque se exige más del intérprete comunitario que del de conferencias, el salario es más bajo y su estatus profesional inferior».

La ausencia de regulación de las funciones del intérprete en los servicios públicos hace que se opte por utilizar otras soluciones provisionales, como la presencia de intérpretes *ad hoc*, de los que se hablará más adelante, cuya ayuda puede servir en un momento concreto, pero que no es suficiente y, como se observará, a veces puede llegar a ser peligroso.

2.3. Panorama de la interpretación en los servicios públicos en España

Como hemos visto en el apartado 2.1., las estadísticas muestran que el aumento de la población que España ha experimentado en los últimos años se debe a la llegada masiva de inmigrantes, tanto económicos como sociales, lo cual es directamente proporcional a la demanda de traductores e intérpretes en los servicios públicos y a la consecuente proporción de traducciones e interpretaciones de calidad.

Ante la progresiva demanda de las necesidades de comunicación, resulta preocupante observar cómo la figura del intérprete en los servicios públicos no está definida y es una profesión poco conocida, sobre todo si se compara con la de otros profesionales que trabajan para la Administración, tales como abogados, médicos, enfermeros, policías, etc., de hecho, llega a infravalorarse y a verse subordinada a estos interlocutores principales. Aunque cada vez son más frecuentes las peticiones de intérpretes en los ámbitos mencionados, podemos decir que en estos momentos la ISP se encuentra «en una fase claramente pre-profesional» (Martín, 2007: 99).

Muchas personas inmigrantes, sobre todo los económicos, cuando llegan a España no tienen la oportunidad de aprender el idioma de manera inmediata debido a su situación, puesto que muchos llegan sin recursos económicos, sin papeles, muchos de ellos habiendo huido de sus países, etc.; con lo cual, la situación se vuelve mucho más complicada. Si a esto le sumamos que a veces nuestra forma de actuar y de comprender la realidad varía según la cultura de origen, el miedo a lo desconocido que tienen algunas personas impide la comunicación y la inserción en la sociedad de los extranjeros que llegan a nuestro país intentando buscar una segunda oportunidad y una vida digna. Sin embargo, algunos profesionales aseguran que no les resulta complicado comunicarse con muchos de ellos, puesto que estos tienen mucha facilidad para aprender nuestro idioma.

Corsellis (2010: 88) explica que se necesita un marco profesional regulado dentro de los servicios públicos ya que es importante para proteger a los clientes, es decir, en los servicios públicos cualquier usuario tiene que dar por sentado, sin necesidad de preguntar, que todos los profesionales que trabajan en este sector están altamente cualificados para desempeñar su labor, incluidos los traductores e intérpretes. Además, Corsellis añade que «una profesión oficial surge cuando hay que generar confianza [...], por ejemplo, uno no dejaría que un médico le quitase las amígdalas basándose únicamente en que él o ella afirme ser bueno en su trabajo». En numerosos artículos se habla de «desconocimiento de la Administración y de las instituciones públicas», las cuales son las responsables de la falta del uso de la TISP. Además, la falta de sensibilidad del personal que trabaja en los servicios públicos y el desconocimiento de la existencia de traductores e intérpretes a los que contratar para que puedan proporcionar a los inmigrantes la ayuda que necesitan para comunicarse, hace que finalmente sea imposible la inserción de estas personas en nuestra sociedad.

2.4. Formación en ISP en España

Hay muchos aspectos comunes en la realidad de estos intérpretes en los diferentes países europeos. En todos, hay una creciente demanda para los servicios de los intérpretes comunitarios que va acompañada de una falta de formación adecuada, control de calidad profesional, código deontológico universal reconocido, y remuneración y condiciones laborales dignas (Valero 2003: 47).

Si tenemos en cuenta todo lo que se ha comentado en los puntos anteriores, queda demostrada la necesidad de profesionalización de este tipo de interpretación mediante vías propias que

no vengán impuestas por otros tipos de interpretación, que se adapten a las características de cada sociedad y que vengán impulsadas por el tipo de liderazgo más adecuado en cada caso.

España está en una zona de transición entre la negación de la necesidad de ISP y la provisión de servicios típicamente *ad hoc*. Sin embargo, son numerosos centros universitarios en los que se imparten estudios de Traducción e Interpretación (19 centros), lo cual podría cambiar este panorama a corto plazo (Abril 2006: 324). Tal y como explica Rudvin (2007: 50), la profesionalización supone «*gaining and maintaining credibility as an occupational group towards the public and those served (the general public, patients or customers, business clients)*» [ganar y mantener la credibilidad como grupo profesional ante el público y las personas a las que sirve —el público en general, los pacientes o clientes, los clientes empresariales, etc.—].

En España la formación especializada en este ámbito es nueva y recientemente se han puesto en marcha los programas académicos (Alcalá, Vitoria, La Laguna, Granada, etc.) con la finalidad de profesionalizar tal práctica. En el año 2010 ya fueron muchas las universidades que comenzaron el curso ofertando asignaturas enfocadas en la TISP. Fue el caso de la Universidad Pontificia de Comillas, El CES Felipe Segundo, la Universidad Europea de Madrid, la Universidad Autónoma de Madrid, la Universidad de Alcalá, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Universidad de Vic, la Universidad Pompeu Fabra, la Universidad Jaume I, la Universidad de Granada, la Universidad de Salamanca, la Universidad de las Palmas de Gran Canaria y la Universidad de Murcia.

En la actualidad, solo la Universidad de Alcalá de Henares ofrece un máster concreto sobre «Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos» (de 60 ECTS). En ocasiones, los másteres o grados de Traducción e Interpretación incluyen en sus planes de estudio asignaturas que tienen que ver con la ISP, por ejemplo, el «Curso de Especialización e Interpretación Judicial» de la Universitat Autònoma de Barcelona o el «Máster en Comunicación Internacional, Traducción e Interpretación» de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla. También el máster de la Universidad de Granada organiza conferencias, charlas y talleres en los que invitan a personas relacionadas con la ISP.

Si bien es cierto que no se ofertan gran cantidad de asignaturas dedicadas a la ISP en másteres y grados en España y tampoco existe ningún máster específico sobre interpretación en el ámbito sanitario a pesar de las innumerables salidas profesionales que ofrece el campo de la medicina, ya sea en el ámbito de la interpretación de conferencias en congresos o en el de la interpretación en los servicios públicos. En el «Máster de Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos» de la Universidad de Alcalá solo se ofrece una asignatura de interpretación sanitaria (5 ECTS). Asimismo, en el «Máster de Traducción Médica» de la Universidad Jaime I de Castellón se ofertan dos asignaturas *online* sobre interpretación sanitaria, aunque son optativas. En el «Máster de Interpretación de Conferencias» de la Universidad Europea de Madrid, sin embargo, se dedica un módulo a la interpretación médica orientado hacia la interpretación en congresos médicos (Sanz Moreno 2017: 115).

Por otra parte, algunas de las universidades que han ido ofreciendo cursos específicos de ISP en el ámbito sanitario son, por ejemplo, la Universidad Jaume I de Castellón, con el «Curso de Formación Superior en Mediación Intercultural e Interpretación en el Ámbito Sanitario»; y la Universidad de Alcalá, con el «Curso sobre Traducción e Interpretación en Hospitales y Centros de Salud». Los cursos de ISP, por desgracia, suelen ser de corta duración, por lo que

no se puede aprender en profundidad todo lo relacionado con las distintas situaciones con las que se puede topa un intérprete en el ámbito sanitario. Taibi y Martin (2006: 94) lamentan que:

The training time is not enough for theoretical issues... and practical skills... to be dealt with adequately. This, in turn, reflects the lack of awareness in Spain regarding the need for Public Service Translation and Interpreting and, indeed, its very existence as a specialized professional activity. [El tiempo de formación no es suficiente para que las cuestiones teóricas [...] y las habilidades prácticas [...] se traten adecuadamente. Esto, a su vez, refleja la falta de conciencia en España sobre la necesidad de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos y, de hecho, su propia existencia como actividad profesional especializada].

Teniendo en cuenta esto, los profesores de ISP deberían concienciar a los distintos usuarios de los servicios de interpretación sobre la complejidad del proceso interpretativo y las consecuencias de una interpretación realizada por una persona sin formación en ISP. Esto podría lograrse mediante cursos en las carreras jurídicas, médicas y en otras carreras dirigidas a los servicios públicos sobre cómo trabajar con intérpretes; así pues, en el apartado práctico de este trabajo se comentará más profundamente este punto, basándonos en las encuestas realizadas.

También es responsabilidad de los profesores asegurarse de que la formación que ofrecen es efectiva y mejora el rendimiento de los intérpretes, no obstante, para lograrlo necesitan el apoyo de la Administración, de las universidades y de la profesión misma (Hale 2010: 199).

Es indiscutible que aún queda mucho camino por recorrer hasta que la formación obligatoria sea necesaria para ejercer como intérprete en los servicios públicos. Las principales razones por las que esto ocurre es que no se considera que la formación sea necesaria para poder ejercer esta labor y tampoco hay apoyo financiero (Hale 2010: 172), así que se prefiere recurrir a los intérpretes *ad hoc* y a los intérpretes voluntarios —en los que se basa nuestro trabajo—, aunque no se les pueda exigir que tengan formación puesto que son precisamente voluntarios; señalan así Laster y Taylor (1994) que «sería injusto culpar a los intérpretes por sus deficiencias, cuando es el propio sistema el que les permite ejercer sin formación oficial o sin haber pasado un examen homologado» (como se cita en Hale, 2010, p. 172).

2.5. La interpretación en el ámbito sanitario

En este trabajo nos centraremos en la ISP en el ámbito sanitario, pues se trata del área que menos atención ha recibido en cuanto a la provisión de los servicios de un traductor e intérprete que ayude a la comunicación entre médico y paciente extranjero. Principalmente, se considera interpretación en el ámbito sanitario aquella que tiene lugar en las consultas médicas en hospitales y centros públicos o privados con diferentes profesionales sanitarios como dentistas, logopedas, terapeutas, etc. En estos ámbitos el intérprete actúa de puente comunicativo entre el personal sanitario y el paciente, por lo tanto, ha de conocer en profundidad el discurso médico. A aquellos intérpretes que trabajan en este tipo de contextos se les denomina intérpretes médicos o intérpretes sanitarios.

Como afirma Valero-Garcés (2014), el derecho a entender y a ser entendido en el contexto sanitario es un derecho reconocido a nivel internacional por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en ese caso, sería obligatorio que el paciente, en el caso de no conocer la lengua del facultativo, fuera asistido por un intérprete cualificado en la materia. López Izquierdo *et al.* (2007: 260) señalan los distintos problemas a los que se puede dar lugar

debido a una falta de comprensión lingüística o cultural entre el personal sanitario y el usuario alófono:

- Dificultad para definir el motivo de la consulta.
- Pérdida de matices durante el acto comunicativo.
- Dudas sobre el grado de conformidad del paciente.
- Dificultad del médico a la hora de enfocar el problema.
- Desconfianza del paciente hacia las personas que no hablan su idioma.
- Mayor necesidad de tiempo en la consulta.
- Dificultad para explicar el diagnóstico y el tratamiento.
- Respuestas emocionales negativas por parte del profesional sanitario y del paciente.

Por consiguiente, ante la inmensa cantidad de problemas que se pueden encontrar en este tipo de situaciones comunicativas, se requieren soluciones como, por ejemplo, una persona que facilite esa comunicación, como es el caso del intérprete sanitario, aunque como veremos en otro apartado, en muchos casos esa tercera persona no se trata de un intérprete, sino de un acompañante adulto o menor de edad. La labor del intérprete sanitario consiste básicamente en facilitar la comunicación entre el profesional de la salud y el usuario alófono y, en el caso de que aparezca algún posible malentendido cultural, advierta de ello a cada uno de los interlocutores y aplique las correspondientes estrategias para saltar la barrera cultural (Burdeus 2015: 66). Para que esta comunicación sea efectiva, cada uno de los interlocutores debe estar adecuadamente preparado para esta situación, así pues, el intérprete debe haber recibido una formación en interpretación sanitaria con sus respectivos aspectos terminológicos, culturales y éticos; además, el profesional sanitario debe haber recibido formación sobre cómo trabajar con el intérprete en la consulta, tema del que hablaremos más adelante y en el que hacemos hincapié en nuestras encuestas; y, por último, el paciente y sus familiares deben haber recibido información sobre el papel del intérprete. Si esto no ocurre, es muy difícil que la comunicación pueda fluir correctamente y se pueden dar casos de posibles errores de diagnóstico y tratamiento, posible desconfianza entre el médico y el paciente, etc.

2.5.1. Panorama de la interpretación en el ámbito sanitario en España

Según los datos recogidos en el *Libro Blanco de Interpretación Institucional* (2011: 58), se estima que hay, más o menos, un centenar de personas contratadas —de manera temporal o puntual— en la especialidad de interpretación en las consultas médicas en España.

Debido a la poca consideración e importancia que se le proporciona a la calidad de los servicios de interpretación en el ámbito sanitario, cualquier persona puede acceder al puesto de intérprete en un hospital, como veremos más adelante en este trabajo. Asimismo, son una gran cantidad de problemas los que se detectan en el contexto sanitario y que en las encuestas también se esperan constatar:

1. Falta de concienciación por parte de los proveedores de servicios sanitarios sobre la importancia de una interpretación de calidad a la hora de atender a los pacientes extranjeros.
2. Falta de concienciación por parte de los pacientes extranjeros sobre los posibles riesgos de una interpretación de baja calidad proporcionada por intérpretes no formados.

3. Falta de concienciación por parte de los proveedores de servicios sanitarios y de los propios pacientes sobre la complejidad de la interpretación.
4. Aún no se sabe distinguir los conceptos de *traducción e interpretación*. En el contexto sanitario, la interpretación consiste en la reformulación mediante los mecanismos de paráfrasis, desterminologización y recontextualización del mensaje. Además, en numerosas ocasiones, el intérprete ha de reformular el mensaje para hacerlo asequible a los legos en la materia, es decir, los pacientes.
5. Percepción errónea del papel del traductor e intérprete sanitario, que hace que no se reconozca la necesidad de la figura del traductor e intérprete en este contexto.
6. Acceso de personas a la profesión sin tener ningún tipo de formación ni especialización en la materia.

Como resultado de todos estos puntos, en muchas ocasiones no se le proporciona al paciente extranjero el derecho a una asistencia médica de calidad en las mismas condiciones que un español, es decir, no se le asegura su derecho a recibir información completa y adecuada sobre su estado de salud (Gavlovyeh 2017:10). Con respecto a esta cuestión, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa estima que el derecho a la salud, ligado al acceso a las prestaciones sanitarias, es un derecho humano fundamental y universal que debe aplicarse a todas las categorías de la población, entre las que se cuentan los inmigrantes, los refugiados y las personas desplazadas.

Ante esta situación es importante saber que el objetivo principal de las instituciones sanitarias en España consiste en velar por la salud y el bienestar de todas las personas, incluidos los extranjeros. Así pues, según el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 o Ley de Extranjería «... los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el Padrón Municipal en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles», sea cual sea la situación administrativa (regular o irregular) de la persona. Por ello se entiende que, si los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, si no conocen el idioma en el que se les está atendiendo, se les debería proporcionar un intérprete para que así estuvieran en las mismas condiciones e igualdad de derechos que un paciente español. Además, en el apartado 3 del artículo 14 de esa misma ley se explica que «... los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones básicas». Llegados a este punto, hay que aclarar que algunos gobiernos autonómicos ponen trabas a la aplicación de esta ley, ya que, una vez que una persona se registra en el padrón municipal, la policía tiene acceso a estos registros de empadronamiento, lo cual retrae a algunas de las personas extranjeras indocumentadas de acceder a los servicios sanitarios. Tal y como se explica en el *Manual de Atención al inmigrante* (2009: 33):

Según un estudio realizado por Médicos del Mundo en toda España, los principales problemas que refieren los inmigrantes para la obtención de la tarjeta sanitaria son los siguientes:

- Miedo a empadronarse por el posible acceso de la policía a este registro.
- Falta de unificación de la documentación a consecuencia del idioma.
- Gran retraso en las entregas de las tarjetas sanitarias una vez formulada su solicitud.
- No asistencia en la Seguridad Social si no se tiene tramitada la solicitud de la tarjeta sanitaria.

Esto quiere decir que, aunque muchos inmigrantes saben que tienen acceso a la tarjeta sanitaria, desisten de obtenerla, por lo que prefieren acudir en algún momento puntual a urgencias.

Desde otro ángulo, en Andalucía se ha dado un primer paso para intentar solucionar los problemas que tienen los inmigrantes en relación con la asistencia sanitaria, estableciendo así la asistencia a todos los inmigrantes sea cual sea su situación, sin necesidad de estar empadronados. Además, existe la Ley de Salud de Andalucía, en cuyo artículo 3 se establece que tienen derecho a las prestaciones de servicios de salud los siguientes:

Los españoles y extranjeros residentes en cualesquiera de los municipios de Andalucía.

Los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía, que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación estatal.

Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenio suscritos por el Estado español.

El acceso a dichas prestaciones se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria de Andalucía o de la Tarjeta Sanitaria Europea. Además, la mayoría de los treinta derechos recogidos en la Carta de Derechos y Deberes expresan, de manera explícita o implícita que se debe informar al paciente correctamente, por ejemplo:

1. Recibir atención sanitaria en condiciones de igualdad, sin que pueda ser objeto de discriminación por razón alguna, respetando su personalidad, dignidad humana e intimidad.
2. Que se le ofrezca la atención, las prestaciones y servicios sanitarios disponibles que se consideren necesarios para cuidar su salud.
3. Recibir información en lenguaje comprensible usted, sus familiares o allegados de todo lo relacionado con su proceso, incluyendo diagnóstico, tratamiento, pronóstico, tiempo previsible de estancia en caso de ingreso y alternativas de tratamiento.

Teniendo en cuenta el concepto que se tiene de «accesibilidad lingüística», se entiende que las instituciones sanitarias tienen el deber de proporcionar los correspondientes medios para poder llevar a cabo la comunicación entre el paciente y el médico, es decir, igualdad de acceso sin discriminación basada en el idioma. De hecho, habría que tener en cuenta aquí que «en 2003, se estimaba que los extranjeros aportaban a la Seguridad Social 12 millones de euros más de lo que gastaban» (Mediavilla 2003: 53), lo cual significa que una gran parte de los extranjeros que vivían en España estaban contribuyendo a la economía del país y al mantenimiento de los servicios públicos, por lo que sería justo que la Administración les proporcionara, al igual que a los españoles, el derecho a la atención sanitaria digna, igualmente, facilitándoles un intérprete.

Por otra parte, Martínez-Gómez (2008: 1048) afirma que la sanidad privada, en concreto, las grandes clínicas privadas que cuentan con un considerable número de pacientes, ha querido distinguirse de la sanidad pública mediante la contratación de intérpretes profesionales para poder distinguirse y ofrecer un mejor servicio con vistas a una mayor competitividad.

Como conclusión, como ya se ha podido observar, el derecho a los extranjeros a una sanidad digna es algo que la Administración no lleva a cabo, pues el «sistema» que se utiliza deja mucho que desear a pesar de que su objetivo principal se base en la mejora y el bienestar de las personas. Pese a que existen unas leyes (por ejemplo, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre) en las que se nombra el derecho a que el paciente sea informado del modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, no existe en España una ley explícita en la que se hable del derecho a un intérprete en el ámbito sanitario para el paciente extranjero, por lo tanto, esto

hace que exista una falta de regulación y que no haya mecanismos oficiales para la contratación de intérpretes y, en consecuencia, en las mayoría de los casos se opta por recurrir a soluciones deficientes que se explicarán en el punto siguiente.

2.5.2. Soluciones adoptadas en España y Andalucía

Actualmente, la disponibilidad es más importante que la profesionalidad a la hora de seleccionar a los intérpretes sanitarios, por lo tanto, poco se plantea el hecho de contratar a personal cualificado para prestar un servicio de interpretación profesional que ofrezca todas las garantías necesarias. Asimismo, en la última década se han realizado varios estudios y conferencias y se han llevado a cabo diversas prácticas con el objetivo proporcionar servicios profesionales de interpretación en el ámbito sanitario, aunque debido a los recortes en sanidad, esto no ha sido posible.

Así pues, el modo más común que se utiliza para hacer frente a las diferencias lingüísticas y culturales es el de utilizar a un amigo o familiar, o bien, a algún miembro del personal sanitario como intérprete. Se trata de los llamados intérpretes *ad hoc* —interpretación de manera puntual o espontánea—. En muchos casos también el personal facultativo consta de una lista de expresiones y preguntas básicas traducidas a varios idiomas que utilizan para comunicarse con aquellos pacientes que no pueden hablar en español o bien se comunican en un español básico con gestos y apoyándose en dibujos. También, como explicaremos en profundidad más adelante, se recurre a personal bilingüe, sobre todo si la lengua del paciente es el inglés o el francés; o a voluntarios, ya sean pertenecientes a ONG, conocidos del personal sanitario, personal del consulado, estudiantes, etc. Cabe destacar que en las zonas donde hay una gran afluencia de extranjeros no hispanohablantes, tales como la Comunidad de Madrid y Andalucía, el personal sanitario se ha quejado debido a las deficiencias existentes en la utilización de este sistema *ad hoc* y reclaman vías alternativas que provengan de la Administración, no solo del usuario. De hecho, en el año 1999 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía puso en marcha el Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes junto con varias ONG, como Andalucía Acoge, Médicos del Mundo y Cruz Roja; y sindicatos, entre los que se encontraban UGT y CC.OO. Dicho convenio está coordinado y gestionado por la Fundación Progreso y Salud, la cual tiene la misión de garantizar el acceso a la sanidad andaluza a los inmigrantes. Para ello, la organización ha elaborado materiales en distintos idiomas y traducido los impresos de consentimiento informado. En cuanto a los servicios de interpretación, la ONG es la que proporciona intérpretes voluntarios, actividad que es remunerada por la fundación, pero destinada a los fondos de la ONG. Sin embargo, aunque las intenciones de la fundación sean buenas, los servicios de interpretación que se proporcionan no son profesionales, es decir, no tienen las técnicas ni la formación necesaria para poder brindar un servicio de calidad.

Otra solución ha sido la de la contratación por parte de algunos hospitales de servicios de interpretación a través de empresas privadas o intérpretes *freelance*. Aunque se debería exigir que estos intérpretes tengan cierta formación en el ámbito sanitario, no es un requisito indispensable para que sean contratados.

Cabe mencionar también la figura del mediador intercultural que tanta fama está adquiriendo en el ámbito sanitario. Como no se trata de una figura profesional reconocida, sus tareas no están, por tanto, delimitadas y a menudo se le confunde con la figura del traductor e intérprete e incluso la Administración le encarga normalmente esta tarea para la cual no está cualificado. La Administración, por lo tanto, prefiere contratar a mediadores interculturales antes que a intérpretes sanitarios debido a la concepción errónea que tiene sobre estas dos figuras, puesto que considera que la figura del intérprete se dedica exclusivamente a fines

lingüísticos y que nada tiene que ver con la comunicación y la cultura. Como bien explican Abril y Martín (2011: 1525):

Es evidente que para cualquier traductor o intérprete profesional que lengua y cultura son indisociables y que el significado lingüístico siempre está imbricado en un contexto y unos supuestos culturales. La precisión en la transmisión del significado depende tanto del trasfondo lingüístico como de estos últimos factores.

Con el paso del tiempo, se ha constatado la ineficacia y el peligro que supone el empleo de intérpretes *ad hoc* en los servicios sanitarios, pues estas soluciones no garantizan fidelidad ni exactitud y estos intérpretes no disponen de los conocimientos requeridos ni la formación necesaria para que la comunicación sea efectiva, hasta el punto de poner en peligro la integridad física de los pacientes. Erasmus (2000: 199) llega incluso a sugerir que la utilización de intérpretes *ad hoc*, sin formación, no profesionales, «*often creates more problems than it solves*» [a menudo crea más problemas de los que resuelve]. Sin embargo, en España se opta por pensar que no es necesaria la contratación de un intérprete sanitario, ya que existen intérpretes no profesionales que ofrecen sus servicios por necesidad o por altruismo, lo cual implica que las instituciones sanitarias puedan ahorrar dinero, pero ¿hasta qué punto es esto factible? Sánchez-Reyes y Martín explican que «la intervención de intérpretes cualificados supone un desembolso inmediato del hospital, pero evita el alargamiento innecesario del tiempo de hospitalización o el pago de indemnizaciones judiciales» (como se cita en del Pozo, 2013, p. 119). Esto quiere decir que sanidad puede ahorrarse una cierta cantidad de dinero a la hora de contratar intérpretes, pero es inversamente proporcional a la suma de dinero que puede perder en cuanto al alargamiento del tiempo de hospitalización de los pacientes extranjeros debido, por ejemplo, a un mal seguimiento de las instrucciones del médico por falta de entendimiento, además de las denuncias que pueden interponer a los hospitales por no «haber sido informados correctamente».

Resulta, por tanto, necesario avanzar en España hacia una legislación que incluya la interpretación como un derecho fundamental para los pacientes extranjeros, pues solo así lograremos avanzar por el camino más recto hacia la profesionalización.

2.5.2.1. Otra solución: la interpretación telefónica

Recientemente, en España se está siguiendo la dinámica que han optado otros países: la de la contratación de servicios de interpretación telefónica. Esta solución se ha implantado en numerosas comunidades autónomas y ha mostrado eficacia a la hora de atender las necesidades sanitarias del personal facultativo y de los pacientes. Además, hay muchos lugares en los que no hay intérpretes disponibles para asistir de manera presencial y este tipo de interpretación permite que el intérprete no tenga que desplazarse hasta el lugar en cuestión. Si bien es cierto que este tipo de interpretación cuenta con ventajas y desventajas, pero no deja de ser una solución bastante efectiva, sobre todo, cuando se trata de combinaciones lingüísticas para las que resulta difícil encontrar un intérprete o cuando se requiere disponibilidad inmediata.

En nuestro país existen dos grandes empresas privadas que ofrecen interpretación telefónica con una amplia variedad de idiomas, estas son Interpret Solutions y Dualia. En Andalucía, este servicio parece ser el inicio de respuesta por parte de la Administración con respecto a las necesidades de la ISP. La introducción de la interpretación telefónica ha sido probablemente el fenómeno más novedoso de esta década en la que Andalucía ha sido pionera.

En el hospital Carlos Haya de Málaga se implantó el servicio de interpretación telefónica a través de la empresa Dualia, en colaboración y participación de Salud Responde como Centro

especializado de Atención de Llamadas para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en el año 2009. Este servicio de teletraducción simultánea cuenta con 46 idiomas: 11 con disponibilidad 24 horas los 365 días del año (alemán, árabe búlgaro, chino, eslovaco, francés, inglés, polaco, portugués, rumano y ruso) y 35 idiomas con disponibilidad de 8:00 a 18:00 en días laborables (afgano, albanés, armenio, bambara, bereber, bosnio, brasileiro, checo, chino cantonés, coreano, danés, esloveno, farsi, finés, georgiano, griego, holandés, húngaro, hindi, italiano, japonés, lituano, mandinga, noruego, persa, poular, serbocroata, sirio, sueco, suniki, tailandés, turco, ucraniano, urdu y wólof), pretendiendo así «implementar los criterios básicos de la política sanitaria en Andalucía: equidad, igualdad, accesibilidad, continuidad y calidad» (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía¹). Mediante esta asistencia, el SSPA pretende garantizar la confidencialidad, la inmediatez, la privacidad y la cobertura del mayor número de lenguas posibles en lo que respecta a la atención a la comunidad no hispanohablante. En cuanto al perfil del teletraductor, según la información a la que se puede acceder en la página de la Junta de Andalucía, para su contratación debe acreditar la titulación de intérprete o traductor y, en el caso de no contar con dicha titulación, el personal de recursos humanos tendrá en cuenta si es bilingüe para garantizar que pueda desempeñar tal tarea; también se valorará la especialización a través de másteres o cursos de formación. Teniendo esto en cuenta, de nuevo podemos observar que, aunque se valore la titulación de traducción e interpretación, no se trata de un requisito indispensable para poder formar parte del equipo de teletraducción, pues si se es bilingüe, también podría valer.

En resumen, a lo largo de los últimos 12-15 años es posible identificar una evolución en las soluciones buscadas para franquear las barreras lingüísticas en el ámbito sanitario en España, pero aún queda mucho camino por recorrer, puesto que, a pesar de haberse introducido modelos de mediación lingüística y cultural específicos, las prácticas *ad hoc* y no profesionales siguen siendo las más frecuentes.

2.5.3. El papel del intérprete sanitario

En repetidas ocasiones se habla sobre la controversia que supone el papel del intérprete en los servicios públicos y cómo definir este rol, sobre todo, en función de sus límites. Esto solo ocurre en la ISP, ya que en la interpretación de conferencias es difícil que el intérprete presencie situaciones en las que se extralimite en sus funciones, pues aquí no tiene que dirigir el acto comunicativo, ni añadir información por su cuenta, ni actuar como mediador cultural, etc. Mason (1999: 155) explica que en la ISP «*interpreters [...] are influenced in their interpreting behaviour by situational constraints: role conflict, in-group loyalties, stress in a sensitive situation, perceptions of power and distance, and so on*» [los intérpretes [...] se ven influenciados en su comportamiento interpretativo por restricciones situacionales: conflicto de roles, lealtades dentro del grupo, estrés en una situación delicada, percepciones de poder y distancia, etc.].

Existen varios debates sobre cuál es el papel del intérprete y se pueden observar diferentes roles entre los profesionales de la ISP. Además, diversos autores tratan de definir este papel, de manera que en algunos países se adhieren más al rol del intérprete activo, es decir, se presta a mediaciones interculturales, mientras que otros prefieren centrarse básicamente en la intervención lingüística.

⁽¹⁾ Véase Anexo 3

Asimismo, Abril (2010: 71) define el papel del intérprete en los servicios públicos siguiendo tres características específicas del rol del intérprete señaladas por Anderson (1976/2002: 211, 212).

- Conflicto de roles (*role conflict*): aquí el intérprete ha de interpretar a dos interlocutores siempre en igualdad de condiciones, es decir, debe ser neutral y nunca debe posicionarse a una de las partes.
- Ambigüedad en la definición del papel (*inadequacy of role prescription*): a menudo el papel del intérprete no se encuentra delimitado y realizan su labor según las necesidades del servicio público. Las responsabilidades del intérprete se van revelando a medida que va avanzando la situación comunicativa.
- Sobrecarga de responsabilidad (*role overload*): es habitual que los interlocutores no tengan en cuenta la extensión de su intervención o que sus discursos se están solapando. Así pues, el intérprete aquí se ve sometido a una presión física y mental muy fuerte. A todo esto se le suma que en la ISP el intérprete posee otras labores como la de asesor cultural, adaptador de registros especializados, etc.

Por otra parte, Jalbert (1998) distingue cinco perfiles dentro del rol del intérprete en los servicios públicos:

- Traductor (*Translator*): el intérprete se dedica básicamente a transferir la información, pasando desapercibido y sin interferir.
- Informante cultural (*Cultural Informant*): el intérprete ayuda al profesional de la salud a entender mejor al paciente informándole de la cultura de este.
- Agente cultural o mediador cultural (*Cultural Broker* o *Cultural Mediator*): el intérprete es un informante cultural, aunque también un negociador entre dos sistemas de valores o universos simbólicos. En cuanto a este perfil, el agente cultural debe ampliar, proporcionando explicaciones adicionales, o bien sintetizar los enunciados del profesional sanitario y del paciente para ayudar a ambas partes a entenderse.
- Defensor (*Advocate*): en un conflicto de valores, el intérprete tiende a defender al paciente.
- Profesional bilingüe (*Bilingual Professional*): el intérprete pasa a tomar el rol de profesional sanitario, dirigiendo la entrevista en la lengua del paciente e informando al profesional sanitario. El intérprete puede hacer esto si tiene formación previa en asistencia sanitaria o, de manera más limitada, debido a su conocimiento sobre las prácticas institucionales y procedimientos (Leanza 2007: 13-14).

