



Universidad
de Alcalá

ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA INTERPRETACIÓN SANITARIA EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ

(Current State of Healthcare Interpreting in the Province of Cadiz)

2020/2021

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

Presentado por:

D^ª MARTA GUERRA SÁNCHEZ

Dirigido por:

D. LADISLAO BAPORY SITÉ

Alcalá de Henares, a 1 de junio de 2021

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	6
1.2 HIPÓTESIS.....	7
1.3 OBJETIVOS.....	8
2. CONTEXTO Y MARCO TEÓRICOS.....	9
2.1 LA TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y LA INTERPRETACIÓN SANITARIA.....	9
2.2 DIFERENCIAS ENTRE MEDIACIÓN INTERCULTURAL E INTERPRETACIÓN.....	12
2.3 DELIMITACIÓN ESPACIAL Y DEMOGRÁFICA DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ.....	14
2.4 TURISMO E INMIGRACIÓN EXTERIOR EN LA PROVINCIA.....	15
2.4.1 <i>Turismo</i>	15
2.4.2 <i>Inmigración exterior</i>	17
2.4.3 <i>ONG y asociaciones de atención a inmigrantes en Cádiz</i>	20
2.5 CONTEXTO SANITARIO DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ.....	21
2.6 ACCESO AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.....	23
2.7 REGULARIZACIÓN DEL SERVICIO DE INTERPRETACIÓN EN EL SAS.....	24
2.8 IMPACTO DE LA ACTUAL PANDEMIA COVID-19 (SARS-COV-2) EN EL TURISMO, LA INMIGRACIÓN Y LA SANIDAD.....	26
2.8.1 <i>Turismo</i>	26
2.8.2 <i>Inmigración exterior</i>	27
2.8.3 <i>Saturación del sistema sanitario</i>	28
3. METODOLOGÍA.....	29
3.1 EXPECTATIVAS DE LAS ENCUESTAS PLANTEADAS Y SU RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS MARCADOS.....	37
4. EXPOSICIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.....	38
4.1 NOTA SOBRE ALCANCE Y VOLUMEN DE LOS DATOS.....	40
4.2 EXPOSICIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS MEDIANTE LAS ENCUESTAS.....	40
4.2.1 <i>Encuesta 1 dirigida a personal sanitario</i>	40
4.2.2 <i>Encuesta 2 dirigida a personal y voluntarios de asociaciones y ONG</i>	48
4.2.3 <i>Encuesta 3 dirigida a proveedores de servicios de interpretación</i>	54
4.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.....	56
4.3.1 <i>Análisis de los datos de la Encuesta 1</i>	57
4.3.2 <i>Análisis de los datos de la Encuesta 2</i>	70
4.3.3 <i>Análisis de los datos de la Encuesta 3</i>	75
5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.....	77
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXO Ia ENCUESTAS.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema representativo de la línea de hipótesis y de investigación del trabajo.....	8
Figura 2 Caracterización de la interpretación en los servicios públicos según el sistema multiparamétrico de Alexieva (1997).....	10
Figura 3. Mapa densidad de población España. (EOM, 2019).....	14
Figura 4. Mapa representativo de las 6 comarcas que conforman la provincia de Cádiz (Wikipedia, 2020).....	15
Figura 5. Densidad de población por municipios en Cádiz elaborado a partir de datos del IEA-SIMA (Lanoyta, 2018).....	15
Figura 6. Mapa de la costa de la Luz. (Mapa Costa de la Luz, 2011).....	16
Figura 7 Pernoctaciones hoteleras en el litoral Andaluz según costas andaluzas (Consejería de Turismo y Deporte, 2017).....	16
Figura 8 Gráfico de la Tasa de Migración Neta con el extranjero en la provincia de Cádiz 2008-2012 (INE, 2019).....	18
Figura 9 Situación laboral de migrantes en la provincia de Cádiz 2007-2008 (APDHA, 2010).....	18
Figura 10 Población extranjera, total y proporción de población extranjera empadronada en Andalucía según provincia (OPAM, 2019).....	18
Figura 11 Población extranjera de la provincia de Cádiz por procedencia en 2019. Datos del INE.....	19
Figura 13 Mapa distritos sanitarios Cádiz (SAS,2003).....	22
Figura 14 Mapa distritos sanitarios por municipios Cádiz (SAS, 2003).....	22
Figura 15 Listado de hospitales públicos de la provincia. (SAS, 2019).....	23
Figura 16 Listado de hospitales concertados de la provincia. Fuente: Junta de Andalucía.....	23
Figura 18 Llamada a tres (<i>three-way conversations</i>) (Rosenberg, 2007).....	26
Figuras 19 y 20. Gráfico de turistas extranjeros y pernoctaciones en 2019 y 2020 (INE, 2021).....	27
Figura 21 Datos que se tuvieron en cuenta a la hora de realizar las encuestas.....	30
Figura 22. Esquema.....	31
Figura 23 Tabla representativa de las preguntas de la <i>Encuesta 1</i>	32
Figura 24 Esquema <u>Encuesta 2</u>	33
Figura 25 Tabla representativa de las preguntas de la Encuesta 2.....	34
Figura 26 Esquema de Encuesta 3.....	35
Figura 27 Tabla representativa de las preguntas de la Encuesta.....	36
Figura 28 Gráfico representativos de los participantes por centro y profesión.....	40
Figura 29 Resultados de la pregunta 1 y 2.....	49
Figura 30 Gráfico que muestra los resultados de la pregunta 7 de la <i>Encuesta 1</i>	61
Figura 31 Gráfico que representa las respuestas de la pregunta 8.....	62
Figura 32 Mapa de países francófonos en África. Fuente: <i>Francophone Africa</i> . (2011, 19 julio). [Gráfico]. Recuperado de: Wikipedia.com.....	62
Figura 33 Gráfico que representa la procedencia mayoritaria de los usuarios según los encuestados.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Lista de asociaciones especializadas en la atención a inmigrantes en la provincia de Cádiz. (Junta de Andalucía, 2020).....	21
Tabla 2. Áreas de gestión sanitaria en Andalucía (Wikipedia, 2019).....	22
Tabla 3 Ejemplo de categorización de pregunta cualitativa.....	39
Tabla 4 Resultados de las preguntas de la Encuesta 1.....	41
Tabla 5 Tabla de frecuencia relativa de idiomas.....	46
Tabla 6 Tabla de frecuencia relativa de nacionalidades.....	47
Tabla 7 Resultados de las preguntas de la Encuesta 2.....	49
Tabla 8 Resultados de las preguntas de la <i>Encuesta 3</i>	55
Tabla 9 Datos de los distintos centros.....	58
Tabla 10 Número de respuestas por centro y distrito sanitario.....	59
Tabla 11 Número de respuestas por tipo de profesional.....	59
Tabla 12 Ratio de respuestas por continente	64
Tabla 13 Asociaciones que han participado en la encuesta.....	71
Tabla 14 Frecuencia relativa por nacionalidad (Encuesta 2).....	72
Tabla 15 Frecuencia relativa por idioma (Encuesta 2).....	73

Resumen: La globalización y las migraciones se han convertido en una realidad muy presente en todo el mundo, así como en Andalucía y más concretamente en Cádiz, provincia que en los últimos tiempos ha incrementado exponencialmente tanto el número de turistas como de migrantes extranjeros. Estos flujos de personas con distintos perfiles dibujan un panorama en el que surgen retos comunicativos en todos los ámbitos del sistema público, incluyendo el sanitario. Los posibles usuarios no hispanohablantes del Sistema Sanitario Andaluz se encuentran con enormes barreras culturales y lingüísticas cuando acceden al servicio, pudiendo suponer un riesgo para su salud y un mal ejercicio de sus derechos fundamentales, si no se les provee de un servicio de interpretación o mediación de calidad. La hipótesis que se plantea en el presente trabajo es que la provincia de Cádiz constituye un *hotspot* para la interpretación sanitaria, con una demanda y necesidad claras. Sin embargo, estas necesidades bien o no se cubren o se cubren parcialmente, por lo que hay cabida a implementar posibles mejoras. Por ello, los principales objetivos que se plantean son el de establecer un perfil de usuario de la interpretación sanitaria en Cádiz, analizar la oferta del servicio a través de los servicios públicos sanitarios y otras organizaciones para finalizar con unas breves propuestas de mejora, basadas en la información obtenida, de dicho servicio. Se realizaron tres modelos de encuesta distintos a sanitarios, personal de ONG y proveedores de interpretación.

Realizado el estudio, se confirmó que Cádiz posee un importante flujo de pacientes no hispanohablantes, principalmente británicos y marroquíes, pero que no cubren como exige la legislación sus necesidades culturales y lingüísticas a través de la interpretación sanitaria.

Palabras clave: interpretación sanitaria, mediación, comunicación intercultural, sistema sanitario, servicios públicos, migración, turismo.

Abstract: globalisation and migrations constitute an important reality around the globe, as well as in Cadiz, Andalusia. In recent years, Cadiz has increased the number of tourist arrivals and migrations by a huge margin. These flows of people with different profiles translate into a public system, including healthcare, brim-full with communicative challenges. Potential non-Spanish-speaking users of the Andalusian Healthcare System encounter enormous cultural and linguistic barriers when accessing the service, which could pose a risk to their health as well as poor compliance with their fundamental rights when not provided with quality interpreting or mediation services. This thesis' hypothesis implies that Cadiz is in fact a healthcare interpreting hotspot with an important demand and clear needs, which unfortunately are not covered properly or just partially, thus possible improvements can be achieved. The main objectives of this study are to elaborate on the user profile of healthcare interpreting in the province, to explore the supply of the service in public healthcare facilities and through other organisations, ending with some possible service improvements based on the obtained information. Three different survey models were conducted for healthcare workers, NGO staff, and interpreting providers.

Once the study was carried out, it was confirmed that Cadiz has a significant flow of non-Spanish-speaking patients, mainly British and Moroccan, whose cultural and linguistic needs are not covered properly through healthcare interpreting.

Key words: healthcare interpreting, mediation, intercultural communication, healthcare system, public services, migration, tourism.

1. Introducción

1.1 Contextualización

La globalización y las migraciones se han convertido en las últimas décadas en fenómenos en auge para la sociedad en general, y también para España. No sorprende que, al contemplar las tendencias de estas, tanto a medio como a largo plazo, el resultado nos indique que las migraciones seguirán siendo un fenómeno geopolítico que no hará más que aumentar en los próximos años (DSN, 2019). Según datos del 1 de julio de 2019 del Instituto Nacional de Estadística, la población extranjera en España es de algo más de 5 millones. Comparándola con datos de 2014, dicha cifra ha aumentado en más de medio millón.

Como consecuencia de la unión entre culturas y, por lo tanto, en muchos casos, de lenguas, nos encontramos ante una población con unas necesidades específicas, basadas en las distintas barreras lingüísticas, culturales, sociales y económicas que conlleva el establecerse en un país extranjero.

Sin embargo, no podemos rebajar la importancia del perfil del turista no hispanohablante, perfil que en España está más que integrado recibiendo 83,7 millones de turistas internacionales en 2019 (INE, 2019). Aunque los turistas no estén asentados en el país, poseen asimismo barreras lingüísticas y, junto con el otro perfil de usuario que ya se mencionó, son posibles consumidores de los distintos servicios públicos ofrecidos por el estado, entre ellos el sanitario.

La interpretación sanitaria surge como respuesta a este desafío comunicativo. Los problemas de este tipo que pueden aflorar en un ámbito tan vital como es el de la salud requieren de medidas específicas para adaptar el sistema y que este pueda ofrecer servicios de calidad (Navaza, Estévez & Serrano, 2009).

Dentro del panorama español, Andalucía juega un papel muy importante para el estudio de la traducción y la interpretación en los servicios públicos, siendo una de las regiones con mayor concentración de población extranjera (Nogueira, 2005:1). Además de este dato, cabe destacar el atractivo turístico que posee la comunidad por su costa y su buen clima, siendo la tercera más visitada de España en 2019 (INE), así como su localización geográfica clave en el sur de la península Ibérica, convirtiéndose en primera línea de llegada de inmigrantes procedentes del norte y centro de África.

Dentro de la comunidad autónoma, Málaga encabeza la lista de provincias más visitadas y con mayor población extranjera, en la que se concentran la gran mayoría de los residentes comunitarios de Andalucía, mientras que en Almería la proporción de extranjeros no comunitarios y cotizantes es la mayor (Martin, 2006).

Sin embargo, en los últimos años, aunque conformara ya un foco importante dentro del turismo andaluz, se ha producido un incremento bastante importante en el turismo de la provincia de Cádiz. Según el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, en el 2019 el turismo de la provincia habría aumentado un 5,7% con más de 5 millones de turistas, posicionándose en segundo lugar dentro de la comunidad. Por otra parte, esta provincia se encuentra geográficamente situada en una zona clave, el Estrecho de Gibraltar, puerta de entrada a Europa por la que miles de inmigrantes provenientes de la zona norte de África, y en situación irregular, intentan cruzar cada año. Cabe destacar que, durante la crisis migratoria de 2018, la llegada de inmigrantes a través del estrecho creció un 157%, colapsando la atención sanitaria de municipios gaditanos como Tarifa o Barbate (Cosidó, 2020). Este mismo año y atendiendo al panorama de crisis migratoria, el Ministerio del Interior abre el primer centro de Recepción de Inmigrantes del país en

la localidad gaditana de San Roque. En él, dichos inmigrantes serán atendidos e identificados, pasando sus primeras 72 horas en España.

Entonces, ¿por qué elegir esta provincia y no una con mayor índice de población extranjera? En primer lugar, la existencia de perfiles de usuario completamente distintos en la provincia gaditana la convierten en un enclave digno de estudio. Además, la mayor abundancia relativa de publicaciones y estudios sobre el tema en otras provincias resalta el interés de investigar sobre esta provincia en cuestión (Ministerio del Interior, 2018). Por todo ello, se podría concluir que en la provincia de Cádiz existe una necesidad importante de servicios de interpretación sanitaria de calidad capaces de atender a perfiles diversos. A la luz de los datos anteriores, los perfiles de extranjeros que puedan ser potenciales usuarios de estos servicios conforman una escena completamente heterogénea, con barreras y necesidades tanto lingüísticas como culturales totalmente distintas, ya sea tanto por su situación socioeconómica como por su lugar de origen.

1.2 Hipótesis

En el presente trabajo, se partirá de la base de que es un derecho fundamental para todo extranjero el recibir atención médica en un idioma que le sea accesible. Este derecho se recoge en la Ley de Salud de Andalucía, disponible para su consulta en el portal de la Junta de Andalucía, y en esta legislación se expresa de manera explícita el concepto de “accesibilidad lingüística”, en tanto que el usuario debe ser informado de manera correcta acerca de las características sanitarias que solicite. Además de ser un derecho autonómico, es un principio constitucional y europeo que aparece en la Carta de la Reforma de la Atención Sanitaria de Ljubljana (Martínez Fraile, 2015)

Pero ya que este estudio se centra en la provincia de Cádiz, que pertenece a la Comunidad Andaluza, se incluirá aquí el párrafo concreto redactado por el SAS en el que se expresa el derecho del ciudadano extranjero a recibir este tipo de prestación:

“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.” (Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1998)

Para garantizar este derecho son necesarios unos servicios mínimos de calidad ofrecidos por el sector público, refiriéndonos con ello a los servicios de traducción e interpretación sanitaria en los diferentes centros de salud y hospitales de la provincia.

Con la pretensión de estudiar el panorama actual en este respecto, el presente trabajo partirá de la hipótesis base de que la provincia de Cádiz constituye en toda regla un *hotspot* para la interpretación sanitaria pues existen distintos flujos de personas no hispanohablantes, turistas, inmigrantes y refugiados desde la costa, así como residentes que se encuentran en situación regularizada o no, que establecen una demanda y necesidad sólidas de este tipo de servicio.

Sin embargo, también asumiríamos de partida que existen numerosas carencias tanto en el acceso como en la prestación de dicho servicio a los colectivos que pudiesen requerirlo. Esta asunción no es aleatoria, pues en Andalucía la mayor parte de la traducción e interpretación la realizan mediadores u otros profesionales sin formación con las subsecuentes lagunas en la provisión de este servicio y el poco control de calidad de este (Martin, 2006). Por extensión de lo que ocurre en otras provincias de la comunidad en las que hay una gran demanda de interpretación, como en Málaga, en la que el dicho servicio se presta en su mayor parte por intérpretes nativos voluntarios que no reciben remuneración, y que poseen una formación corta o nula (Martin, 2000).

Como culmen de esta investigación se esbozarían breves mejoras, en base a todo lo anterior, que podrían hacer de tal derecho una garantía para los usuarios con estas necesidades lingüísticas.

En resumen, podrían desglosarse estas premisas anteriores en 3 puntos o hipótesis fundamentales, a comprobar durante el desarrollo del presente trabajo:

- (1) Que la provincia de Cádiz constituye un *hotspot* para los servicios de interpretación sanitaria, por lo que existen una demanda y una necesidad sólidas.
- (2) Que el panorama actual de acceso y prestación del servicio posee carencias realmente reconocibles.
- (3) Que se pueden implantar medidas o alternativas para mejorar la calidad de los servicios.

En el siguiente esquema se refleja de manera clara y visual las implicaciones que tendrían estas hipótesis de resultar acertadas:

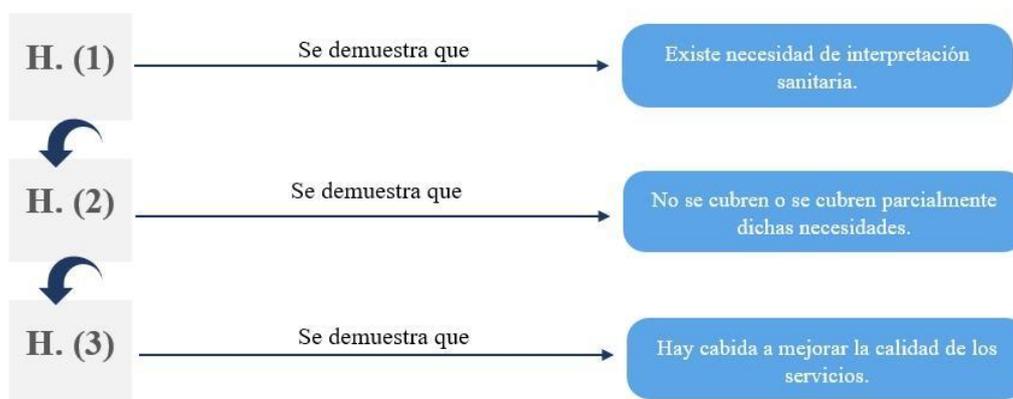


Figura 1. Esquema representativo de la línea de hipótesis y de investigación del trabajo.

Como se puede observar, el esquema representa en la columna izquierda las 3 hipótesis principales que se han expuesto con anterioridad. De demostrarse cada una de estas hipótesis, esto daría lugar a las implicaciones que encontramos en la columna de la derecha. A su vez, y a medida que se fuesen comprobando cada una de ellas, los resultados demostrarían, sucesivamente y por sí mismos las nuevas hipótesis presentadas. Es decir, la hipótesis 1 daría lugar a la 2 y así sucesivamente.

1.3 Objetivos

Este trabajo de final de máster tiene 4 objetivos base a los que se llegará a través de la consulta de bibliografía, consulta de páginas web de instituciones que puedan facilitar datos pertinentes, así como del trabajo de campo, que consistirá en recabar datos mediante de la puesta en contacto con instituciones, organizaciones sin ánimo de lucro, asociaciones, proveedores de servicios públicos sanitarios, profesionales sanitarios e intérpretes o mediadores.

A continuación, se resumen los 4 objetivos principales que, más adelante en el estudio, se desarrollarán detenidamente:

- (1) Establecer el perfil de usuario de la interpretación sanitaria en la provincia.
- (2) **Analizar** la oferta del servicio en los centros públicos de la provincia.
- (3) **Analizar** la oferta del servicio a través de otras organizaciones

- (4) Inferir breves aspectos de mejora del servicio y/o su calidad y del acceso al mismo.

2. Contexto y marco teóricos

2.1 La traducción e interpretación en los servicios públicos y la interpretación sanitaria

La interpretación sanitaria no surge como modalidad aislada dentro del campo de la traducción y la interpretación, sino que nace dentro de la Traducción y la Interpretación en los Servicios Públicos (TISP).

La TISP se originó por el encuentro entre culturas y la fuerte necesidad de estas de comunicarse entre sí. Sin embargo, como Valero Garcés y Gauthier Blasi (2010: 100) reconocen, que la diferencia de la traducción y la interpretación tradicional es su fuerte carácter social. Puesto que se trata de una modalidad que pretende abrirse paso en el sistema público, esta está condicionada al nivel de aceptación y avance que nuestra sociedad posea hacia una más multicultural e intercultural y a sus nuevos principios, así como a la normalización de los inmigrantes como usuarios de los servicios públicos.

A lo largo de los años se han desarrollado varias definiciones de la TISP, Wadensjö (1998: 33) la define, como la modalidad que ocurre en los servicios públicos y que facilita la comunicación entre el personal de estos y los usuarios en las distintas instituciones. Sin embargo, Valero y Mancho (2002: 15-23) hacen una aproximación más social al definirla como la comunicación con un público que conforma una minoría cultural y lingüística y desconoce, más allá del plano lingüístico, los valores, prácticas y representaciones de la sociedad en la que se encuentran.

El presente trabajo se centra en el aspecto de la interpretación. La interpretación en los servicios públicos como actividad tiene una serie de características particulares. Según el sistema multiparamétrico de Alexieva (1997) y adaptado por Abril (2006) distinguiremos siete características principales que serían distintivas de este tipo de interpretación: Los participantes de la situación comunicativa, el formato, la configuración contextual, el tipo de texto y las estrategias de creación de este, los objetivos de la situación comunicativa, las relaciones entre los participantes (poder y cultura) y el papel de los participantes.

Dentro de estas categorías se pueden observar subcategorías que explican de manera más específica los parámetros principales, como los tipos de interlocutores, el papel del intérprete o el estatus y las relaciones jerárquicas que pueden establecerse entre los interlocutores.

En la siguiente figura se expresa de manera gráfica el sistema multiparamétrico adaptado por Abril (2006) de Alexieva (1997):

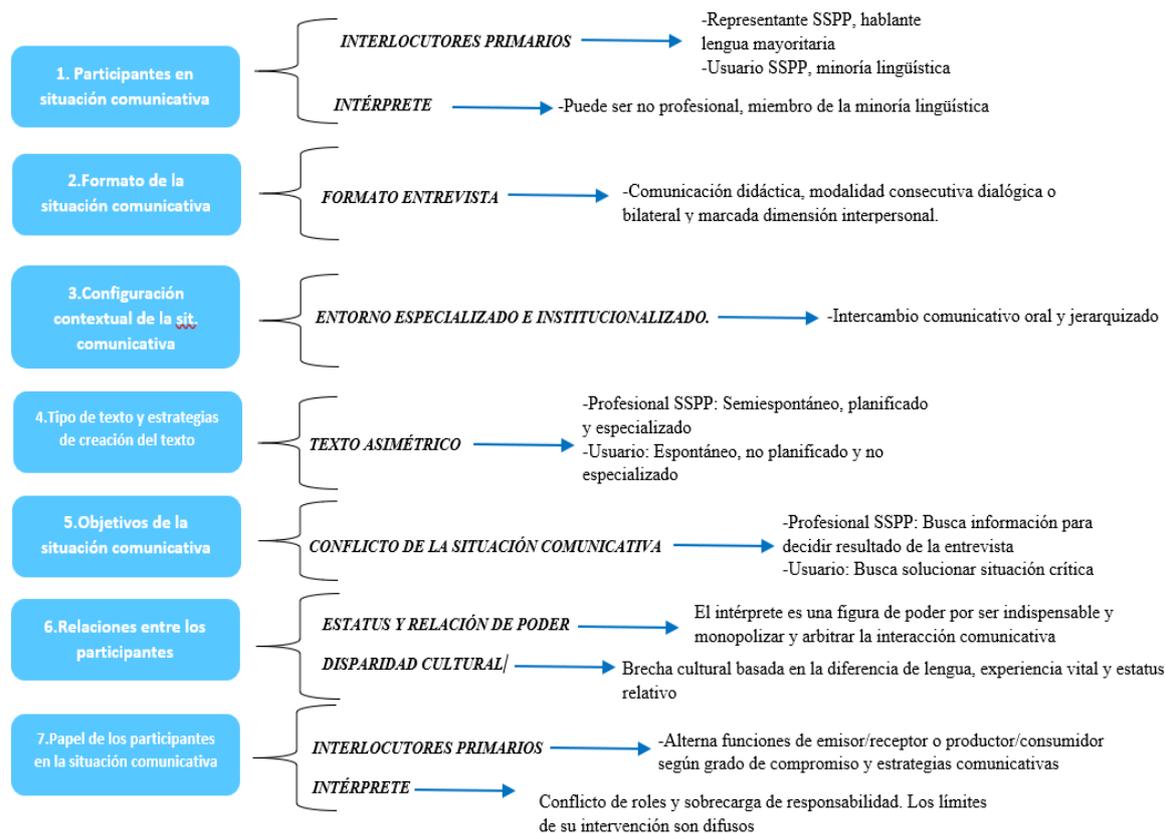


Figura 2 Caracterización de la interpretación en los servicios públicos según el sistema multiparamétrico de Alexieva (1997).

La ISP (Interpretación en los Servicios Públicos) presta servicio en distintos sectores del ámbito público, siendo los más comunes el jurídico, el policial y el sanitario, el cual constituirá el eje vertebrador de la investigación.

La interpretación médica o sanitaria supone un reto comunicativo de suma importancia y se distingue de otros tipos de interpretación por la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra el demandante del servicio sanitario, pues no hay ley específica que establezca el derecho a intérprete en este ámbito. Pese a esto, como ya se mencionó con anterioridad, existen otras leyes que sí cubren el derecho de los extranjeros a la atención sanitaria, como el artículo 43 de la Constitución española de 1978, las leyes comunitarias de la UE (Abril, 2006) o el artículo 12 de la ley de Extranjería, que garantiza que todo inmigrante no comunitario tiene derecho a asistencia médica si se encuentran inscritos en el padrón. (Saura 2001: 1)

Dentro de estas normativas se establece el derecho del extranjero a recibir un servicio de calidad y de forma comprensible, por lo que se infiere que para que este reciba dicho servicio de manera adecuada, la intervención de un intérprete es necesaria.

Además de esto, tanto los usuarios como los intérpretes pueden encontrarse en situaciones de altos niveles de estrés y la vulnerabilidad que caracterizan a los contextos de la salud, sin mencionar que la comunicación médica es ya de por sí una interacción asimétrica y paternalista (Mucci, 2008), características que incrementan cuando hay barreras lingüísticas.