Por otra parte, Roat *et al.* (1999) explican que el intérprete puede desempeñar el papel de *transcodificador*, transmitiendo en primera persona de manera literal lo que se ha dicho en un idioma a otro; de *clarificador*, explicando aquellos conceptos para los que no hay equivalente en la otra lengua; de *experto* o *agente cultural*, facilitando la descripción del marco cultural en los casos en los que se requiera para comprender mejor el mensaje; y, finalmente, de *defensor* y *agente del paciente*, cuando se vela más por la calidad de la atención médica del paciente que por la eficacia de la comunicación (como se cita en Antonin, 2013, p. 88).

Centrándonos ahora específicamente en el intérprete en los contextos sanitarios, existe una enorme diferencia entre el papel que se supone que tiene el intérprete sanitario y la realidad de la interpretación en la vida profesional. Es por ello por lo que a menudo nos surgen muchas dudas, a las que Elena Pérez (2015: 10) hace referencia en su TFM y que, mediante las

encuestas que se realizarán en este trabajo, se pretenden esclarecer: «¿qué problemas existen en la realidad?, ¿qué roles adopta el intérprete?, ¿es invisible?, ¿se limita a interpretar? [...], ¿qué responsabilidades caen sobre el intérprete?».

Como se ha comentado anteriormente, la figura del intérprete no está bien delimitada y al final acaba realizando labores que no son de su competencia. Martín y Abril (2002: 56,57) explican así que:

Las funciones del intérprete vienen dictadas por las necesidades inmediatas y las expectativas del servicio público, que puede esperar del intérprete toda una gama de tareas, aunque vayan más allá de lo que se consideraría interpretación en términos estrictos y a veces sean más propias de otros perfiles profesionales, como el mediador cultural y el trabajador social, especialmente.

La falta de regulación del papel del intérprete sanitario conlleva a que sus márgenes de actuación sean difusos, llegando a darse casos en los que se le pide al intérprete que realice tareas que no son propias de su profesión. Jan Cambridge denuncia esta práctica haciendo referencia a casos reales en los que incluso se le ha llegado a pedir al intérprete que vigile a los menores que están a cargo del paciente durante la consulta o que informe de ciertos procedimientos médicos mientras el médico no está presente. Ante estas situaciones, algunas ONG como COMRADE o SETI han redactado un código ético en el que se explica que el intérprete no debe realizar otras funciones que nada tengan que ver con la propia labor de intérprete. De este modo, Cambridge (2002: 119) define al intérprete sanitario como aquella persona que:

Hace llegar mensajes de un interlocutor a otro. Debe procurar la transmisión plena y correcta de la información emitida por cada uno de ellos, sin cambio, omisión ni añadidura. El intérprete no puede permitirse ni juicios ni opiniones personales. La única excepción sería interponerse sobre temas culturales o lingüísticos que puedan ocasionar malentendidos.

Es decir, la labor del intérprete sanitario no solo se basa en trasladar información, sino que debe tener en cuenta todo el contexto que le rodea en el momento de la interpretación y saber actuar frente a las dificultades en las que pueda verse implicado, en definitiva, el éxito de la comunicación entre el paciente y el médico depende del intérprete y esto da lugar a que los cuidados sanitarios sean satisfactorios. Asimismo, el intérprete ha de regirse por un código ético, el cual implica la imparcialidad, fidelidad, confidencialidad e integridad; además, también se exige un clima de confianza, gestión de los turnos en la comunicación y la necesidad de conocer la terminología específica del ámbito.

También se ha de tener en cuenta el tipo de enfoque que ha de utilizar el intérprete, ya que unos prefieren el «enfoque mediador», mientras que otros se inclinan por el «enfoque imparcial» (Hale, 2010: 41). Si se sigue el enfoque mediador, el intérprete decide qué información comunicar y qué no y, a su vez, añade información que cree que puede ser importante. Por otro lado, el enfoque imparcial se caracteriza por dar invisibilidad al intérprete, es decir, este es un puente entre el personal facultativo y el paciente. Los intérpretes que usan el modelo imparcial transmiten el mensaje de manera fiel y, en la medida de lo posible, con el mismo estilo que se produjo en el original. Aquí el intérprete no da consejos ni opiniones personales, no omite ni añade información, hace todo lo posible para transmitir la información de manera fiel y con completa confidencialidad; solo intervendría si necesita pedir alguna aclaración, si no ha escuchado bien alguna parte del mensaje, si cree que hay interferencias culturales o si se ha producido algún malentendido. El primer enfoque

suele utilizarse más por los intérpretes bilingües que no tienen formación en interpretación, mientras que el segundo, es el que utilizan los intérpretes profesionales. Los intérpretes sin formación suelen tener problemas de omisión, adición, simplificación, sustitución e intercambio de papeles, lo cual lleva a que el intérprete adopte el papel de entrevistador, mientras que, por otra parte, los intérpretes profesionales usan la primera persona con el fin de invisibilizarse y tienen como objetivo ser lo más fiel posible al mensaje.

Skopos (2013: 191) defiende que el intérprete sanitario asume tres roles: el del médico al que interpreta, el del paciente y el suyo propio. Y divide las necesidades del intérprete en el contexto sanitario en dos tipos: la necesidad de preparación lingüístico-cultural y comunicativa cuando asume el rol del personal sanitario y la necesidad de preparación emocional para hacer frente a la situación del paciente al que interpreta.

En cuanto a la preparación del intérprete como transmisor de la información médica al paciente, el intérprete:

- Ha de crear una atmósfera de comodidad para que el paciente pueda abrirse libremente y que no se sienta cohibido por la presencia del intérprete, siempre teniendo en cuenta su cultura de origen.
- Ha de pedir al facultativo que se dirija directamente al paciente en el caso de que el médico se dirija al intérprete y no al paciente en la interacción.
- Debe estar familiarizado con la terminología propia del ámbito sanitario, además, debe utilizar un lenguaje comprensible para el paciente.
- Ha de intervenir en caso de que se dé lugar a un choque de culturas y explicar las diferencias que existan.
- Ha de saber cómo comunicar noticias desagradables.

En cuanto a la preparación psicológica y emocional, el intérprete:

- Ha de ser una persona capaz de controlar sus emociones ante las distintas situaciones a las que se tenga que enfrentar.
- Debe ser consciente de los problemas psicológicos que puede acarrear este tipo de interpretación y ha de usar estrategias para ayudar a prevenir aquellos problemas físicos y mentales provocados por situaciones desagradables en el ámbito laboral.

Por otro lado, Roat et al. (1999: 15-23) explica que el intérprete sanitario ha de enfrentarse a cuatro tipos de barreras:

Las lingüísticas (diferencia de idioma); las basadas en el distinto uso y dominio, por parte de profesionales médicos y pacientes, del registro, conceptos y términos propios de la medicina y el sistema sanitario; las culturales; y las sistémicas, es decir, las que proceden de la complejidad del sistema sanitario o de actitudes de sus profesionales.

Por lo tanto, el intérprete ha de seleccionar el papel que menos interfiera entre el profesional sanitario y el paciente extranjero, pero tiene que estar preparado para intervenir en el momento en el que detecte que algún tipo de barrera pueda impedir la comunicación o que perjudique el bienestar del paciente (Abril 2006: 79).

En resumen, el intérprete sanitario debe proporcionar una comunicación clara y concisa entre el profesional sanitario y el paciente, seguir un código deontológico, respetar a los interlocutores y ser consciente de las diferencias culturales que puedan existir. Al inicio de la consulta, el intérprete debe identificarse y diferenciarse del personal sanitario y, asimismo,

debe marcar cuál es su papel explicando que interpretará todo lo que se diga en la sala y que actuará de manera imparcial y siempre observará la confidencialidad. Además, según Dubstaff y Martinsen, se debe utilizar el estilo directo y no el indirecto, es decir, hablará en primera persona, ya que se mejora la relación entre médico y paciente y «tendrá un efecto positivo en la exactitud, la claridad, la contundencia, la imparcialidad, el entendimiento mutuo y el comportamiento no dominante» (como se cita en Martin, 2015, p. 30), hay que evitar así que el paciente se dirija al intérprete y no al médico y viceversa. El intérprete también ha de dejar claro que intervendrá siempre que sea necesario realizar alguna aclaración o alertar a los interlocutores ante posibles malentendidos causados por las diferencias culturales. También debe conocer la terminología del sector y disponer de los conocimientos sobre anatomía, enfermedades y tratamientos y comprender cómo funciona el sistema sanitario.

Para concluir este apartado, no existe ninguna duda de que el intérprete necesita ciertas habilidades específicas del ámbito sanitario, es decir, el papel del intérprete va mucho más allá de lo que muchos creen que es meramente lingüístico. Por ello, en las encuestas que se realizarán a los intérpretes voluntarios, se contemplará cuál es el nivel de preparación que tienen sobre aquellas necesidades del intérprete que se han comentado.

2.5.4. La deontología en la interpretación en el ámbito sanitario

La palabra deontología se define en la actualidad como «parte de la ética que trata de los deberes, especialmente de los que rigen una actividad profesional» (RAE, 2019). Por consiguiente, un código ético es aquel que indica las pautas que los profesionales deben seguir para realizar su trabajo de manera ética por el bien de los clientes para los que se trabaja, de la profesión y por las propias personas que lo siguen. La ética es un conjunto de principios o valores que rigen la conducta de los miembros de una profesión. Así, Neumann Solow (1980: 39) explica que «*a code of ethics protects the interpreter and lessens the arbitrariness of his or her decisions by providing guidelines and standards to follow*» [un código ético protege al intérprete y disminuye la arbitrariedad de sus decisiones al proporcionar directrices y normas a seguir]. Solow afirma que los códigos éticos protegen al profesional de la ISP y Gish (1990), que la ética profesional está compuesta por normas o comportamientos desarrollados con el tiempo para reflejar el deseo de la profesión de asegurar el bienestar de sus usuarios. Así aparece especificado en el *Libro Blanco* (2011: 86):

Un código deontológico resulta imprescindible para regular cualquier profesión, de manera que los destinatarios de la traducción o interpretación puedan tener no solo determinadas garantías respecto de la calidad, sino también la confianza en que se observará la confidencialidad y la imparcialidad, e incluso que habrá un sistema sancionador en caso de que se incumplan.

Para poder cumplir su función adecuadamente y tener un papel lo más neutro posible, el intérprete profesional se adhiere a un código ético que debe explicar claramente al profesional sanitario y al paciente extranjero al inicio de la interpretación. Hay cuatro razones principales por las que se ha de seguir un código ético en los servicios públicos. En primer lugar, el intérprete dispone de una guía para su trabajo y su conducta. En segundo lugar, el intérprete utiliza el código ético para justificar su posición imparcial y neutral y evitar tener que tomar decisiones que beneficien más a una de las partes que a otra, además, los interlocutores conocerán la manera de actuar del intérprete y se evitarán debates innecesarios. En tercer lugar, se puede utilizar el código ético a la hora de determinar si un intérprete es apto para

realizar dicha labor, es decir, si es profesional o incompetente. Por último, el tener un código ético ayuda a profesionalizar la ISP (Martin 2015: 20).

En España y el resto del mundo coexisten una amplia variedad de códigos éticos en los que se enumeran los principios éticos que han de servir como guía a los intérpretes sanitarios. En nuestro país nos encontramos, por ejemplo, con el código ético de APTIJ (Asociación Profesional de Traductores e Intérpretes Judiciales y Jurados de España), que se centra sobre todo en la práctica de los intérpretes en el ámbito legal, aunque podría aplicarse al entorno médico. Otro ejemplo de código ético en España sería el de ASATI (Asociación Aragonesa de Traductores e Intérpretes), en el que los traductores e intérpretes han de seguir los criterios de honradez, dignidad, independencia e imparcialidad. A nivel europeo nos encontramos con el código ético de EULITA (European Association for Legal Interpreters and Translators) que como el anterior, está dirigido especialmente a los traductores e intérpretes del ámbito legal. A nivel internacional tenemos el código ético de AUSIT (Australian Institute of Interpreters and Translators), aplicable sobre todo al ámbito de los servicios públicos en general.

Por otro lado, la IMIA (International Medical Interpreters Association) se trata de una asociación internacional con sede en Estados Unidos, que fue la primera organización en redactar un código ético específico para intérpretes sanitarios. También en Estados Unidos nos encontramos con los códigos éticos de la CHIA (California Healthcare Interpreters Association) y el NCICH (National Council on Interpreting in HealthCare), que reunieron una serie de normas de conducta profesional para los intérpretes del ámbito sanitario en 2002 y en 2005, respectivamente.

Todos estos códigos contienen en mayor o menor medida los siguientes principios:

1. Conducta profesional
2. Confidencialidad
3. Imparcialidad
4. Competencia
5. Desarrollo profesional
6. Fidelidad
7. Respeto hacia todos los participantes
8. Respeto de los límites profesionales

Como hemos podido observar, en Estados Unidos sí que existe un código deontológico específico para los intérpretes sanitarios; sin embargo, en España aún no existe y suponemos que se debe sobre todo a lo que se viene comentando desde el principio de este trabajo, pues aún la práctica de la interpretación sanitaria se encuentra en plena fase de pre-profesionalización. Para conseguir que la figura del intérprete sanitario se profesionalice convendría que se redactara un código ético, debido a que, como se explica en el Libro Blanco (2011: 86):

Un código deontológico y de buenas prácticas no solo fomentará la dignificación y profesionalización de la figura del traductor e intérprete institucional, sino que además es necesario, puesto que este código ético existe no tanto en interés de los propios profesionales sino, sobre todo, en interés de los receptores del servicio.

Aunque los códigos deontológicos que hemos comentado siguen una serie de principios en común, aún no se ha elaborado un código ético universal. Con respecto a esta cuestión, Hale

(2010: 109) habla sobre la necesidad de contar con un código ético unificado, así pues, explica que si todos los intérpretes se rigen por un mismo código, las funciones del intérprete quedarían bien definidas y se evitarían los conflictos en la mayor medida posible, además, es vital para la profesionalización de la ISP y, como afirma Tseng (1992) «un código ético es crucial para la interpretación tanto para ganar reconocimiento público como para actuar de mecanismo de control interno» (como se cita en Hale, 2010, p. 109). La cuestión de la ética en la ISP es un tema muy complejo ya que en muchas ocasiones fidelidad no es sinónimo de actuar correctamente. De hecho, el personal sanitario ha de saber cómo tiene que actuar en cada momento, omitiendo cierta información al paciente, debido a cuestiones de protección o bien por ser tabú en su cultura, es por ello por lo que el personal sanitario necesita la ayuda del intérprete para saber si existe alguna barrera lingüística o cultural.

Son muchos los autores que reclaman un código ético a nivel internacional o nacional; sin embargo, algunos intérpretes que trabajan en el ámbito sanitario consideran que cada uno debe actuar según las circunstancias y debe saber tomar sus propias decisiones. Así pues, se pueden plantear dilemas éticos por distintas razones, por ejemplo, conflicto de intereses, discursos que se solapan, situaciones complicadas en las que resulte difícil ser imparcial, etc. Es evidente que un código ético no va a solucionar todos los problemas con los que el intérprete podría encontrarse, de hecho, sería un riesgo pensar esto; y es en este tipo de situaciones en las que el intérprete ha de utilizar su criterio profesional para decidir si puede aplicar los principios del código deontológico o si tiene que desobedecer estos principios por causa mayor (Hale 2010: 135). Sin embargo, es necesario incorporar formación sobre los códigos éticos en la misma formación en ISP y dedicar tiempo a los distintos principios que se comentaban anteriormente: la invisibilidad, la neutralidad, etc. y saber cómo actuar en los casos más extremos (Parrilla 2018: 102).

Para concluir este apartado, podemos decir que seguir un código deontológico es imprescindible para cualquier intérprete en los servicios públicos. Además, se trata de un elemento clave que indica que se trata de un intérprete profesional. En este sentido, el intérprete profesional se distingue por su actitud profesional, sus decisiones fundadas y la coherencia que demuestra en sus funciones como intérprete (Martin 2015: 23).

2.5.5. Los intérpretes voluntarios en el ámbito sanitario en España y Málaga

Como se viene explicando en el presente trabajo, la inmigración es una realidad que no solo afecta a España, sino a nivel mundial. Andalucía, junto con la Comunidad de Madrid y Cataluña, es una de las comunidades autónomas con mayor flujo migratorio. Ante esta realidad, se plantean numerosos problemas comunicativos entre los inmigrantes y los proveedores de los servicios públicos, problemas que la Administración lleva años sin resolver y ante los que se han tenido que tomar medidas *ad hoc* para paliarlos. Estamos de acuerdo en que lo ideal sería disponer de intérpretes profesionales en los hospitales, sin embargo, esto no puede lograrse debido sobre todo a cuestiones económicas.

De este modo, es común encontrar en el ámbito sanitario a intérpretes voluntarios que son nativos de un idioma, que normalmente es el inglés o el alemán, y que llevan bastantes años viviendo en nuestro país y, por lo tanto, han adquirido un cierto nivel de español. Por otra parte, también existen los intérpretes voluntarios que son nativos españoles, pero que cuentan con una segunda lengua que han adquirido por vivir fuera del país; sin embargo, no tienen formación en interpretación y con frecuencia cometen errores lingüísticos. Aunque no cabe duda de la buena voluntad por parte de estas personas que se ofrecen para paliar las carencias

existentes en el ámbito de la interpretación sanitaria, si bien es cierto que la actitud de la Administración debe cambiar con vistas a que estos servicios se lleven a cabo por intérpretes profesionales que tengan las técnicas necesarias para lograr que la comunicación sea satisfactoria y garantizar el derecho del usuario a recibir la asistencia que necesita con la calidad que se merece.

Como se ha comentado en el apartado 2.1., Andalucía es una de las regiones españolas con mayor concentración de población extranjera. La población extranjera en Andalucía se caracteriza por el contraste entre aquellos residentes provenientes de países desarrollados y, por otra, aquellos que provienen de países en desarrollo y que llegan con esperanzas de encontrar un trabajo y una vida digna.

Si sumamos toda la población inmigrante que reside en Andalucía, tanto en régimen general como en régimen comunitario, Málaga es la provincia con mayor tasa de población extranjera, con lo cual esta sería una de las razones principales por las que se ha seleccionado el tema del presente TFM. Así pues, profundicemos sobre la situación de los servicios de interpretación y de los intérpretes voluntarios de la zona de Málaga y la Costa del Sol, la cual cuenta desde hace más de veinte años con servicios de interpretación voluntaria en los hospitales.

La situación en la provincia de Málaga resulta curiosa de estudiar, puesto que el voluntariado existente en sus hospitales tiene una característica especial. Este voluntariado se generó a partir de las necesidades particulares que un grupo de usuarios, los residentes extranjeros de la Costa del Sol provenientes de los países industrializados, venía detectando desde hacía varias décadas. El primer servicio de intérpretes voluntarios surgió en 1984-1985 en el Hospital Carlos Haya de Málaga por iniciativa de un facultativo holandés que se había mudado a la Costa del Sol por cuestiones de salud; a partir de aquí se fue extendiendo por los distintos hospitales de la Costa del Sol tales como el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y a los de Vélez-Málaga y Marbella. El servicio de intérpretes voluntarios del Hospital Costa del Sol de Marbella surgió de forma similar, pues estaba organizado por un matrimonio de periodistas de habla inglesa residentes en la zona. Es decir, estos servicios están coordinados y compuestos prácticamente en su totalidad por extranjeros, en concreto, por profesionales jubilados de nivel cultural elevado y con tiempo libre para dedicarse al voluntariado. De hecho, este servicio cubre más de 15 idiomas, especialmente europeos y escandinavos, pero también el árabe y algunas lenguas africanas, que se ofrecen principalmente en el Hospital Comarcal de la Costa del Sol de Marbella. También se han ido creando servicios similares en centros de salud de distintos puntos de la Costa del Sol, como el Centro de Salud de Arroyo de la Miel y el de Nerja o el Dispensario de los Boliches.

La organización de estos servicios y dada su eficacia ha dado lugar a la creación de distintas asociaciones de intérpretes voluntarios, lo cual quiere decir que esta práctica ya se ha consolidado. No obstante, los intérpretes son voluntarios y no perciben ninguna remuneración por sus servicios. Entre las diversas asociaciones que se establecen en la Costa del Sol que se investigarán mediante encuestas en el presente TFM y las cuales más adelante se comentarán detalladamente son:

- Asociación de Intérpretes Voluntarios para la Salud de la Axarquía (AVISA): realizan su labor en el Hospital Comarcal de la Axarquía y en el Centro de Salud de Nerja.
- Asociación de Intérpretes Voluntarios para Enfermos (A.I.V.E.): realizan su labor en el Hospital Clínico Universitario V. de la Victoria.

- Asociación de Interpretes Voluntarios de la Costa del Sol (AVICS): realizan su labor en el Hospital Costa del Sol de Marbella.

Si comparamos la provincia de Málaga con otras provincias de España, se puede observar un amplio contraste en cuanto a las soluciones de interpretación en los servicios públicos se refiere, si bien es cierto que estas soluciones no vienen dadas por parte de la Administración pública, sino gracias a un grupo concreto de usuarios que en su momento tuvieron que vivir momentos de desesperación debido a las dificultades comunicativas y que ahora quieren ayudar a solventar estos problemas a otros usuarios y han institucionalizado la interpretación voluntaria en los centros sanitarios de la Costa del Sol; sin embargo, como se ha comentado anteriormente, no cabe duda de su buena voluntad, pero es evidente que no favorecen a la profesionalización de la ISP (Martí 2006: 140). También es importante saber que estos pueden constituir una solución en un momento oportuno, pero igualmente es esencial estar alerta sobre los riesgos que pueden suponer sus servicios. Como explican Abril y Martín (2011: 1521): «en la medida en que crean una (a veces falsa) sensación de confianza en que la barrera del idioma está resuelta, pueden constituir una solución especialmente arriesgada». Además, no se han comprobado sus competencias, ya que son voluntarios y no se les puede exigir que tengan formación e igualmente su disponibilidad también es variable.

Es evidente que el Estado es consciente de las barreras que existen entre los profesionales de la salud y los pacientes extranjeros; sin embargo, la situación económica que atraviesa tanto España como Andalucía es especialmente delicada y da lugar a que no se puedan llevar a cabo ciertas soluciones que vayan más allá de los intérpretes voluntarios en este tipo de contextos, con lo cual, esto afecta negativamente a la profesionalización de los que han dedicado parte de su vida a formarse para desempeñar esta labor. A pesar de todo ello, los cambios en las políticas de inmigración y los trabajos sobre TISP contribuirán, tarde o temprano, a la mejora de estos servicios garantizando el acceso a las personas no hispanohablantes a las mismas condiciones que a las autóctonas.

2.6. Bilingüe VS. intérprete profesional

Valero Garcés (2003: 182) afirma que: «*if someone speaks two languages, it is still widely believed that he/she must be able to translate and interpret... this misconception is further perpetuated by the overriding need to assist people immediately, making qualification a secondary consideration...*» [se sigue creyendo que si una persona habla dos lenguas tiene que ser capaz de traducir e interpretar [...] una concepción errónea que queda reforzada por la necesidad primordial de asistencia inmediata que relega la cualificación a un segundo plano]. Esto quiere decir que tiende a pensarse que para ser intérprete basta con ser bilingüe; sin embargo, el ser bilingüe no es un requisito imprescindible ni suficiente para poder ser intérprete sanitario, si bien el ser bilingüe es útil para convertirse en un intérprete, lo que sí es esencial es una profunda formación en ISP, así como las horas de práctica. Pongamos un ejemplo: un universitario de origen marroquí que haya nacido en España puede poseer un amplio dominio del español, pero seguramente su conocimiento de árabe y de los términos especializados de este campo no sea suficiente, de modo que no le resultaría fácil interpretar en un hospital a un paciente extranjero.

Así pues, en el siguiente cuadro se puede observar con mayor precisión las diferencias que existen entre ser bilingüe y ser intérprete profesional:

BILINGÜE	INTÉRPRETE PROFESIONAL
Puede no tener fluidez en una de las lenguas.	Debe tener fluidez en ambas lenguas.
Puede expresar opiniones y sentimientos en una situación comunicativa.	Hace que la comunicación sea posible ya que identifica las diferencias culturales y lingüísticas y reproduce el mensaje.
No sigue un código ético.	Se rige por un código ético.
No tiene por qué comunicar el mensaje de manera correcta, pues puede omitir o añadir información.	Conoce la terminología específica del ámbito y transmite el mensaje fielmente.
No tiene formación sobre las técnicas utilizadas en interpretación.	Cuenta con formación y experiencia profesional para procesar y retener la información.
Se deja llevar por condicionantes externos como la amistad, la compasión, etc., es decir, no es objetivo.	Se mantiene imparcial y reproduce el mensaje sin alterarlo.

Tabla 5. Bilingüe VS. Intérprete profesional

Una persona que se ha formado en ISP identifica las diferencias entre las lenguas y culturas y reproduce el mensaje siempre siguiendo un código ético, que sobre todo garantiza la confidencialidad. Además, se presenta de manera imparcial, conoce la terminología propia del sector y reproduce el mensaje fielmente. Mientras tanto, una persona no cualificada o bilingüe carece de formación y puede dejarse llevar por factores externos como la amistad, la familiaridad, etc. dejando a un lado la objetividad y basándose en las cuestiones personales (Abril 2006: 190). Esto no quiere decir que el intérprete sea un participante mecánico subordinado e invisible, sino que un intérprete formado conoce sus funciones, lo que entra dentro de sus competencias, conoce la técnica de la interpretación, domina las diferencias culturales y lingüísticas, gestiona los turnos de palabra y es consciente del discurso y de las necesidades del ámbito de trabajo (Hale 2010: 61).

Es muy posible que los intérpretes no cualificados no comprendan los motivos que hay detrás de los procedimientos, preguntas específicas o maneras de expresarse en los distintos ámbitos, por ejemplo, en ocasiones la forma en la que los médicos formulan sus preguntas a los pacientes es muy relevante y la manera en la que los pacientes responden permiten al médico desempeñar debidamente su labor. Esto ocurre, por ejemplo, en psiquiatría; así pues, Vásquez y Javier (1991) explican que es importante que al trasladar la información proporcionada por los pacientes de psiquiatría esta se refleje de manera fiel, es decir, con sus discursos distorsionados y sus incoherencias, para poder realizar una evaluación precisa. En estos casos, los intérpretes sin formación tienden a hacer coherente el discurso incoherente y a añadir aclaraciones, lo que provoca que no se pueda diagnosticar bien al paciente y, por lo tanto, llegue a ser peligroso. La mayoría de los trabajadores bilingües adoptan el enfoque mediador y no interpretan los enunciados de los interlocutores al completo, actúan de guardianes de la información decidiendo qué es pertinente en la interacción y, por lo tanto, qué transmitir de un hablante a otro (Davidson, 2000) (como se cita en Hale, 2010, p. 60). Además, es común que añadan información si el enunciado está incompleto o se tomen la libertad de contestar por el paciente (Hale 2010: 43). Algo que también ocurre a menudo — y que se constatará en las encuestas que se realizarán posteriormente a los intérpretes voluntarios— es que hacen uso de la tercera persona del singular en lugar de la primera persona del singular a la hora de interpretar, es decir, enunciados del tipo «el médico dice

que...». Esto hace que parezca que haya dos conversaciones paralelas, una entre médico e intérprete y otra entre paciente e intérprete. Ante esto, Hale (2010: 43) sostiene que:

Es curioso que la mayoría de estos trabajadores bilingües o piensan que interpretan de forma fiel o sostienen que las modificaciones son necesarias para mejorar la comunicación, para ahorrarle tiempo al médico o para proporcionar al paciente una información más detallada de su estado de salud. Sin embargo, las modificaciones a veces no mejoran la comunicación, sino que la entorpecen y tanto médico como paciente pueden verse excluidos de la toma de decisión al negarles la oportunidad de escuchar lo que se tienen que decir y en cambio escuchar solo lo que el intérprete decide contarles.

Los intérpretes *ad hoc* no saben, por tanto, que interpretar no es resumir lo que la otra parte ha dicho, sino que deben ser conscientes de todas las dificultades que rodean la interpretación, interpretar de la manera más fiel posible y utilizar las técnicas necesarias para ello.

Según Vásquez y Javier (como se cita en Requena, 2010, p. 15) son cinco los errores que suelen cometer los intérpretes *ad hoc*: omisión, ampliación, condensación, sustitución e intercambio de roles. La omisión es el proceso por el que un intérprete elimina de manera completa o parcial el mensaje producido por una de las partes. La adición es la tendencia a incluir información que el interlocutor no ha mencionado. La tendencia a simplificar y explicar tiene que ver con el error de condensación y la tendencia a reemplazar ciertos conceptos se denomina sustitución. Por último, el intercambio de roles sucede cuando el intérprete toma el control de la interacción y reemplaza las preguntas del entrevistador por las suyas propias, asumiendo así el rol de entrevistador. Por ello, la mayoría de los estudios sobre interacciones médico-paciente mediante un intérprete *ad hoc* concluyen que este, además de no tener formación en técnicas de interpretación, desconoce el lenguaje especializado, en este caso, el discurso médico o la medicina.

Con respecto a esto, se puede poner de ejemplo el estudio de Postigo Pinazo (2015) en el que se constata la presencia de los códigos éticos en la práctica de interpretación en hospitales. Se escogió a un grupo de voluntarios que realizan su labor en un hospital de la Costa del Sol —probablemente se trate de alguno de los grupos que pretendemos estudiar en este trabajo— y se realizaron grabaciones en las consultas médicas con el objetivo de averiguar qué estrategias utilizan los intérpretes que puedan estar relacionadas con la falta de formación en lo que respecta a los códigos éticos. El primer resultado que se obtuvo fue que el intérprete cambiaba de papel constantemente, aunque la mayoría de los códigos éticos especifiquen que el intérprete debe ser neutral y no debe adoptar papeles que no sean propios del intérprete; así pues, se dedicaba a cometer uno de los errores que se comentaba en el párrafo anterior, el de ampliación, añadiendo información médica al discurso del usuario. Otro aspecto importante, que aparece especificado en nuestras encuestas hacia los intérpretes voluntarios, es el uso de la primera o la tercera persona; en las muestras que se recogieron en esta investigación se observó que se usa frecuentemente la tercera persona, sobre todo, debido al desconocimiento de los códigos éticos. También se observó que existía una falta de competencia lingüística en los idiomas de trabajo, es decir, un cierto desconocimiento terminológico. Por consiguiente, afirma Parrilla (2018: 98) que «una competencia óptima en los idiomas de trabajo es esencial en un intérprete dedicado al contexto de los servicios públicos». Asociaciones como AUSIT (Australia) se han pronunciado ante estos problemas explicando que: «*Interpreters and translators only undertake work they are competent to perform in the languages for which they are professionally qualified through training and credentials*» [Los traductores e intérpretes solo realizan trabajos para los que son

competentes, en los idiomas para los que están profesionalmente cualificados, a través de formación y credenciales]. Con este estudio se llega a la conclusión de que la falta de neutralidad y de competencia lingüística añadida a la adopción de roles por parte del intérprete da lugar a una serie de malentendidos que pueden poner en riesgo la integridad del usuario. Sin embargo, este grupo de voluntarios, al fin y al cabo, viene a paliar las carencias en el ámbito de la interpretación en el contexto sanitario y es necesario que la Administración cambie la actitud para que se asegure la calidad de estos servicios y se garanticen los derechos del usuario extranjero.