A continuación, para contextualizar con mayor exactitud la interpretación sanitaria, se desarrollarán sus características según el sistema multiparamétrico que se ha explicado con anterioridad:

(1) PARTICIPANTES EN LA SITUACIÓN COMUNICATIVA:

Los interlocutores primarios de estas situaciones comunicativas están representados por el personal sanitario o proveedores de asistencia sanitaria, que representan a la administración del país de la lengua mayoritaria, y el paciente, que pertenece a una minoría lingüística. Por otra parte, y como tercer participante, se representa la figura del intérprete. Debido a la poca profesionalización de la interpretación sanitaria, es muy común que se trate de intérpretes *ad hoc*, es decir, un no profesional que conoce la lengua del paciente o que comparte la misma lengua materna.

(2) FORMATO DE LA SITUACIÓN COMUNICATIVA:

Por lo general, en el contexto sanitario, las interpretaciones se realizan con un formato de entrevista, al igual que ocurre en una consulta médica corriente. Existe un intercambio de información entre el paciente y el personal sanitario cuyo contenido se encarga de traducir el intérprete mediante una modalidad de interpretación conocida como bilateral o consecutiva dialógica. Según Abril (2006) y tal como establece Mason (1999) este tipo de comunicación es bidireccional, diádica y dialógica, en el que ambos interlocutores se encuentran enfrentados. Puesto que entre estos dos interlocutores y el intérprete no suele haber distancia física, pueden surgir problemas éticos derivados de una distancia profesional difusa, en tanto que es complicado discernir qué entra dentro del papel del intérprete y qué no.

(3) CONFIGURACIÓN CONTEXTUAL DE LA SITUACIÓN COMUNICATIVA:

El entorno en el que la interpretación sanitaria toma forma suele ser un entorno institucionalizado y con una clara jerarquía. Los centros de salud, hospitales y consultas médicas proveen un servicio profesionalizado y específico, por lo que el interlocutor que pertenece al servicio sanitario posee unos conocimientos, protocolos y formulismos con los que el paciente, perteneciente a una minoría lingüística, no está necesariamente familiarizado. Esta situación jerárquica se refleja claramente en la comunicación, que será en gran parte oral, aunque también puede ser escrita, a través de formularios, recetas médicas, etc. El intérprete debe mantenerse al margen de esta jerarquía y permanecer neutral.

(4) TIPO DE TEXTO Y ESTRATEGIAS DE CREACIÓN DEL TEXTO:

La interpretación sanitaria, al igual que la ISP, se entiende como aquella en la que el discurso es oral y espontáneo (Mason 2000: 216, Pönchhacker 2004:139). Sin embargo, en el caso del profesional sanitario esto es relativo, pues al tratarse de un entorno institucionalizado, este interlocutor posee una serie de conocimientos previos, protocolos y documentación médica en las que puede apoyarse. Por otro lado, el paciente utilizará un discurso improvisado y en la mayoría de los casos, libre de tecnicismos. El intérprete, por otro lado, deberá tratar de traducir el mensaje de manera fiel, pero adaptándose también a las necesidades lingüísticas del paciente.

(5) OBJETIVOS DE LA SITUACIÓN COMUNICATIVA:

El objetivo de la situación comunicativa es a su vez asimétrico. El profesional sanitario, que representa a una institución, desea recibir la información necesaria del paciente para decidir de qué manera proceder y si proveer dicho servicio o no, por lo que se encuentra en una clara situación de poder. Sin embargo, el paciente acude al servicio sanitario para solucionar un problema determinado que le afecta personalmente y para el que no tiene ningún tipo de poder de decisión. Esta situación puede afectar al intérprete, que percibe un claro desequilibrio entre una autoridad y una persona que no está representada en el sistema institucional y está lingüísticamente aislada.

(6) RELACIONES ENTRE LOS PARTICIPANTES:

Según Alexeiva (1997: 163) y reflejado en la adaptación de Abril (2006), las relaciones de poder entre los participantes se presentan en varias dimensiones dependiendo del estatus social y la posición dentro de la jerarquía institucional, y por otro lado del prestigio y autoridad de los participantes en cuanto al contenido textual. Por ello, el profesional sanitario se establece como interlocutor dominante. Su estatus profesional y pertenencia al sistema institucional le da el poder de tomar decisiones que afectarán directamente al paciente, que acude en busca de un servicio. Este servicio se proveerá en función de lo que el profesional considere oportuno o adecuado según la información que consiga. En cuanto al contenido textual, el profesional médico, especialista en la materia, posee un conocimiento, un léxico y una serie de formulismos que se manifestarán en su discurso y que establecerán su superioridad jerárquica respecto a la del paciente, que podrá conocer o no la terminología o los procedimientos que el sanitario decida usar, a lo que se añaden las barreras lingüísticas y culturales, que suponen un alejamiento aún mayor del profesional sanitario.

El intérprete, por otro lado, cumple una función indispensable en el intercambio de información, pues es el único interlocutor bilingüe. Sin esta figura, la comunicación sería imposible, estableciendo así su relación de poder en la situación comunicativa. Además de esto, al tratarse de una conversación con formato entrevista, el intérprete adopta el papel de moderador, arbitrando la interacción entre los participantes.

(7) PAPEL DE LOS PARTICIPANTES EN LA SITUACIÓN COMUNICATIVA:

Los interlocutores primarios asumen un papel muy bien definido, y que se va alternando según los grados de compromiso con respecto al mensaje (Abril, 2006). El profesional sanitario y el paciente participarán de la comunicación como emisor/receptor o productor/consumidor.

El intérprete, como ya se mencionó, se encuentra en la mayor parte de los casos físicamente presente durante la interpretación, y se hace visible para los interlocutores primarios. Esta visibilidad y su papel de moderador, hace que la barrera profesional se vuelva algo difusa, lo que se añade a la visión poco profesionalizada del intérprete a ojos del público general. Al ser el intermediario en una situación en la que el poder es claramente asimétrico, se puede pensar que el intérprete tiene el poder de ponerse del lado de alguno de los dos interlocutores. Esto conlleva una sobrecarga de responsabilidad importante. Se espera del intérprete no solo que traduzca el intercambio comunicativo, sino que lleve a cabo actividades que se salen de su profesión.

2.2 Diferencias entre mediación intercultural e interpretación

La barrera que separa la mediación intercultural y la interpretación es en la mayoría de los casos muy fina. Es difícil discernir qué competencias tiene cada profesional, pues es común que la similitud entre estas dos actividades, tratándose sobre todo de la interpretación social, produzca confusión entre los usuarios y los proveedores de servicios.

Mikkelson (1996: 126) define el término interpretación social como la actividad que permite que aquellas personas que no hablan un idioma puedan comunicarse con los proveedores de servicios públicos. Es decir, la interpretación sanitaria es en sí misma un tipo de interpretación social. Al igual que la ISP, esta modalidad de interpretación está poco normalizada en la sociedad actual y cuenta con menos prestigio que otro tipo de interpretaciones como la interpretación de conferencias. Tal y como Ruiz y Soria (2016)

apuntan, el grado de concienciación en España es muy bajo y no existe un reconocimiento pleno de dicha profesión.

Por otro lado, Valero (2001:822) considera que los mediadores son mucho más que un intérprete, pues la interpretación es solo una parte de la mediación intercultural. La mediación requiere además del aspecto formativo en lenguas, la formación en interpretación, comunicación intercultural, tradiciones y hábitos culturales que caracterizan a las diferentes culturas de trabajo, así como un conocimiento de los campos de trabajo en los que se realiza dicha mediación, como son también los servicios públicos.

Según Hatim y Mason (1990) se pueden distinguir tres modalidades de mediación, que resumen de manera general las competencias de la figura del “mediador intercultural”. En primer lugar, se distingue la mediación comunicativa, dedicada al entendimiento entre diferentes lenguas y cultural, en segundo lugar, se diferenciaría la mediación contractual, enfocada en la solución de conflictos que surgen de las diferencias culturales, y por último la cognitiva, que depende de la capacidad del mediador de filtrar el discurso que ocupa lugar.

Entonces, ¿se podría afirmar que el intérprete social debe ceñirse exclusivamente al intercambio lingüístico? Es cierto que, a diferencia del mediador, la profesión del intérprete debe regirse por un código deontológico estricto para mantener la imparcialidad, por lo que está mucho más limitada en cuanto a actuación. Es absurdo por otra parte afirmar que el intérprete no debe conocer las culturas con las que trabaja y las implicaciones que estas pueden tener dentro del discurso, por ello debe estar familiarizado también con el ámbito cultural de las lenguas que va a interpretar.

Una vez se conocen las competencias de ambos profesionales, se llega a la conclusión de que en la práctica es mucho más difícil establecer una línea divisoria entre ambas. Según Foulquié y Abril (2013:209) ambas profesiones son esenciales para la sociedad. El problema surge cuando a un mediador se le pide que interprete y a un intérprete se le exige que medie.

Sin embargo, actualmente en España, muchos profesionales de los SSPP consideran como mediador a cualquier voluntario que se preste a interpretar/mediar y que conozca la lengua minoritaria del usuario que necesita el servicio. Es común en el ámbito de los servicios públicos que familiares, amigos, vecinos, etc. acompañen al usuario e intervengan en la comunicación como intérpretes y mediadores. A este tipo de intérpretes se les conoce como *ad hoc*. Aunque pueda funcionar en cierta medida, la creencia de que tan solo con conocer la lengua de trabajo se pueda realizar una mediación/interpretación de calidad es errónea.

En el ámbito sanitario español, la mayor necesidad de mediadores e intérpretes se encuentra en ámbitos como la ginecología, pediatría, urgencias o psiquiatría (Campos, 2004). Aunque existen algunos servicios de interpretación ofrecidos por centros públicos, como en el caso de Andalucía, que ofrece servicios de interpretación telefónica en los centros de la mano de *Dualia*, la mayoría de estos no están al tanto o no pueden acceder al servicio de interpretación/mediación, y recurren a intérpretes *ad hoc* o voluntarios de asociaciones para realizar dicha actividad.

Es necesario, que estos profesionales sanitarios conozcan mejor cuáles son las tareas que los mediadores e intérprete deben realizar. Para ello, deben delimitarse y explicarse desde un principio las barreras profesionales de cada uno de ellos para evitar posibles malentendidos y situaciones poco deseables. Como apunta Campos (2004), estos malentendidos pueden acabar en una pésima coordinación del personal sanitario, el aislamiento de los pacientes en hospitales y una falta de conocimiento de las competencias profesionales de los mediadores e intérpretes.

2.3 Delimitación espacial y demográfica de la provincia de Cádiz

Andalucía es la comunidad autónoma más poblada de España, con un total de 8,4 millones de habitantes, seguida de Cataluña y la Comunidad de Madrid. De estos ocho millones y medio de habitantes, el 8,28% lo conforma población extranjera (INE, 2019).

El objeto de estudio de este trabajo será la provincia de Cádiz. En cuanto a su situación geográfica, Cádiz se encuentra situada en el extremo sur europeo, siendo la provincia más meridional de toda la Península Ibérica. Es una provincia que se encuentra en su mayor parte rodeada por la costa del océano Atlántico, aunque en menor proporción limita también con el Mar Mediterráneo.

Así mismo, limita con las provincias de Huelva y Sevilla en la zona norte y con Málaga en la zona este. Un dato muy importante en el contexto de este estudio y que se repetirá a lo largo del mismo es que el continente africano está a tan solo 14 km de distancia, conectando a través del estrecho de Gibraltar.

Cádiz está dividida en 45 municipios que registran un total de 1.252.249 de habitantes. Como se aprecia en la siguiente figura, pese a no ser una población tan extensa como en otras provincias, lo que llama la atención es su densidad de población, que es de 166,68 hab./km², convirtiéndose en una de las provincias con mayor densidad de población de toda España.

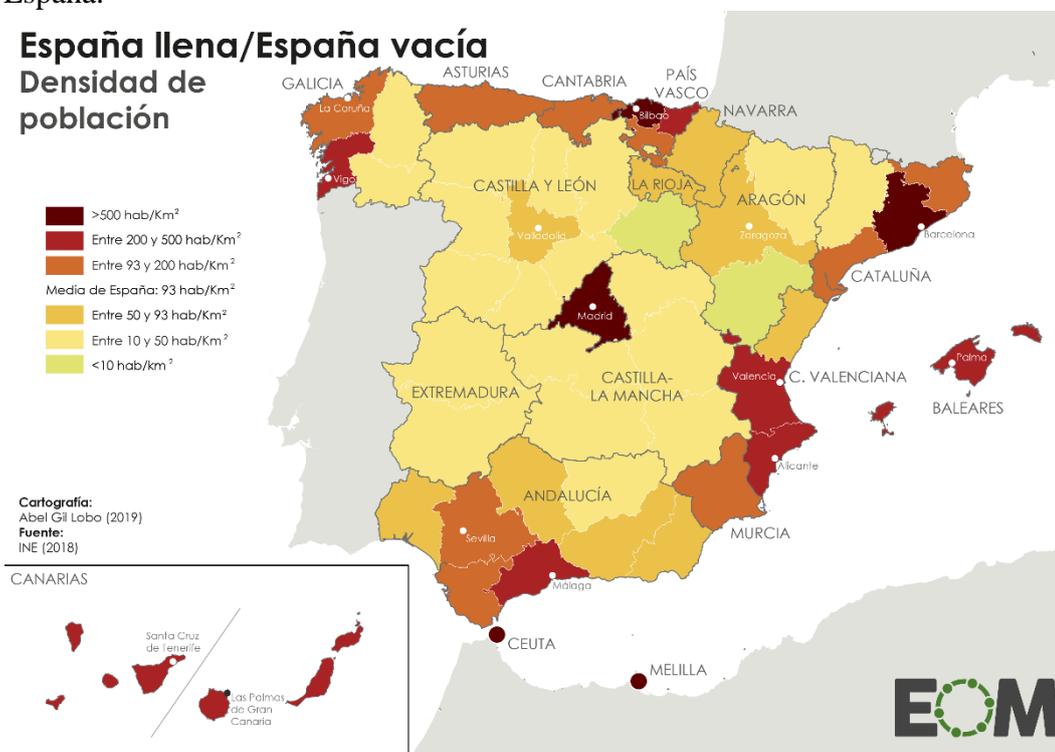


Figura 3. Mapa densidad de población España. (EOM, 2019)

La provincia está dividida en 6 comarcas (véase figura 4) a saber: La Bahía de Cádiz, Costa noroeste, la Campiña de Jerez, la Sierra, la Janda y el Campo de Gibraltar. Sin embargo, la mayoría de los habitantes que conforman el conjunto de la población gaditana se encuentran en el área metropolitana de la Bahía de Cádiz-Jerez (un total de 639.656), donde se encuentran situadas sus dos ciudades principales, Cádiz capital y Jerez. Es en Cádiz capital donde se concentra la mayor densidad de población no solo de la provincia sino de Andalucía (IECA, 2019) y ambas ciudades son la décima y quinta más pobladas de la comunidad.



Figura 4. Mapa representativo de las 6 comarcas que conforman la provincia de Cádiz (Wikipedia, 2020)

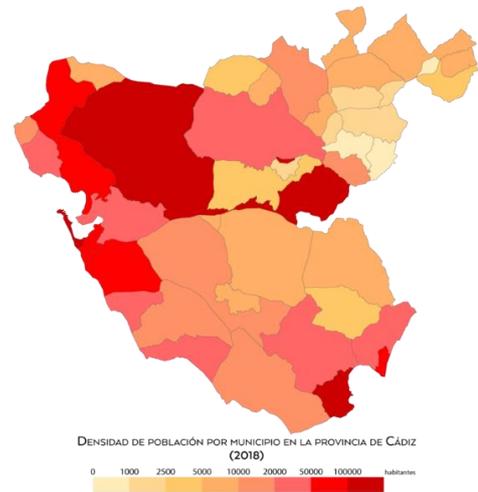


Figura 5. Densidad de población por municipios en Cádiz elaborado a partir de datos del IEA-SIMA (Lanoyta, 2018)

2.4 Turismo e inmigración exterior en la provincia

2.4.1 Turismo

La provincia de Cádiz ha sido siempre uno de los principales destinos del turismo nacional, en particular para aquellos que residen en zonas de interior. Cádiz, a la par que Huelva, se encuentra situada en lo que se conoce como Costa de la Luz, que abarca toda la costa del golfo de Cádiz, que posee unos 260 kilómetros de extensión. Esta comienza en el río Guadiana y llega hasta el municipio de Tarifa. La mayor parte del litoral gaditano forma parte de la Costa de la Luz, a excepción de la Línea de la Concepción y San Roque, que están situados en la Costa del Sol.

Dentro de la parte gaditana de esta costa se encuentran, 13 municipios que se pueden consultar en la figura 6, en los que se sitúan distintas playas con diferentes grados de urbanización y explotación turística: Sanlúcar de Barrameda, Chipiona, Rota, El Puerto de Santa María, San Fernando, Cádiz, Chiclana de la Frontera, Conil de la Frontera, Los Caños de Meca, Barbate, Zahara de los Atunes, Vejer de la Frontera y Tarifa.



Figura 6. Mapa de la costa de la Luz. (Mapa Costa de la Luz, 2011)

Es esta gran extensión costera y su clima, de los más templados de la península, uno de los principales atractivos de la provincia para el turista que busca unas vacaciones de sol y playa. Pese a ser un destino clave para el turismo nacional, Cádiz bajó mucho sus

cifras en cuanto al turismo extranjero en comparación con otras provincias andaluzas como Málaga.

Sin embargo, en los últimos años la provincia de Cádiz ha experimentado un incremento de turismo extranjero nunca registrado. Según el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (2019), el turismo de la provincia aumentó en un 5,7%, lo que significó un total de 5 millones de turistas y que posicionó a la provincia como segundo lugar más visitado dentro de la comunidad autónoma de Andalucía. Estos datos son aún más sorprendentes al comprobar que, por primera vez en la historia, el turismo extranjero supera al nacional. Fue ya en el 2017 cuando las pernoctaciones hoteleras y turismo extranjero de la provincia comenzaron a incrementarse de manera exponencial, más exactamente en un 8,3%, un total de 958.232 viajeros alojados (Consejería de Turismo y Deporte, 2017). En la siguiente figura, se puede comprobar cómo, ya en 2017, en un sector turístico liderado con mucho margen por la Costa del Sol, la Costa de la Luz gaditana se abría camino en el turismo de litoral andaluz en segundo lugar con un 18,3%, cifra que como se ha expuesto con anterioridad, ha aumentado considerablemente en el 2019.



Figura 7 Pernoctaciones hoteleras en el litoral Andaluz según costas andaluzas (Consejería de Turismo y Deporte, 2017)

La mayor parte de turistas extranjeros que viajan a la provincia de Cádiz provienen de la Unión Europea, en concreto del Reino Unido a la cabeza, Alemania y Francia, prácticamente el mismo perfil de turista extranjero que visita España. Este dato supone que el perfil de turista extranjero tiene como primer idioma el inglés, así como el uso de este como *lingua franca*. Cabe destacar también que según datos del INE (2019), la estancia media de estos extranjeros fue de 9,2 días, solo superado por Huelva. Además de los turistas extranjeros que deciden pernoctar en la provincia, según la APBC, el turismo de cruceros ha experimentado un enorme aumento en 2019 en la provincia, sobre todo en el puerto de Cádiz capital, con un 10% más de cruceristas que el año anterior, lo que significa una cifra de más de 465.000 turistas.

Sin embargo, Cádiz no ofrece solo turismo de playa, también existe una amplia oferta cultural y natural a lo largo de toda la provincia. Esta posee algunas de las poblaciones más antiguas de la península, en la que han habitado distintas civilizaciones como la fenicia, la romana o la árabe. Por ello, hay numerosos monumentos, restos arqueológicos como Baelo Claudia e iglesias que atraen a miles de turistas cada año. Así mismo, hay una amplia lista de actividades en la naturaleza y parques naturales protegidos como la Sierra de Grazalema o uno de los más importantes de la península, el Parque Nacional de Doñana.

Un dato que muestra la importancia del turismo en la provincia es que, según estudios de 2018, el 74,09% de los contratos registrados en la provincia ese mismo año, pertenecen al turismo y al sector servicios. Es fundamental tener en cuenta que este alto porcentaje muestra como la mayor parte de la población gaditana obtiene sus principales ingresos gracias al turismo tanto nacional como extranjero, por lo que es de suponer que debe haber un gran interés por desarrollar y mejorar los servicios que se proveen a estos usuarios.

Todos estos datos que se han recopilado muestran un turismo extranjero muy importante, pero también muy joven. Ha sido en los últimos años cuando Cádiz y su sector turístico ha experimentado un incremento del turismo extranjero, hasta entonces minoritario. Se puede deducir de esto que, tanto los servicios públicos como los servicios privados no han empezado hasta hace poco a entender que la multiculturalidad y las diferencias lingüísticas son puntos clave en el turismo que deben dar pie al desarrollo de los servicios que deben proveerse a estos usuarios extranjeros, entre los que se incluye el servicio de interpretación sanitaria.

2.4.2 Inmigración exterior.

Tal y como establece la Organización Internacional para las Migraciones un migrante es:

“Aquella persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia.” (OIM,2018)

Por lo que se entiende que este fenómeno puede afectar a personas con contextos socioeconómicos muy diferentes, e incluso opuestos. Aunque actualmente, cuando se habla de migración internacional se suele pensar en migraciones irregulares, la mayoría de las migraciones se llevan a cabo por la vía legal (OIM,2018). Este fenómeno está a la orden del día en un mundo globalizado como en el que vivimos actualmente, y España se suma sin duda al fenómeno de las migraciones

Tras la potente crisis económica que tuvo lugar en 2008 y permaneció hasta al menos 2014, los flujos migratorios sufrieron un grave descenso que provocó el exilio de migrantes que residían ya en España y afectó a la reputación del país como destino para las migraciones. Este fenómeno afectó de manera obvia al saldo de migraciones internacional, que pasó de 500.000 personas al año a -251.530, siendo positivo solo a partir del año 2016 (Reher, 2019).

Esta situación no dejó indiferente a la comunidad andaluza, y por supuesto a la provincia de Cádiz. Esta, que no había sido a lo largo de los años tan atractiva para los flujos migratorios como otras dentro de la comunidad, sufrió un revés en sus cifras y la tasa de migración neta con el extranjero cayó en picado del 2008 al 2012. En el siguiente gráfico se observa como en el año 2008 la tasa estaba en 2,87% y baja más de un 2% en este período de tiempo.

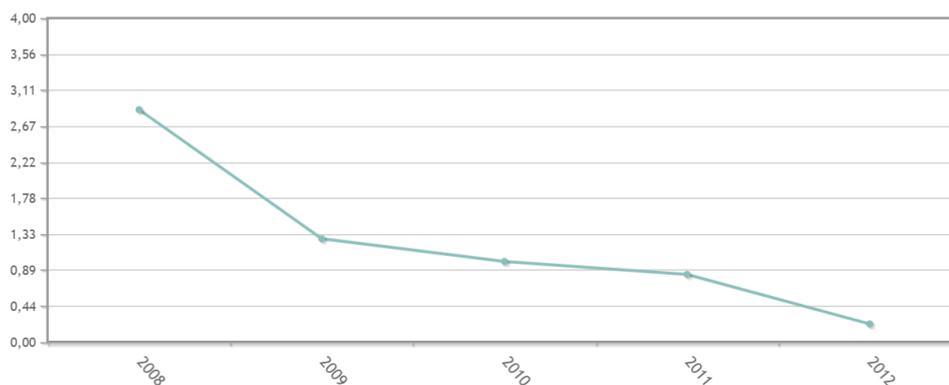


Figura 8 Gráfico de la Tasa de Migración Neta con el extranjero en la provincia de Cádiz 2008-2012 (INE, 2019)

Además de estos datos, los inmigrantes que residían ya en la provincia vivían una situación difícil en cuanto a su situación laboral, que dejó en paro a más de la mitad de la población extranjera, pasando de un 83% de personas activas laboralmente a un 43%. En la siguiente tabla se muestra la evolución del año 2007 antes de la crisis, al 2009.

Situación	Año 2009	Año 2008	Año 2007
Trabaja	47,84%	83,47%	83,19%
Cobra paro	3,92%	0,40%	0,86%
Cobra ayuda	4,71%	1,61%	0,86%
Ni Trabajo ni Subsidio	42,75%	13,31%	12,93%
No busca trabajo	0,78%	0,81%	1,72%

Situación económica del Año 2009 al Año 2007.

Figura 9 Situación laboral de migrantes en la provincia de Cádiz 2007-2008 (APDHA, 2010)

Sin embargo, la situación comenzó a cambiar cuando los efectos de la crisis empezaron a disiparse en 2016 y ha desembocado en la situación que vivimos actualmente. Según datos del INE, a fecha de 1 de enero de 2019 quedaban registradas 1.240.155 personas en la revisión del Padrón Municipal de la provincia de Cádiz, de los que 45.284 representan la población extranjera empadronada y en situación regular, 4.000 más que en el año 2015 según datos del INE. Esta cifra, como se puede observar en la Figura 10, queda muy por debajo de otras provincias andaluzas como Almería o Málaga, que encabezan la lista de residentes extranjeros dentro de Andalucía.

Provincias	Población extranjera			Población total			% personas extranjeras sobre el total de empadronamientos	Variación interanual (diferencia anual)
	Variación interanual			Variación interanual				
	Total	Absoluta	Relativa (%)	Total	Absoluta	Relativa (%)		
Almería	145.181	5.422	3,88%	715.993	6.653	0,94%	20,28%	0,57%
Cádiz	45.284	2.732	6,42%	1.240.020	1.306	0,11%	3,65%	0,22%
Córdoba	20.964	363	1,76%	782.516	-2.724	-0,35%	2,68%	0,06%
Granada	60.813	3.347	5,82%	914.428	2.353	0,26%	6,65%	0,35%
Huelva	44.657	2.371	5,61%	521.428	1.496	0,29%	8,56%	0,43%
Jaén	15.223	97	0,64%	633.120	-4.979	-0,78%	2,40%	0,03%
Málaga	252.362	14.050	5,90%	1.660.693	19.572	1,19%	15,20%	0,67%
Sevilla	68.662	3.368	5,16%	1.941.804	1.917	0,10%	3,54%	0,17%
ANDALUCÍA	653.146	31.750	5,11%	8.410.002	25.594	0,31%	7,77%	0,35%

Figura 10 Población extranjera, total y proporción de población extranjera empadronada en Andalucía según provincia (OPAM, 2019)

El balance que se sustrae de estas cifras es muy positivo para las migraciones en la provincia, pues es este fenómeno el que impulsa a Cádiz, que venía perdiendo habitantes desde 2012, a la mayor cifra de población de su historia. Así mismo, en el primer semestre de 2019, su saldo migratorio alcanzó un número récord para la provincia

de 2.564 migrantes, que refleja el avance y desarrollo que se está dando en la provincia en cuanto a inmigración.