Para terminar este apartado, nos gustaría resaltar otra investigación que se realizó en EE.UU y que es un tanto parecida a la que se quiere realizar en este TFM, con unos resultados un tanto curiosos. Kuo y Fagan (1999: 547-550), dos médicos, realizaron unas encuestas al personal sanitario y a los pacientes extranjeros sobre el grado de satisfacción de los intérpretes *ad hoc* (familiares, amigos, etc.) en comparación con los intérpretes formados. En dichas encuestas, los familiares y amigos consiguieron un 62 % de satisfacción por parte de los médicos y un 85,1 % por parte de los pacientes. Los intérpretes contratados recibieron un 98 % por parte de los médicos y un 92,4 % por parte de los pacientes. Es cierto que el grado de satisfacción que producen los intérpretes cualificados es mayor que el de los intérpretes *ad hoc*, sin embargo, Kuo y Fagan estuvieron de acuerdo en que, aunque los intérpretes cualificados recibieran un porcentaje mayor que los *ad hoc*, estos últimos también habían adquirido un alto porcentaje y parecía ser suficiente como para ahorrar el gasto que supone la contratación de un intérprete cualificado. Esto corrobora lo que se explicaba al principio del apartado, se piensa que basta con ser bilingüe para poder ejercer la labor de intérprete. Pasemos así esta idea a otro contexto: resulta difícil imaginar que el trabajo de un cirujano lo lleven a cabo las enfermeras con el fin de ahorrar recursos, ya que es una labor para la cual se necesita especialización. Sin embargo, ¿por qué no es evidente que para interpretar se requiera también la correspondiente formación? (Hale 2010: 35). No sabemos si la respuesta es clara, pero el desconocimiento de la profesión y la poca o ninguna concienciación sobre los riesgos de una interpretación de baja calidad tienen mucho que ver.

3. MUESTRA DE DATOS Y MÉTODO

3.1. Enfoque metodológico

El presente trabajo se trata de una investigación con un carácter exploratorio y descriptivo siguiendo las líneas de clasificación que propone Dankhe (1986).

En cuanto a la fase exploratoria, se pretende revisar la bibliografía existente sobre el tema que nos atañe hasta día de hoy, tema que ha sido muy poco abordado y que necesita ser analizado más en profundidad. Esta fase se corresponde con el marco teórico del trabajo; en ella se estudia la situación de la ISP primero desde un punto de vista general para después pasar a analizar la situación de manera más concreta.

En la siguiente fase se elaborarán una serie de encuestas teniendo en cuenta el objeto de estudio, así pues, se realizarán dichas encuestas hacia el personal sanitario de diversos hospitales de la Costa del Sol, así como a los intérpretes voluntarios pertenecientes a distintas asociaciones. Asimismo, la recogida de estos datos nos ayudará a describir los rasgos de la situación actual de la cuestión y a comentarlos en profundidad, mencionando así algunas sugerencias que podrían dar lugar a futuras investigaciones. Sobre todo, se pretende examinar la ISP como una realidad compleja, desde el punto de vista de la propia sociedad, observando la opinión personal de las personas que prestan estos servicios de manera voluntaria como de los profesionales que a diario tienen problemas para comunicarse con los pacientes extranjeros. Antes de iniciar esta fase, fue necesario llevar a cabo una revisión de datos de otras fuentes e informarse acerca de las distintas asociaciones de intérpretes voluntarios que se iban a investigar, además, se buscaron datos estadísticos del contexto geográfico y sociocultural y se observó cómo se procedió en investigaciones similares.

En la tercera fase, que correspondería a la parte práctica de este trabajo, la metodología que se utilizará será una combinación entre un análisis cuantitativo (a través de preguntas de carácter objetivo) y, sobre todo, cualitativo (mediante preguntas de carácter subjetivo). Se llevará a cabo la recopilación de la información necesaria para conseguir nuestros objetivos y revelar los resultados de nuestras hipótesis a través de dos tipos de encuestas; unas para el personal sanitario (Anexo 1) y otras para los intérpretes voluntarios en el ámbito sanitario (Anexo 2). Las conclusiones sobre cuál es el papel del intérprete voluntario en el contexto sanitario y cuánto de efectiva es la utilización de este tipo de solución se construirán a partir de los datos recopilados.

En esta fase, se realizó una búsqueda documental sobre la técnica y la manera de realizar las encuestas. Según Hale y Napier (2013: 56), las encuestas suelen contener tres tipos de información: «*factual, behavioural and attitudinal*». Así pues, en este trabajo las encuestas se han establecido siguiendo este modelo a través de preguntas objetivas, conductuales y actitudinales. Con preguntas objetivas nos referimos a aquellas que tienen que ver con cuestiones demográficas como por ejemplo la edad, el sexo, la nacionalidad, etc. Las preguntas conductuales tienen como objetivo entender el comportamiento de los encuestados y sus acciones. Por último, las preguntas actitudinales preguntan a los encuestados sobre sus opiniones y creencias.

Hale y Napier (2013: 57) distinguen también dos tipos de *question types*: las preguntas abiertas u *open questions*, es decir, aquellas en las que el encuestado puede responder de manera abierta, en el caso de nuestras encuestas, hemos introducido líneas para que puedan escribir; y las preguntas cerradas o *closed questions*, es decir, aquellas que pueden contestarse

seleccionando una o varias respuestas de una lista de respuestas sugeridas, de esta manera, los participantes pueden contestar a las preguntas de manera rápida y sencilla.

Como se ha mencionado anteriormente, se han realizado dos tipos de encuestas: unas al personal facultativo de los distintos hospitales que se han elegido de la Costa del Sol (Hospital Costa del Sol de Marbella, Hospital Comarcal de la Axarquía, Hospital Clínico Universitario V. de la Victoria y Centro de Salud Nerja) y otras a los intérpretes voluntarios de los mismos hospitales, procedentes de tres asociaciones de intérpretes diferentes (AVISA, A.I.V.E. y AVICS). Estas encuestas se han creado teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo, así pues, el tipo de encuesta que se ha elegido para el personal sanitario es una adaptación de un modelo de encuesta dirigida al personal de los servicios públicos que se propone en el libro *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (Ana Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi, Magdalena Fernández Pérez). Se han seleccionado las preguntas que tienen que ver con aquello que pretendemos investigar y se han modificado otras. A la hora de diseñar las encuestas se tuvo también en consideración el tiempo necesario para completarlas, de manera que, con el objetivo de hacer las encuestas breves, la mayoría de las preguntas son de tipo cerrada o de opción múltiple, aunque también se incluyeron preguntas abiertas con el objetivo de conocer más concretamente ciertas opiniones.

En cuanto al tipo de encuestas que se han realizado al personal sanitario, pueden dividirse en tres bloques: en el bloque I se detallan los datos sociodemográficos, en el bloque II se trata la comunicación en estos hospitales y en el bloque III se hacen preguntas específicas sobre los intérpretes voluntarios. Hay un total de 20 preguntas, de las cuales 11 se tratan de preguntas objetivas; 1, conductual; y el resto, actitudinales. En el bloque I se les pregunta por su edad, sexo, país de nacimiento, lenguas que habla y niveles, unidad en la que trabajan, nacionalidad de los pacientes a los que atienden, a qué colectivo pertenecen, a cuántos pacientes extranjeros atienden diariamente y para qué idiomas se demandan servicios de interpretación y con qué frecuencia. En cuanto al bloque II, se les cuestiona en relación con la comunicación médico-paciente, es decir, de qué manera se comunican con los pacientes extranjeros, si han experimentado problemas de comunicación con los usuarios extranjeros, cómo se han resuelto estos problemas comunicativos, si creen que es necesaria la figura de un intérprete que facilite la comunicación, si creen que es necesaria esta figura si ya el personal facultativo entiende el idioma y si consideran que es necesario formar al personal sanitario para poder trabajar con intérpretes. En el bloque III las preguntas tratan específicamente sobre sus opiniones acerca de los intérpretes voluntarios: con qué frecuencia han requerido los servicios de intérpretes voluntarios, su grado de satisfacción sobre los servicios recibidos por parte de los intérpretes voluntarios, si ha experimentado problemas al trabajar con intérpretes voluntarios, si estos deberían recibir formación específica en interpretación y acerca de la diversidad de culturas y si consideran que la calidad de un servicio de interpretación realizado por un intérprete voluntario es la misma que la de un intérprete profesional.

Con respecto a las encuestas realizadas a los intérpretes voluntarios, estas también pueden dividirse en tres bloques: en el bloque I se detallan los datos sociodemográficos, en el bloque II se trata la comunicación en los hospitales y en el bloque III se hacen preguntas acerca de sus opiniones personales sobre la labor del intérprete. En este caso, hay un total de 21 preguntas, de las cuales, 10 son objetivas; 5, conductuales; y 6, actitudinales. En el bloque I se hacen preguntas como edad, sexo, país de nacimiento, lenguas en las que interpreta y

niveles, formación académica, cuándo decidieron dedicarse a la interpretación voluntaria y por qué, nacionalidad de los pacientes a los que interpretan y si han recibido formación en interpretación. En cuanto al bloque II, se cuestiona sobre si siguen algún código ético, tipos de problemas comunicativos en las consultas y forma de actuar ante ellos, si han rechazado sus servicios de interpretación y por qué, qué persona gramatical utilizan al interpretar, si han realizado otras labores que no sea la de interpretar y cómo actúan ante el estrés psicológico. Y por último, en el bloque III se hacen preguntas sobre sus opiniones como intérprete, es decir, si creen que es importante formarse como intérprete y si les gustaría recibir formación en interpretación, cuál considera que es el grado de satisfacción de sus interpretaciones, si creen que es necesario que el personal sanitario reciba formación para trabajar con intérpretes, si creen que es necesario que reciban formación de tipo cultural y si consideran que la labor del intérprete está infravalorada.

Para efectuar estas encuestas, en primer lugar, se pensó que sería necesaria la autorización del Comité de Ética para que el personal sanitario pudiera rellenarlas, de hecho, se les envió un protocolo de investigación para solicitar su valoración ética; sin embargo, estas encuestas son de opinión totalmente anónima sobre un tema, por lo que no es necesario su permiso. Así pues, se decidió utilizar la herramienta de Formularios de Google para difundir las encuestas entre los profesionales sanitarios de una forma rápida y sencilla, a distancia, de manera que la pudieran realizar en cualquier momento. Se incluyó también un preámbulo en el que se indicaba que las encuestas eran parte de un proyecto de investigación, mi nombre y el título de mi máster. Además, se explicó en qué consistían las encuestas y qué se pretendía con este trabajo y, asimismo, se especificaba que serían totalmente anónimas, con fines académicos y de investigación. En concreto, las encuestas que se realizaron a los intérpretes de la asociación AVISA, se hicieron en papel ya que el responsable de atención ciudadana del Área Sanitaria Axarquía se encargó de hacérselas llegar a los intérpretes y el mismo presidente de la asociación se aseguró de que todos la rellenaran. Tras ello, se encargaron de escanearlas y hacérmelas llegar por correo electrónico. Una vez se obtuvieron las encuestas cumplimentadas, se procedió a dividir los resultados de los dos ejes de la investigación, por un lado, los intérpretes voluntarios y, por otro, el personal sanitario, con el objetivo de estudiar cada una de las preguntas con sus respectivas respuestas. A la hora de plasmar los resultados obtenidos, la lógica que se utilizó fue similar, es decir, se hizo una separación de los dos objetos de estudio, se dio a conocer la información de cada grupo investigado y, finalmente, se presentaron las conclusiones de todo el conjunto.

Antes de proceder al análisis de las encuestas se va a proceder a presentar las características y datos más relevantes del contexto del objeto de estudio: los hospitales en los que nos vamos a centrar y las tres asociaciones de intérpretes voluntarios.

3.2. Los hospitales de la Costa del Sol en datos

3.2.1. Hospital Comarcal de la Axarquía

El Hospital Comarcal de la Axarquía se encuentra en el municipio de Vélez-Málaga. Los servicios con los que cuenta este hospital se pueden dividir en seis categorías: médicas, médico-quirúrgicas, diagnósticas, generales, unidades funcionales autónomas y UGC. Asimismo, cubre las necesidades de 27 de los 31 municipios de la Comarca de la Axarquía, salvo los correspondientes a la Unidad de Gestión de Colmenar, cuyo centro de referencia es el Hospital Regional Universitario de Málaga; y Macharaviaya, Moclinejo, Rincón de la Victoria y Totalán, cuya competencia sanitaria corresponde al Distrito Sanitario de Málaga.

Esto quiere decir que el Hospital de la Axarquía ofrece sus servicios a un total de 166.355 habitantes, de los cuales, 27.323 son extranjeros, la mayoría provenientes de Reino Unido, razón más que considerable para que existan unos servicios de interpretación proporcionados por profesionales.

3.2.2. Centro de Salud de Nerja

El Centro de Salud de Nerja se encuentra en Nerja, como su propio nombre indica. Se trata de un municipio muy turístico de la provincia de Málaga y el pueblo más oriental de la comarca de la Axarquía. En este centro de salud se proporcionan varios servicios que se pueden dividir en las siguientes especialidades: atención en consulta, atención domiciliaria, atención urgente, fisioterapia, atención a procesos y programas de salud y prevención y detección precoz de enfermedades. Al tratarse de un centro de salud que se encuentra en un lugar tan turístico, la cantidad de pacientes extranjeros que acuden a este es bastante elevado, además, no solo se tratan de turistas, sino de extranjeros residentes. En concreto, la población total de Nerja corresponde a 21.061 habitantes, de los cuales 5.247 son extranjeros procedentes en su mayoría de Reino Unido.

3.2.3. Hospital Universitario Virgen de la Victoria

El Hospital Universitario Virgen de la Victoria, inaugurado en 1989, se encuentra en la capital de Málaga, situado en el distrito de Teatinos. Está catalogado como *Hospital de Especialidades* dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía y proporciona una enorme cantidad de servicios que se pueden dividir en cuatro categorías: médicas, médico quirúrgicas, diagnósticas y generales. Además de atender a los habitantes de la capital, cubre también la atención sanitaria de toda la provincia, es decir, podría atender a un total de 239.810 extranjeros residentes en Málaga y provincia.

3.2.4. Hospital Costa del Sol

El Hospital Costa del Sol es un hospital público que se encuentra en Marbella. Este hospital abrió sus puertas en diciembre de 1993, gestionado por la Agencia Sanitaria Costa del Sol, una organización pública sanitaria que pertenece a la Junta de Andalucía, asimismo, cuenta con una plantilla de 1.683 profesionales de la salud. Además, el hospital proporciona una amplia variedad de servicios que divide en ocho categorías: servicios médicos, servicios quirúrgicos, servicios de diagnóstico, servicios de apoyo, exploraciones pruebas funcionales, exploraciones endoscópicas, servicios de apoyo clínico y servicios logísticos y de gestión.

El ámbito territorial del Hospital Costa del Sol está delimitado por los municipios de Benahavis, Casares, Estepona, Fuengirola, Istán, Manilva, Marbella, Mijas y Ojén, a los que presta sus servicios. Si juntamos la población de todos estos municipios, nos da un total de 398.614 habitantes, de los cuales 110.180 son extranjeros procedentes en su mayoría de Reino Unido, lo cual quiere decir que, probablemente, no todos los extranjeros tendrán conocimiento del español y, en ese caso, necesitarían que se les proporcionara servicios de interpretación durante sus consultas en el hospital.

3.3. Las asociaciones de intérpretes voluntarios en los hospitales de la Costa del Sol en datos

3.3.1. AVISA

AVISA es una Asociación de Voluntarios Intérpretes en el ámbito sanitario de la comarca de la Axarquía. Nació el 14 de marzo de 2017 como respuesta ante los problemas comunicativos entre pacientes extranjeros y el personal facultativo del Hospital Comarcal de la Axarquía (Vélez-Málaga) y del Centro de Salud de Nerja, gracias a los trabajadores sociales, ya que fueron los que impulsaron y coordinaron los primeros grupos de intérpretes voluntarios. Aunque la asociación fue fundada en 2017, estos voluntarios llevan realizando esta labor desde hace 20 años. En la actualidad son 35 voluntarios los que componen esta asociación, pues a lo largo de los años se han ido jubilando por razones de edad muchos de los pioneros que durante años prestaron sus servicios de interpretación a sus compatriotas. Estos voluntarios trabajan desde las 8:30 de la mañana hasta las 14:30 de la tarde durante 5 días a la semana. Su rutina comienza por la mañana, tomando nota de los pacientes extranjeros a los que deben visitar en planta para saber cómo han pasado la noche; tras ello, regresan a una mesa ubicada en la entrada del centro, al lado de los teléfonos, por si el personal sanitario llama si precisa de su ayuda para interpretar o la secretaría, cuando necesita hacer una llamada telefónica en otro idioma. Tal y como explican en su página web, esta asociación va renovando al personal y cada vez se incorporan voluntarios más jóvenes que quieren dedicar su tiempo a ayudar a los pacientes extranjeros. En cuanto a datos interesantes sobre esta asociación, cabe destacar que cada año se supera al anterior, es decir, se observa que cada año llegan más extranjeros y cada vez más se requiere la ayuda de estos intérpretes. Según los datos proporcionados por AVISA en su página web, en el Hospital Comarcal de la Axarquía se llevaron a cabo 11.327 trabajos de interpretación durante el año 2018 (10.481 en 2017). El 55 % de las interpretaciones fueron en inglés y el 28 % en alemán, el 17 % restante, suponemos que corresponde a otros idiomas. En el Centro de Salud de Nerja se realizaron en ese mismo año 2.153 trabajos de interpretación, de los cuales el 70 % fueron en inglés, lo que refleja el predominio de extranjeros procedentes de Reino Unido en este municipio.

3.3.2. A.I.V.E.

En cuanto a esta asociación, no disponemos de muchos datos puesto que no posee una página web propia en la que se proporcione información sobre sus trabajos de interpretación. AIVE se trata de una asociación de intérpretes voluntarios sin ánimo de lucro que trabajan en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga). Esta asociación nació de manera espontánea, pues según explica Aguilar-Solano (2015) mediante unas entrevistas que realizó a algunos de los intérpretes voluntarios de este hospital, había un médico del hospital que sabía idiomas y al que el resto de personal facultativo acudía en busca de solventar sus problemas comunicativos cada vez que acudía un paciente extranjero a su consulta. La esposa de este médico, que no era española, terminó ayudando también a interpretar y luego se llevó a una amiga para que le ayudara con dicha labor. Muchos de los miembros de AIVE son parientes de familiares que comenzaron ayudando a sus conocidos en las consultas de los hospitales aportando sus conocimientos de idiomas. Son unos 22 voluntarios los que colaboran en AIVE (la mayoría mujeres jubiladas) y se turnan para ir una vez por semana al hospital. Su horario es de 9:30 a 16:00 y entre los idiomas en los que trabajan se encuentran el inglés, el francés y el alemán, entre otros; incluso, cuentan con voluntarios que saben chino y ruso. Por otra parte, para entrar como intérprete voluntario a esta asociación es necesario un entrenamiento previo proporcionado por los coordinadores de esta. Por último, nos ha llamado especial atención que este grupo de intérpretes dispone de su propio código deontológico en el cual aparece redactado lo siguiente:

- Show empathy and compassion without giving advice on medical procedures, except when asked by the practitioner (in mental health cases), [Mostrar empatía y compasión sin dar consejos sobre procedimientos médicos, excepto cuando se lo pida el médico (en casos de salud mental),]
- accompany patients to consultation rooms (interpreters will not assume the role of the healthcare provider), [acompañar a los pacientes a las salas de consulta (los intérpretes no asumirán el papel del profesional sanitario),]
- interpret between healthcare staff and patients and their families in any area of the hospital, [interpretar entre el personal sanitario, los pacientes y sus familiares en cualquier zona del hospital,]
- offer moral support to patients and their relatives where necessary and contact religious representatives at the request of the patients, [ofrecer apoyo moral a los pacientes y a sus familiares cuando sea necesario y ponerse en contacto con representantes religiosos en caso de que los pacientes lo soliciten,]
- maintain confidentiality, [mantener la confidencialidad,]
- never provide written translations, [no proporcionar traducciones escritas,]
- visit LSP patients on a daily basis in order to assess their communicative needs and sort out any problems they may be experiencing as a result of not speaking Spanish, [visitar a los pacientes diariamente para evaluar sus necesidades comunicativas y resolver cualquier problema que les pueda surgir debido a su desconocimiento de español,]
- make careful notes in the report book after a shift to keep the next shift informed of any changes. [tomar nota en el libro de informes después de cada turno para mantener informado al siguiente turno sobre cualquier cambio.]

3.3.3. AVICS

AVICS comenzó su labor en el año 1993, a la misma vez que se inauguró el Hospital Costa del Sol (Marbella) hace 25 años hasta el día de hoy. Esta asociación está compuesta por un total de 19 personas y entre todos cubren el inglés, francés, alemán, holandés, árabe, polaco y una gran cantidad de idiomas escandinavos, además, según se explica en el *Diario Sur*, cuando llega algún paciente que habla un idioma para el cual no disponen de intérprete, se suelen coordinar con el servicio de intérpretes de la Junta de Andalucía. Estos intérpretes voluntarios trabajan todos los días de la semana en horario de 10:00 a 20:00, aunque también acuden fueran de ese horario si surge alguna urgencia. Además, detallan sus funciones en la página web *Agencia Sanitaria Costa del Sol*:

- 1.- Ayudar y facilitar la comunicación, a través de la actuación gratuita de los intérpretes voluntarios integrados en la asociación, entre los profesionales médicos y personal sanitario del Hospital Costa del Sol de Marbella y los pacientes extranjeros y sus familias, que a ellos acudan, o en los que se encuentren internados.
- 2.- Explicar los sistemas de funcionamiento y normas del Hospital Costa del Sol de Marbella y de sus servicios médicos a los pacientes extranjeros, y a sus familias.
- 3.- Ayudar al personal médico, sanitario y de trabajo social, del Hospital Costa del Sol en cualesquiera cuestiones relacionadas con los pacientes extranjeros y con el cuidado de los mismos, mientras permanezcan ingresados en el Hospital Costa del Sol o acudan a sus servicios ambulatorios.

4. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

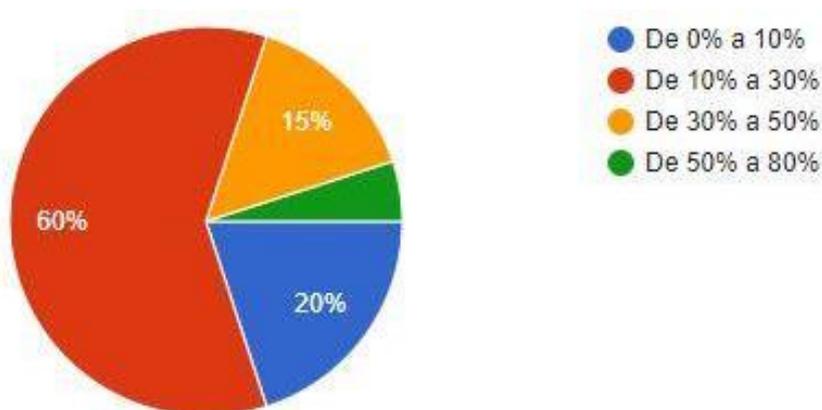
4.1. Colectivos encuestados de los hospitales seleccionados de la Costa del Sol

4.1.1. Personal sanitario

En total se han recogido 20 respuestas por parte del personal sanitario procedente del Centro de Salud de Nerja, del Hospital Comarcal de la Axarquía, del Hospital Costa del Sol y del Hospital Virgen de la Victoria. La edad de los encuestados varía entre los 21 y los 65 años y el sexo predominante es el femenino (un 75 % frente a un 20 %). En la tercera pregunta les hemos preguntado acerca de su lugar de nacimiento para poder averiguar cuántos han nacido en España y cuántos en otros países, ya que esto es algo que podría modificar o dar sentido a algunas de las preguntas que se realizan más tarde. Así pues, un 85 % de las personas encuestadas dicen haber nacido en España, mientras que el 15 % restante procede de otros países.

En la quinta pregunta se cuestiona al personal facultativo cuáles son sus conocimientos de idiomas. El 45 % del personal facultativo considera que tiene muy buen dominio del inglés, el 15 % tiene un buen dominio del francés, el 80 % reconoce no saber nada de alemán y el 75 % desconoce el árabe. Para concluir con la presentación del personal sanitario, en la pregunta número cuatro les preguntamos acerca de la unidad en la que trabaja. El 45 % trabaja en urgencias, el resto se divide entre estudiantes de medicina en prácticas (15 %), medicina interna (5 %), farmacia (5 %), pediatría (5 %), recuperación (5 %), unidad de cuidados intensivos (10 %) y unidad de gestión clínica (5 %).

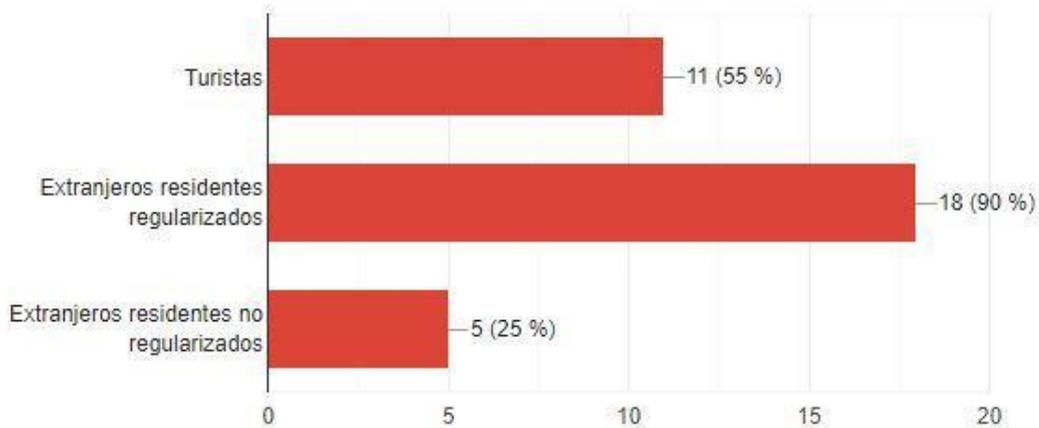
A continuación, las cinco preguntas siguientes que se realizan están relacionadas con los usuarios extranjeros no hispanohablantes y la forma que tiene el personal sanitario para hacerles llegar la información durante las consultas, es decir, intentan ponernos en contexto acerca de la situación en la que se encuentran estos hospitales en cuanto a la comunicación con los pacientes extranjeros se refiere. De esta manera, en la pregunta número seis se les cuestiona a los encuestados sobre cuál es el porcentaje de pacientes extranjeros a los que atiende diariamente.



Gráfica 4. Porcentaje de pacientes extranjeros atendidos diariamente

Según la gráfica 4, el 60 % de los encuestados ha respondido que en su día a día suelen atender entre un 10 % y un 30 % de pacientes extranjeros. Sin embargo, llama especial atención el hecho de que el 15 % ha respondido que atiende entre un 30 % y un 50 %; y el 5

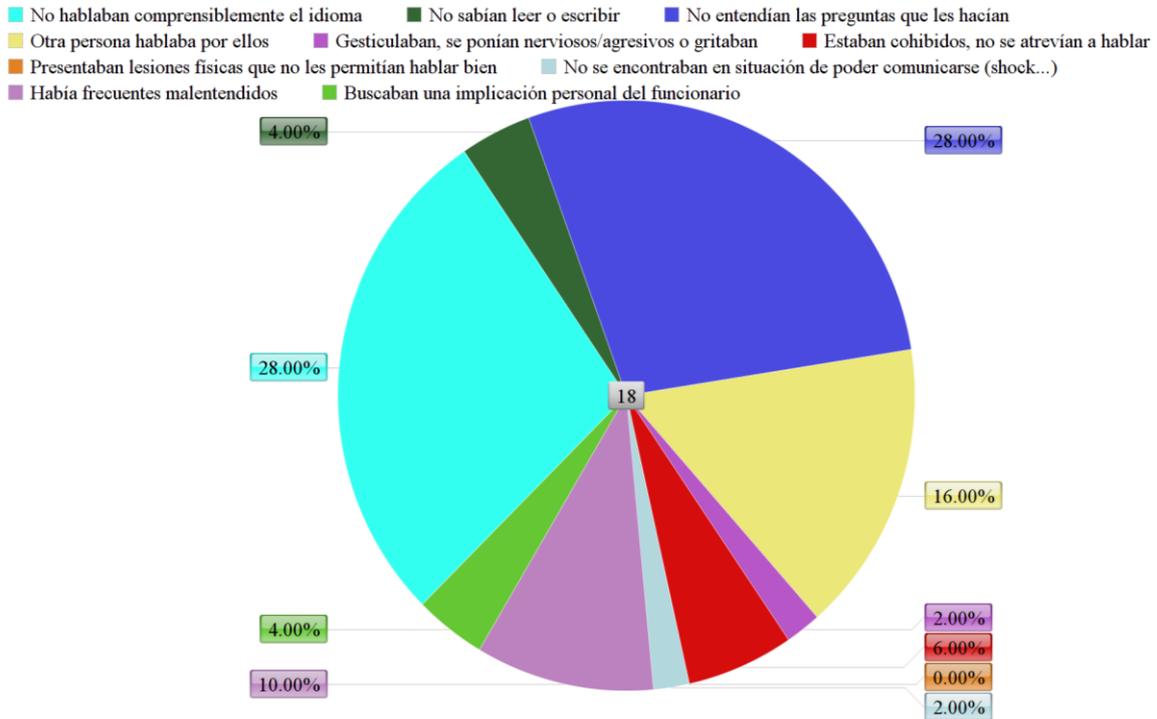
%, entre un 50 % y un 80 %, lo cual sugiere que en estos hospitales casi la mitad de los pacientes que acuden a las consultas es de origen extranjero. Asimismo, en la pregunta siete podemos observar a qué tipo de colectivo extranjero pertenecen estos pacientes.



Gráfica 5. Colectivo extranjero al que pertenecen los pacientes

Como podemos observar en la gráfica 5, las respuestas apuntan a que un 90 % de los pacientes extranjeros que acuden a las consultas de estos hospitales se trata de extranjeros residentes regularizados. Esto confirmaría lo que hemos explicado anteriormente en la parte teórica del trabajo, pues la suma de los extranjeros residentes en las zonas en las que se encuentran los distintos hospitales en los que se basa nuestro trabajo sería de 89.716 —según el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía— una cifra elevada, lo cual sugiere que el personal sanitario recibe sus visitas a diario de manera notoria.

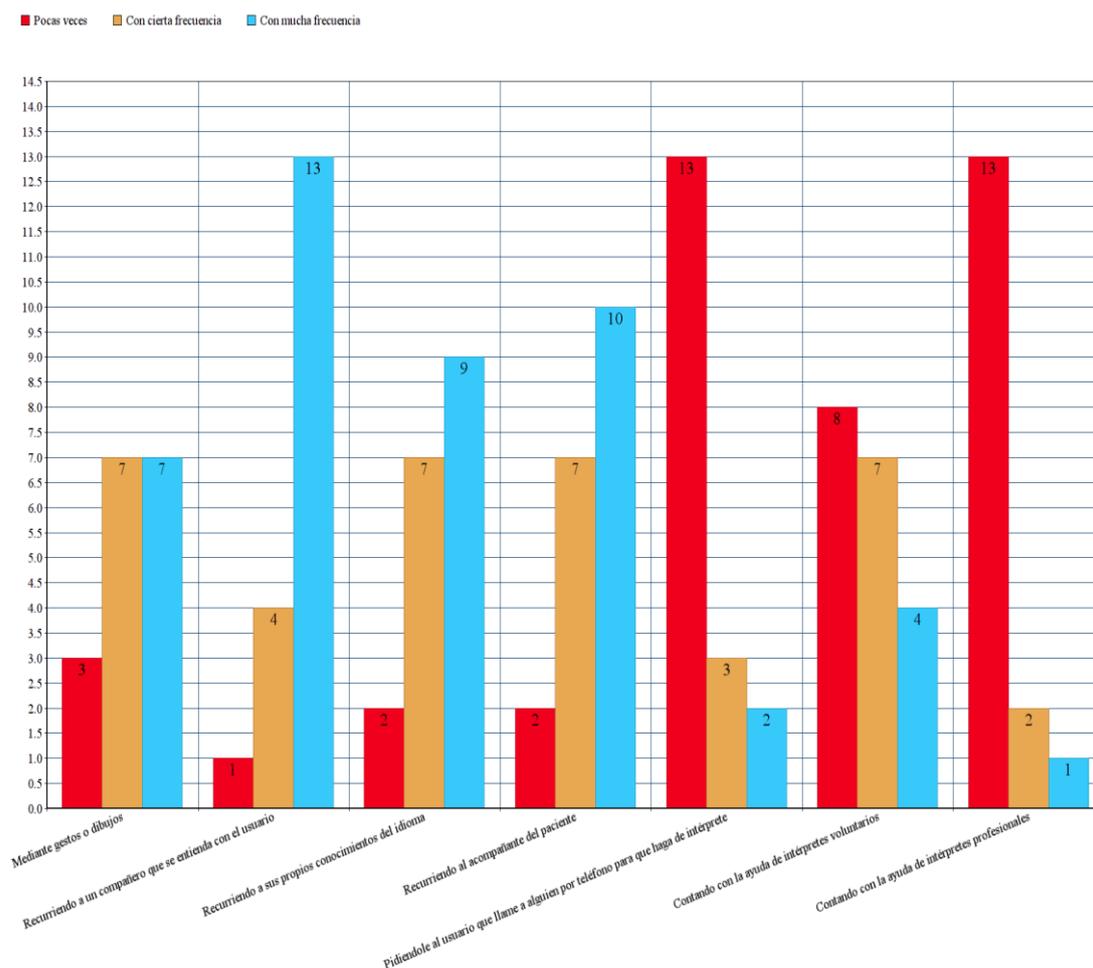
Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas encuestadas proceden de España y que su idioma nativo es el español, resulta evidente que cuando reciben a pacientes no hispanohablantes surjan problemas comunicativos. Esto es algo que se pregunta en la pregunta número ocho y el resultado es obvio, el 90 % de los encuestados reconocen haber experimentado problemas de comunicación con los usuarios extranjeros. De acuerdo con esta pregunta, la siguiente, la nueve, cuestiona cuál/es han sido esas dificultades comunicativas.