Pero ¿de dónde vienen estos migrantes? Los colectivos más numerosos proceden de la UE con 16.830 ciudadanos, África con 12.831 y América Central y del Sur con 8.644. Dentro de la inmigración comunitaria, los británicos encabezan la lista de mayor número de europeos residiendo en Cádiz, de la mano de Alemania y Francia, claro reflejo de nacionalidades que eligen a su vez la provincia para hacer turismo. Sin embargo, se ha observado un incremento de solicitudes de visado que provienen de países de Norte América, que se sitúa por encima de Francia y Alemania con 2.000 migrantes, sin olvidar otro de los colectivos más numerosos de la provincia, los ciudadanos provenientes de China que suponen el 80% de los ciudadanos que emigraron desde Asia. De forma general y como datos relevantes para este estudio, podemos sustraer de lo aquí expuesto que existen dos perfiles predominantes claros de ciudadanos extranjeros no hispanohablantes que residen en la provincia de Cádiz: europeos comunitarios y africanos.

Cabe destacar, por otro lado, que estas cifras no muestran la cara más cruda de la inmigración, la inmigración no regulada y de paso, la inmigración para la que la provincia supone la puerta de entrada de miles de personas anualmente. Es el estrecho la ruta más utilizada pues se considera un recorrido relativamente fácil y corto para viajar por mar en patera y otras embarcaciones poco seguras que ponen en riesgo la vida de estos migrantes. Originalmente gran parte de los migrantes que provenían de África eran marroquíes, pero otros muchos proceden del Magreb o países de África subsahariana, de los cuales cada vez llegan más (Benamal y Malero, 2015). En el 2018 se vivió una crisis migratoria en la que la provincia jugó un papel crucial a la hora de rescatar a los migrantes que viajaban a España a través del estrecho. Solo en ese año un total de 53.451 personas provenientes de África del norte y África central llegaron a las costas gaditanas. Esta cifra representó el 90% de las llegadas a España, creando una situación insostenible para las autoridades, que se vieron desbordadas ante una situación de tal magnitud. Fue este mismo año, cuando se inauguró el primer Centro de Recepción de Inmigrantes por orden del Ministerio del Interior en la localidad gaditana de San Roque, donde se atiende a estos migrantes durante las primeras 72 horas que pasan en España.

POBLACIÓN EXTRANJERA DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ POR PROCEDENCIA (2019)

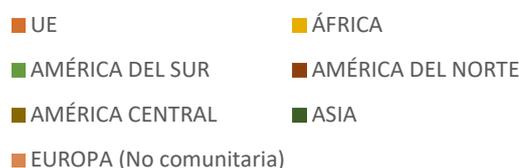


Figura 11 Población extranjera de la provincia de Cádiz por procedencia en 2019. Datos del INE

Según datos actuales, estos fenómenos migratorios irregulares, aunque ahora más contenidos desde 2019 debido a las férreas políticas impuestas por el gobierno tras la crisis migratoria del 2018, seguirán desarrollándose y aumentando a lo largo de los años, no solo en Cádiz, sino en las rutas migratorias del Mediterráneo en general. De esta situación se prevé una necesidad imperiosa de adaptar los servicios públicos y de ayuda para estos migrantes que se encuentran en situación de clara exclusión social y desamparo, más aún en un país que no conoce su lengua ni sus costumbres.

Tal y como establecen Girone y Lollo (2011), se vislumbra la significativa diferencia entre los fenómenos migratorios y los migrantes que convergen y conviven en la provincia de Cádiz. Por un lado, coexisten flujos regulares e irregulares de migrantes, así como la presencia regular y la presencia irregular de los mismos, una población inmigrante mayoritaria que procede de países europeos socioeconómicamente bien posicionados y otros que huyen de la pobreza, a veces de manera irregular, con un mayor riesgo de exclusión étnica o religiosa. No es solo esta, la diferencia principal, Cádiz es para muchos de estos migrantes un lugar de paso, un puerto de entrada al país, por eso muchos de estos que no se quedan en la provincia no se suman a las cifras oficiales de ciudadanos extranjeros. Pese a que decidan no asentarse en la provincia, son las autoridades, los servicios sanitarios, los trabajadores sociales y muchos otros profesionales de la provincia de Cádiz los que los reciben y tratan en sus primeras horas en España.

Cabe pensar entonces, que con el volumen de migraciones que se reciben en puertos como el de Algeciras, los servicios públicos, incluyendo el sanitario que es el que nos ocupa en este estudio, deben estar preparados para dar una atención de calidad y cubrir las necesidades, incluyendo las lingüísticas y culturales, de estos usuarios. Y no solo son aquellos que llegan de forma irregular a través del estrecho los que harán uso del servicio sanitario, sino también los que están asentados en la provincia. Cada colectivo necesitará una atención sanitaria distinta, pero al fin y al cabo una que se adapte a sus necesidades y que cumpla unos mínimos de calidad.

2.4.3 ONG y asociaciones de atención a inmigrantes en Cádiz

Por los datos expuestos en cuanto a inmigración exterior, se dibuja un claro panorama favorable para la formación y el desarrollo de organizaciones que busquen el bienestar y ofrezcan distinto tipo de servicios para este tipo de colectivos más desfavorecidos. Actualmente existen registradas en la página oficial de la Junta de Andalucía en la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación (2021,) siete asociaciones especializadas en la atención a inmigrantes en la provincia (véase Tabla 1). Estas ofrecen distintos servicios de integración social, convivencia ciudadana intercultural, asesoramiento jurídico y sanitario y mediación intercultural entre otros.

ASOCIACIÓN	SEDE
CEAIN (Centro de Acogida de Inmigrantes)	Jerez de La Frontera
MÁRGENES Y VÍNCULOS	Los Barrios

Pro Derechos Humanos	Cádiz
AILA (Asociación Inmigrantes de Andalucía)	Jerez de La Frontera
Algeciras Acoge	Algeciras
CEPA (Colectivo Prevención e Inserción de Andalucía)	Cádiz

Tabla 1. Lista de asociaciones especializadas en la atención a inmigrantes en la provincia de Cádiz. (Junta de Andalucía, 2020)

Además de esta lista oficial, existen otras asociaciones que tienen objetivos similares y que también prestan servicio a cientos de migrantes en la provincia cada año, como Cruz Roja, Manos Unidas, ADRA, Cardijn, Pro-Libertas, Accem o Tierra de Todos, algunas de las cuales recibieron en 2020 subvenciones de hasta 68.000 euros repartidas entre toda la provincia para poner en marcha programas de inserción cultural y fomento de la cohesión social (La voz del sur, 2020). Gracias a la existencia de estas organizaciones que están en contacto directo con uno de los colectivos protagonistas del estudio, se abre un frente muy interesante e indispensable a la hora de realizar este trabajo. Uno de los muchos servicios que ofrecen es la mediación cultural que, como ya se ha explicado en el apartado 2.2, está directamente relacionada con la interpretación. Es impensable pues, describir el panorama de la interpretación sanitaria sin considerar a las asociaciones de atención a inmigrantes como un pilar fundamental.

2.5 Contexto sanitario de la provincia de Cádiz

El BOJA número 74 con fecha de 4 de julio de 1998 establece que: “*Según los artículos 13.21 y 20.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, se le confiere a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en sanidad e higiene [...]*”, esta titularidad de competencias se le confirió a Andalucía tras la promulgación del Estatuto de Autonomía.

A partir de ahí se estableció en el año 1986 el Servicio Andaluz de Salud, mediante la Ley 8/1986 del 6 de mayo del Servicio Andaluz de Salud. Dicho servicio se caracteriza por ser un organismo autónomo perteneciente a la Junta de Andalucía que se encarga de la gestión y administración de los servicios públicos de salud. Así mismo se adscribe a la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (SAS, 2020).

El SAS está compuesto por una serie de servicios asistenciales que garantizan a la población la posibilidad de acceder a sus servicios de salud y el reparto equitativo de los recursos ofrecidos por los mismos. Existen 1517 centros de atención primaria y 49 hospitales repartidos por toda la comunidad para garantizar a los usuarios la accesibilidad a los servicios de salud. Cabe destacar, que este servicio se divide territorialmente en Áreas de Gestión Sanitaria para la gestión, tanto de la atención primaria como la atención hospitalaria. Estas áreas se encargan de gestionar las prestaciones y de desarrollar los programas sanitarios para facilitar la coordinación del servicio. Hay quince Áreas de Gestión Sanitaria en Andalucía que se pueden consultar en la siguiente figura.

Almería	<ul style="list-style-type: none"> • Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Cádiz	<ul style="list-style-type: none"> • Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar • Área de Gestión Sanitaria de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz
Córdoba	<ul style="list-style-type: none"> • Área Sanitaria Norte de Córdoba. • Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba.
Granada	<ul style="list-style-type: none"> • Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada. • Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada.
Huelva	<ul style="list-style-type: none"> • Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva.
Jaén	<ul style="list-style-type: none"> • Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén. • Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Jaén.
Málaga	<ul style="list-style-type: none"> • Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. • Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga. • Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga.
Sevilla	<ul style="list-style-type: none"> • Área de Gestión Sanitaria de Osuna. • Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

Tabla 2. Áreas de gestión sanitaria en Andalucía (Wikipedia, 2019)

Las áreas en las que se centrará son las que conforman el servicio de salud de la provincia de Cádiz. Esta a su vez se divide en cuatro distritos de atención primaria principales divididos también territorialmente: Bahía de Cádiz-La Janda, Jerez-Costa Noroeste, Campo de Gibraltar y Sierra de Cádiz. En las siguientes figuras se pueden observar los distintos distritos y los municipios que conforman cada uno de ellos:



Figura 13 Mapa distritos sanitarios Cádiz (SAS,2003)

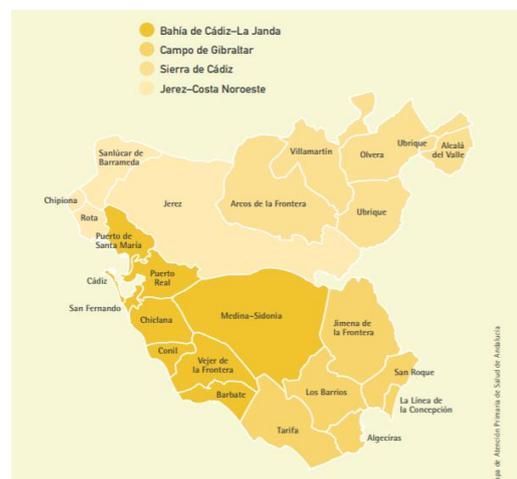


Figura 14 Mapa distritos sanitarios por municipios Cádiz (SAS,2003)

Según datos recogidos por el Ministerio de Sanidad en cuanto a centros de atención primaria, hay un total de 134 en la provincia de Cádiz, que se dividen en centros de salud y consultorios locales. A su vez, existen un total de 80 consultorios y 54 centros de salud. Estos centros suelen dar servicio de consultas externas, médico de familia, curas, urgencias etc. Los consultorios suelen localizarse en municipios más pequeños y poseen menos personal y menos tiempo de apertura al público.

En cuanto a atención hospitalaria, hay seis hospitales públicos gestionados por el SAS, a saber: Hospital Universitario Puerta del Mar, Hospital Universitario de Jerez de

la Frontera, Hospital de la Línea de la Concepción, Hospital de Puerto Real, Hospital Punta de Europa y Hospital de Alta Resolución La Janda. En la siguiente figura se puede observar la localidad donde se encuentra cada uno de ellos.

Centro	Localidad
Hospital Universitario Puerta del Mar	Cádiz capital
Hospital Universitario Jerez de la Frontera	Jerez de la Frontera
Hospital de La Línea de la Concepción	La Línea de la Concepción
Hospital de Puerto Real	Puerto Real
Hospital Punta de Europa	Algeciras
Hospital de Alta Resolución La Janda	Vejer de la Frontera

Figura 15 Listado de hospitales públicos de la provincia. Fuente: SAS

Además de estos hospitales públicos, existen también otros centros hospitalarios suscritos al Servicio Andaluz de Salud, a los que se puede acceder de forma privada o por la vía pública. Cádiz es la provincia andaluza donde más centros concertados hay. Son un total de cinco centros que pertenecen en su mayoría al grupo de Gestión Hospitalaria José Manuel Pascual Pascual, S.A. En la siguiente figura se enumeran todos ellos y se especifica su localización:

Centro	Localidad
Hospital San Juan Grande	Jerez
Hospital Traumatológico Clínica San Rafael	Cádiz capital
Hospital Santa María del Puerto	Puerto de Santa María
Hospital Virgen de las Montañas	Villamartín
Hospital Virgen del Camino	Sanlúcar de Barrameda

Figura 16 Listado de hospitales concertados de la provincia. Fuente: Junta de Andalucía

El presente trabajo se centrará en el servicio de interpretación sanitaria que se ofrece en los hospitales públicos de la provincia, sin embargo, se tendrán en cuenta los datos que se obtengan de los centros concertados, aunque dicha información no sea tratada con la misma prioridad.

2.6 Acceso al Servicio Andaluz de Salud

El acceso al Servicio Andaluz de Salud se realiza de la misma forma en todas las provincias de la comunidad incluyendo Cádiz, es decir, a través de la Tarjeta Sanitaria de Andalucía, documento que se puede solicitar en cualquier Centro de Salud. (Consejería de Salud y Familias, 2020).

Sin embargo, ¿quién tiene derecho a acceder a estas prestaciones? Según el portal informativo de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, la Ley de Salud de Andalucía, en el artículo 3 establece que tienen el derecho a las prestaciones sanitarias los siguientes:

“1. Los españoles y los extranjeros residentes en cualquiera de los municipios de Andalucía.

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

3. 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 se suscriban por el Estado Español y les sean de aplicación.

4. Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las Leyes, los Tratados y Convenios, suscritos por el Estado Español.

5. Igualmente, se garantiza a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencias".

Es decir, que los extranjeros, ya sean residentes en la comunidad o a nivel nacional, nacionales de la UE y fuera de esta tienen derecho a la asistencia médica que se establezca en las leyes y tratados del Estado Español, así como las prestaciones vitales de emergencia. De este resumen podemos intuir que todo extranjero tiene el derecho legal de ser atendido por el servicio sanitario, pues es un principio constitucional y un derecho europeo que aparece en la Carta de la Reforma de la Atención Sanitaria de Ljubljana, tal y como se cita en Martínez, 2015, p.1.

Los ciudadanos extranjeros nacionales de la UE podrán acceder al SAS a través de la Tarjeta Sanitaria Europea, y aquellos que sean de otras nacionalidades deberán solicitar un formulario que se contempla en la normativa y que recoge el derecho a recibir asistencia sanitaria universal. Si el extranjero no comunitario desea permanecer en Andalucía, deberá solicitar su visado, residencia, número de afiliación a la Seguridad Social y darse de alta en el padrón municipal, trámite obligatorio para obtener la tarjeta sanitaria.

En cambio, estas afirmaciones no incluyen a aquellos extranjeros que se encuentran en el país en situación irregular. Los cambios de gobierno en España han ido modificando la situación de este colectivo en cuanto a sus derechos de asistencia sanitaria. En 2012, el gobierno decidió derogar la sanidad universal, no fue hasta julio de 2018 cuando la universalidad del servicio sanitario volvió a entrar en vigor, pero con más restricciones. (Maldonado, 2017).

Según el Real Decreto-ley 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud las personas extranjeras en situación irregular y que no aparezcan como residentes en España, tienen derecho a recibir las mismas prestaciones que los ciudadanos españoles. Para ello deberán presentar una solicitud en la que aporten documentación acreditativa de identidad, documentación que acredite la residencia en territorio español por un periodo previo de 3 meses, un documento que acredite la imposibilidad de exportar el derecho a asistencia sanitaria desde su país de origen y por último una acreditación que demuestre que no existen terceros obligados al pago. Tras la aceptación de la solicitud se le entregará a la persona un documento provisional que acredite la aceptación de su trámite, y más tarde será añadido a la base de datos.

2.7 Regularización del servicio de interpretación en el SAS

Una vez establecidos los requisitos para el acceso al servicio sanitario, ¿cómo se asegura el SAS de que dichos pacientes reciben una asistencia de calidad que supera las barreras lingüísticas de aquellos usuarios no hispanohablantes? Como ya se mencionó anteriormente en el trabajo, según la Carta de Derechos y Deberes, el paciente debe recibir la información en un lenguaje comprensible y accesible, en este caso esto significa en un idioma que el usuario pueda entender. Aquí es donde entra la figura del intérprete y su

profesionalización dentro del servicio sanitario público. El derecho a interpretación como tal no aparece estipulado en ningún tipo de legislación oficial por lo que la figura de este profesional está poco reconocida aún en nuestro sistema sanitario y en España en general.

Entonces, ¿qué servicios lingüísticos ofrece el SAS para estos pacientes? En primer lugar, el portal web del Servicio Andaluz de Salud ofrece su contenido únicamente en español, lo que significa que los usuarios extranjeros no hispanohablantes que quieran realizar una consulta telemática se encontrarán con la primera barrera lingüística. Por la vía telefónica, existe un servicio, llamado Salud Responde, puesto en marcha por la Consejería de Salud en 2003 a través del cual se puede acceder a información y atención sanitaria. Para acceder a este servicio basta con llamar al 955 54 50 60, línea sin coste adicional. También existen una app móvil, un correo electrónico y un número para la solicitud de citas vía mensaje de texto. Sin embargo, al hacer la llamada, el usuario no hispano hablante se encuentra ante la grabación en español de un teleoperador que ofrece distintos servicios a los que se accede marcando diferentes números, tras esperar un determinado período de tiempo, si no se ha marcado ninguna opción, un teleoperador atenderá su llamada en español, y tendrá que inferir la lengua del usuario solicitante del servicio. Suponiendo que el paciente siga esperando al teléfono, y el operador sepa qué idioma habla, este le transferirá a un servicio de teletraducción o interpretación telefónica. En el caso de que el usuario acuda a una consulta o centro, será el profesional sanitario el que se pondrá en contacto con el servicio de teletraducción dentro de la consulta. Según Phelan (2001: 13), la interpretación telefónica es un tipo de interpretación bilateral que se realiza a través de un teléfono y está estrechamente relacionada con la interpretación en el ámbito médico, de los negocios y en el ámbito jurídico de los Estados Unidos. En este caso en particular, y como norma general, la interpretación telefónica surge de la necesidad de proveer al usuario de una serie de garantías básicas al no disponer de recursos suficientes para obtener un equipo de intérpretes presenciales (cfr. Böckenförde, 1993). El servicio de teletraducción que se ofrece en el SAS lo gestiona la empresa Dualia, y ofrece un total de 37 idiomas 24 horas los 365 días del año.

Este tipo de interpretación suele tener una estructura denominada, tal y como clasifica Rosenberg (2007: 68), *three-way conversations* o llamadas a tres, en la que los tres interlocutores están al teléfono en sitios distintos, encontrándose en la misma situación visual, y la que, según el autor, la menos problemática. Sin embargo, es también muy común aquella en la que el profesional y el usuario se encuentran en la misma sala (*interpreted-mediated face-to-face conversations with speakerphones*) con el teléfono en manos libres, dejando al intérprete en una posición de desventaja (citado en del Pozo y Campillo, 2016: 9)

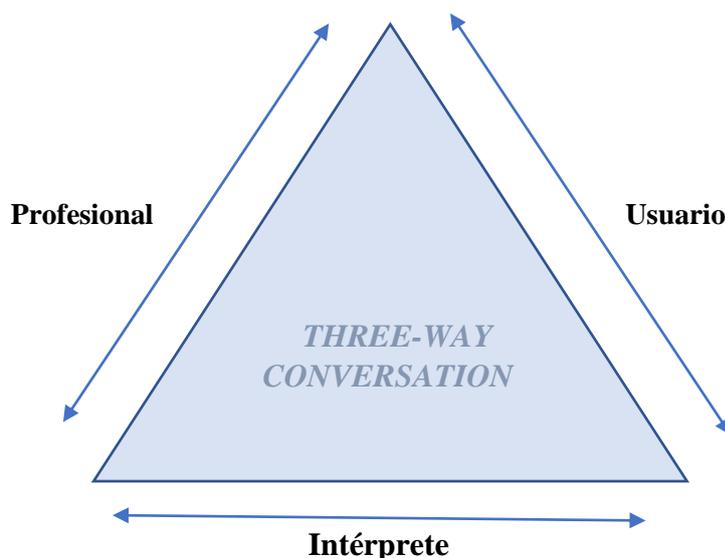


Figura 18 Llamada a tres (*three-way conversations*) Rosenberg (2007: 68)

La ausencia de presencialidad del intérprete en estos casos tan delicados da lugar a ciertos problemas o carencias en la comunicación, ya sea por la ausencia de lenguaje no verbal o por la posibilidad de que el paciente se sienta vulnerable e incómodo en situaciones de emergencia en las que se necesite la presencia de alguien que hable su idioma. Cabe destacar que, en el 2012 dejó de funcionar una iniciativa de interpretación y mediación cultural nacida en el Hospital Carlos Haya de Málaga llamada Ventanillas Europeas de Información Sanitaria. Esta iniciativa ofrecía servicios presenciales en inglés, francés, alemán y checo en distintos hospitales del SAS, pero por motivos económicos, los servicios de atención y accesibilidad a usuarios extranjeros quedaron reducidos a Salud Responde. Si estas situaciones pueden llegar a afectar a la calidad del servicio a los ojos de los profesionales sanitarios, intérpretes o usuarios, se analizará con posterioridad en el trabajo (Martínez Fraile, 2015).

2.8 Impacto de la actual pandemia Covid-19 (SARS-CoV-2) en el turismo, la inmigración y la sanidad.

El 11 de marzo de 2020 la OMS, alarmada por los niveles de propagación de la enfermedad y la gravedad de esta, decide declarar oficialmente la pandemia (OMS, 2020). Esta decisión cambió drásticamente el curso y la situación del turismo, la inmigración y la sanidad en todo el mundo y por supuesto en España y Cádiz.

El estado de alarma supuso no solo el cierre de las fronteras en cientos de países alrededor del mundo, sino también el confinamiento domiciliario de millones de ciudadanos, el cierre de todos los negocios y actividad considerados no esenciales y por supuesto la absoluta saturación del sistema sanitario nacional. Las consecuencias han sido y siguen siendo hoy trágicas en cuanto a la situación económica, política y sanitaria.

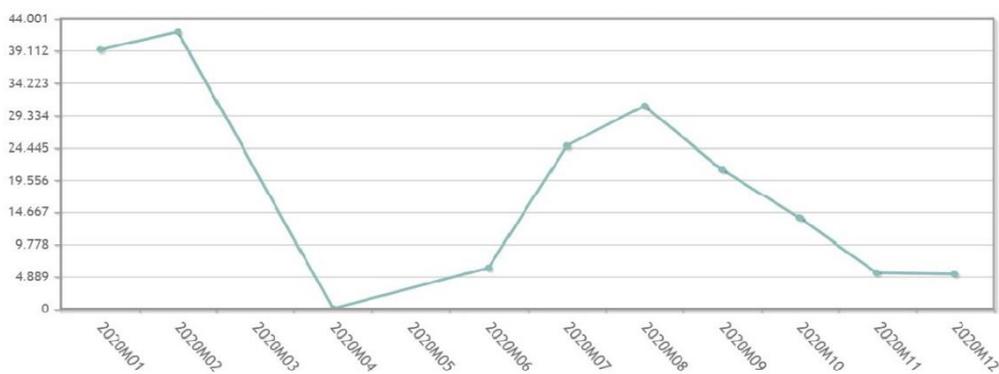
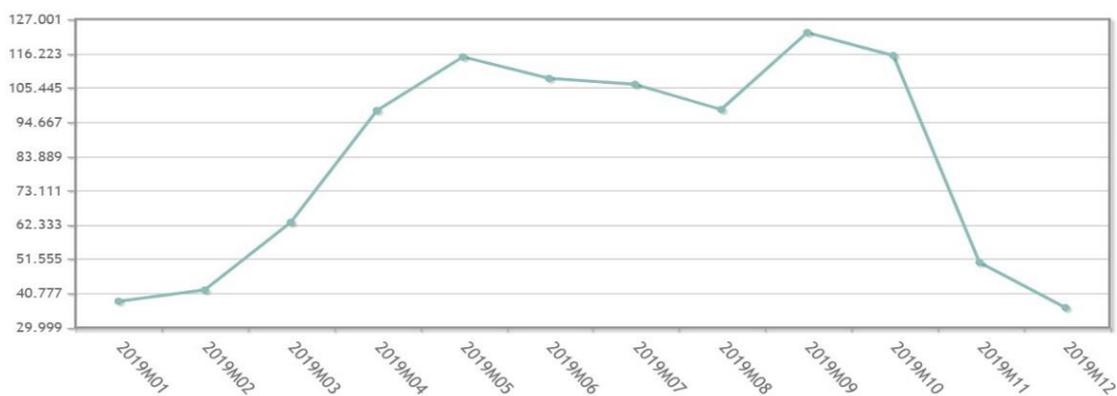
2.8.1 Turismo

En 2021 el país aún se está recuperando de las peores cifras turísticas en décadas. Pese a que las vacunas han comenzado a suministrarse, la caída del sector que aporta un 12% del PIB nacional, ha supuesto una pérdida económica millonaria. Tal y como anuncia la patronal de turismo y recoge Díaz A. (2021), la facturación relacionada con actividades del sector cayó un 70% con respecto a 2019.

En el contexto de este estudio, el turismo extranjero es lo que más repercusión tiene. Debido al cierre de fronteras entre países, el tráfico aéreo disminuyó

considerablemente y en 2020 se registró una cifra de tan solo 75 millones de pasajeros respecto a los 285 millones del año anterior (Díaz, A. 2021). De estos pasajeros tan solo 20 millones provenían del extranjero, menos de la mitad que en 2019. Desde la década de los 60 no se habían registrado números tan bajos en España (Gutiérrez, 2020).

Por supuesto, la situación no ha sido diferente en la provincia de Cádiz. Si ya hablamos con anterioridad de un incremento exponencial del turismo, y en particular del turismo extranjero, en la provincia en los últimos años, la pandemia ha frenado por completo lo que se preveía como un crecimiento que iba a ser continuado en el tiempo, congelando el desarrollo de Cádiz como foco turístico importante en España. En los siguientes gráficos (INE, 2021) se muestran las cifras de viajeros y pernoctaciones de residentes extranjeros en Cádiz en 2019 y más abajo en 2020:



Figuras 19 y 20. Gráfico de turistas extranjeros y pernoctaciones en 2019 y 2020 (INE, 2021)

La caída en picado de los viajeros es más que evidente, siendo equivalente la cifra más baja del 2019 a la más alta de 2020. Es obvio que esto afecta, por consiguiente, a la frecuencia con la que se ha usado el servicio de interpretación más enfocado a este perfil de usuario durante este año y deberá tenerse en cuenta tanto en el trabajo de campo como en los resultados del estudio.