Gráfica 6. Dificultades comunicativas con los pacientes extranjeros

En esta pregunta los encuestados tenían la posibilidad de seleccionar varias respuestas de acuerdo con sus experiencias personales. La mayoría de los encuestados han destacado tres respuestas: «no hablaban comprensiblemente el idioma», «no entendían las preguntas que les hacían» y «otra persona hablaba por ellos». Estas tres respuestas se considerarían como las dificultades comunicativas más frecuentes entre el personal sanitario y el paciente extranjero. Como podemos observar, la mayoría de los encuestados coinciden en que el idioma es la principal barrera que existe cuando un paciente extranjero llega a la consulta de un hospital, no obstante, existen otras barreras que obstaculizan la comunicación médico-paciente y que también podrían estar relacionadas con la barrera del idioma, como pueden ser que el paciente se sienta cohibido y no se atreva a hablar, que aparezcan malentendidos, que se ponga agresivo, que no entienda las preguntas que el médico le formule, etc.

En los casos en los que han existido problemas comunicativos, se han recurrido a ciertas soluciones que se pueden observar en la gráfica 7



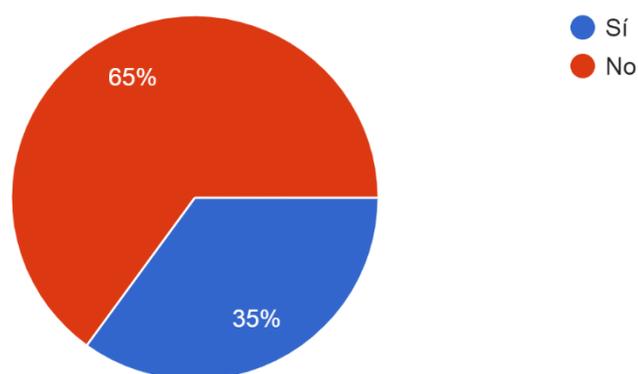
Gráfica 7. Soluciones a los problemas comunicativos

En esta pregunta, además de poder seleccionar las distintas soluciones a las que se han llegado, se ha permitido elegir también la frecuencia con la que se han recurrido a estas. Por consiguiente, podemos observar que la solución más frecuente a la que ha llegado ha sido la de utilizar a un compañero del hospital que pudiera entenderse con el usuario extranjero, es decir, el médico ha preferido buscar a otro compañero que seguramente tenga conocimiento del idioma extranjero en cuestión, en lugar de avisar a un intérprete profesional. La opción de recurrir a un intérprete cualificado es tan poco normal, que el 80 % de los encuestados han respondido que pocas veces ha utilizado esta solución. Volviendo a la primera hipótesis que se planteaba al comienzo de nuestro trabajo, negamos nuestra idea inicial, ya que se pensaba que el personal sanitario recurría siempre o casi siempre a los intérpretes voluntarios a la hora de atender a un paciente extranjero en la consulta. Algo que nos ha llamado especialmente la atención es que en los hospitales en los que se han realizado las encuestas se disponen de intérpretes voluntarios que, probablemente no cubran todas las horas, pero sí que tienen largos turnos de trabajo, y que en las respuestas un 42,1 % —casi la mitad de los encuestados— haya contestado que pocas veces han recurrido a un intérprete voluntario. La situación resulta alarmante, no solo no se recurre a intérpretes profesionales —algo que Administración debería proporcionar— si no que se prefiere recurrir a otras soluciones *ad hoc*, aunque se disponga de intérpretes voluntarios. Creemos que se recurre antes a un compañero o al acompañante del paciente, entre otras soluciones *ad hoc*, debido sobre todo a la disponibilidad horaria o, en el caso de utilizar como intérprete al acompañante, debido a

la cercanía y a la confianza con el usuario extranjero. Abril y Martin (2011: 1528) explican que, si el localizar un intérprete y esperar a que llegue supone un retraso para las consultas médicas, sobre todo si estas se encuentran saturadas, resulta lógico que se perciba la interpretación como un obstáculo, más que como una herramienta útil a la que poder recurrir. Por otra parte, los encuestados también han expresado en las encuestas que con bastante frecuencia se comunican mediante gestos, a sabiendas del riesgo que conlleva el uso de estos, los cuales pueden tener significados diferentes en las distintas culturas. Asimismo, observamos también que la mayoría afirma que con bastante frecuencia recurren al acompañante del paciente para poder trasladar la información a este último.

A continuación, se detallan las preguntas que están íntegramente relacionadas con los intérpretes voluntarios. Se explica por qué se ha escogido cada pregunta, basándonos sobre todo en los distintos artículos que se han leído, en opiniones generales e investigaciones actuales. Mediante los análisis de estas respuestas se pretende verificar el resto de las hipótesis que se planteaban al comienzo de este trabajo. Se tratan de nueve preguntas que buscan respuestas de carácter abierto y, sobre todo, la opinión personal sobre el papel del intérprete voluntario en los hospitales seleccionados.

La pregunta número once y doce están conectadas. En la pregunta once se cuestiona al personal sanitario si cree que es necesaria la presencia de un intérprete para facilitar la comunicación. En numerosos artículos se habla sobre lo que piensa la Administración con respecto a esta cuestión, pues no reconoce la necesidad de contratar intérpretes profesionales y, por ende, limita el derecho a la salud de los inmigrantes en situación irregular. Sin embargo, con esta pregunta nos gustaría aclarar qué piensan los que trabajan diariamente y se encuentran cara a cara con estas dificultades comunicativas. Un 80 % de los encuestados ha aceptado que es necesaria la presencia de un intérprete para facilitar la comunicación; sin embargo, un 20 % ha contestado que no siempre esto es necesario. En la siguiente pregunta pretendemos concretar un poco más y completar la pregunta anterior, es decir, en este caso cuestionamos al personal sanitario si cree que es necesaria la presencia de un intérprete si ya entiende el idioma del paciente extranjero.

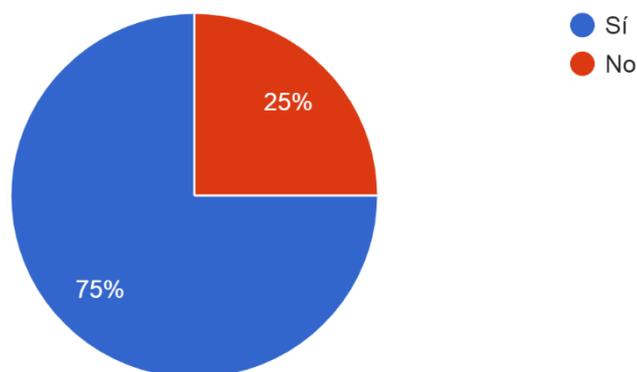


Gráfica 8. Necesidad de la presencia de un intérprete si ya el facultativo conoce el idioma extranjero

Los resultados aquí llaman la atención y confirman parte de la segunda hipótesis. El 65 % de los encuestados niega la necesidad de la presencia de un intérprete si ya conoce el idioma del paciente extranjero. Esto quiere decir que algunos profesionales sanitarios no ven la necesidad de emplear los servicios de interpretación profesional y afirman que con conocer el idioma es suficiente. A través de la gráfica 8 podemos comprobar cómo existe un

desconocimiento de la profesión y el pensamiento de que basta con ser bilingüe para poder interpretar. Abril y Martín (2011: 1527) ya comentaban esta cuestión y explicaban que el personal sanitario suele sobrevalorar su competencia lingüística y piensa que puede comunicarse a través de una lengua común —como el inglés o el francés—, con ayuda de la comunicación no verbal y contando con los recursos clínicos —exploración y pruebas diagnósticas— para cubrir las deficiencias del intercambio verbal. A veces, incluso, no se trata de desconocer la figura del intérprete, sino que se resisten a emplear sus servicios por encontrarlos ajenos o extraños a su entorno laboral habitual, por creer que no es necesario o por considerar que son una intromisión en la relación médico-paciente. Abril y Martín concluyen que «en este sentido, la implantación de cualquier sistema de interpretación debería ir acompañada de medidas de sensibilización entre los profesionales de la salud para optimizar su uso».

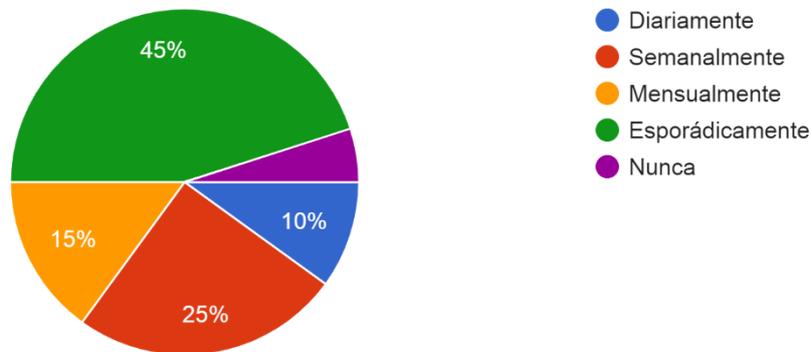
Otro de los puntos clave para conocer la opinión del personal sanitario acerca de los intérpretes voluntarios es saber su formación a la hora de trabajar en conjunto con los intérpretes. En la parte teórica de este trabajo, hemos comentado lo importante que sería que el personal sanitario recibiera formación para trabajar conjuntamente con los intérpretes. Con respecto a este tema, en la pregunta número trece se cuestiona acerca de si creen que sea necesario que el personal sanitario reciba formación para poder trabajar con intérpretes. Con esta pregunta estamos dando por hecho que este tipo de formación no se recibe en los hospitales seleccionados para nuestro trabajo, sin embargo, nos gustaría conocer la opinión del personal facultativo. Como se puede observar en la gráfica 9, un 75 % ha respondido que sí es necesario frente a un 25 % que considera lo contrario. La cooperación entre ambas partes podría favorecer que existiera un servicio de mayor calidad para el paciente extranjero, asimismo, creemos que sería importante que se concienciara a los usuarios mediante cursos durante las carreras relacionadas con la medicina sobre la importancia de la interpretación en su trabajo y cómo trabajar con los intérpretes. No obstante, si no se les proporcionara este tipo de formación al personal sanitario, sería interesante que se les facilitara una especie de documento o tríptico, como por ejemplo, se viene haciendo en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, en el que se explicara cómo trabajar con un intérprete en una consulta médica, con directrices básicas, como que se dirija siempre al paciente, que sepa que el intérprete interpretará todo lo que se diga en la consulta, que utilice un lenguaje sencillo, etc.



Gráfica 9. Formación para trabajar junto con intérpretes

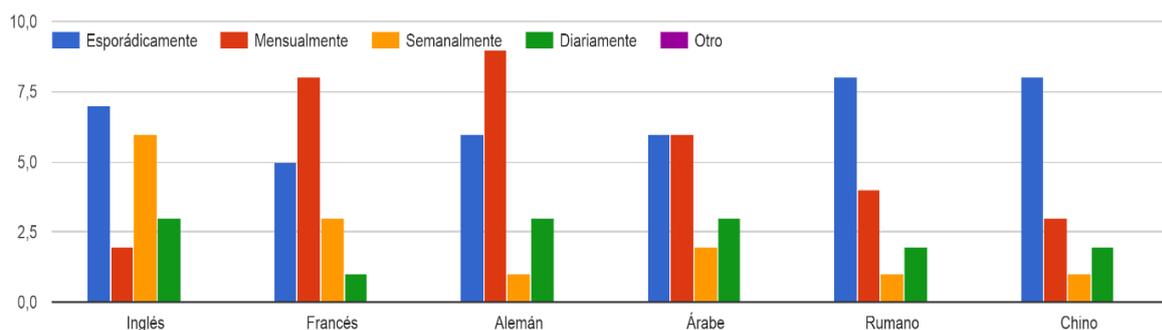
En la pregunta número catorce se cuestiona a los encuestados acerca de con qué frecuencia han requerido los servicios de los intérpretes voluntarios. En este caso, podemos observar en

la gráfica 10 que existe una amplia variedad de opiniones y no coinciden sobre cada cuánto tiempo requieren estos servicios. Un 45 % de los encuestados afirma necesitar estos servicios de manera esporádica; un 25 %, de manera semanal; un 15 %, mensualmente; un 10 %, diariamente; y un 5 %, nunca.



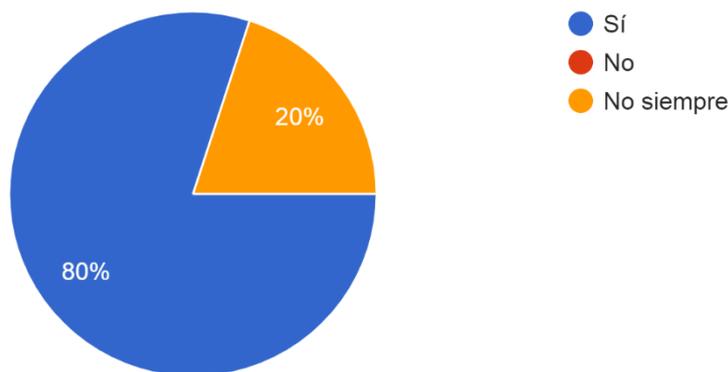
Gráfica 10. Frecuencia con la que se recurre a intérpretes voluntarios

Otra pregunta que se les plantea a los encuestados es que indiquen para qué idiomas de los usuarios se demandan servicios de interpretación y con qué frecuencia. La mayoría de los encuestados están de acuerdo en que los tres idiomas que suelen demandarse diariamente son el alemán, el inglés y el árabe. Esto es algo evidente, ya que, como hemos observado en el apartado en el que se estudiaba el entorno social-demográfico de la Costa del Sol, la mayoría de los turistas y residentes extranjeros provienen de países en los que se hablan estos idiomas. Por otra parte, aunque en menor medida, también se han solicitado servicios de interpretación para el francés, el rumano y el chino. Esto quiere decir también que los intérpretes voluntarios son capaces de cubrir una amplia variedad de idiomas, incluyendo lenguas tan exóticas como el árabe o el chino.



Gráfica 11. Idiomas para los que se demandan servicios de interpretación y frecuencia

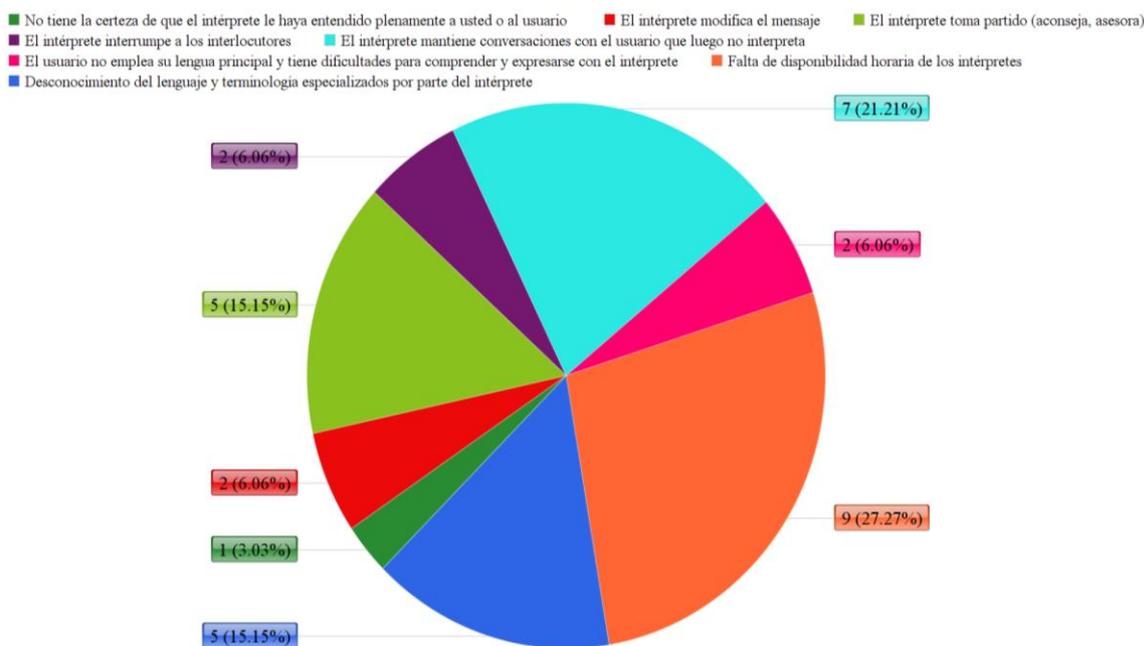
A partir de la pregunta número dieciséis se cuestiona al personal sanitario acerca de la calidad de las interpretaciones realizadas por los intérpretes voluntarios, es decir, cuando trabajan con la ayuda de los intérpretes voluntarios, ¿los resultados son satisfactorios? Con esta pregunta se pretende valorar la opinión que tiene el personal facultativo sobre la calidad de la interpretación de los intérpretes voluntarios en general. He aquí los resultados:



Gráfica 12. Calidad de las interpretaciones realizadas por intérpretes voluntarios

Un 80 % de los encuestados ha contestado que los resultados son satisfactorios y un 20 %, que no siempre es así. Llama especial atención que nadie ha respondido que los resultados sean desfavorables. Teniendo en cuenta estas respuestas y las que se daban a la pregunta anterior sobre a qué soluciones recurren cuando se enfrentan a problemas comunicativos con un paciente extranjero, en la que preferían otras soluciones en lugar de acudir a los intérpretes voluntarios, llegamos a la siguiente cuestión: ¿por qué no reclaman la ayuda de los intérpretes voluntarios en casi el 100 % de las ocasiones si consideran que los resultados son satisfactorios?

Las respuestas a la siguiente pregunta podrían esclarecer esta cuestión que se acaba de comentar. En la pregunta número diecisiete se pregunta al personal sanitario si ha experimentado problemas al trabajar con intérpretes voluntarios y, en caso afirmativo, que indiquen cuál/es han sido. Los resultados obtenidos han sido los siguientes:



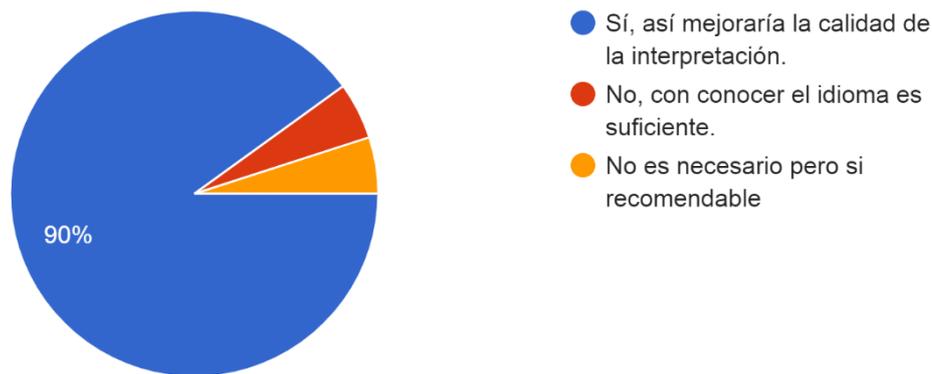
Gráfica 13. Problemas al trabajar con intérpretes voluntarios

En esta pregunta se le permitía al encuestado elegir múltiples opciones. Como podemos observar en la gráfica 13, prácticamente todos los encuestados coinciden en que el problema

más común que han tenido a la hora de trabajar con intérpretes voluntarios ha sido que existe falta de disponibilidad horaria por parte de estos, es decir, esto podría responder a la pregunta anterior de por qué el personal sanitario no reclama la ayuda de los intérpretes voluntarios en casi el 100 % de las ocasiones si creen que los resultados que obtienen son satisfactorios. Si bien es cierto que los miembros de las asociaciones que se estudian en este trabajo cubren una gran cantidad de horas, aunque a veces no es suficiente; sin embargo, se tratan de voluntarios, por lo que no se les puede exigir que cubran las 24 horas del día.

Observando la gráfica anterior, vemos que muchos de los encuestados han respondido que el intérprete mantiene conversaciones con el usuario que luego no traduce, que desconoce el lenguaje y terminología especializados y que toma partido (aconseja, asesora). En el marco teórico hemos hablado sobre dos tipos de enfoques que puede utilizar el intérprete, el enfoque mediador o el enfoque imparcial. El mediador es aquel que normalmente utilizan los intérpretes *ad hoc* y el imparcial, los intérpretes profesionales, el cual se caracteriza por dar invisibilidad al intérprete. Esta diferencia de enfoques de las que nos habla Hale (2010: 41) se corrobora teniendo en cuenta las respuestas obtenidas a esta pregunta, puesto que, como podemos observar, el intérprete voluntario no se caracteriza en este caso por ser invisible, sino que mantiene conversaciones con el usuario que luego no interpreta, lo cual implica que más adelante en la conversación puedan existir posibles malentendidos entre el médico y el paciente por no interpretar todo lo que se ha dicho en la consulta. Además, el intérprete proporciona consejos al paciente, es decir, no solo no es invisible, sino que rompe uno de los principios más importantes del código deontológico, la imparcialidad. Por otra parte, los encuestados también afirman que en muchas ocasiones los intérpretes no conocen el lenguaje y la terminología especializados. La interpretación en el ámbito sanitario se caracteriza por un alto grado de densidad terminológica y un lenguaje especializado de enorme dificultad, por lo que, para poder realizar este tipo de interpretaciones, el intérprete requiere una amplia documentación previa y, en el caso de que el médico mencione conceptos que el intérprete desconozca, este debe pedir las aclaraciones correspondientes para facilitar así la comunicación médico-paciente. En este caso, es evidente que al intérprete voluntario no se le puede exigir una documentación previa y un bagaje terminológico extenso en medicina, puesto que son voluntarios, pero debe quedar claro que este desconocimiento puede suponer un riesgo para el usuario extranjero.

Teniendo en cuenta este último aspecto, la pregunta dieciocho quiere conocer la opinión del personal sanitario sobre si los intérpretes voluntarios deberían recibir formación específica en interpretación sanitaria, es decir, conocer las técnicas de interpretación, la terminología específica del ámbito sanitario, etc.



Gráfica 14. Formación en interpretación para los intérpretes voluntarios

Teniendo en cuenta la gráfica 14, la respuesta es clara: el 90 % ha respondido que sí, ya que mejoraría la calidad de la interpretación, aunque un 5 % considera que con conocer el idioma es suficiente y el otro 5 % cree que no es necesario, pero sí recomendable.

Las últimas dos preguntas son de carácter abierto, ya que se pretende conocer más detalladamente la opinión del personal facultativo. La pregunta diecinueve cuestiona al facultativo si considera que es necesario también que los intérpretes voluntarios reciban formación acerca de la diversidad de culturas a las que puede enfrentarse durante la situación comunicativa médico-paciente. Estas fueron las respuestas obtenidas:

Encuestado 1	Sí.
Encuestado 2	Sí.
Encuestado 3	No necesario, pero sí recomendable dado que con alguien que comprenda la cultura del paciente se pueden entender mejor las expresiones y la comunicación puede mejorar.
Encuestado 4	Sí, porque la atención sería especializada y centrada para cada caso.
Encuestado 5	No puesto que considero que los intérpretes ya conocen la diversidad cultural.
Encuestado 6	Sí, ya que según la cultura habrá que abordar a los pacientes de una forma u otra.
Encuestado 7	Es fundamental conocer sus costumbres, tradiciones, religión y formas de vida.
Encuestado 8	No creo que se pueda exigir tanto a una persona voluntaria.
Encuestado 9	Sí, consiguiendo así que no haya tantas adversidades a la hora de comunicarse con ellos.
Encuestado 10	Sí, para comunicarse mejor.
Encuestado 11	No hace falta.
Encuestado 12	Sí.
Encuestado 13	Sí. Casos como la ablación del clítoris requiere de conocimiento de la etnia de las pacientes afectadas para facilitar la comunicación.
Encuestado 14	Cada cultura tiene una manera de expresar la enfermedad, además dependiendo de su cultura preferirán un tratamiento frente a otro.
Encuestado 15	No lo sé.
Encuestado 16	Sí...para que se respete la diversidad cultural.
Encuestado 17	Sí, para poder ejercer de mediadores correctamente.

Encuestado 18	Sí, ya que muchas veces tenemos problemas para atender a personas de otras culturas y existen malentendidos.
----------------------	--

Tabla 6. Necesidad de que los intérpretes voluntarios reciban formación acerca de la variedad de culturas

Como podemos observar, la mayoría de los encuestados coinciden en que es importante que los intérpretes reciban formación sobre la diversidad de culturas. Probablemente, estos hayan experimentado situaciones en las que la cultura de los pacientes haya sido un factor importante y decisivo durante las consultas. Respuestas como «cada cultura tiene una manera de expresar la enfermedad», «dependiendo de su cultura preferirán un tratamiento frente a otro», «[...] muchas veces tenemos problemas para atender a personas de otras culturas y existen malentendidos» o «casos como la ablación del clítoris requiere de conocimiento de la etnia de las pacientes afectadas para facilitar la comunicación», entre otras, dejan entrever que quizás estos sean problemas que ocurren comúnmente en las consultas de los hospitales y que generan dificultades a la hora de realizar un diagnóstico óptimo.

Asimismo, otra respuesta que se ha obtenido ha sido «no creo que se pueda exigir tanto a una persona voluntaria», es decir, el personal sanitario parece ser consciente de que, al fin y al cabo, son intérpretes voluntarios y que, por mucho que se quiera conseguir los resultados más óptimos e interpretaciones de calidad, la realidad es que se ha de profesionalizar este trabajo y se ha de contratar al personal adecuado para realizar esta función, es decir, intérpretes profesionales.

La última pregunta de esta encuesta tiene que ver con la diferencia con respecto a la calidad de los servicios de interpretación proporcionados por un intérprete voluntario y aquellos realizados por un intérprete profesional. Con esta pregunta queremos saber qué piensa el personal sanitario sobre la calidad de ambos servicios, es decir, si cree que es la misma o si existen diferencias, por ello, también les pedimos que razonen su respuesta. Las respuestas obtenidas han sido las siguientes:

Encuestado 1	No, el profesional está más cualificado.
Encuestado 2	Sí.
Encuestado 3	Un intérprete profesional en teoría el servicio que ofrece debería ser de mayor calidad dado que está preparado específicamente para eso y tienen mayor formación en principio.
Encuestado 4	Sí, mientras el intérprete conozca muy bien la lengua extranjera.
Encuestado 5	Si creo que aportan la misma calidad porque se limitan a traducir ambos.
Encuestado 6	Podría llegar a ser la misma o incluso mejor, creo que depende del interprete y su experiencia.
Encuestado 7	Sería mejor el profesional porque tendría disponibilidad inmediata y disminuiría el tiempo y calidad de la entrevista.
Encuestado 8	Evidentemente no.
Encuestado 9	Un intérprete profesional debería manejar mejor la situación.
Encuestado 10	Sí.
Encuestado 11	Todo depende del individuo, pero diría que sí es posible.
Encuestado 12	No.
Encuestado 13	Si en casos de urgencia y falta de disponibilidad de uno profesional.
Encuestado 14	Creo que siendo los dos intérpretes deben de tener una calidad parecida, sin embargo, un profesional tendría la obligación de llevarlo a cabo con el menor número de errores posibles.

Encuestado 15	No, realizan un gran trabajo de forma voluntaria y desinteresada. Pero creo que deberíamos tener intérpretes profesionales.
Encuestado 16	Pienso que sí ...porque lo que se pide es simplemente traductor.
Encuestado 17	No, salvo que la persona voluntaria se haya formado en el ámbito por su cuenta (cursos, lecturas...).
Encuestado 18	No, no tiene la misma calidad la interpretación realizada por un intérprete voluntario que por un intérprete profesional. Aun así, los intérpretes voluntarios que tenemos en el centro de salud suelen resolver los problemas rápidamente.

Tabla 7. Diferencias de la calidad de la interpretación profesional y voluntaria

Los resultados son claros, más o menos, un 50 % de los encuestados piensa que la calidad no es la misma y que con un intérprete profesional los resultados serían mejores, mientras que la otra mitad cree que los servicios que proporcionan los intérpretes voluntarios tienen la misma calidad que aquellos de los intérpretes profesionales. Los resultados son desoladores, pues según las respuestas obtenidas, podemos observar que se desconoce la figura del intérprete profesional, su formación, su rol, las funciones que debe desempeñar un intérprete y, además, una confusión en la denominación —traductor en lugar de intérprete—. De hecho, hay ciertas respuestas, como las de los encuestados 4, 5 y 16, que explican que la calidad de las interpretaciones de un intérprete profesional y de un intérprete voluntario es la misma puesto que ambos conocen la lengua extranjera y se limitan solo a «traducir», es decir, podemos deducir aquí que el personal sanitario ve al intérprete como un agente externo al acto de comunicación que se limita solo a reproducir el mensaje en una lengua y en otra. Esta percepción del intérprete como si fuera una *translation machine* se ha comentado también en otros estudios, sin embargo, como explica Wadensjö (1998: 69) «*reproducing or rendering speech actions of others is a fairly creative activity*» [reproducir las palabras de otros es una actividad bastante creativa].

También habría que tener en cuenta que, según las respuestas obtenidas en la pregunta número 10, el 81,25 % de los encuestados expresaban que pocas veces —o nunca— habían recurrido a los servicios de los intérpretes profesionales. Si desconocen cómo trabaja un intérprete cualificado, no pueden saber al 100 % si la calidad varía. Además, una vez más ocurre lo mismo que comentábamos en otros puntos: «en España todavía demasiada gente no distingue entre el conocimiento de idiomas y la capacidad para traducir o interpretar» (Martin, 2000: 220).

4.1.2. Intérpretes voluntarios

A continuación, se estudiarán las respuestas recogidas —un total de 26— en las encuestas realizadas a intérpretes voluntarios de las distintas asociaciones que trabajan en diferentes hospitales y en un centro de salud de la Costa del Sol, mayormente, se tratan de preguntas de carácter abierto, puesto que se busca definir de la manera más detallada posible el papel y la situación de estos intérpretes. El 38,5 % de los encuestados interpretan en el Hospital Comarcal de la Axarquía; el 34,6 %, en el Centro de Salud de Nerja; el 23,1 %, en el Hospital Costa del Sol; y el 3,8 %, en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. La edad comprendida de los encuestados se encuentra entre los 23 y los 83 años, siendo el 76,92 % de los encuestados mayores de 60 años. El sexo predominante es el femenino con un 80,8 % frente al masculino con un 15,4 %. El 19,2 % de los encuestados han nacido en España; el 26,92 %, en Gran Bretaña; el 11,53 %, en Bélgica; y el resto se divide entre Alemania, Chile,

Francia, Holanda, Italia, Países Bajos, Suiza y Venezuela. En cuanto a la formación académica recibida, la mayoría de los encuestados son diplomados en disciplinas como Derecho, Medicina, Enfermería, Farmacia, Ingeniería, etc.; y el 15,38 %, licenciados en carreras relacionadas con los idiomas, como Filología Francesa, Filología Inglesa, Filología Española y Traducción e Interpretación.