2.8.2 Inmigración exterior

El cierre de fronteras ha influido en toda la movilidad humana durante la pandemia, con un efecto subsecuente en la inmigración. Sin embargo, la situación económica crítica en la que el virus ha dejado a miles de familias ha hecho que la pobreza y el paro aumenten a nivel global. Pero en España la fuerza migrante de trabajo más prominente y a la que más ha afectado es a un sector básico como el agrario (González, C. 2020).

Pese a que la migración regular y la expedición de visas y permisos en los países de la OCDE disminuyó un 46 % en el primer trimestre de 2020 y un 72 % en el segundo con respecto a 2019 (“La crisis del COVID-19,” 2020), más de 16.000 migrantes en situación irregular llegaron a las costas canarias en 2020. La pandemia ha provocado un cambio en los flujos migratorios, que han pasado de llegar en su mayoría a las costas andaluzas a cambiar su ruta y concentrarse en las islas Canarias. De hecho, la llegada de inmigrantes a la provincia en pateras a través de la costa ha descendido un 15,5% en comparación con 2019 (E.P., 2021). La situación en las islas es desbordante, la pandemia paralizó las economías de países africanos, de su turismo, y miles de trabajadores se vieron sin ningún tipo de ingreso al que recurrir. Esta situación de desesperación ha lanzado a miles de jóvenes africanos a migrar fuera de su país, en el que no se ven capaces de sobrevivir. Las cifras canarias son abrumadoras y la isla se encuentra en situación extrema, teniendo que recurrir a la habilitación de carpas, cuarteles en desuso y hoteles para trasladar a estas personas (Barrón, C., 2020).

Sin embargo, el Gobierno, tanto en Canarias como en Cádiz, ha paralizado las expulsiones y repatriamiento de los migrantes a su país de origen a causa del virus, lo que se traduce en mayor población en situación irregular, pues antes de la pandemia más de la mitad eran devueltos a su país (Martín, 2020). Hoy en día, los inmigrantes que no tienen permiso de residencia ni trabajo se encuentran fuera de todos los programas de ayudas, sin poder acceder a la sanidad pública de manera digna y sin hogar. Esta situación los acorrala en estados muy vulnerables, en los que no tienen protección de ningún tipo, ni siquiera contra el mismo virus, expuestos a contagiarse y a contagiar a la población. En consecuencia, aquellos migrantes que se encuentren en la provincia no tendrán manera de volver a su país o ser trasladados a otras zonas del país. Teniendo en cuenta la crisis sanitaria, hay una posibilidad más que alta de que este perfil de usuario tenga que acceder al sistema sanitario público y que presenten las barreras lingüísticas y culturales que ya se han mencionado, lo que influye directamente en las necesidades de estos individuos a ser provistos de algún tipo de interpretación o mediación cultural.

2.8.3 Saturación del sistema sanitario

La pandemia ha afectado de una manera inimaginable al sistema sanitario nacional desde marzo de 2020. Actualmente, la tercera ola de la epidemia se mantiene fuerte en cuanto a presión hospitalaria. Hay en España más de 3 millones de contagios y 68.000 muertes, y la ocupación de camas en la UCI por pacientes del COVID es de un 30,6%. La ocupación en el SAS, aunque menor que en otras comunidades, es de un 26%, superando el umbral de riesgo extremo establecido por Sanidad (RTVE, 2021).

La atención primaria ha sido con diferencia la más afectada durante la epidemia. Los profesionales sanitarios de atención primaria han servido de muro de contención del virus, se han encargado de las pruebas diagnósticas, de la atención en residencias y actualmente de la campaña de vacunación. Su carga de trabajo se ha multiplicado, tanto la de los médicos como la de los enfermeros y otros profesionales del sector. A pesar de esta situación, los recursos de los que disponían eran y son exactamente los mismos que en épocas previas a la pandemia, lo que refleja las carencias que el sistema sanitario tiene que suplir y que lleva experimentando desde que se produjeron los recortes en sanidad (Mouzo, 2021). Esta situación afecta tanto a hospitales como a centros de salud que, desbordados, se ven obligados a desatender a pacientes que presentan síntomas o enfermedades que no estén relacionadas con la COVID. Los teléfonos para solicitar cita

previa están completamente saturados y la única forma de ser atendidos que tienen estos usuarios es acudir a urgencias.

En cuanto a la provincia, el número de hospitalizaciones es bastante elevado y preocupante, con 220 pacientes internados por COVID en centros sanitarios gaditanos. Pese a que esta cifra sea más baja que en noviembre, el porcentaje de reducción de ocupación hospitalaria es mucho más bajo que en otras provincias de la comunidad, que poseen un número considerablemente superior en cuanto a habitantes (J.A.H., 2021). La situación de contagios en la provincia ha resultado en el confinamiento de la mayoría de los municipios y la limitación de movilidad entre ellos.

Cabe suponer que, en cuanto a este estudio se refiere, habrá una clara dificultad a la hora de contactar con personal sanitario para el análisis de los datos, sin mencionar que, probablemente, el sistema sanitario esté tan colapsado que las inversiones en relación con la interpretación sanitaria no sean prioridad del SAS en la actualidad. Todo esto se deberá tener en cuenta a la hora de recoger y analizar los datos que ayuden a dibujar el panorama de la interpretación en la provincia, quizás paralizado como tantos otros a causa de la situación excepcional que estamos viviendo.

3 Metodología

Con el fin de alcanzar los objetivos descritos en el apartado 1.3, se desarrolló e implementó el siguiente marco metodológico, utilizando como herramienta fundamental diferentes tipos de cuestionarios estructurados a través de email, llamadas telefónicas y entrevistas personales adaptadas a cada uno de los sectores diana del presente estudio.

(I) ¿A quién se encuestó?

Dado que esta pregunta ha de responder a los objetivos de conocer el perfil de usuario y la oferta del servicio de IS de la provincia, tanto por entidades públicas como otras organizaciones a través de las cuales se provea de este servicio, inevitablemente, las encuestas deberían diseñarse y dirigirse de forma diferencial para cada uno de los sectores estudiados. Se diseñó por tanto una encuesta específica para cada sector profesional de los centros sanitarios. En concreto, este estudio se centró en los hospitales, tanto públicos como concertados, ya que estos podrían considerarse el mayor foco de confluencia de pacientes. Cifras que pueden avalar este hecho son por ejemplo los 81,6 millones de euros invertidos por el SAS desde 2011 al 2016, duplicándose los millones medios invertidos por año en el 2016, para la atención sanitaria a ciudadanos extranjeros en hospitales públicos durante su estancia temporal en Andalucía (Cela, 2016)¹.

Dentro de los hospitales se realizaron cuestionarios y entrevistas telefónicas a médicos, enfermeras, auxiliares y personal administrativo. Por otro lado, se encuestaron a los proveedores de servicios de interpretación e intérpretes y, por último, se realizaron encuestas a otras entidades independientes como ONG o asociaciones que presten este servicio o algún tipo de mediación.

Cubriendo los sectores y organizaciones anteriores el estudio abarcaría así los objetivos planteados al principio.

(II) ¿Cómo se encuestó?

Como ya se ha explicado en el apartado anterior, se diseñaron encuestas diferentes para cada sector abordado. Estas encuestas podrían agruparse en tres grandes bloques atendiendo al sector diana, de tal forma que partimos de una encuesta tipo para el personal sanitario, eminentemente de los centros hospitalarios (*Encuesta 1*); otra para los proveedores de interpretación e intérpretes (*Encuesta 2*); y un último para el personal de

las ONG y otras organizaciones que ofrecen algún tipo de mediación intercultural o servicio de interpretación (*Encuesta 3*).

Respondiendo más concretamente a la pregunta, dichos cuestionarios y encuestas se realizaron de forma telemática, mediante correo electrónico y/o la plataforma Google forms; mediante entrevistas telemáticas, telefónicas y, por último, y aunque en menor grado, debido a la actual situación de crisis sanitaria por el COVID-19, de forma presencial.

(III) *¿Qué se preguntó en las encuestas?*

En primer lugar, se estudiaron los datos a obtener para diseñar el esquema general de las encuestas. De esta manera, se confeccionaron las mismas en base a tres bloques temáticos, correspondientes a, un primer bloque o *bloque general*, con el cual se clasifica al tipo de encuestado; un bloque relativo a la información sobre los perfiles de usuario de la interpretación sanitaria (*bloque A: Perfil de usuario*); y un último bloque, relativo al servicio de interpretación ofrecido en cada caso (*bloque B: Servicio de interpretación sanitaria*), en el que se pretende conocer la existencia o no de dicho servicio, así como esbozar un breve análisis de la utilidad del mismo en el contexto sanitario.

A continuación, se muestra la síntesis de los datos a obtener, que fue utilizada como base para confeccionar las encuestas.

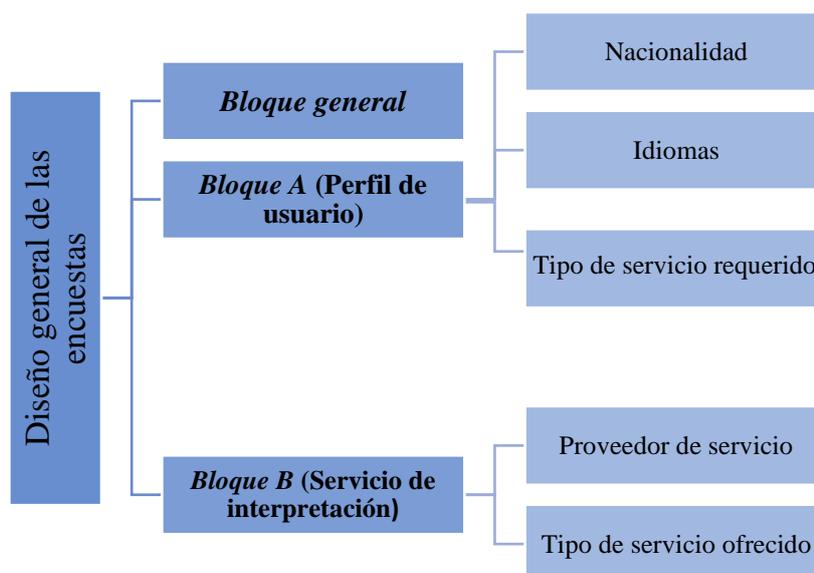


Figura 21. Datos que se tuvieron en cuenta a la hora de realizar las encuestas.

Como ya se explicó con anterioridad, en la *Encuesta 1*, se diseñó una encuesta dirigida a los profesionales sanitarios. En esta, se pretendía atender a las mismas incógnitas que se exponen en la Figura 21, pero concretando un poco más en el ámbito de los centros hospitalarios. Para ello, se elaboró la siguiente red de ítems a responder. Estos se articulan (*Figura 22*) en el siguiente esquema.

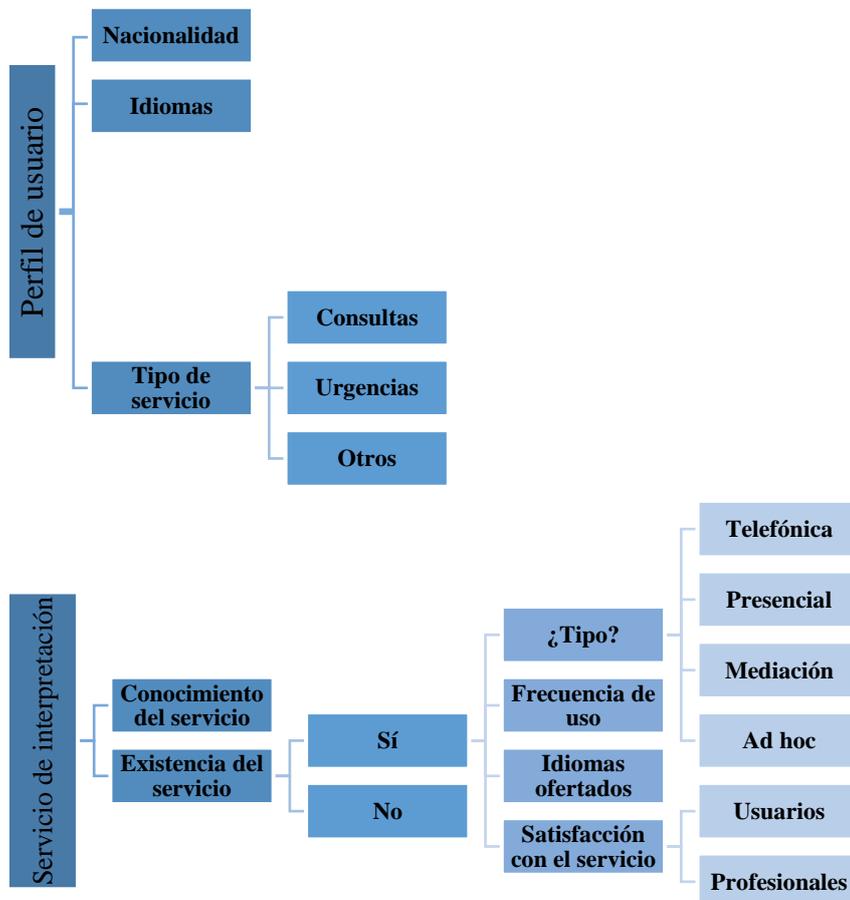


Figura 22. Esquema

Para satisfacer las incógnitas anteriores, se elaboró la siguiente relación de preguntas, a la que se tituló *Encuesta 1*:

Encuesta 1 (Profesionales sanitarios)	
BLOQUE GENERAL	
P.1	Nombre del centro sanitario.
P.2	Ocupación en el centro sanitario.
P.3	¿Cuál es su idioma materno?
P.4	¿Habla más de un idioma?
P.5	En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla?
BLOQUE A PERFIL DE USUARIO	
P.6	¿Acuden pacientes extranjeros no hispanohablantes a su centro?
P.7	En caso afirmativo, señale la frecuencia con que estos acuden al centro.
P.8	¿Cuál diría que es la lengua materna de estos pacientes en la mayoría de los casos?
P.9	¿Qué otras lenguas maternas diría que destacan por su frecuencia en los usuarios después de la anterior?
P.10	De entre estas opciones, marque la que crea que es la más frecuente en cuanto a la procedencia de los pacientes extranjeros no hispanohablantes.