En la pregunta número cinco se les cuestiona a los intérpretes en qué lenguas interpreta y los niveles correspondientes. Los niveles de conocimientos de los idiomas son los percibidos por ellos mismos y en ningún momento en la investigación se les ha solicitado documentos acreditativos. El 91,66 % de los encuestados ha expresado que las lenguas en las que interpreta son en inglés-español con un nivel que ellos mismos perciben como alto o nativo/bilingüe; el 42,3 %, en francés-español con un nivel alto o nativo/bilingüe y el 19,23 %, con un nivel medio o bajo; y el 42,3 %, en alemán-español con un nivel alto o nativo/bilingüe y el 15,38 %, con un nivel medio o bajo.

En la pregunta número seis se le cuestiona al intérprete cuándo comenzó a dedicarse a la interpretación voluntaria. Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Encuestado 1	2005
Encuestado 2	2001
Encuestado 3	1986
Encuestado 4	Hace 6 años.
Encuestado 5	Marzo 2015.
Encuestado 6	Junio de 2011.
Encuestado 7	Hace un año.
Encuestado 8	2012
Encuestado 9	10 años.
Encuestado 10	2011
Encuestado 11	Hace 6 años.
Encuestado 12	Hace 8 años.
Encuestado 13	Hace muchos años.
Encuestado 14	02/2019
Encuestado 15	En 2011
Encuestado 16	Hace 3 años.
Encuestado 17	2016
Encuestado 18	2015
Encuestado 19	Diciembre de 2015.
Encuestado 20	1989
Encuestado 21	2009
Encuestado 22	Octubre de 2011.
Encuestado 23	Hace dos años.
Encuestado 24	Hace 2 años.

Tabla 8. Año de comienzo como intérprete voluntario

Como se puede observar en las respuestas de la tabla 8, el tiempo varía, puesto que nos encontramos desde personas que llevan solo 5 meses como intérpretes voluntarios hasta otras que llevan 33 años ejerciendo esta labor. A la vista de estos resultados, existe la curiosidad de saber por qué estas personas en un momento de su vida pensaron en dedicarse a la interpretación voluntaria, por ello, se decide realizar la pregunta número siete. Estas fueron las respuestas obtenidas:

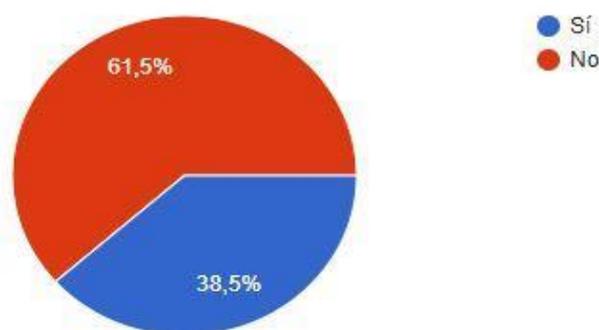
Encuestado 1	Por casualidad mi padre se puso enfermo y descubrí esta labor en los hospitales.
Encuestado 2	Porque me encanta ayudar a la gente.
Encuestado 3	Simplemente para ayudar.
Encuestado 4	Porque no hay mayor felicidad que ayudar a los demás.
Encuestado 5	Por el fallecimiento de mi compañero sentimental en el Hospital Carlos Haya. Quería devolver algo al Servicio Andaluz de Salud.
Encuestado 6	Altruismo.
Encuestado 7	Porque yo he sido paciente.
Encuestado 8	Me gusta y me siento en mi ambiente.
Encuestado 9	Para ayudar a la gente.
Encuestado 10	Quiero ayudar a la gente y me interesan las cosas médicas.
Encuestado 11	Me estaba jubilando de manera progresiva y quería seguir usando mis idiomas. Me pareció un trabajo importante e interesante.
Encuestado 12	¡Me gusta mucho!
Encuestado 13	Me gusta ayudar a la gente/Interés médico.
Encuestado 14	Para ocupar mi tiempo libre a una buena causa.
Encuestado 15	He llegado ser pensionista con 63 y en mis talentos han estado el conocimiento de lenguas. He querido ayudar.
Encuestado 16	Para ayudar a mis semejantes a la vez de ayudarme a mí misma y tener algo que hacer.
Encuestado 17	Por vocación.
Encuestado 18	Para que otras personas pudieran beneficiarse de mi capacidad de hablar varios idiomas.
Encuestado 19	Para facilitar al paciente.
Encuestado 20	Para cooperar en la relación médico-paciente.
Encuestado 21	Para ayudar a los no hispanohablantes.
Encuestado 22	Para ayudar a la comunidad extranjera muy numerosa en esta zona.
Encuestado 23	Para ayudar a gente y la compañía de los compañeros.
Encuestado 24	Porque me di cuenta de que podía ayudar.
Encuestado 25	La necesidad de la interpretación es algo evidente y, ya que no existe una regularización de momento, decidí hacerlo de manera voluntaria.

Tabla 9. Motivos por los que se dedican a la interpretación voluntaria

Como vemos en la tabla 9, existen respuestas de todo tipo, pero la mayoría de ellas coinciden: para ayudar a la gente. Además, por sus palabras, es evidente que se sienten muy satisfechos con la labor que realizan; algunos de ellos son jubilados y han decidido invertir su tiempo en ayudar a sus compatriotas, otros, sienten la necesidad de devolver al servicio de salud lo que han hecho por ellos o por sus familiares y, otros, por altruismo.

Para conocer más detalladamente los usuarios a los que interpretan los intérpretes voluntarios en la zona de la Costa del Sol, se les ha realizado la pregunta número ocho, en la que se les cuestiona a los intérpretes el país de procedencia de los pacientes a los que interpreta. Según las respuestas obtenidas, hemos podido observar que la gran mayoría proviene de países angloparlantes, Alemania, Francia, Bélgica, Suiza y Holanda.

Las siguientes tres preguntas tienen que ver con la formación en interpretación que poseen los intérpretes voluntarios. La pregunta número nueve cuestiona al encuestado si ha recibido formación en interpretación.



Gráfica 15. Formación en interpretación

Como podemos observar en la gráfica 15, el 61,5 % de los intérpretes no ha recibido formación en interpretación frente a un 38,5 % que sí han recibido formación. A continuación, veamos las respuestas a la pregunta número diez en la que se cuestiona qué tipo de formación han recibido aquellos que han confirmado haber recibido formación en interpretación.

Encuestado 1	Realicé un curso en la facultad de París.
Encuestado 2	Trabajé durante 4 semanas dentro de un equipo de intérpretes experimentados observando y a continuación observada por el equipo.
Encuestado 3	Soy diplomado en Multilinguas.
Encuestado 4	Formación básica del presidente de la asociación de intérpretes voluntarios.
Encuestado 5	AIL (Institute of Linguists).
Encuestado 6	Estudios de idiomas: formación profesional alta.
Encuestado 7	Escuela de idiomas en Alemania.
Encuestado 8	1. Recibí un manual con instrucciones. 2. Acompañamiento durante 3 semanas por mis compañeros de la asociación.
Encuestado 9	En el grado, en el máster y cursos.
Encuestado 10	Máster.

Tabla 10. Formación en interpretación

Teniendo en cuenta las respuestas recibidas, el 30 % de los encuestados afirma que ha realizado cursos de interpretación o un máster. Por otra parte, el 70 % de las respuestas expresan que los intérpretes se han formado en lenguas o que han recibido formación básica por parte de los compañeros o del presidente de la asociación de intérpretes voluntarios a la que pertenece. Sin embargo, las respuestas de los encuestados siempre sugieren lo mismo, pues se iguala el conocimiento de idiomas con el saber interpretar.

Al igual que hemos preguntado qué tipo de formación han recibido los encuestados en interpretación, a aquellos que contestaron en la pregunta número nueve que no han recibido este tipo de aprendizaje, les preguntamos ahora, mediante la pregunta once, si creen que es importante formarse como intérpretes y si les gustaría recibir formación en interpretación. Las respuestas obtenidas han sido las siguientes:

Encuestado 1	Sí.
Encuestado 2	Sí, si no necesita mucho tiempo/estudios.

Encuestado 3	No cabe duda de que toda formación es positiva, pero ninguno somos traductores oficialmente cualificados. He estudiado mucho vocabulario médico y con la práctica vas aprendiendo muchísimo.
Encuestado 4	Hay que hablar bien los idiomas para interpretar y conocer algunos términos médicos.
Encuestado 5	Para interpretación supongo que es buena idea en general o para certificación, pero no me interesa.
Encuestado 6	Sí a las dos. Siempre viene bien la formación.
Encuestado 7	Creo que no sería mal una formación básica para gente que no está acostumbrada a trabajar en entorno médico.
Encuestado 8	Creo que nuestro grupo de voluntarios tiene mucha experiencia con lenguas y viviendo en España mucho tiempo (31 años) y Alemania (17 años). Nosotros tratamos de solucionar problemas con experiencia.
Encuestado 9	La interpretación voluntaria es más de vocación que de formación, se hace de manera desinteresada. Sin embargo, una formación adicional no estaría de más.
Encuestado 10	Siempre es bueno aprender.
Encuestado 11	No. Nací hablando inglés y español.
Encuestado 12	Creo importante tener una base médica para explicársela al paciente.
Encuestado 13	Somos voluntarios con formación en el trabajo.
Encuestado 14	Sí, al menos una formación básica en el ámbito en el que se desarrolla nuestra actividad.
Encuestado 15	No, por mi edad y después de 10 años de experiencia.
Encuestado 16	Creo que eso siempre es mejor.

Tabla 11. Formación en interpretación

En este caso, el 68,75 % de los encuestados cree que es importante formarse para ejercer de intérprete y reconoce que sería buena idea recibir este tipo de formación, pero entre ellos también consideran que, al fin y al cabo, son intérpretes voluntarios, no tienen la obligación de estar formados, con lo cual, la voluntad de formarse en interpretación sanitaria depende sobre todo de la motivación personal que tenga cada uno. Hay que tener en cuenta que, además de que ya de por sí existe poca formación sobre interpretación sanitaria, pocos voluntarios dispondrán del tiempo y del dinero necesarios para formarse.

El 31,25 % restante considera que ya conoce los idiomas o es bilingüe y que ya tiene mucha experiencia interpretando en hospitales, de hecho, una de las respuestas dice:

«nosotros tratamos de solucionar los problemas con experiencia». Entraría en juego aquí otra cuestión importante y debatible: ¿puede una persona llegar a ser intérprete profesional —sin tener formación en interpretación— por tener una larga trayectoria de experiencia en interpretación? Si observamos las respuestas, el encuestado 15 dice: «no, por mi edad y después de 10 años de experiencia». En todo este trabajo se ha contemplado siempre la formación como factor básico para que se pueda desempeñar una labor profesional y, por consiguiente, se realicen interpretaciones de calidad. El ser intérprete sanitario es un trabajo vocacional y que requiere unas técnicas y unos conocimientos específicos del ámbito. Ahora bien, hay voluntarios, como el encuestado número 15 que parecen darse cuenta de que, tras tanto tiempo, tantas interpretaciones y tanta experiencia sirven para dedicarse a la interpretación y consiguen lo más importante: comunicar de manera efectiva. El análisis de las respuestas obtenidas en esta pregunta permite afirmar que también debe tenerse en cuenta

la experiencia que han ido adquiriendo algunos intérpretes. No obstante, no cabe duda de que, para pulir esa experiencia, se podría combinar con cursos de interpretación. De hecho, las universidades y, en concreto, la Universidad de Málaga, la cual oferta el Grado en Traducción e Interpretación, podría aprovechar la existencia de estas asociaciones para crear un convenio de prácticas con los hospitales en los que estas se encuentran y prestarse ayuda mutua. Esto podría permitir que los estudiantes tuvieran acceso a esta realidad laboral y cooperaran junto con los intérpretes voluntarios, con el fin de que estos últimos pudieran transmitir a los estudiantes su experiencia y que los estudiantes les trasladaran sus conocimientos adquiridos en el grado. Si bien este es un tema que genera una gran controversia y que sería interesante estudiar en futuras investigaciones.

La pregunta doce está relacionada con el acto de la interpretación en las consultas médicas; aquí se pretende conocer qué tipos de dificultades suelen darse y cómo y cuándo actúan los intérpretes para solventar estos problemas. Las respuestas obtenidas han sido las siguientes:

Encuestado 1	Nuestra asociación interviene cuando hay falta de comunicación entre cualquier personal del hospital y el usuario externo e interno.
Encuestado 2	Cada caso es diferente, pero paciencia es lo más importante.
Encuestado 3	Barrera idiomática entre pacientes y profesionales sanitarios facultativos y no facultativos. El profesional sanitario me llama si lo necesita.
Encuestado 4	Un problema típico es que el/la paciente y su pareja hablan a la vez y tengo que pedir la ocasión de oír.
Encuestado 5	Todo tipo de problemas. Traducción completa médica.
Encuestado 6	La explicación técnica. Buscar las palabras adecuadas.
Encuestado 7	Poca paciencia, saben más que el médico. Actuar con tranquilidad y explicar el procedimiento.
Encuestado 8	Vocabulario. Diccionario.
Encuestado 9	A veces no se puede oír al médico, pero pido que lo repita. No es un problema.
Encuestado 10	Algunos pacientes quieren decir al profesional lo que tienen que hacer. Algunos (pocos) profesionales demuestran poca tolerancia hacia los extranjeros ya que muchos no entienden cómo funciona el sistema aquí. No tienen claro a qué tienen derecho con la tarjeta europea y algunos abusan de esta tarjeta. (No están de vacaciones, sino viven aquí permanentemente). Resolvemos las situaciones con tacto y explicando las dudas/confusiones, etc.
Encuestado 11	Pacientes que están acostumbrados a un trato diferente en su país. Médicos que no les gusta que el paciente no aprenda español si vive aquí. Mediar lo mejor posible.
Encuestado 12	Terminología médica que no conozco. Pregunto al médico una explicación para traducir más fácil.
Encuestado 13	A veces no conozco todas las palabras de los médicos, pero mirando en Google siempre encontrarás la respuesta.
Encuestado 14	Algunos pacientes son impacientes, no todos, gracia a Dios. Se les debe explicar de forma clara la manera en que se hacen las cosas en España (diferente a su país de origen).
Encuestado 15	Transmitiendo al paciente lo que me comunican los doctores.
Encuestado 16	1. El acento andaluz puede dificultar el entendimiento. 2. Algunos términos médicos que no conozco. Solución: pedir al médico una explicación más detallada antes de pasar la información al paciente.

Encuestado 17	Acentos y a veces usos de algunas palabras. No he tenido problemas.
Encuestado 18	El tiempo es breve y el paciente tarda en comprender las indicaciones del médico.
Encuestado 19	Desconocimiento de algunos términos médicos. Uso inmediato de una APP en el móvil.
Encuestado 20	Pacientes acostumbrados a tratamientos sanitarios de sus países.
Encuestado 21	Varios. Malentendidos, médicos impacientes. Depende de la situación, pero con calma.
Encuestado 22	Problemas culturales. Intento actuar de puente entre ambas culturas
Encuestado 23	Culturales y lingüísticos. Creo que debemos cambiar a un rol más de mediación que de interpretación

Tabla 12. Tipos de dificultades durante las interpretaciones

Teniendo en cuenta las respuestas que podemos observar en la tabla 12, habría que dividir las dificultades que se dan lugar en el acto comunicativo por cada una de las partes que actúan en el mismo: el paciente, el médico y el intérprete. En cuanto a los pacientes, los intérpretes explican que no respetan los turnos de palabra, tienen poca paciencia, están acostumbrados a los tratamientos sanitarios de sus países y, además, existen problemas culturales y malentendidos. Las soluciones que aportan los intérpretes es cambiar, a veces, a un rol de mediadores, tienen que pedir a los pacientes que respeten los turnos, que tengan paciencia y, además, en muchas ocasiones han de proporcionarles información acerca del funcionamiento de la asistencia sanitaria en España.

Los problemas relacionados por parte del personal facultativo también son variados, pero la mayoría de los intérpretes coinciden en que tienen poca tolerancia y paciencia con los extranjeros, lo cual genera una mayor dificultad en la comunicación. Para los extranjeros, el desconocer el idioma del país al que han llegado ya es una barrera complicada de saltar y, si a esto se le añade la poca tolerancia por parte del país de acogida, hace más difícil la inserción de estas personas en nuestro país.

Por otra parte, a los intérpretes también les surgen dificultades durante el acto comunicativo. En este caso, coinciden en que tienen problemas con la terminología médica y tienen que pedir aclaraciones, o bien, explican que utilizan diccionarios o incluso una APP para poder encontrar los equivalentes de los términos en el otro idioma. Además, teniendo en cuenta que la mayoría de los intérpretes voluntarios son extranjeros, otra dificultad que añaden es que, a veces, tienen problemas para entender el acento andaluz.

La pregunta número trece confirmaría la cuarta hipótesis en la que se plantea que los intérpretes voluntarios no se rigen por un código ético en concreto o solo conocen una parte de este. En este caso, preguntamos a los intérpretes si conocen los códigos éticos y si siguen alguno en concreto. Las respuestas obtenidas han sido las siguientes:

Encuestado 1	Sobre todo, confidencialidad, ajustarse solo a interpretar y no hacer ningún juicio de valor.
Encuestado 2	Todos son importantes pero abiertos a la interpretación.
Encuestado 3	No.
Encuestado 4	Si, sigo los principios de confidencialidad, imparcialidad, respeto, precisión, profesionalidad...
Encuestado 5	Sí, intento seguirlos todos.

Encuestado 6	Sí, los conozco, de hecho, en el hospital se nos han proporcionado folletos a los intérpretes con los estándares de práctica.
Encuestado 7	Sí, sigo los 4.
Encuestado 8	Sí, los conozco y es muy importante seguirlos.
Encuestado 9	Sí, siempre intento tenerlos en cuenta.
Encuestado 10	Sí. Carácter confidencial de la información, protección de datos. Traducir con confidencialidad, imparcialidad e integración.
Encuestado 11	Soy consciente de la importancia de la confidencialidad, imparcialidad, fidelidad y profesionalidad en general.
Encuestado 12	Sí, los sigo todos.
Encuestado 13	Sí, todos.
Encuestado 14	Confidencialidad, imparcialidad, exactitud, integridad, cordialidad, ayuda.
Encuestado 15	Sí. Confidencialidad, imparcialidad, fidelidad e integridad.
Encuestado 16	Sí, todos. Todos deben seguirse de manera puntual.
Encuestado 17	Sí, sigo el principio de confidencialidad.
Encuestado 18	Sí, los sigo.
Encuestado 19	Sí.
Encuestado 20	Sí, es muy importante seguirlos.
Encuestado 21	Sí, todos.
Encuestado 22	Sí, la confidencialidad es muy importante.
Encuestado 23	Claro, sigo los principios de fidelidad e imparcialidad.
Encuestado 24	Sí, pero intento regirme por los puntos que me parecen más éticos de cada uno.
Encuestado 25	Sí, en nuestro hospital nos enseñan que es muy importante seguir el código ético.

Tabla 13. Conocimiento del código ético

En las respuestas de la tabla 13 podemos comprobar que el 96,29 % de los encuestados aseguran conocer el código deontológico y que siguen algunos principios. La mayoría coincide en que el principio que sigue por encima de todo es la confidencialidad y la imparcialidad, asimismo, reconocen que es muy importante seguir el código ético. Sin embargo, teniendo en cuenta la pregunta diecisiete en la que se le cuestionaba al personal sanitario si ha experimentado problemas a la hora de trabajar con los intérpretes voluntarios, las respuestas recibidas generan cierta discrepancia con las respuestas que dan aquí los intérpretes, pues el 25 % del personal facultativo respondió que, a veces, el intérprete toma partido y aconseja al paciente, lo cual hace que se rompa el principio de imparcialidad. Sería interesante poder investigar personalmente y asistir en un futuro a las consultas en las que sea necesaria la ayuda de intérpretes voluntarios para así verificar las respuestas de ambas partes.

En la siguiente pregunta, la número catorce, se les cuestiona a los intérpretes si alguna vez han rechazado sus servicios y cuáles han sido los motivos. El 68 % de los encuestados han respondido que han rechazado sus servicios porque un amigo o familiar realizaría la interpretación; como ya hemos visto en el apartado teórico, esto suele ocurrir con frecuencia y algunos pacientes se sienten más seguros si les interpreta alguien cercano a ellos, sin tener en cuenta el riesgo que esto supone. El 8 % explica que han rechazado sus servicios por desconfianza; el 4 %, porque el paciente y el médico «se defendían como podían»; y, el 24 % asegura que nunca han rechazado sus servicios. Además, algo que llama especialmente la

atención es que el 12 % explica que se han negado a sus servicios porque el paciente ya llevaba a su propio intérprete.

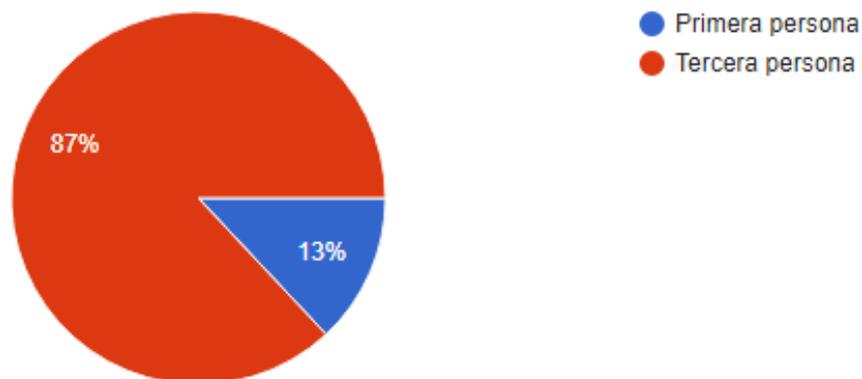
Con la pregunta número quince se pretende averiguar si los intérpretes, además de interpretar, han de realizar otras labores y con qué frecuencia. Si bien es cierto que los intérpretes voluntarios no solo están ahí para ayudar a sus compatriotas a saltar barreras lingüísticas y culturales, sino que los propios pacientes se apoyan en ellos para que los cuiden y los guíen durante su consulta o estancia en el hospital, puesto que se sienten más seguros y cómodos en un país extranjero teniendo al lado a personas que hablan su mismo idioma y pueden comprenderles. Teniendo esto en cuenta, analicemos las respuestas obtenidas:

Encuestado 1	No.
Encuestado 2	No.
Encuestado 3	Sí ya que nuestra asociación lo estipulan en nuestros estatutos, pero rara vez ocurre.
Encuestado 4	Muchas y con mucha frecuencia.
Encuestado 5	Muchas, cada turno que realizo. Atender llamadas exteriores para solucionar dudas y problemas, gestionar citas para pacientes hospitalizados, tramitar material ortopédico para pacientes hospitalizados, trámites con los seguros de los pacientes, acompañar en mortuorio a familiares de pacientes fallecidos, trámites en archivos, administración, facturación, ayudar a las distintas secretarías de las especialidades a realizar llamadas para dar citas para consultas y o para operaciones, etc.
Encuestado 6	Sí. Más frecuente es dirigir a pacientes españoles a consultas.
Encuestado 7	Sí. Por ejemplo, comprar cosas que les faltan a los pacientes extranjeros.
Encuestado 8	Sí, acercarles la comida a los pacientes extranjeros, comprar agua y buscar lectura.
Encuestado 9	Sí. Tareas administrativas.
Encuestado 10	Sí. En muchas ocasiones.
Encuestado 11	Sí. Con mucha frecuencia los apoyo emocional y práctico y explico cómo funciona el sistema sanitario o el día a día en el hospital. El apoyo práctico puede ser ofrecer el uso de mi teléfono, comprar una botella de agua o un ticket para el wifi.
Encuestado 12	Sí. Muchas veces.
Encuestado 13	Sí. Muchas veces. Tareas administrativas, ayudar a pacientes a contactar con alguien, muchas cosas.
Encuestado 14	Sí, no muy frente. Visitas a pacientes con el Servicio Social.
Encuestado 15	Sí. Frecuentemente ayudando al paciente cuando ha sido necesario.
Encuestado 16	No. Voluntariamente acompaño a pacientes cuando no reciben visita de familiares.
Encuestado 17	Sí, de vez en cuando.
Encuestado 18	Sí, varias veces al día.
Encuestado 19	Sí.
Encuestado 20	Explicar a los pacientes extranjeros cómo rellenar formularios o algunas cosas relacionadas con la medicación. Intento que no suceda muy a menudo.
Encuestado 21	Sí, acompañar a los pacientes a la administración.

Tabla 14. Labores que realizan los intérpretes además de interpretar

El 90,47 % de los encuestados aseguran que realizan otras labores además de interpretar y la mayoría coinciden en que esto sucede con bastante frecuencia. Entre las diferentes tareas que desempeñan se encuentran: atender y realizar llamadas, tareas administrativas, tramitar material, gestionar citas a los pacientes y comprar cosas que necesiten los pacientes hospitalizados, además de visitarles y darles apoyo emocional.

Por otra parte, también queríamos constatar si, tal y como explicamos en la parte teórica, los intérpretes no cualificados hacen uso de la tercera persona del singular durante sus interpretaciones. Por ello, en la pregunta dieciséis preguntamos a los intérpretes qué persona gramatical utilizan al interpretar. El 87 % de los encuestados contestaron que utilizan la tercera persona del singular frente a un 13 % que hacen uso de la primera persona del singular. Como ya comentábamos anteriormente, la primera persona suelen utilizarla los intérpretes que han recibido formación en interpretación. El uso de la tercera persona hace que parezca que haya dos conversaciones paralelas, una entre médico e intérprete y otra entre paciente e intérprete, es decir, entorpece el acto comunicativo.



Gráfica 16. Persona que utiliza el intérprete al interpretar

Como ya se ha visto anteriormente, entre las destrezas y aptitudes que conlleva la práctica de la interpretación se incluye la resistencia y capacidad para afrontar el estrés, así pues, las consecuencias de trabajar en el ámbito sanitario pueden llegar a ser bastante perjudiciales si el intérprete no toma conciencia y no está preparado para superarlas. Con la pregunta número diecisiete queremos conocer cómo actúan los intérpretes voluntarios ante el estrés psicológico al que se exponen en este tipo de interpretaciones. Las respuestas obtenidas son las siguientes:

Encuestado 1	Ningún estrés
Encuestado 2	Intentar hablar tranquilamente y escuchar atentamente a todos los presentes.
Encuestado 3	Siempre con tranquilidad. Después de tantos años, no me afecta tanto.
Encuestado 4	Con el paso de tiempo y la experiencia, va mejorando, aunque nunca llegas a acostumbrarte a toda la carga emocional que conlleva esta labor. Por ejemplo, vería muy positivo que se impartiera un curso o taller para aprender a dar malas noticias.
Encuestado 5	Intento mantener la calma. En casa, considero que tengo mucha suerte personal y buena salud. Ya he sido testigo de la muerte de mis padres y de mi compañero sentimental e intento apoyar a la gente de la misma manera en la que me trataron los médicos durante aquellos sucesos. Aunque vivo sola, tengo muchos amigos que me ayudan a vivir bien.

Encuestado 6	Tranquilo.
Encuestado 7	Intento mostrarme fuerte.
Encuestado 8	Respirar hondo e intentar estar tranquila ante la situación.
Encuestado 9	No sufro estrés.
Encuestado 10	No tengo estrés psicológico, pero hay momentos bastante emocionantes. A veces es bueno hablar con mis compañeros.
Encuestado 11	Sobre todo, hablando con los compañeros. También con mi mujer. Siempre respetando la confidencialidad.
Encuestado 12	No tengo estrés psicológico.
Encuestado 13	Estoy acostumbrada de la farmacia.
Encuestado 14	Dejo las emociones a un lado.
Encuestado 15	A veces hay que respirar profundamente y muy importante quedarse tranquilo enfrente del paciente.
Encuestado 16	No considero este trabajo como estresante, sino más bien satisfactorio.
Encuestado 17	Con tacto, amabilidad y cortesía.
Encuestado 18	Pasando tiempo con mis compañeros, la trabajadora social del hospital y el coordinador de los intérpretes.
Encuestado 19	Con tranquilidad y profesionalismo.
Encuestado 20	Tengo la suerte de no sufrir estrés psicológico.
Encuestado 21	Intentando pasar página lo antes posible.
Encuestado 22	Intentando concentrarme en la tarea.
Encuestado 23	No tengo estrés. Cuando voy a casa intento olvidar todo lo que ha pasado.
Encuestado 24	Intento relajarme y no dejar que me influya.
Encuestado 25	Intento seguir formándome y manteniéndome al margen.

Tabla 15. Maneras de hacer frente al estrés psicológico

El 68 % de los encuestados coincide en que intenta relajarse, estar tranquilo y no dejar que le influya el trabajo en la vida personal, además, intentan apoyarse entre los compañeros para desahogarse de ciertas situaciones que pueden ser traumatizantes. Uno de los encuestados comenta también que «vería muy positivo que se impartiera un curso o taller para aprender a dar malas noticias»; aunque no cabe duda de que algunas situaciones puedan afectar a los intérpretes en mayor o menor medida, gestionar el estrés y los impactos psicológicos también forma parte de un proceso de formación. No obstante, no estaría de más proporcionarles frecuentemente a los intérpretes voluntarios servicios de psicología para aliviar la carga emocional que supone esta labor.

Anteriormente, en las encuestas realizadas al personal sanitario se le cuestionó a este acerca de si cuando trabajaba con intérpretes voluntarios, los resultados eran satisfactorios, a lo que el 80 % de los encuestados afirmó que así era. Con la pregunta número dieciocho queremos conocer qué piensa la otra parte, es decir, los propios intérpretes: ¿cuál considera usted que es el grado de satisfacción de sus servicios? Estas son las respuestas obtenidas:

Encuestado 1	Alto.
Encuestado 2	Creo que para la mayoría muy bien.
Encuestado 3	Excelente.
Encuestado 4	8/10.
Encuestado 5	Máximo. Soy feliz cuando estoy efectuando esta labor en el hospital.
Encuestado 6	Alto. Los profesionales igual que los pacientes nos agradecen voluntariamente, muchos con auténtico cariño.

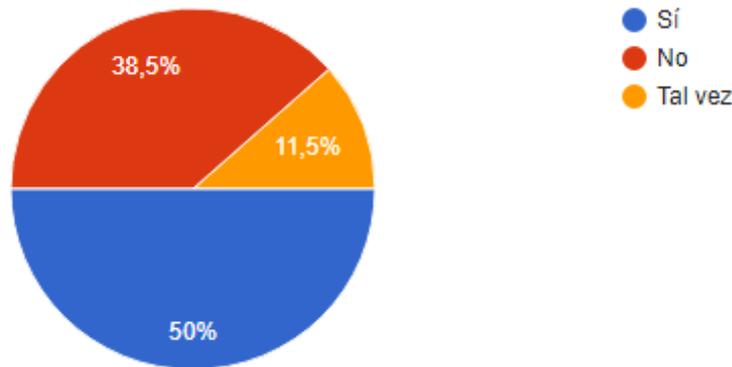
Encuestado 7	Perfecta.
Encuestado 8	El agradecimiento tanto de los médicos como de los pacientes.
Encuestado 9	Me siento muy satisfecha con mi trabajo. Más si los médicos me lo agradecen.
Encuestado 10	Altísimo.
Encuestado 11	Altísimo.
Encuestado 12	Altísimo. Nos lo dice todo el mundo.
Encuestado 13	La gente está muy agradecida.
Encuestado 14	Alto al ver los agradecimientos de los pacientes.
Encuestado 15	Creo que los pacientes están muy satisfechos con nuestros servicios. Yo, personalmente, tengo una gran sensación de satisfacción cuando resuelvo los problemas de los pacientes.
Encuestado 16	Satisfactorio, al menos es lo que manifiestan.
Encuestado 17	Alto, según los pacientes.
Encuestado 18	Muy buena.
Encuestado 19	Espero que sea muy alto.
Encuestado 20	Bastante alto, pero depende del paciente.
Encuestado 21	Alto.
Encuestado 22	8.

Tabla 16. Opinión de los intérpretes voluntarios sobre el grado de satisfacción de sus servicios

En este caso, el 100 % de los encuestados considera que el grado de satisfacción de sus interpretaciones es muy alto, añadiendo que esto no lo dicen ellos mismos, sino que los médicos y los pacientes así lo manifiestan.

Una vez que ya conocemos la opinión del personal sanitario a la hora de trabajar conjuntamente con los intérpretes voluntarios a través de la pregunta número trece realizada a este colectivo, es necesario también conocer la opinión de la otra parte involucrada, en este caso, de los intérpretes voluntarios. En este caso, mediante la gráfica 17 podemos observar que la mitad de los encuestados, el 50 %, considera que sí se debería formar al personal sanitario para poder trabajar con intérpretes. Además, la gráfica muestra que el 38,5 % cree que no es necesario que se realice esta formación y un 11,5 % cree que tal vez sea necesario. Con respecto a estas dos últimas respuestas, se ha de comentar que cualquier formación es buena para ambas partes. Los médicos y los intérpretes deben trabajar en equipo para logran resultados óptimos, entender cada uno las necesidades de la otra parte y no dar nada por hecho. En la misma pregunta que se le realizó al personal sanitario comentábamos que sería interesante proporcionarle un folleto informativo con directrices básicas sobre cómo trabajar con los intérpretes. Hale (2010: 61) propone otro ejemplo: proporcionar sesiones formativas diarias previas a la consulta con los intérpretes; sin embargo, hay que reconocer que en algunos ámbitos el tiempo juega en contra. El objetivo de esta propuesta sería que tanto el médico como el intérprete tuvieran la oportunidad de explicar sus respectivas tareas, expectativas y necesidades antes de comenzar la consulta. Los profesionales sanitarios presentarían el caso al intérprete, le explicarían los objetivos de la consulta, los procedimientos y otra información que pudiera ser relevante para la tarea del intérprete. Por otra parte, el intérprete explicaría su labor, cómo se trabaja con él, le alertaría sobre posibles diferencias culturales, etc. Además, lo ideal sería que el intérprete recibiera información sobre el caso que va a interpretar con un día de antelación para poder prepararse. Por ende, mediante este enfoque, mejoraría tanto la comprensión mutua de las profesionales como la calidad de la interpretación.

Los encuestados que han respondido que no es necesario que el personal sanitario reciba este tipo de formación, probablemente son intérpretes que desconocen lo que supone que los facultativos sepan cómo trabajar con ellos, puesto que facilitaría con creces su labor y proporcionarían a los pacientes servicios de mayor calidad.



Gráfica 17. Formación para trabajar junto con el personal sanitario

En la pregunta número veinte preguntamos a los intérpretes voluntarios si creen que es necesario que reciban formación acerca de la diversidad de culturas a las que pueden enfrentarse durante la situación comunicativa médico-paciente. Las respuestas obtenidas han sido las siguientes:

Encuestado 1	No.
Encuestado 2	Sí, por las diferentes culturas de cada país
Encuestado 3	La comunicación en cualquier cultura es diferente, poco a poco se puede aprender, pero lleva su tiempo.
Encuestado 4	No.
Encuestado 5	Como he dicho anteriormente, toda formación es buena y positiva. El saber no ocupa lugar. Pero en mi opinión y hablando desde mi experiencia en el tiempo que llevo ejerciendo este servicio no encuentro ni he encontrado ningún problema derivado de la diversidad de culturas. Pero claro que sería positivo. Siempre hay que estar aprendiendo.
Encuestado 6	Los compañeros intérpretes nos comunicamos con frecuencia acerca de la diversidad. Por ejemplo: la diferencia entre ingleses y españoles por dolor, los ingleses intentan ser nobles, mientras los españoles se quejan con razón.
Encuestado 7	Sí.
Encuestado 8	No creo que sea necesario ya que somos de origen de los países del idioma que interpretamos o hemos vivido allí.
Encuestado 9	No.
Encuestado 10	No. En mi experiencia, todos mis compañeros son muy conscientes de culturas diversas. La mayoría han viajado mucho o vivieron en lugares en los que existen otras culturas.
Encuestado 11	No. Tratamos principalmente con europeos y somos conscientes de las pequeñas diferencias.
Encuestado 12	Siendo extranjeros creo que ya sabemos mucho sobre ese tema.
Encuestado 13	Sí.

Encuestado 14	No, creo que yo puedo traducir a cualquier persona, da igual su nacionalidad. No tengo miedo por eso.
Encuestado 15	Sí, porque cada cultura es diferente.
Encuestado 16	Sí, siempre es necesario aprender.
Encuestado 17	No necesariamente, esto es responsabilidad del personal sanitario.
Encuestado 18	No lo creo, por la brevedad y limitación objetiva en el interrogatorio médico.
Encuestado 19	No imprescindible. El intérprete actúa en el ámbito de una cultura determinada que se supone que conoce.
Encuestado 20	Sería interesante si fuera posible.
Encuestado 21	Creo que no.
Encuestado 22	Sí, porque me he encontrado en situaciones en las que el personal médico parecía no querer entender las aclaraciones culturales que yo le hacía.
Encuestado 23	Sí, no conocer la cultura lleva a problemas de comunicación y malentendidos que pueden tener un desenlace fatal.

Tabla 17. Opinión sobre la formación acerca de la diversidad de culturas

Prácticamente, casi la mitad de los encuestados —un 47,82 %— cree que no es necesario recibir este tipo de formación. Muchos de ellos afirman que las interpretaciones que realizan son para pacientes de origen europeo, que han viajado o vivido en lugares donde existen otras culturas, que la nacionalidad del paciente es irrelevante e incluso que el conocer la cultura del paciente extranjero le corresponde al profesional sanitario. El 52,17 % restante cree que esto es importante y ve como algo positivo el adquirir conocimientos acerca de este tema, el cual puede llegar a convertirse en un enorme problema en la comunicación médico-paciente si no se tiene en cuenta.

Por último, la pregunta número veintiuno quiere conocer la opinión de los intérpretes acerca de si creen que la labor del intérprete profesional/voluntario está infravalorada. Las respuestas obtenidas son las siguientes:

Encuestado 1	Infravalorada por la gente que no sabe que esta labor existe.
Encuestado 2	En nuestro hospital, ¡no!
Encuestado 3	Tal vez.
Encuestado 4	Para nada, todo lo contrario. Solo puedo hablar del Hospital Costa del Sol. Valoran muchísimo nuestro trabajo. De hecho, el Colegio de Médicos de Marbella nos da un homenaje en el mes de junio por nuestra labor.
Encuestado 5	Creo haber ganado el respeto de profesionales, de los cuales, la mayoría vive por su trabajo y no pueden ser voluntarios.
Encuestado 6	Un intérprete profesional sí, pero yo no soy profesional.
Encuestado 7	El personal en general está muy agradecido por nuestra labor. Pero de la dirección de vez en cuando esperamos una señal.
Encuestado 8	No. Recibimos muchas donaciones y nos están muy agradecidos.
Encuestado 9	Sí. No ven la necesidad de tener a profesionales ya que estamos nosotros, los voluntarios.
Encuestado 10	No. Todo el mundo está muy agradecido.
Encuestado 11	A veces, hay pacientes que hablan mal con nosotros y esperan que resolvamos sus problemas serios (todos por su culpa) cuanto se trata de las tarjetas de sanidad o las tarjetas de su seguro. No me gusta que

	me griten y son arrogantes. A veces, hay que explicarles que somos voluntarios y que trataremos de hacer un buen trabajo. Pero yo quiero que se nos respete más. También los familiares de los pacientes están muy agradecidos y llegan a nuestra mesa del hospital para darnos las gracias personalmente.
Encuestado 12	No, al menos en este centro de salud.
Encuestado 13	Creo que sí. Pero eso les corresponde a los profesionales valorarlo.
Encuestado 14	No, todo el personal es respetuoso con nosotros (pero sí hay personal médico que tiene resistencia a atender a extranjeros que no hablan español).
Encuestado 15	No, el profesional sanitario nos agradece la ayuda que le damos.
Encuestado 16	En absoluto, se nos agradece nuestra labor.
Encuestado 17	En nuestro ámbito de actuación está valorada.
Encuestado 18	En general, sí, quizás porque es gratuita para el hospital.
Encuestado 19	Sí, no les gusta mucho nuestra interferencia.
Encuestado 20	Totalmente.
Encuestado 21	Sí.

Tabla 18. Opinión acerca de si la labor del intérprete voluntario/profesional está infravalorada

El 42,85 % de los encuestados afirma que la labor del intérprete está infravalorada. Algunos creen que es la figura del intérprete profesional la que se infravalora, ya que no se contrata a intérpretes profesionales porque tienen a los voluntarios. Además, un encuestado ha respondido que al personal sanitario no le gusta su interferencia y otro, que algunos pacientes les tratan mal y que tienen que explicar que se tratan de intérpretes voluntarios y que no se les puede exigir más. Por otra parte, el 57,14 % considera que su labor no está infravalorada, puesto que tanto médicos como pacientes les agradecen su trabajo e incluso que reciben homenajes y donaciones. Es evidente que más de la mitad de los intérpretes creen que su labor no está infravalorada, ya que están prestando un servicio gratuito y empleando su tiempo a ayudar tanto al personal sanitario como a los usuarios extranjeros en los hospitales, lo cual siempre es digno de agradecer. Desgraciadamente, el tener a estos intérpretes voluntarios hace que la Administración desista de contratar a intérpretes profesionales, con lo cual, esto es uno de los motivos por los que se produce la infravaloración del intérprete profesional. Como se comentaba en el apartado teórico del trabajo, el hecho de que la Administración no contrate intérpretes cualificados, con una formación específica en interpretación, provoca que cualquier persona pueda ejercer como intérprete, ya que tienden a pensar que las barreras lingüísticas pueden franquearse utilizando personal voluntario, familiares, facultativos con idiomas, etc.

Llegamos al fin del análisis de las respuestas a las encuestas realizadas, por lo que pasaremos ahora al apartado de las conclusiones que se han extraído a partir del estudio que se ha llevado a cabo.

5. CONCLUSIONES

A partir de los datos aportados por los participantes en las encuestas realizadas y del análisis que se ha llevado a cabo, procedemos a poner de manifiesto una serie de reflexiones. Si bien es cierto que una mayor participación en las encuestas habría ayudado más a que este estudio llegara a buen puerto; sin embargo, aunque la cantidad de respuestas obtenidas no ha sido del todo elevada, ha sido suficiente para realizar un análisis y sacar conclusiones. También creemos que con las encuestas hemos seguido describir de manera más detallada el perfil de los intérpretes voluntarios, su manera de trabajar y su estatus.

En primer lugar, al consultar con todas las asociaciones presentes en esta área geográfica hemos conseguido describir el papel de intérprete voluntario desde el punto de vista del personal sanitario de los distintos hospitales seleccionados de la Costa del Sol, el cual suele atender diariamente a turistas y extranjeros residentes que normalmente tienen problemas para comprender el idioma. Como solución a los problemas comunicativos médico-paciente, el personal sanitario recurre a intérpretes *ad hoc*, como compañeros que conocen el idioma, familiares o acompañantes del paciente e intérpretes voluntarios de las asociaciones que hemos estudiado en el presente trabajo con el fin de facilitar la comunicación con los usuarios alófonos. En dichas ocasiones es probable que, por falta de formación en interpretación, estos intérpretes hayan cometido errores o incluso incumplido algunos principios del código ético inherentes a esta profesión y, como consecuencia, no se habrá obtenido una comunicación del todo eficaz con los pacientes extranjeros, comprometiendo así la calidad de la asistencia sanitaria prestada. Según el personal sanitario, los intérpretes voluntarios han presentado distintos tipos de dificultades durante las interpretaciones en las consultas, por ejemplo, que el intérprete mantiene conversaciones con el usuario que luego no interpreta, que desconoce el lenguaje y la terminología especializados y que asesora y aconseja al paciente. Aun existiendo estas dificultades, la mayoría de los profesionales sanitarios que han recurrido a estos intérpretes afirman estar satisfechos con los resultados obtenidos o consideran que estos son aceptables. El problema aquí es que, como explica Hale (2010: 46): «la cuestión importante no es si el médico se contenta con un arreglo, sino si el paciente recibe el tratamiento adecuado». Entraríamos entonces en otro aspecto importante que también se ha querido estudiar en este trabajo, el grado de concienciación que tiene el personal sanitario sobre el uso de la interpretación voluntaria u otras soluciones de tipo *ad hoc*. Creemos que el motivo de su satisfacción con la labor de la interpretación ejercida por los intérpretes voluntarios se debe en gran medida al desconocimiento, por un lado, de las posibles consecuencias que se pueden producir al recurrir a esta solución —por ejemplo, posibles negligencias derivadas de una mala interpretación— y, por otro lado, del papel del intérprete en el contexto sanitario y de los requisitos que este debe cumplir para desempeñar adecuadamente su labor. Sin embargo, también hemos visto que el 90 % del personal sanitario encuestado cree que los intérpretes voluntarios deberían recibir formación en interpretación para así mejorar la calidad de las interpretaciones que realizan, es decir, son conscientes de que, recibiendo una base formativa, estos pueden mejorar su labor, aunque parece ser que de momento se conforman con lo que tienen. Por otro lado, en la última pregunta que se realiza al personal sanitario, podemos observar que este considera que es suficiente con poseer conocimientos lingüísticos para poder realizar una interpretación de calidad. Con respecto a esto último, hemos dedicado varios apartados de nuestro trabajo a comentar el hecho de que se sigue creyendo que para ser intérprete basta con ser bilingüe, sin embargo, que hay que tener en cuenta otros conocimientos, habilidades y aptitudes para

realizar interpretaciones de calidad. Así pues, de acuerdo con Phelan y Martin (2010: 5): «*the ability to speak two languages does not make an interpreter*» [la capacidad de hablar dos idiomas no te hace intérprete], podemos concluir, por tanto, un escaso reconocimiento por parte del personal sanitario en relación con la actividad del intérprete sanitario y la formación que este necesita para realizar adecuadamente su labor. De hecho, hemos observado que no sabrían indicar si existen diferencias con respecto a la calidad de las interpretaciones llevadas a cabo por intérpretes profesionales y aquellas realizadas por intérpretes voluntarios, ya que muchos de ellos ni siquiera han tenido la posibilidad de trabajar con intérpretes profesionales.

A fin de que el personal sanitario se conciencie acerca de la necesidad de una plantilla de intérpretes cualificados, primero debe existir una concienciación por parte de las instituciones, de ahí, ya se trataría de una cadena. La Administración debe hacerse la idea de que el hecho de contratar a intérpretes profesionales garantizaría una comunicación más efectiva con los pacientes alófonos y, en consecuencia, una mayor satisfacción de dichos pacientes, una reducción de las desigualdades de acceso a los servicios de salud y una mejora en la asistencia sanitaria prestada. Además, no solo se trata de concienciación, sino del total cumplimiento de la Ley Orgánica 4/2000 y la Ley de Salud de Andalucía.

Con respecto a los intérpretes voluntarios en esta área geográfica podemos decir que, en cierta medida, hemos conseguido perfilar su rol a partir de la información recogida que ellos mismos nos han aportado a través de nuestras encuestas. Cada intérprete tiene una historia detrás, pero el perfil de intérprete voluntario de los hospitales de la Costa del Sol es claro: extranjero asentado, de origen europeo, bilingüe, mayor de 60 años. En cuanto al porqué se dedican a la interpretación voluntaria es algo en lo que también coinciden: altruismo, el querer ayudar a sus compatriotas. Tienen un sentimiento de empatía y compasión derivado de las consecuencias negativas por las barreras lingüísticas a las que se tuvieron que enfrentar ellos en su momento. En cuanto a su formación, la mayoría no ha adquirido formación en interpretación, aunque afirman que sería interesante poder obtenerla. Asimismo, coinciden también en que tienen problemas con la terminología médica y la jerga que utilizan los médicos y explican que en las consultas perciben otros problemas comunicativos, como que los pacientes interrumpen, existen malentendidos a causa de las diferencias culturales, algunos médicos tienen poca paciencia y tolerancia, etc.

En cuanto a la definición del papel del intérprete sanitario, volvemos a verificar a través de las encuestas que esta es difusa. Al intérprete voluntario se le encarga otras tareas que nada tienen que ver con la interpretación, por ejemplo: visitar a pacientes extranjeros, proporcionándoles apoyo emocional derivado de ese sentimiento de empatía que comentábamos anteriormente (lo cual quebrantaría también el principio de imparcialidad); realizar tareas administrativas; atender llamadas; ayudar en la secretaría; etc., es decir, están ahí para cooperar en todo lo que haga falta. Aunque el intérprete quiera ir más allá y quiera ayudar haciendo otro tipo de labores que no se corresponderían con las del intérprete, sino a aquellas que realizarían los familiares de los pacientes, los administrativos y los trabajadores sociales, está promoviendo el hecho de que no exista una delimitación clara de la figura del intérprete.

En relación con el código deontológico, la mayoría de los intérpretes voluntarios es consciente de la importancia de este en nuestra profesión y nombran así algunos principios, tales como la imparcialidad, la confidencialidad, la fidelidad, etc. Hemos podido comprobar también que para ellos es muy importante seguir los principios del código ético, de hecho, algunos afirman que disponen de un folleto con algunas indicaciones sobre cuestiones de

ética, entre cuyos principios se encuentra la imparcialidad. Sin embargo, observando los resultados de la pregunta en la que se les cuestiona sobre si realizan labores que no sean propias del intérprete, explican que a menudo proporcionan apoyo emocional a los pacientes, con lo cual, existe una importante contradicción entre imparcialidad y acercamiento al paciente. Por consiguiente, sería necesario comprobar mediante investigaciones futuras si se siguen estos principios a rajatabla o más bien si solo se siguen algunos de ellos como consecuencia de su falta de formación profesional; además, también sería interesante conocer cómo actúan en aquellos casos más extremos. Asimismo, hemos comprobado que existe una jerarquía en las asociaciones, en las que hay un coordinador, que es el encargado de capacitar a los nuevos intérpretes y se asegura de que estos nuevos miembros entiendan y sigan los estándares de práctica que ellos mismos elaboran, es decir, existe una especie de «entrenamiento» previo controlado por los antiguos miembros, que corresponde a una parte esencial para convertirse en voluntario.

Mediante las encuestas también se pretendía conocer la opinión que tienen los propios intérpretes con respecto a la calidad de sus interpretaciones. Aquí es cuando los intérpretes se han apoyado en la opinión de los médicos y de los pacientes, afirmando que el grado de satisfacción es alto y que su labor es reconocida, puesto que reciben donaciones, premios, cartas de agradecimiento de los pacientes, etc. En resumen, los voluntarios están motivados no solo por su sentimiento de empatía, sino por la búsqueda de satisfacción de los médicos y pacientes para fortalecer su posición como miembros de la comunidad local y de la sociedad en general.

A través de esta investigación hemos podido comprobar que las asociaciones de intérpretes voluntarios han alcanzado un estatus muy alto, similar al de los trabajadores sociales. Además, cada asociación consta de una serie de normas que los intérpretes deben cumplir, en las que la empatía y la compasión se encuentran a la cabeza de la lista. No solo se dedican a la interpretación, sino que realizan otras labores principalmente relacionadas con aquellas que podría realizar un trabajador social. Sin embargo, tal y como explica Mesa (2000: 74), citando lo que dijo un trabajador social: «*We cannot afford to use a social worker as an interpreter. Our sense of analysis, of assessment and of psychological interpretation will colour our translation. A volunteer is there to help the client and this role will influence the quality of his translation*». [No podemos permitirnos el lujo de usar a un trabajador social como intérprete. Nuestro sentido del análisis, de la evaluación y de la interpretación psicológica influirá en nuestra interpretación. Un voluntario está ahí para ayudar al cliente y su papel influirá en la calidad de su interpretación]. Esto quiere decir que existen riesgos de utilizar profesionales bilingües como intérpretes voluntarios, puesto que este profesional no podrá ser imparcial y se guiará sobre todo por sus percepciones profesionales, al igual que ocurriría al utilizar a un intérprete voluntario, el cual se guiará por sus sentimientos de empatía.

Llegados a este punto, se ha de admitir que los intérpretes voluntarios han adquirido un grado de autonomía mayor que el de los intérpretes profesionales, a pesar de que estos posean formación profesional. Se podría decir que los intérpretes voluntarios llenan el vacío que existe en la ISP en el ámbito sanitario, aun sin tener formación en interpretación, ya que han sabido llegar a un nivel muy alto en el que los resultados, según las encuestas, parecen ser aceptables.

En este trabajo solo se han estudiado las diversas asociaciones de intérpretes voluntarios correspondientes al contexto sanitario que existen en la Costa del Sol, es decir, una parte de

la provincia de Málaga. A nivel nacional es poco común que este tipo de intérpretes alcancen este grado de institucionalización y reconocimiento que se ha descrito en el presente estudio, por lo que no se puede generalizar o extrapolar estos hallazgos a otros contextos u otras provincias del territorio español. Asimismo, este modelo de interpretación sanitaria promueve un acercamiento al paciente, la visibilidad del intérprete y la no neutralidad, contradiciendo así el modelo tradicional del intérprete sanitario.

Para terminar con este trabajo nos gustaría dejar abierta una pregunta que podría servir como propuesta para futuras investigaciones: ¿las instituciones sanitarias y, en concreto, el personal sanitario se muestra satisfecho con la labor del intérprete voluntario por el hecho de que sabe que trabaja por altruismo o porque desconoce el papel del intérprete y los posibles riesgos de una interpretación de una calidad que los mismos facultativos reconocen como aceptable?

Sea como fuere, al fin y al cabo, lo más importante es que la sociedad tome conciencia de que los intérpretes son indispensables en nuestro país. Es necesario sensibilizar sobre esto a las instituciones y a los ciudadanos, además de elaborar planes de actuación y programaciones para que todas las medidas se pongan en marcha, tal vez, trabajando conjuntamente intérpretes profesionales y voluntarios se pueda conseguir la responsabilidad que tiene España con los ciudadanos extranjeros, siendo su deber proporcionarles unos servicios sanitarios en igualdad de condiciones y a que se les garantice el derecho a expresarse y a ser entendidos en su lengua.

6. BIBLIOGRAFÍA

Abril Martí, Isabel y Martín, Anne (2006). “Percepciones profesionales de los servicios públicos con respecto a la interpretación para la población inmigrante” en *Traducción y multiculturalidad*. pp. 119-129. Disponible en: https://cvc.cervantes.es/lengua/iulmyt/pdf/traduccion_multiculturalidad/14_abril_martin.pdf [Consulta: 16.04.2019]

Abril Martí y Martín, Anne (2008). “Profesionalizar en la práctica: la competencia en Interpretación en los Servicios Públicos como base para la formación de profesionales” en Valero Garcés, C.; Pena Díaz, C., y Lázaro Gutiérrez, R. (eds.) *Investigación y práctica en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Desafíos y alianzas*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.

Abril Martí, María Isabel y Martín, Anne (2011). “La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes” en *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*. pp. 1521-1534. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4051279.pdf> [Consulta: 25.07.2019]

Agencia EFE (2018). *Intérpretes para el idioma de la salud*. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/interpretes-para-el-idioma-de-la-salud/10004-3534410> [Consulta: 21.03.2019]

Agencia Estatal (1998). *Boletín Oficial del Estado*. p.6. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1998/BOE-A-1998-18720-consolidado.pdf> [Consulta: 01-03-2019]

Agencia Sanitaria Costa del Sol (2019). *INTERPRETES VOLUNTARIOS/VOLUNTARY INTERPRETERS*. Disponible en: <https://hcs.es/web/page.cfm?id=3509#.XTzDsflzbIV> [Consulta: 21.03.2019]

Aguilar-Solano, María (2015). “Non-professional volunteer interpreting as an institutionalized practice in healthcare: a study on interpreters’ personal narratives” en *Translatin & Interpreting*, 3 (7). pp. 132-146. Disponible en: https://www.academia.edu/18165605/Non-professional_volunteer_interpreting_as_an_institutionalized_practice_in_healthcare_a_study_on_interpreters_personal_narratives [Consulta: 26.06.2019]

Alonso, Iciar y Baigorri, Jesús (2008). “Enseñar la interpretación en los Servicios Públicos: una experiencia docente” en *Revista Electrónica de Didáctica de la Traducción e Interpretación*, 1. pp. 1-25. Disponible en: <http://campus.usal.es/~alfaqueque/publicaciones/iciar/2008ALONSOBAIGORRIserviciospub.pdf> [Consulta: 10.03.2019] 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.

Alonso Araguás, Iciar (2006). “Nuevos desafíos y viejos problemas: algunos antecedentes históricos de la mediación lingüística y la interculturalidad en la España contemporánea” en *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. Extra 1. pp. 15-28. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2198677.pdf> [Consulta: 12.03.2019]

Anderson, R. B. (1976/2002). "Perspectives on the role of interpreter" en Pöhhacker, F. y Shlesinger, M. (eds.) *The Interpreting Studies Reader*. Londres/Nueva York: Routledge. pp. 209-217.

Antonin Martín, Montserrat (2013). *La mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Bellaterra: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona. pp. 88. Disponible en: <http://cort.as/-M-RW> [Consulta: 14.04.2019]

Álvaro Aranda, Cristina (2015). *Quality is in the eye of the beholder. El impacto de la formación en la calidad de la interpretación sanitaria: panorama actual y propuestas de mejora*. Trabajo de fin de máster no publicado. Alcalá de Henares.

AXARQUIAPLUS (2019). *La Asociación de Intérpretes Voluntarios para la Salud de la Axarquía realizó el año pasado 13.480 actuaciones en el Área Sanitaria Málaga-Axarquía*. Disponible en: <https://www.axarquiaplus.es/la-asociacion-de-interpretres-voluntarios-para-la-salud-de-la-axarquia-realizo-el-ano-pasado-13-480-actuaciones-en-el-area-sanitaria-malaga-axarquia/> [Consulta: 12.04.2019]

Balboa Ballester, Irene (2018). *El rol de las intérpretes sanitarias en un hospital privado de la Costa Blanca*. Trabajo de fin de grado no publicado. Universitat Jaume I.

Burdeus Domingo, Noelia (2015). *La interpretación en los servicios públicos en el ámbito sanitario. Estudio comparativo de las ciudades de Barcelona y Montreal*. Tesis doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

Bischoff, Alexander, V Perneger, Thomas *et al* (2003). "Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language" en *British Journal of General Practice*. pp. 541-545. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314645/pdf/14694667.pdf> [Consulta: 10.03.2019]

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

Comisión Europea (2010). *Special Interest Group on Translation and Interpreting for Public Services. Final Report*. Disponible en: https://eulita.eu/wp/wp-content/uploads/files/SIGTIPS_%20Final_%20Report.pdf [Consulta: 01.03.2019]

Comisión Europea Dirección General de Traducción y Representación de la Comisión Europea en España (2011). *Libro Blanco de la traducción y la interpretación institucional*. pp. 58-86. Disponible en: http://www.ritap.es/wp-content/uploads/2012/11/libro_blanco_traducccion_vfinal_es.pdf [Consulta: 06.04.2019]

Consejería de Turismo y Deporte (2017). *Balance del año turístico en Andalucía*. Sevilla. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/turismoydeporte/publicaciones/estadisticas/bata_2017.pdf [Consulta: 25.04.2019]

Del Pozo Triviño, M^a Isabel (2013). "El camino hacia la profesionalización de los intérpretes en los servicios públicos y asistenciales españoles en el siglo XXI" en *Cuadernos de Aldeeu*. pp. 109-125. Disponible en:

<http://aldeeu.org/cuadernos/index.php/CALDEEEU/article/view/37/29> [Consulta: 02.02.2019]

Del Pozo Triviño, M^a Isabel y Campillo Rey, Lucía (2016). “La interpretación telefónica y su práctica profesional. Estudio de caso sobre dos empresas proveedoras del servicio en España” en *Sendeban: Revista de la Facultad de Traducción e Interpretación*, 27. pp. 73-95. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5755686&orden=0&info=link> [Consulta: 17.03.2019]

Diario Sur (2018). *Traductores de bata blanca*. Disponible en: https://www.diariosur.es/marbella-estepona/traductores-bata-blanca-20180826003510-ntvo.html?fbclid=IwAR0nXRbZ1NwhNIVt-SA70ITvafs_XkKEcErsG6qhpVcumjuuBkkE9ttnNDk#ns_campaign=gs-ms&ns_mchannel=diariosur&ns_source=fb&ns_linkname=ltl [Consulta: 21.03.2019]

Erasmus, Mabel (2000). “Community interpreting in South Africa. Current trends and future prospects” en Roberts, R. Carr, S. E., Abraham, D. y Dufour, A. (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings* (Vancouver, BC, Canadá, 19-23 mayo, 1998). Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. pp. 191-206.

Estévez Grossi, Marta (2018). “Interpretación en los Servicios Públicos” en *Lingüística Migratoria e Interpretación en los Servicios Públicos*. Berlín: Frank & Timme. Disponible en: <http://cort.as/-M-FN> [Consulta: 09.04.2019]

Foulquié-Rubio, A., Vargas-Urpi, M. y Fernández Pérez, M. (eds.) (2018). *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades*. Comares.

Funes Chica, Ana Belén (2015). *La interpretación social sanitaria en la Costa del Sol*. Trabajo de fin de grado no publicado. Universidad de Soria.

García Beyaert, S. y Serrano Pons, J. (2009). “Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud” en Morena, J., Alonso, A., Huerga, H. (eds.) *Manual de atención al inmigrante*. Madrid: Ergón.

García Luque, Francisca (2009). “La interpretación telefónica en el ámbito sanitario: realidad social y reto pedagógico” en *Revista Electrónica de Didáctica de la Traducción e Interpretación*, 13. pp. 18-30. Disponible en: <http://www.revistas.uma.es/index.php/redit/article/view/1920> [Consulta: 18.03.2019]

Gibbons, Sarah (2017). *Teoría vs Realidad: la interpretación médica en los servicios públicos de Inglaterra y España. Un estudio comparativo desde las perspectivas de profesionales sanitarios del día de hoy y en el futuro*. Trabajo de fin de máster no publicado. Alcalá de Henares.

González García, Erika (2006). “Traducción e interpretación en los Servicios Públicos de la zona norte: estado de la cuestión” en *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. Extra 1. pp. 151-174. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198699> [Consulta: 28.04.2019]

Gavlovyeh, Nina (2017). *La calidad de los servicios de traducción e interpretación médico-sanitaria en el contexto del turismo de salud en el área de la Comunidad Valenciana*. Trabajo de fin de máster no publicado. Universitat Jaume I.

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

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (2016). *Solidaridad en salud. Voluntarios de la Asociación de Traductores, Expaumi y la Fundación de Atención a Enfermos Oncológicos*. Disponible en: <http://www.huvv.es/noticias/solidaridad-en-salud-voluntarios-de-la-asociacion-de-traductores-expaumi-y-la-fundacion-de-atencion-a-enfermos> [Consulta: 21-03-2019]

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*, 2 (7). pp: 94-111

Kuo D. y Fagan, M. J. (1999). Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *J Gen Intern Med*, 14 (9). pp. 547-550.

Leanza, Yvan (2007). “Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers” en Pöhhacker, F. y Shlesinger, M. (eds.) *Healthcare Interpreting: Discourse and Interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publish.

López Izquierdo, R. Martín del Barco, Ó. H. y Álvarez Manzanares, P. (2007). “Entrevista al paciente inmigrante” en *Actualización en Medicina de Familia*, 3 (5). p. 260. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=630 [Consulta: 13.04.2019]

Lorenzo Damián, Aurora (2017). *La figura del intérprete en los centros de salud de la Comunidad Valenciana: situación actual y comparativa con el modelo de interpretación sanitaria en Australia*. Trabajo de fin de máster no publicado. Universidad de Alcalá.

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

Martin, Anne (2006). “La realidad de la traducción e interpretación en los Servicios Públicos en Andalucía” en *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. Extra 1. pp. 129-150. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2198698.pdf> [Consulta: 25.07.2019]

Martin, Anne e Isabel Abril (2002). “Los límites difusos del papel del intérprete social” Valero Garcés C. y C. Mancho Barés (eds.): *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: nuevas necesidades para nuevas realidades* [CD ROM] Alcalá de Henares, Madrid: Publicaciones Universidad de Alcalá, 55-60.

Martínez-Gómez Gómez, Aída (2008). “Estudio comparativo de la práctica de la interpretación sanitaria en la provincia de Alicante” en Mogorron Huerta, P. J. (ed.) *Grupo de investigación Frasytram*. pp. 1047-1052. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Martínez Fraile, Cristina (2015). “La accesibilidad lingüística en el ámbito sanitario público de Andalucía. Posibilidades de interpretación en el contexto hispano-alemán” en *Magazin*,

23. pp. 32-39. Disponible en: <https://revistascientificas.us.es/index.php/mAGAzin/article/view/7395/6533> [Consulta: 02.04.2019]

Martin, Lien (2015). *La interpretación en el ámbito sanitario y la formación de intérpretes: juegos de rol en un contexto pediátrico*. Trabajo de fin de máster no publicado. Universidad de Gante.

Martín Mora, Lara (2015). *Alófonos, personal sanitario e intérpretes: un triálogo necesario en la realidad social española*. Trabajo de fin de grado no publicado. Universidad de Alicante.

Mateo Alcalá, M^a Carmen (2004). “La interpretación social: hacia el reconocimiento de la profesión” en *Fòrum de recerca*, 10. pp. 2-11. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10234/79127> [Consulta: 23.06.2019]

Mason, Ian (1999) (ed.) *Dialogue Interpreting. The Translator: Studies in Intercultural Communication*, (5).

Mediavilla, Mercedes (2003). “A la salud de Babel” en *Ideal*. pp. 52-53.

Mesa, Anne-Marie (2000). “The cultural interpreter: an appreciated professional” en R. ROBERTS *et al.* (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins. pp. 67-79.

Moya Bataller, Helena (2016). *La situación de la interpretación sanitaria en la ciudad de Gandía*. Trabajo de fin de grado no publicado. Universitat Jaume I.

Navarro Del Hoyo, Irene (2017). *Comunicación penitenciaria. Curso educativo y de formación en interpretación y traducción para internos penitenciarios*. Trabajo de fin de máster no publicado. Universidad de Alcalá.

Navaza, B., Estévez, L. y Serrano, J. (2009). “Saque la lengua, por favor. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España” en *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 30 (10). pp. 141-156. Disponible en: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf [Consulta: 09.05.2019]

Nevado Llopis, Almudena (2015). “La influencia de los profesionales sanitarios en el reconocimiento y el desarrollo de la interpretación médica” en *MonTI*, 2. pp. 185-215. Disponible en <http://hdl.handle.net/10234/149437> [Consulta: 07.04.2019]

Ozolins, Uldis (2014). “Descriptions of Interpreting and their ethical consequences” en *FITISPos International Journal. Public Service Interpreting and Translation*, (1). pp. 23-41. Disponible en: http://www3.uah.es/fitispos_ij/OJS/ojs-2.4.5/index.php/fitispos/article/view/9/5 [Consulta: 13.05.2019]

Parrilla Gómez, Laura (2014). “Códigos éticos: formación para intérpretes” en Postigo Pinazo, E. (ed.) *Optimización de las competencias del traductor e intérprete: Nuevas tecnologías - procesos cognitivos – estrategias*. Berlín: Frank & Timme

Pedrote Sanz, Beatriz (2015). *Visión de la interpretación policial para la comunicación con extranjeros. Estudio de caso*. Trabajo de fin de máster no publicado. Alcalá de Henares.

Pérez Estevan, Elena (2015). *¿Equilibrio de poderes entre el intérprete y el profesional sanitario?: Análisis de la situación y propuesta de formación*. Trabajo de fin de máster no publicado. Universidad de Alcalá.

Phelan, Mary y Martin, Mayte (2010). “Interpreters and cultural mediators – different but complementary roles” en *Translocations*, 6 (1). pp. 4-20.

Requena Cadena, Raúl (2010). *La relevancia del origen cultural del mediador/intérprete en los servicios públicos españoles: el caso de la comunidad china*. Trabajo de fin de máster. Disponible en: <http://www.saludycultura.uji.es/archivos/ATT00005.pdf> [Consulta: 21.03.2019]

Roat, C., Gheisar, B., Putsch, R. y SenGupta, I. (1999). *Bridging the Gap: A Basic Training for Medical Interpreters. Interpreter's Handbook*. Seattle, WA: Cross Cultural Health Care Program.

Rodríguez García, Andrea María (2015). *La comunicación con población extranjera en centros penitenciarios: análisis y propuestas de mejora. Estudio de caso*. Trabajo de fin de máster no publicado. Alcalá de Henares.

Rodríguez Melchor, María Dolores (2014). “El triángulo comunicativo en la consulta médica: la interpretación en el ámbito sanitario en España” en *Traducción e interpretación: Lectura y comprensión de textos especializados en ciencias de la salud*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. pp. 187-198. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/7189> [Consulta: 05.03.2019]

Rose Peterson, Emily (2013). *El impacto de la crisis económica en los servicios de traducción e interpretación en el ámbito sanitario en España: un estudio descriptivo de la política de inmigración y la reforma de la sanidad pública*. Trabajo de fin de máster no publicado. Universidad de Alcalá.

Rudvin, Mette (2007) “Professionalism and ethics in community interpreting. The impact of individualist versus collective group identity” en *Interpreting. International journal of research and practice in interpreting*, 1 (9). pp. 47-69.

Ruiz Mezcuá, Aurora (2013). “La interpretación en los centros sanitarios: ‘A veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete’” en *Skopos: revista internacional de traducción e interpretación*, 3. pp. 185-199. Disponible en: <https://www.uco.es/ucopress/ojs/index.php/skopos/article/view/4397/4164> [Consulta: 10.05.2019]

Ruiz Rosendo, Lucía (2007). “Propuesta de formación en interpretación en el ámbito de la medicina” en *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 26 (9). pp. 173-182. Disponible en: https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n26_tribuna-Ruiz.pdf [Consulta: 01.06.2019]

Sahnoun, Zineb (2014). *La interpretación no profesional: menores marroquíes en los centros de salud de asistencia primaria. Paciente-personal sanitario*. Trabajo de fin de máster no publicado. Universidad de Alcalá.

Sánchez López, Aranzazu (2010). *La interpretación social en los centros sanitarios españoles. Un estudio de caso: El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*. Trabajo de fin de grado. Universidad Pompeu Fabra.

Sanz-Moreno, Raquel (2017). “Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula” en *Panacea@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 46 (18). pp. 114-122. Disponible en: http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n46_tribuna-RSanz-Moreno.pdf [Consulta: 14.04.2019]

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud y familias (2017). *La Asociación de Voluntarios Intérpretes para la Salud de la Axarquía 'AVISA', segunda asociación que se adhiere al blog 'Axarquía es +'*. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/agsemaxarquia/la-asociacion-de-voluntarios-interpretres-para-la-salud-de-la-axarquia-avisa-segunda-asociacion-que-se-adhiere-al-blog-axarquia-es/> [Consulta: 25.03.2019]

Solow, Sharon (1980). *Sign Language Interpreting: A Basic Resource*. Silver Spring, MD: National Association of the Deaf.

Taibi, M. y Martin, A. (2006). “Training public service translators and interpreters: Difficulties in an uncharted field” en *Translation Ireland*, 1 (17). pp. 93-107.

Tebble, Helen (1999). “The Tenor of Consultant Physicians. Implications for Medical Interpreting” en *The Translator. Studies in Intercultural Communication*, 2 (5). pp. 179-200. Disponible en: <http://cort.as/-M-3m> [Consulta: 09.04.2019]

Turismo y Planificación Costa del Sol (2018). *Blance del año turístico 2018. Principales conclusiones*. Málaga.

Valero-Garcés, Carmen (2003). *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. pp. 5-182. Granada: Comares.

Valero-Garcés, Carmen (2006). “El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos: un factor a tener en cuenta” en *Quaderns. Revista de traducción*, 13. pp. 141-154. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/13269747.pdf> [Consulta: 05.03.2019]

Valero-Garcés, Carmen (2010). “Challenging communication in doctor / non-native patient encounters. Two perspectives, three types of interaction and some proposals” en *The Journal of Specialised Translation*, 14. pp. 229-245. Disponible en: https://www.jostrans.org/issue14/art_valero.pdf [Consulta: 10.04.2019]

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1: Encuesta realizada al personal sanitario

Mi nombre es Cintia Ávila, soy estudiante del Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos (Universidad de Alcalá) y la siguiente encuesta es para mi Trabajo de Fin de Máster. El objetivo de la encuesta es la investigación del papel del intérprete voluntario en el ámbito sanitario, desde el punto de vista tanto del personal sanitario como de los propios intérpretes.

Su opinión es muy importante para la realización de mi trabajo y le estaré muy agradecida si puede tomarse 5 minutos para la realización de la encuesta. Esta será totalmente anónima y la información que se recabe se utilizará únicamente con fines académicos y de investigación.

ENCUESTAS AL PERSONAL SANITARIO

- Centro de salud/hospital al que pertenece:

Hospital Comarcal de la Axarquía

Centro de Salud de Nerja

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Hospital Costa del Sol

1. Edad:

2. Sexo:

3. País de nacimiento:

4. Unidad en la que trabaja:

5. Valore sus conocimientos de idiomas marcando en la siguiente tabla la opción correspondiente para cada lengua:

	Nada	Algo	Regular	Muy bien	Nativo/Bilingüe
Español					
Inglés					
Francés					
Alemán					

Árabe					
Otro					

6. ¿Cuál sería el porcentaje de pacientes extranjeros a los que atiende diariamente?

- De 0 % a 10 %
- De 10 % a 30 %
- De 30 % a 50 %
- De 50 % a 80 %

7. Describa que colectivos de usuarios que no dominan el español suelen requerir atención en su lugar de trabajo:

- Turistas
- Extranjeros residentes regularizados
- Extranjeros residentes no regularizados
- Otros (indique cuáles):

8. Indique si se han experimentado problemas de comunicación con los usuarios extranjeros:

- Sí
- No

9. En caso afirmativo, indique cuáles de los siguientes problemas han surgido:

- No hablaban comprensiblemente el idioma
- No sabían leer o escribir
- No entendían las preguntas que les hacían
- Había frecuentes malentendidos
- Otra persona hablaba por ellos
- Gesticulaban, se ponían nerviosos/agresivos o gritaban
- Estaban cohibidos, no se atrevían a hablar
- Presentaban lesiones físicas que no les permitían hablar bien
- No se encontraban en situación de poder comunicarse (shock...)
- Buscaban una implicación personal del funcionario

10. Cuando atiende a pacientes extranjeros, ¿cómo se comunica con ellos?

	Pocas veces	Con cierta frecuencia	Con mucha frecuencia
Mediante gestos o dibujos			
Recurriendo a un compañero que se			

entienda con el usuario			
Recurriendo a sus propios conocimientos del idioma			
Recurriendo al acompañante del paciente			
Pidiéndole al usuario que llame a alguien por teléfono para que haga de intérprete			
Contando con la ayuda de intérpretes voluntarios			
Contando con la ayuda de intérpretes profesionales			

11. ¿Cree que es necesaria la presencia de un intérprete para facilitar la comunicación?

- Sí
 No
 No siempre

12. Usted como personal sanitario, ¿cree que es necesaria la presencia de un intérprete si ya usted entiende el idioma extranjero?

- Sí
 No

13. ¿Cree que es necesario que el personal sanitario reciba formación para poder trabajar con intérpretes?

- Sí
 No

14. ¿Con qué frecuencia aproximada se han requerido servicios de interpretación por parte de los intérpretes voluntarios?

- Diariamente

- Semanalmente
- Mensualmente
- Esporádicamente

15. Indique para qué idiomas de los usuarios se demandan servicios de interpretación y con qué frecuencia aproximada

	Esporádicamente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente	Otro
Inglés					
Francés					
Alemán					
Árabe					
Rumano					
Chino					

16. Cuando ha trabajado con la ayuda de un intérprete voluntario, ¿los resultados han sido satisfactorios?

- Sí
- No
- No siempre

17. Si ha experimentado problemas al trabajar con intérpretes voluntarios, indique cuál/es:

- No tiene la certeza de que el intérprete le haya entendido plenamente a usted o al usuario.
- El intérprete modifica el mensaje.
- El intérprete toma partido (aconseja, asesora).
- El intérprete interrumpe a los interlocutores.
- El intérprete mantiene conversaciones con el usuario que luego no interpreta.
- El usuario no emplea su lengua principal y tiene dificultades para comprender y expresarse con el intérprete.
- Falta de disponibilidad horaria de los intérpretes.

Desconocimiento del lenguaje y terminología especializados por parte del intérprete.

18. ¿Cree usted que los intérpretes voluntarios deberían recibir formación específica en interpretación sanitaria? Es decir, conocer las técnicas de interpretación, la terminología específica del ámbito sanitario, etc.

Sí, así mejoraría la calidad de la interpretación.

No, con conocer el idioma es suficiente.

19. ¿Considera usted que es necesario también que los intérpretes voluntarios reciban formación acerca de la diversidad de culturas a las que puede enfrentarse durante la situación comunicativa médico-paciente? Razone su respuesta.

20. ¿Cree usted que la calidad de un servicio de interpretación realizado por un intérprete voluntario es la misma que la de un intérprete profesional? Razone su respuesta.

7.2. Anexo 2: Encuesta realizada a los intérpretes voluntarios

Mi nombre es Cintia Ávila, soy estudiante del Máster en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos (Universidad de Alcalá) y la siguiente encuesta es para mi Trabajo de Fin de Máster. El objetivo de la encuesta es la investigación del papel del intérprete voluntario en el ámbito sanitario en la zona de la Costa del Sol, desde el punto de vista tanto del personal sanitario como de los propios intérpretes.

Su opinión es muy importante para la realización de mi trabajo y le estaré muy agradecida si puede tomarse 5 minutos para la realización de la encuesta. Esta será totalmente anónima y la información que se recabe se utilizará únicamente con fines académicos y de investigación.

ENCUESTAS A INTÉRPRETES VOLUNTARIOS

- Centro de salud/hospital en el que interpreta:

Hospital Comarcal de la Axarquía

Centro de Salud de Nerja

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Hospital Costa del Sol

1. Edad:

2. Sexo:

3. País de nacimiento:

4. Formación académica:

5. Lenguas en las que interpreta y niveles:

	Nada	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	Nativo/bilingüe
Inglés					
Español					

Francés					
Alemán					
Árabe					
Chino					

6. ¿Cuándo empezó a dedicarse a la interpretación voluntaria?

7. ¿Por qué decidió dedicarse a la interpretación voluntaria?

8. País de procedencia de los pacientes a los que interpreta:

9. ¿Ha recibido formación en interpretación?

Sí

No

10. En caso afirmativo, indique qué tipo de formación ha recibido

11. Si la respuesta anterior es «no», ¿cree que es importante formarse como intérprete y le gustaría recibir formación en interpretación? Razone su respuesta.

12. ¿Qué tipos de problemas comunicativos suelen darse en las consultas médicas? ¿Cómo y cuándo actúa usted para solventar estos problemas?

13. ¿Conoce los códigos éticos del intérprete? ¿Sigue alguno?

14. Si alguna vez han rechazado sus servicios de interpretación, ¿cuáles han sido los motivos?

Porque un amigo/familiar realizaría la interpretación

Por desconfianza

Por otro motivo:

15. Además de interpretar, ¿ha tenido que realizar otras labores? Si es así, ¿con qué frecuencia?

16. ¿Qué persona utiliza al interpretar?

A la hora de interpretar, ¿suele decir "el paciente dice que le duele la pierna" (tercera persona) o directamente traduce como si usted fuera el médico o paciente "me duele la pierna" (primera persona)?

Primera persona del singular

Tercera persona del singular

17. ¿Cómo actúa ante el estrés psicológico al que se expone como intérprete?

18. ¿Cuál considera usted que es el grado de satisfacción de sus servicios?

19. ¿Cree usted que es necesario que el personal sanitario reciba formación para poder trabajar con intérpretes?

Sí

No

Tal vez

20. ¿Considera usted que es necesario también que los intérpretes voluntarios reciban formación acerca de la diversidad de culturas a las que puede enfrentarse durante la situación comunicativa médico-paciente? Razone su respuesta.

21. ¿Cree usted que la labor del intérprete profesional/voluntario está infravalorada? Razone su respuesta

7.3. Anexo 3: Documento de la Consejería de Salud de Andalucía

JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD
Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnología

En Sevilla, a 17 de febrero de 2009

Estimado/a Compañero/a:

En la actualidad, Andalucía se caracteriza por su diversidad y multiculturalidad, de hecho, se observa como en el quehacer diario de la atención sanitaria aumenta progresivamente la demanda asistencial del colectivo de no hispanohablantes constituido por dos grandes grupos de población: por una parte los inmigrantes; y por otra, los turistas, independientemente de que tanto en un grupo como en otro se trate de residentes permanentes o no. Por tanto, no es de extrañar que este colectivo muestre como demanda percibida y sentida, la mejora en la accesibilidad al SSPA.

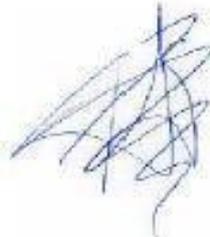
A nivel estratégico, el **III Plan Andaluz de Salud 2003-2008**, propugna el desarrollo de políticas socio-sanitarias que reduzcan las desigualdades, y se marca como uno de sus objetivos principales, la mejora de los servicios de salud para que sean accesibles y asequibles para personas con necesidades especiales. Es en esta línea en la cual se enmarca este servicio de Tele-traducción que pretende implementar los criterios básicos de la política sanitaria en Andalucía: **equidad, igualdad, accesibilidad, continuidad y calidad.**

En este contexto socio-sanitario, la Consejería de Salud, a través la Dirección General de Innovación Sanitaria Sistemas y Tecnología, tiene el placer de comunicarte que ya se encuentra a disposición de todos los centros del SSPA, y por ende para todos los usuario/as y profesionales del Sistema el **nuevo Servicio de Tele-traducción Simultánea para no hispanohablantes**. Todo ello, con la colaboración y participación activa de **SaludResponde** como Centro especializado de Atención de llamadas para el SSPA.

Para finalizar, entendemos que este servicio de Tele-traducción aporta un valor añadido al conjunto del SSPA dotándolo de un potente servicio de relación y comunicación. Además, queremos indicar que la puesta en marcha de este servicio ofrece un amplio abanico de posibilidades de utilización que pueden y deben ser explotadas.

Atentamente, un cordial saludo.

LA DIRECTORA GENERAL



Fdo.: Purificación Gálvez Daza



Página 1 de 4

Anexo I. Funcionamiento del Servicio.

1º Paso: El/la usuario/a no hispanohablante demanda asistencia sanitaria.

2º Paso: El/la profesional realiza una llamada desde un terminal fijo o móvil a Salud Responde solicitando la prestación de la traducción en el idioma deseado a través del número 953011080 si no se llama desde una línea corporativa o al número 211080 si sí lo es. Esta numeración cuenta con 10 líneas de salto.

3º Paso: Salud Responde vehiculiza y gestiona la llamada con tres interlocutores: profesional; traductor y no hispanohablante. Una vez puestos en contacto, el profesional habla e inmediatamente el intérprete traduce al inmigrante, y viceversa. Esta secuencia se repite tantas veces como sea necesaria en el proceso de comunicación. (ver Figura 1)

El Servicio de Tele- traducción garantiza como **requisitos mínimos** para su eficacia:

- **Confidencialidad y Privacidad:** El Servicio garantiza que todos los actores de la traducción respetan estos dos ítems, ya que la atención sanitaria esta impregnada de ambos por definición.

- **Inmediatez:** Este servicio presta una respuesta inmediata para que tenga utilidad real en la atención sanitaria que en muchas ocasiones es de urgencia o emergencia.

- **Disponibilidad y Cobertura Total:** A disposición de todos los usuarios/as del SSPA durante 24 horas al día y los 365 días del año para los siguientes idiomas: árabe, inglés, rumano, alemán, francés, chino, búlgaro, ruso, portugués, polaco y eslovaco. Además se implementa el servicio en días laborables y en horario de 8 a 18 horas con una oferta de otros 35 idiomas. (Ver Anexo II)



Proceso de traducción en sí.

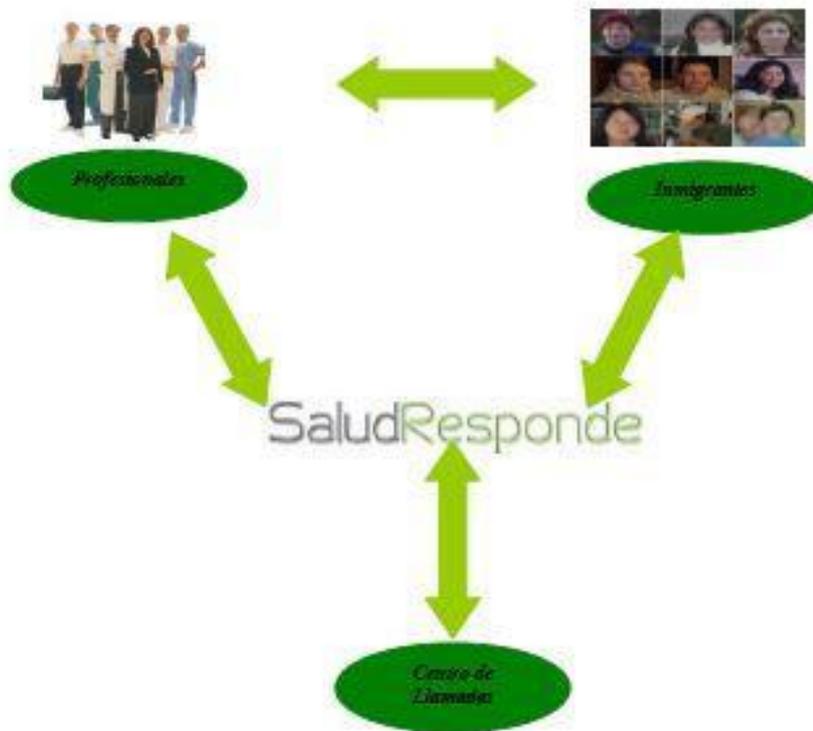


Figura 1.- Arquitectura del Servicio de Traducción



Anexo II: Idiomas Ofertados.

11 Idiomas con disponibilidad 24 horas:

Alemán	Inglés
Arabe	Polaco
Búlgaro	Portugués
Chino	Rumano
Eslovaco	Ruso
Francés	

35 Idiomas con disponibilidad de 8:00 a 18:00 en días laborables:

Afgano	Indi
Albanés	Italiano
Armenio	Japonés
Bambara	Lituano
Bereber	Mandinga
Bosnio	Noruego
Brasileiro	Persa
Checo	Poular
Chino Cantonés	Serbio – Croata
Coreano	Sirio
Danés	Sueco
Esloveno	Suniki
Farsi	Tailandés
Finés	Turco
Georgiano	Ucraniano
Griego	Urdu
Holandés	Wolof
Húngaro	



7.4. Anexo 4: Traducción

1. INTRODUCTION

The idea of carrying out this final project arises out of a curiosity to get into a field still little researched: volunteer interpreters in the healthcare context, specifically, focusing on Costa del Sol area. We would like to clarify all the doubts in relation to the voluntary personnel that is dedicated to it, that is to say, we do not know if they receive some type of formation, if they provide a service in which the results tend to be satisfactory, if they take care of the well-being of the patients, if they follow an ethical code, among other questions. With regard to this matter, reference will be made to the article written by Anne Martín, *La realidad de la traducción e interpretación en losservicios públicos en Andalucía* with the aim of avoiding the theoretical foundations of the subject that concerns us.

Why have we focused on this area? If we add all the immigrant population living in Andalusia, Malaga is the province with the highest rate of foreign population. On the other hand, in the area of Costa del Sol, which is composed of Manilva, Estepona, Marbella, Mijas, Fuengirola, Benalmádena, Torremolinos, Rincón de la Victoria, Vélez-Málaga, Algarrobo, Torrox, Nerja and Málaga, practically one out of every three inhabitants is a foreigner, which corresponds to 29% of the total population. On this issue, two types of foreigners should be distinguished: foreigners who come to this area for the purpose of settling down, leisure and enjoyment - most of them correspond to retired British and Germans - and economic immigrants, that is to say, those who come with the aim of finding a job that will enable them to improve their quality of life. In addition, Andalusia, and in particular Costa del Sol, receives millions of tourists every year, especially during the summer season, data that are collected in Balance Turístico de la Costa del Sol in 2018:



Illustration 1. Balance turístico de la Costa del Sol

This means that both in this area and in the rest of Spain coexist different cultures and languages other than Spanish. Therefore, the first barrier that the immigrant is going to face is the language and, against this obstacle, there are countries that have committed themselves a greater or lesser extent, such as Canada or Australia, providing interpretation services in public services. However, there are countries such as Spain in which these solutions are not yet provided for many reasons that will be further discussed throughout this paper. One of these reasons is because this service is not yet professionalized and when an immigrant or a tourist who is not fluent in Spanish arrives, he is forced to resort to interpreters without interpreting studies, for example, a family member or a friend —known as *ad hoc* interpreters—. *Ad hoc* interpreters also include doctors who say they know the language and volunteers who work with NGOs.

In contrast with other studies, most of which focus on the *ad hoc* interpreters mentioned above, this paper analyzes another type of interpreter. In the Coast of the Sun one reached a solution that calls special attention and in which we will be centered from now on, the voluntary interpreters. For more than twenty years, part of the settled foreign population, seeing the problems that were continuously generated due to the impossibility of communication between health professionals and foreigners and the absence of response from the Administration, decided to come to the rescue and provide free voluntary interpretation services in hospitals. They have reached quite high levels of satisfaction, with extensive language coverage and some training, although in the surveys that we will carry out we will see whether this training is related to interpretation. Thus, we will make a study of the three associations of volunteer interpreters that cover the hospitals of Costa del Sol area, AVISA, A.I.V.E. and AVICS, which through their work and perseverance have become institutionalized organizations and become "linguistic rescuers".

For the majority of the population, at a first sight, all of these solutions appear to be efficient, however, there is a great lack of awareness of the importance and impact of poor communication. Therefore, "we have managed as best we could", the lack of linguistic qualification and knowledge of interpretation techniques can have serious consequences for the life and health of patients.

1.1. Hypothesis

Considering the research and what it includes, the first hypothesis raised is the most important of all, since it is the primary basis for the rest of the hypotheses. In order to analyze in detail the role of the volunteer interpreter, it is necessary to know who a physician turns to when looking after a non-Spanish-speaking foreign patient. It is hypothesized that medical staff always or almost always resort to voluntary interpreters to solve their communication problems.

Another key question to learn more about the role of volunteer interpreters would be if they have received any training in interpretation when they decide to volunteer or whether they join the association directly only because they can speak several languages. The hypothesis considered here is that voluntary interpreters do not receive any type of training in interpretation and, according to the readings taken as a reference for this research, the only training they receive is on techniques related to medical procedures and the functioning of the public health administration (Martín 2006: 134).

The following hypothesis relates to the quality of the interpretations provided by volunteer interpreters. How can be known if the quality of the interpretation is good? Is it enough to know the languages? As explained in the theoretical part of our research, it is demonstrated that being bilingual does not imply knowing how to interpret. The hypothesis is considered that, although it is true that the voluntary interpreter helps the doctor-patient communication to a certain extent, nevertheless, a voluntary interpreter does not have the obligation to know how to act when faced with problems such as cultural barriers or interferences. Therefore, the quality of the interpretation of a volunteer interpreter cannot have the same quality as that of a professional and qualified interpreter to interpret and solve this type of problem.

If the volunteer interpreter faced an ethical conflict, would he or she be able to make a quality interpretation where he or she does not break any of the principles? Many ethical dilemmas can be posed to the interpreter and the corresponding training emphasis these and how to deal with them. The hypothesis presented here is that voluntary interpreters who have not received

training in interpretation are likely to be unfamiliar with the code of ethics or to keep within only part of it.

The different hypotheses raised will be corroborated through the surveys that will be carried out and that will be seen later in the practical part of this research.

1.2. Objectives

The aim of this research is to know more about the role of the volunteer interpreter in hospitals on Costa del Sol, as it is considered an interesting profile for research, a profile different from those of other volunteer interpreters, with a story behind it. There are several articles in which the role of volunteer interpreters in Spain is analysed and some of them — a minimal quantity— focus on the peculiar case of Costa del Sol. However, these articles were made long time ago and, furthermore, the role of volunteer interpreter is not analysed in depth, in fact, there is no research in which these interpreters have been surveyed in order to know their role and some personal opinions on the issue. The aim of this study is to go deeply not only into the opinions of the interpreters themselves, but also into the different points of view of the people who work with them, the health personnel, in order to draw conclusions that could help to improve the current situation of interpretation in the healthcare field.

Through this final project we would like to find out more about this issue in Spain and the rating of the role of the voluntary interpreter by healthcare personnel and to find out to what extent this solution helps to solve communication problems between doctor-patient. In addition, we want to know how aware they are of the issue and their points of view when working with interpreters, as well as possible solutions to problems that may arise.

We also want to closely observe the reality of voluntary interpreters in the healthcare field, to know the positive and negative aspects of this work, as well as if there is a lack of training and, above all, to know the personal opinion of the interpreters themselves. Questions such as: have they received training in interpreting, why do they engage in voluntary interpreting, what types of communication problems do they usually have, etc. will be analysed.

The first step in getting to know this issue is to find out about the training that health personnel receive on how to communicate with foreigners and whether they are aware of the risks that exist when taking care a non-Spanish-speaking foreign patient without having the necessary communicative resources or the consequences of a poor quality interpretation service. Do they know the role of the interpreter and what are their functions? Have they ever work with professional or voluntary interpreters? Do they receive training to work with interpreters? What is the level of satisfaction with the work done by volunteer interpreters?

This work is also intended to continue demonstrating that, although there are people who engage in voluntary interpretation, NGOs, doctors with some knowledge of the foreign patient's language, etc. is not enough. It is necessary to professionalize this job, verifying through surveys how the lack of training may compromise the health and well-being of the patient.

3. DATA SAMPLE AND METHODOLOGY

3.1. Methodology

This work is an exploratory and descriptive research following the classification lines proposed by Dankhe (1986).

With regard to the exploratory phase, we want to review the existing bibliography on the subject that concerns us to date, a subject that has been very little studied and that needs to be analysed in greater depth. This phase corresponds to the theoretical framework of the work, in which the PSI situation is first studied from a general point of view to a more concrete way.

In the next phase, a series of surveys will be carried out, taking into account the object of the study. These surveys will therefore be carried out among the health personnel of several hospitals on Costa del Sol, as well as among the volunteer interpreters belonging to different associations. In addition, the collection of these data will help us to describe the features of the current situation of the issue and to comment on them in depth, thus mentioning some suggestions that could lead to future research. Above all, we want to examine PSI as a complex reality, from the point of view of society itself, observing the personal opinion of people who provide these services voluntarily as well as of professionals who daily have problems communicating with foreign patients. Before starting this phase, it was necessary to review data from other sources and find out about the different associations of volunteer interpreters that were going to be studied. In addition, statistical data from the geographical and socio-cultural context were sought and how similar research was carried out.

In the third phase, which would correspond to the practical part of this study, the methodology to be used will be a combination of a quantitative analysis (through objective questions) and, above all, a qualitative analysis (through subjective questions). We will collect the information necessary to achieve our objectives and reveal the results of our hypotheses through two types of surveys, one for healthcare workers (Annex 1) and the other one for the voluntary interpreters in the healthcare field (Annex 2). Conclusions on what the role of the volunteer interpreter is in the healthcare context and how effective the use of this type of solution is will be drawn from the data collected.

In this phase, a documentary search was carried out on the technique and the way to carry out the surveys. According to Hale and Napier (2013: 56), the surveys usually contain three types of information: “*factual, behavioural and attitudinal*”. Thus, in this study the surveys have been established following this model through factual, behavioural and attitudinal questions. By objective questions we mean those that have to do with demographic issues such as age, sex, nationality, etc. Behavioural questions aim to understand the behaviour of respondents and their actions. Finally, attitudinal questions ask respondents about their opinions and beliefs.

Hale and Napier (2013: 57) also distinguish two types of questions: open-ended questions, i.e., those in which the respondent can answer openly, in the case of our surveys, we have introduced lines for them to write. And closed-ended questions, i.e., those that can be answered by selecting one or more answers from a list of suggested answers, so that participants can answer the questions quickly and easily.

As mentioned above, two types of surveys have been carried out: one to the medical staff of the different hospitals chosen from Costa del Sol (Hospital Costa del Sol in Marbella, Hospital Comarcal de la Axarquía, Hospital Clínico Universitario V. de la Victoria and Centro de Salud Nerja) and the other one to the volunteer interpreters of the same hospitals, coming from three different interpreter associations (AVISA, A.I.V.E. and AVICS). These surveys have been created taking into account the objectives of this work, so the type of

survey chosen for the healthcare personnel is an adaptation of a survey model aimed at the public service personnel that is proposed in the book *Panorama de la traducción y la interpretación en los servicios públicos españoles: una década de cambios, retos y oportunidades* (Ana Isabel Foulquié-Rubio, Mireia Vargas-Urpi, Magdalena Fernández Pérez). The questions that have to do with what we intend to investigate have been selected and others have been modified. When designing the surveys, consideration was also given to the time needed to complete them, so that, with the aim of making the surveys brief, most of the questions are closed-ended or multiple-choice, although open-ended questions were also included with the aim of knowing certain opinions more specifically.

As for the type of surveys carried out on healthcare personnel, they can be divided into three blocks: block I details socio-demographic data, block II deals with communication in these hospitals and block III asks specific questions about volunteer interpreters. There are a total of 20 questions, of which 11 are factual questions, 1 is behavioral and the rest are attitudinal. In block I the questions are about their age, sex, country of birth, languages spoken and levels, unit in which they work, nationality of the patients they take care of, which group they belong to, how many foreign patients they take care of daily and for which languages interpretation services are required and with what frequency. As for block II, they are questioned in relation to doctor-patient communication, that is, how they communicate with foreign patients, whether they have experienced communication problems with foreign users, how these communication problems have been resolved, whether they believe that an interpreter is necessary to facilitate communication, whether they believe that this role is necessary if the medical staff already understand the language and whether they consider that it is necessary to train medical staff to be able to work with interpreters. In block III the questions deal specifically with their opinions about volunteer interpreters: how often they have required the services of volunteer interpreters, their degree of satisfaction with the services received from volunteer interpreters, whether they have experienced problems working with volunteer interpreters, whether they should receive specific training in interpretation and about the diversity of cultures, and whether they consider the quality of an interpretation service provided by a volunteer interpreter to be the same as that of a professional interpreter.

With regard to surveys of volunteer interpreters, these can also be divided into three blocks: block I details socio-demographic data, block II deals with communication in hospitals and block III asks questions about their personal opinions on the work of the interpreter. In this case, there are a total of 21 questions, of which 10 are factual; 5 are behavioral; and 6 are attitudinal. Block I asks questions such as age, sex, country of birth, languages of interpretation and levels, academic background, when they decided to devote themselves to voluntary interpretation and why, nationality of the patients they interpret and whether they have received training in interpretation. As for block II, they are questioned whether they follow any ethical code, types of communicative problems in the medical consultations and how to face them, if their interpretation services have ever been rejected and why, which grammatical person they use when interpreting, if they have carried out other tasks than that of interpreting and how they act when faced with psychological stress. And finally, in block III, questions are asked about their opinions as interpreters, that is, whether they think it is important to train as an interpreter and whether they would like to receive training in interpreting, how satisfied they are with their interpretations, whether they think it is necessary for the medical staff to be trained to work with interpreters, whether they think it is necessary for them to receive cultural training and whether they think the work of the interpreter is undervalued.

In order to carry out these surveys, it was first thought that the authorisation of the Ethics Committee would be necessary for the healthcare personnel to be able to fill them in. A research protocol was sent to them to request their ethical assessment; however, these surveys are completely anonymous, so their permission is not necessary. Therefore, we decided to use the Google Forms tool to spread the surveys among healthcare professionals quickly and easily, remotely, so that they could do it at any moment. A preamble was also included indicating that the surveys were part of a research project, my name and the title of my master's degree. In addition, it was explained what the surveys were about and what was intended by this study. It was also specified that they would be completely anonymous, for academic and research purposes. Specifically, the interpreters of the AVISA association filled the surveys out on paper, since the person in charge of the citizen's advice of Área Sanitaria Axarquía (Axarquía Health Area) was responsible of sending them to the interpreters and the president of the association himself made sure that all the interpreters filled them out. After that, they scanned and e-mailed them to me. Once the completed surveys were received, the results of the two research axes were divided. On the one hand, the volunteer interpreters and, on the other one, the healthcare personnel, with the aim of studying each question with its respective answer. At the time of translating the results obtained, the logic used was similar, that is to say, a separation of the two subjects of study was made, the information of each investigated group was made known and, finally, the conclusions of both groups were presented.

Before analysing the surveys, the most relevant characteristics and data from the context of the object of study will be presented: the hospitals which we are going to study and the three associations of voluntary interpreters.

3.2. Data of the Hospitals of Costa del Sol

3.2.1. Hospital Comarcal de la Axarquía

Hospital Comarcal de la Axarquía is located in Vélez-Málaga. The services provided by this hospital can be divided into six categories: medical, medical-surgical, diagnostic, general, autonomous functional units and clinical management unit. It also covers the needs of 27 of the 31 municipalities in Axarquía, except those corresponding to the Management Unit of Colmenar, which belongs to Hospital Regional Universitario of Málaga; and Macharaviaya, Moclinejo, Rincón de la Victoria and Totalán, which belongs to the Health District of Málaga. This means that the Hospital de la Axarquía offers its services to a total of 166,355 inhabitants, of whom 27,323 are foreigners, most of them from the United Kingdom, a more than considerable reason for the existence of interpretation services provided by professionals.

3.2.2. Centro de Salud de Nerja

Centro de Salud de Nerja is located in Nerja, as its own name indicates. This is a very tourist municipality in the province of Málaga and the most eastern end town in Axarquía. This health center provides several services that can be divided into the following specialties: consultation care, home care, urgent care, physical therapy, attention to health processes and programs, and prevention and early detection of diseases. As it is a health centre located in such a touristic place, there are many foreign patients who come to it, in addition, they are not only tourists, but foreign residents. In particular, the total population of Nerja corresponds to 21,061 inhabitants, of which 5,247 are foreigners, mostly from the United Kingdom.

3.2.3. Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, inaugurated in 1989, is located in Málaga, in the district of Teatinos. It is classified as *The Hospital for Medical Specialties* within the Andalusian Public Health System and provides an enormous amount of services that can be divided into four categories: medical, surgical, diagnostic and general. In addition to serving the inhabitants of the capital, it also covers the health care of the entire province, ie, it could serve a total of 239,810 foreign residents in Malaga and province.

3.2.4. Hospital Costal del Sol

Hospital Costa del Sol is a public hospital located in Marbella. This hospital opened its doors in December 1993, managed by Agencia Sanitaria Costa del Sol, a public health organization that belongs to Junta de Andalucía. It has a staff of 1,683 healthcare professionals. In addition, the hospital provides a wide variety of services that can be divided into eight categories: medical services, surgical services, diagnostic services, support services, functional examinations, endoscopic examinations, clinical support services, and logistical and management services.

The territorial scope of Hospital Costa del Sol is delimited by the municipalities of Benahavis, Casares, Estepona, Fuengirola, Istán, Manilva, Marbella, Mijas and Ojén, to which it provides its services. If we add together the population of all these municipalities, the result is a total of 398,614 inhabitants, of which 110,180 are foreigners mostly from the United Kingdom, which means that probably not all foreigners know Spanish and, in that case, they would need to be provided with interpretation services during their medical consultations.

3.3. Data from the associations of voluntary interpreters in the hospitals of Costa del Sol

3.3.1. AVISA

AVISA is an Association of Volunteer Interpreters in the healthcare area of Axarquía. It was born on March 14, 2017 as a response to the communication problems between foreign patients and the medical staff of the Hospital Comarcal de la Axarquía (Vélez-Málaga) and the Centro de Salud de Nerja, thanks to the social workers, as they were the ones who promoted and coordinated the first groups of volunteer interpreters. Although the association was founded in 2017, these volunteers have been doing this work for 20 years. There are currently 35 volunteers who form this association. Over the years many of the pioneers who for years provided interpretation services to their compatriots have retired because of their age. These volunteers work from 8:30 a.m. to 2:30 p.m. 5 days a week. Their routine begins in the morning, taking note of the foreign hospitalized patients they have to visit to find out how their nights were. After that, they return to a table located at the entrance to the centre, next to the telephones, in case the medical staff calls if they need help interpreting or the secretary's office, when they need to call in another language. As they explain on their website, this association is renewing the staff and more and more young volunteers who want to devote their time to helping foreign patients are joining in. As far as interesting data on this association is concerned, it should be noted that each year it surpasses the previous one, that is to say, it is observed that each year more foreigners arrive and more and more the help of these interpreters is required. According to the data provided by AVISA on its website, 11,327 interpreting jobs were carried out at Hospital Comarcal de la Axarquía in 2018

(10,481 in 2017). 55% of the interpretations were in English and 28% in German, the remaining 17% corresponds to other languages. At Centro de Salud de Nerja, 2,153 interpretations were carried out in the same year, 70% of which were in English, reflecting the predominance of foreigners from the United Kingdom in this municipality.

3.3.2. A.I.V.E.

As far as this association is concerned, we do not have much data since it does not have its own website providing information on its interpreting work. AIVE is a non-profit association of volunteer interpreters working at the Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga). This association was born spontaneously. According to Aguilar-Solano (2015) through interviews with some of the voluntary interpreters of this hospital, there was a doctor of the hospital who knew languages and to whom the rest of the medical staff went in search of solving their communication problems every time they had to take care of a foreign patient. This doctor's wife, who was not Spanish, ended up helping to interpret and then she took a friend to the hospital to help her. Many of the members of AIVE are relatives of family members who started helping their acquaintances in the medical consultations with their language skills. About 22 volunteers work at AIVE (mostly retired women) and take turns going to the hospital once a week. They work from 9:30 a.m. to 4:00 p.m. and they interpret in English, French and German, among others. In this association even work volunteers who know Chinese and Russian. On the other hand, to enter as a volunteer interpreter to this association is necessary a previous training provided by the coordinators. Finally, the fact that this group of interpreters has its own code of ethics draws our attention. This code of ethic says the following:

- Show empathy and compassion without giving advice on medical procedures, except when asked by the practitioner (in mentalhealth cases),
- accompany patients to consultation rooms (interpreters will not assume the role of the healthcare provider),
- interpret between healthcare staff and patients and their families in any area of the hospital,
- offer moral support to patients and their relatives where necessary and contact religious representatives at the request of the patients,
- maintain confidentiality,
- never provide written translations,
- visit LSP patients on a daily basis in order to assess their communicative needs and sort out any problems they may be experiencing as a result of not speaking Spanish,
- make careful notes in the report book after a shift to keep the next shift informed of any changes.

3.3.3. AVICS

AVICS began its work in 1993, at the same time that the Hospital Costa del Sol (Marbella) was inaugurated 25 years ago until today. This association is composed of a total of 19 people and all cover English, French, German, Dutch, Arabic, Polish and a large number of Scandinavian languages. In addition, as *Diario Sur* explained, when a patient arrives who speaks a language for which they do not have an interpreter, they are usually coordinated with the interpreters service of Junta de Andalucía. These volunteer interpreters work every day from 10:00 a.m. to 8:00 p.m., although they also work outside these hours if an

emergency arises. In addition, they detail their functions on the website of *Agencia Sanitaria Costa del Sol*:

1. -To help and facilitate communication, through the volunteer interpreters of the association, between the medical professionals and healthcare personnel of the Hospital Costa del Sol in Marbella and the foreign patients and their families.
- 2.-To explain the operating systems and rules of the Hospital Costa del Sol in Marbella and its medical services to foreign patients and their families.
- 3.-To help the medical, healthcare and social work staff of the Hospital Costa del Sol in any matters related to foreign patients and their care, while they are admitted to the Hospital Costa del Sol or if they go to its outpatient services.

5. CONCLUSIONS

From the data provided by the participants in the surveys carried out and the analysis carried out, we proceed to highlight a series of reflections. It is true that greater participation in the surveys would have helped more to bring this study to a successful conclusion; however, although the number of responses obtained has not been entirely high, it has been enough to carry out an analysis and draw conclusions. We also believe that with the surveys we have achieved to describe in more detail the profile of volunteer interpreters, their way of working and their status.

Firstly, by consulting with all the associations present in this geographical area, we have managed to describe the role of the voluntary interpreters from the point of view of the health personnel of the different hospitals selected on Costa del Sol, who usually takes care of tourists and resident foreigners who normally have problems understanding the language. As a solution to doctor-patient communication problems, healthcare personnel use *ad hoc* interpreters, such as colleagues who know the language, relatives or companions of the patient and volunteer interpreters from the associations we have studied in this paper in order to facilitate communication with allophone patients. On such occasions, it is likely that, due to a lack of training in interpreting, these interpreters have made mistakes or even breached certain principles of the ethical code inherent in this profession and, as a result, communication with foreign patients will not have been fully effective, thereby compromising the quality of the healthcare provided. According to healthcare staff, volunteer interpreters have experienced different types of difficulties during interpretations at the medical consultations, for example, that the interpreter has conversations with the user who then does not interpret, that the interpreter does not know the specialised language and terminology and advises and the patient. Even with these difficulties, most healthcare professionals who have work with these interpreters say they are satisfied with the results or consider them acceptable. The problem here is that, as Hale (2010: 46) explains: "the important question is not whether the doctor is satisfied with an arrangement, but whether the patient receives proper treatment." We would go deep into another important aspect that has also been studied in this work, the degree of awareness that the healthcare personnel have about the use of voluntary interpretation or other *ad hoc* solutions. We believe that the reason for their satisfaction with the work of interpretation carried out by voluntary interpreters is largely due to ignorance, on the one hand, of the possible consequences of resorting to this solution - for example, possible negligence resulting from misinterpretation - and, on the other hand, of the role of the interpreter in the healthcare context and of the requirements that the interpreter must fulfil in order to carry out his or her work properly. However, we have also seen that 90% of the healthcare personnel surveyed believe that voluntary interpreters should receive training in interpreting in order to improve the quality of the interpretations they do. They are aware that, by receiving a training base, they can improve their work, although it seems that for the time being they are satisfied with what they have. On the other hand, in the last question that is asked to the healthcare personnel, we can observe that they consider that it is enough to have linguistic knowledge to be able to carry out a quality interpretation. With respect to the latter, we have dedicated several sections of our work discussing the problem that currently exists when society considers that to be an interpreter it is enough to be bilingual, since other knowledge, skills and aptitudes must be taken into account in order to carry out quality interpretations. Therefore, in agreement with Phelan and Martin (2010: 5): "*the ability to speak two languages does not make an to interpreter*". We can therefore conclude that there is little recognition on the part of the healthcare staff

regarding the activity of the medical interpreter and the training that he or she needs in order to carry out his or her work properly. In fact, we have observed that they would not be able to indicate whether there are differences with regard to the quality of interpretations carried out by professional interpreters and those carried out by volunteer interpreters, since many of them have not even had the possibility of working with professional interpreters.

In order for healthcare staff to become aware of the need for a staff of qualified interpreters, there must first be an awareness on the part of the institutions, hence it would already be a chain. The public Administration should have the idea that hiring professional interpreters would guarantee more effective communication with allophone patients and, consequently, a greater patient satisfaction, a reduction in inequalities of access to health services and an improvement in the health care provided. In addition, it is not only about awareness, but full compliance with Spanish Organic Law 4/2000 (Ley Orgánica 4/2000) and the Andalusian Health Law (Ley de Salud de Andalucía).

With regard to volunteer interpreters in this geographical area, we can say that, to a certain extent, we have managed to profile their role on the basis of the information collected from them through the surveys. Each interpreter has a story behind them, but the volunteer interpreter profile of Costa del Sol hospitals is clear: settled foreigner, of European origin, bilingual, over 60 years old. As for why they devote themselves to voluntary interpretation, this is something on which they also agree: altruism, they want to help their compatriots. They have a feeling of empathy and compassion derived from the negative consequences of the language barriers they had to face time ago. As far as their training is concerned, the majority have not acquired training in interpretation, although they state that it would be interesting to be able to obtain it. They also agree that they have problems with the medical terminology and jargon used by doctors. They also explain that in the medical consultations there are other communication problems, such as patients interrupting, there are misunderstandings due to cultural differences, some doctors have little patience and tolerance, etc.

As for the definition of the role of the medical interpreter, we again verify through surveys that this is diffuse. The volunteer interpreter is entrusted with other tasks that have nothing to do with interpretation, for example: visiting foreign patients, providing them with emotional support derived from the feeling of empathy we mentioned earlier (which would also break the principle of impartiality); doing administrative tasks; answering calls; helping in the secretary's office; etc. They are there to cooperate in whatever is necessary. Although the interpreter wants to go further and help by doing other types of work that would not correspond to that of the interpreter, but to those that would be done by the relatives of the patients, the administrative staff and the social workers, he or she is promoting the fact that there is no clear delimitation of the role of the interpreter.

In relation to the code of ethics, most volunteer interpreters are aware of the importance of this in our profession and name certain principles, such as impartiality, confidentiality, fidelity, etc. We have also seen that it is very important for them to follow the principles of the code of ethics, in fact, some claim that they have a brochure with some indications on ethical issues, among whose principles is impartiality. However, looking at the results of the question in which they are asked whether they do tasks other than those of the interpreter, they explain that they often provide emotional support to patients, which leads to an important contradiction between impartiality and approaching the patient. It would therefore be necessary to verify by means of future research whether these principles are followed or

if only some of them are followed as a result of their lack of professional training. It would also be interesting to know how they act in the most extreme cases. We have also found that there is a hierarchy in the associations. There is a coordinator, who is responsible for training the new interpreters and ensures that these new members understand and follow the standards of practice that they themselves develop, i.e. there is a kind of prior "training" controlled by the old members, which corresponds to an essential part of becoming a volunteer.

The surveys also sought to ascertain the opinion of the interpreters themselves regarding the quality of their interpretations. This is when the interpreters have relied on the opinion of doctors and patients, stating that the degree of satisfaction is high and that their work is recognized, since they receive donations, awards, letters of thanks from patients, etc. To sum up, the volunteers are motivated not only by their feeling of empathy, but by the search for satisfaction of doctors and patients to strengthen their position as members of the local community and society in general.

Through this research we have seen that associations of voluntary interpreters have achieved a very high status, similar to that of social workers. In addition, each association consists of a set of rules that interpreters must follow, in which empathy and compassion are at the top of the list. They are not only dedicated to interpretation, but also do other tasks mainly related to those that correspond to a social worker. However, as Mesa (2000: 74) explains, citing what a social worker said: "We cannot afford to use a social worker as an interpreter. Our sense of analysis, of assessment and of psychological interpretation will colour our translation. A volunteer is there to help the client and this role will influence the quality of his translation". This means that there are risks of using bilingual professionals as volunteer interpreters, as this professional will not be able to be impartial and will be guided above all by his or her professional perceptions, just as it would be when using a volunteer interpreter, who will be guided by his or her feelings of empathy.

At this point, it has to be admitted that voluntary interpreters have acquired a greater degree of autonomy than professional interpreters, despite the fact that the latter are professionally trained. It could be said that voluntary interpreters fill the gap that exists in PSI in the healthcare field, even without training in interpretation, since they have reached a very high level at which the results, according to the surveys, seem to be acceptable.

In this work we have only studied the associations of volunteer interpreters corresponding to the healthcare context that exist on Costa del Sol, that is, a part of the province of Malaga. At the national level, it is uncommon for this type of interpreter to achieve the degree of institutionalization and recognition described in this study, and it is therefore not possible to generalize or extrapolate these findings to other contexts or other provinces of Spain. Furthermore, this model of medical interpretation promotes an approach to the patient, the visibility of the interpreter and non-neutrality, thus challenging the traditional model of the medical interpreter.

To conclude this work, we would like to leave open a question that could serve as a proposal for future research: are health institutions and, in particular, healthcare personnel satisfied with the work of the voluntary interpreters because they know that they are working out of altruism or because they are unaware of the role of the interpreter and the possible risks of an interpretation of a quality that the practitioners themselves recognise as acceptable?

After all, the most important thing is that society becomes aware that interpreters are indispensable in our country. It is necessary to make institutions and citizens aware of this.

In addition to drawing up action plans and programmes so that all measures can be implemented, perhaps by working together with professional interpreters and volunteers, Spain's responsibility towards foreign citizens can be achieved. It is its duty to help them to be provided with health services under equal conditions and to be guaranteed the right to express themselves and be understood in their own language.

2. THEORETICAL FRAMEWORK

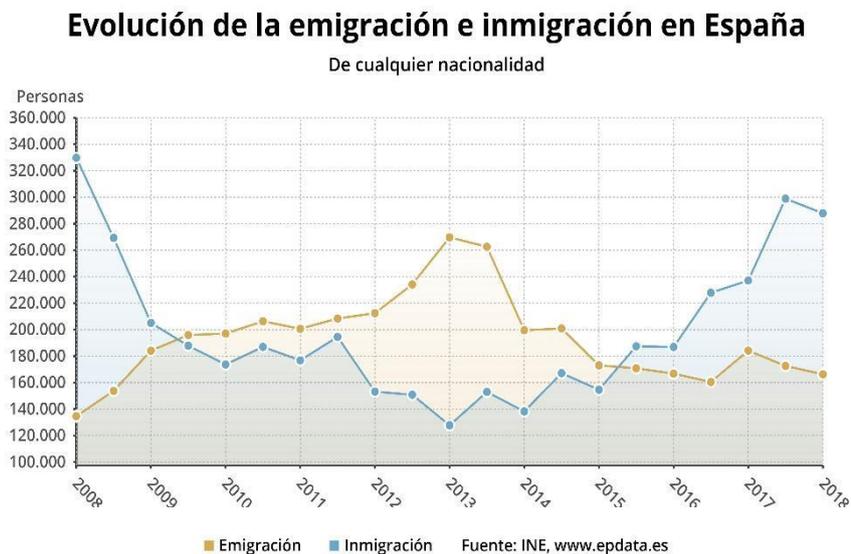
2.1. Foreign tourism and immigration on Costa del Sol

In order to go deeper into the world of PSI and volunteer interpreters in this field, we must first go back to the causes of why this discipline is necessary. From the 1990s onwards, Spain went from being a country of emigrants to being the receiver of the massive arrival of immigrants that has been taking place every year until today.

As a result, we are faced with a new multilingual and multicultural society, all of a sudden and for which the public institutions were not prepared. Although it is true that a large number of these immigrants are Latin American (especially Ecuadorians, Colombians and Bolivians) and therefore would not mean a special problem in terms of communication, since Spanish is the common language. However, the Moroccan population has been for years the group with the most presence in Spain, which comes to our country with total ignorance of our language, thus assuming enormous difficulties in relation to communication that, if not resolved, could come to hinder integration and, therefore, coexistence. These would belong to the group of economic immigrants.

On the other hand, there is a group that comes mainly from England, Germany and Italy. These would correspond to social immigrants, who are characterised by being immigrants of a high socio-economic level, i.e. professionals, technicians, retired people, etc.

As we can see in the following table, between 2011 and 2014 the proportion of immigrants decreased mainly due to the crisis that the country suffered. However, from 2015 onwards, this proportion has been rising until 2018, thus affirming what was previously explained: our country is becoming multilingual and cosmopolitan. As far as PSI is concerned, it would be demonstrated that foreigners applying for interpreting services have a wide range of social status, language and origin.



Graph 1. Evolution of the emigration and immigration in Spain. Source: INE

If we base these data on the level of Andalusia, it is among the autonomous communities with the highest rate of immigrants above Castilla y León, Castilla-La Mancha or Galicia, among others; although Cataluña, Comunidad de Madrid and Comunidad Valenciana are at the top.

	Total Foreigners
Both genres	
ANDALUSIA	620,006
ARAGÓN	132,813
PRINCIPADO DE ASTURIAS	40,318
ISLAS BALEARES	188,896
CANARIAS	249,414
CANTABRIA	30,451
CASTILLA Y LEÓN	128,633
CASTILLA - LA MANCHA	168,112
CATALUÑA	1,023,398
COMUNITAT VALENCIANA	672,379
EXTREMADURA	33,707
GALICIA	87,966
COMUNIDAD DE MADRID	792,627
REGIÓN DE MURCIA	201,255
COMUNIDAD FLORAL DE NAVARRA	54,826
PAÍS VASCO	139,425
LA RIOJA	35,602
Ceuta	5,433
Melilla	13,320

Table 1. Foreign population by autonomous communities. Source: INE

However, it should be noted that within Andalusia the provinces of Almeria and Malaga are in the group with the highest concentration of immigrants. Thus, the foreign population resident in Almeria is 10.66%, mainly of African origin, while in Malaga it rises to 11.37%, which corresponds mainly to foreigners from the European Union, as of 1 January 2019 (data that can be verified in table 2). The proportion of foreign people of working age out of the total is found mainly in the provinces of Seville and Huelva. In Malaga the majority of foreign residents are over 64 years of age (IV Plan Andaluz de Salud).

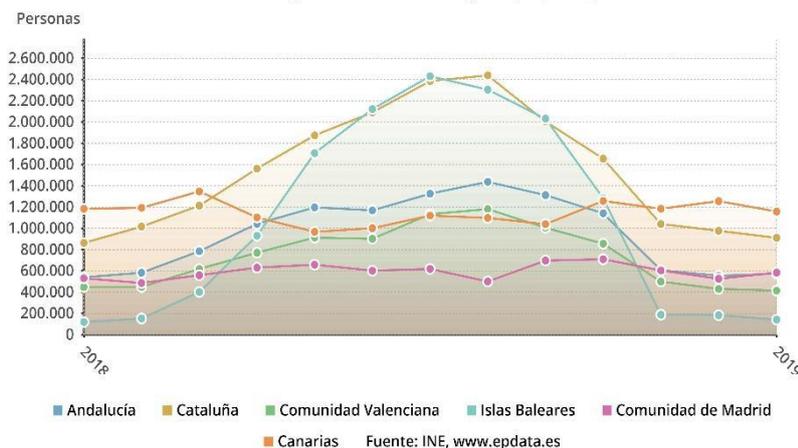
	Total Foreigners
Both genres	
Almería	138,340
Cádiz	41,299
Córdoba	20,388
Granada	57,703
Huelva	41,302
Jaén	16,392
Málaga	239,810
Seville	64,772

Table 2. Foreign population by provinces of Andalusia. Source: INE.

On the other hand, we find a group that increases every year and whose preferred destination is Costa del Sol: tourists. The number of international tourists who arrived in Spain until January 2019 was 4.2 million and, from this figure, Andalusia recorded the arrival of 573,496 tourists, highlighting the United Kingdom and Germany as major emitting markets. As can be seen in graph 2, Andalusia is the autonomous community to which most foreign tourists arrive, after Cataluña and Islas Baleares.

Principales regiones de destinos de los turistas extranjeros

Evolución de la llegada de turistas extranjeros por principales CCAA



Graph 2. Main regions of foreign tourist destinations. Source: INE

After verifying these data, there is no doubt that Andalusia is a very popular destination for foreign tourism.

Taking into account the following table which represents the rate of overnight stays in hotels according to nationality at the level of Malaga, we can see that in 2017 (the last year to which we have access) the non-Spanish speaking country that leads is the United Kingdom, followed by Germany and France.

PERNOCTACIONES EN ESTABLECIMIENTOS HOTELEROS SEGÚN NACIONALIDAD						
MALAGA	2013	2014	2015	2016	2017	
Españoles	32,91%	33,83%	31,16%	27,91%	24,97%	
Extranjeros	67,09%	66,17%	68,84%	72,09%	75,03%	
Reino Unido	24,33%	23,57%	25,98%	27,12%	26,38%	
Alemania	8,56%	8,08%	7,17%	6,91%	7,71%	
Francia	6,41%	5,38%	6,47%	6,61%	5,74%	
Países Bajos	4,08%	3,53%	3,78%	4,37%	4,83%	
Bélgica	3,33%	3,52%	3,22%	3,22%	3,42%	
Irlanda	2,40%	2,58%	2,69%	3,20%	3,77%	
Suecia	1,18%	1,27%	1,41%	1,87%	2,34%	
Italia	1,53%	1,54%	1,65%	1,68%	1,78%	
Dinamarca	1,04%	1,15%	1,19%	1,69%	1,80%	
Noruega	1,29%	1,52%	1,29%	1,37%	1,62%	
Polonia	0,74%	0,75%	1,13%	1,31%	1,41%	
Estados Unidos	1,26%	1,34%	1,27%	1,28%	1,45%	
Suiza	1,04%	1,01%	1,08%	1,13%	1,20%	
Finlandia	0,71%	1,29%	1,08%	0,98%	1,32%	
Rusia	1,43%	1,19%	0,84%	0,77%	0,85%	
Portugal	0,46%	0,87%	0,87%	0,58%	0,53%	
Austria	0,55%	0,53%	0,57%	0,46%	0,55%	
República Checa	0,49%	0,35%	0,34%	0,38%	0,39%	
Luxemburgo	0,24%	0,23%	0,21%	0,21%	0,21%	
Japón	0,26%	0,21%	0,24%	0,20%	0,16%	
Grecia	0,04%	0,05%	0,04%	0,04%	0,05%	
Resto del mundo	2,75%	3,25%	0,00%	0,00%	2,31%	
Resto de América	1,21%	1,25%	1,29%	1,45%	1,72%	
Países africanos	0,84%	0,98%	0,96%	1,35%	1,40%	
Resto de la UE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,41%	
Resto de Europa	0,91%	0,71%	0,70%	0,64%	0,68%	
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

FUENTE: ENCUESTA DE OCUPACIÓN HOTELERA (INE). Datos a partir de Enero 2017 provisionales.

Table 3. Overnight stays in hotels by nationality

Already within the province of Malaga we find the area of Costa del Sol, which is divided into two main territories: Western Costa del Sol (Benahavís, Benalmádena, Casares, Estepona, Fuengirola, Manilva, Marbella, Mijas and Torremolinos) and Eastern Costa del Sol (Rincón de la Victoria, Vélez-Málaga, Algarrobo, Torrox and Nerja).



Illustration 2. Map of Costa del Sol

This area receives all the prominence in terms of tourism, in fact, the *Balance del Año Turístico en la Costa del Sol* of 2018 states that 2018 has been the best year in the history of tourism in the province of Malaga. Its main attraction is its weather. July and August are the preferred months for northern Europeans, so they are motivated by tourism of sun, beach and gastronomy. Many of this tourists not only come with the intention of spending their holidays, but to settle. According to the statistics provided by the Balance of the *Balance del Año Turístico en Andalucía*:

In 2017, the Andalusian coasts captured 67.7% of the registered hotel overnight stays in Andalusia, which reflects the importance of these areas in terms of tourist concentration [...]. More than half of the overnight stays recorded on the Andalusian coast in this period are concentrated in Costa del Sol. This area is at the top of a ranking in which the Costa de la Luz de Cádiz and the Costa de Almería are, at a great distance, second and third place respectively.

If we add the number of immigrants, both economic and social, and the high figures of foreign tourism that hosts Costa del Sol, the result is clear: Costa del Sol has become a multilingual space, especially in the seasons in which good weather prevails.

On the other hand, in this work four areas in particular will be analyzed: Málaga, Marbella, Nerja and Vélez Malaga. According to the Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, the sum of foreign residents of these areas in 2018 (the last date available) is 89,716, being the main origin of foreign residents, Morocco in the areas of Málaga, Marbella and Vélez-Málaga, and United Kingdom in the area of Nerja.

Given the high proportion of foreigners, these areas are attractive for investigating how interpretation services work and what the role of the volunteer interpreter is in places where the presence of immigrants is predominant.

Considering all these statistics, it is evident the need to provide PSI services that provide a solution to the communication problems that may arise between non-Spanish speaking foreigners and the host society.