P.11	¿Podría indicar las 3 nacionalidades más frecuentes de estos pacientes extranjeros?
P.12	¿Qué tipo de servicio es el más solicitado por estos usuarios? Ej.: Consultas externas, urgencias, intervenciones quirúrgicas, etc.
BLOQUE B SERVICIO DE INTERPRETACIÓN	
P.13	¿Cómo describiría en pocas palabras la interpretación sanitaria?
P.14	¿Tiene conocimiento de su oferta en el centro en el que trabaja?
P.15	¿Sabe qué tipo de interpretación sanitaria está disponible? Interpretación telefónica, interpretación presencial, mediadores interculturales provenientes de ONG u otras organizaciones, familiares, médicos, amigos que sepan el idioma.
P.16	De ofrecerse un servicio de interpretación regulado por una empresa externa, ¿de cuál o cuáles se trata?
P.17	De ofrecerse dicho servicio, ¿conoce la oferta de idiomas de este? ¿Sabe aproximadamente cuántos o qué idiomas se ofrecen?
P.18	De ofrecerse el servicio, ¿con qué frecuencia diría que se utiliza? Diaria, Semanal, Mensual
P.19	¿Ha tenido usted alguna interacción con algún paciente no hispanohablante?
P.20	En caso afirmativo, ¿requirió algún servicio de interpretación por no poder comunicarse con este?
P.21 y 21b	En caso afirmativo, ¿se benefició de algún servicio de interpretación? ¿Cuál? Y de no beneficiarse de alguno, ¿tuvo problemas a la hora de entender al paciente y comunicarse con este?
P.22	De haberse beneficiado de este servicio ¿diría que mejoró la calidad de la atención sanitaria prestada?
P.23	¿Qué mejoraría para maximizar la satisfacción del paciente no hispanohablante y calidad de la atención sanitaria prestada?

Figura 23 Tabla representativa de las preguntas de la *Encuesta 1*

En el bloque general, las cuestiones estuvieron enfocadas a dibujar un perfil del profesional sanitario al que se encuesta, que más tarde sirvió para saber qué tipo de contacto o relación tuvo o pudo tener con los pacientes extranjeros, además de la existencia de competencias lingüísticas que vayan más allá de la lengua materna, lo que influirá también en la percepción del sanitario a cerca de la necesidad de una interpretación.

En segundo lugar, y como ya se ha esquematizado con anterioridad, el bloque A de la encuesta se enfocó en el diseño de preguntas con las que poder esbozar uno o varios perfiles principales de aquellos pacientes no hispanohablantes que acuden a recibir un servicio de asistencia médica. En este caso, nos centramos en las posibles nacionalidades, sus lenguas maternas y otras posibles segundas lenguas, así como su situación actual en el país, elemento que se consideró primordial, pues aquellas personas que se encuentran en situación irregular o de exclusión social son mucho más vulnerables y para proveer un servicio de calidad, habría que actuar en consecuencia. Por último, el Bloque b, se centró en la existencia de un servicio de interpretación en sí. Se le preguntó al profesional por su conocimiento acerca del concepto “interpretación sanitaria”, la existencia o no de esta

en su centro de trabajo y, a partir de ahí, se concretó a cerca de esta en aspectos como el flujo de pacientes no hispanohablantes, idiomas ofertados, frecuencia de uso, calidad del servicio y posibles mejoras.

En cuanto a la *Encuesta 2*, se enfocaron las preguntas para aquellas personas que pudiesen tener contacto con potenciales usuarios extranjeros del sistema sanitario público, pero a través de ONG y otras organizaciones o asociaciones destinadas, parcialmente o en su totalidad, a la ayuda de inmigrantes en la provincia de Cádiz. Es decir, personal de las mismas, voluntarios, mediadores, etc. A través de este cuestionario se intentó principalmente y gracias al bloque B, conocer la existencia de algún servicio de mediación intercultural que se provea a través de este tipo de asociaciones. Por supuesto, se intentó también dibujar un perfil de usuario tal y como en la Encuesta 1, al que se pretende llegar a través de las preguntas del bloque A. Para desarrollar esta encuesta se realizó a su vez una red de ítems a responder, disponible para su consulta en la siguiente figura (*Figura 24*):

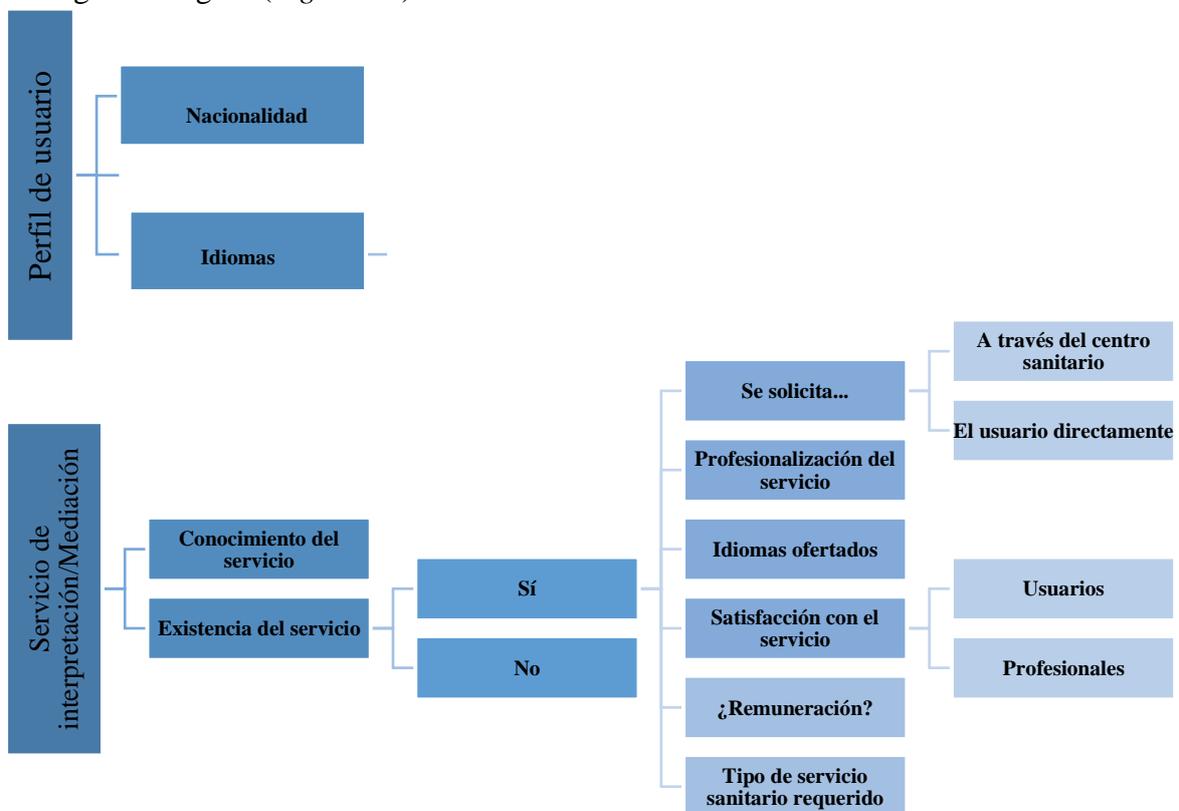


Figura 24 esquema Encuesta 2

<i>Encuesta 2 (ONG y otras organizaciones/asociaciones)</i>	
BLOQUE GENERAL	
P.1	Nombre de su organización/asociación.
P.2	Ocupación dentro de la organización/asociación.
P.3	Localización de la sede de la organización/asociación en la provincia de Cádiz.
P.4	Área de trabajo principal en la que se centra la organización/asociación
BLOQUE A <i>PERFIL DE USUARIO</i>	
P.5	¿Cuáles diría que son las principales nacionalidades de los usuarios extranjeros no hispanohablantes que acuden a su organización?
P.6	¿Y cuáles son las lenguas maternas más comunes entre estos usuarios?
P.7	¿Hablan alguna segunda lengua con la que se puedan comunicar?
P.8	Los usuarios que suelen requerir de sus servicios, ¿suelen acudir solos o acompañados?
P.9	En caso de que estos acudan acompañados, ¿por quién suelen estarlo?
BLOQUE B <i>SERVICIO DE INTERPRETACIÓN</i>	
P.10	¿Tiene conocimiento del concepto “mediación cultural”?
P.11	¿Ofrecen algún tipo de mediación a usuarios que requieran atención sanitaria?
P.12	En caso afirmativo, ¿el servicio de mediación suele requerirse a través del centro sanitario o directamente a través del usuario?
P.13	Estas mediaciones, ¿las realizan personal formado en mediación cultural o voluntarios que hablan el idioma y son conocedores de la cultura del usuario?
P.14	En caso de ofrecer mediaciones, ¿en qué idiomas están disponibles?
P.15	Dichas mediaciones, ¿están remuneradas?
P.16	¿Qué tipo de servicio sanitario suele requerir con más frecuencia el usuario?
P.17	A parte de en la barrera lingüística, ¿podría mencionar brevemente aquellos aspectos principales en los que el mediador ayuda al usuario a la hora de recibir el servicio sanitario?
P.18	¿Qué mejoraría para maximizar la satisfacción del usuario?

Figura 25. Tabla representativa de las preguntas de la Encuesta 2

Como se puede observar, estas preguntas se enfocaron a personal o a voluntarios que acostumbran a tratar con un perfil más vulnerable de extranjero no hispanohablante o con riesgo de exclusión social, por lo que se centran más en como esta posible vulnerabilidad social puede afectar a la hora de la interpretación o mediación. Este prototipo de entrevista se diseñó también para poder ser respondido por los propios mediadores, aunque se refiera a ellos en tercera persona. Para evitar confusiones, en la misma plataforma de la encuesta se especificará que aquellos mediadores que trabajen de forma autónoma y no formen parte de ninguna organización deberán prescindir de

contestar al primer bloque, y contestarán al bloque adicional no obligatorio que se incluye al final.

Por último, se desarrolló una tercera encuesta (*Encuesta 3*), más breve y enfocada para aquellas empresas que provean a las entidades públicas del servicio de interpretación. En este caso, las preguntas se centraron en el tipo de servicio que se provee, las características de este y la forma en la que se provee. También se pretende dibujar un perfil general de usuario del servicio, conociendo los idiomas principales de uso y las nacionalidades más frecuentes de los usuarios. Para ello, y como en las otras dos encuestas se realizó la red de ítems pertinente a responder antes de diseñar la encuesta (Figura 26).

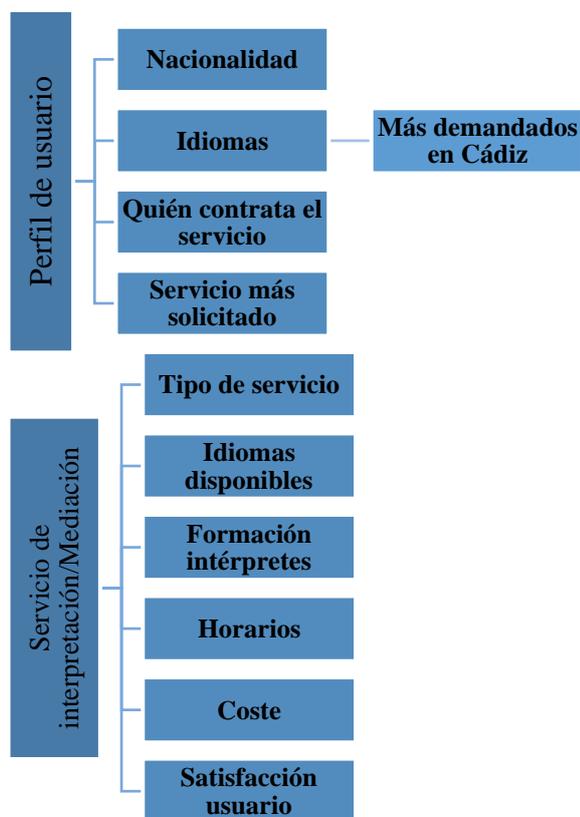


Figura 26 Esquema de Encuesta 3

<i>Encuesta 3 (Proveedores de servicios de interpretación)</i>	
BLOQUE GENERAL	
P.1	Nombre de la empresa proveedora.
P.2	Objetivo principal de esta.
P.3	Función que cumple usted en esta.
P.4	¿Provee servicios en la provincia de Cádiz?
BLOQUE A <i>PERFIL DE USUARIO</i>	
P.5	¿Sabría decir de qué nacionalidades son los usuarios que más utilizan su servicio? Mencione las 3 principales.

P.6	¿Qué idioma son los más demandados en la provincia de Cádiz?
P.7	¿Qué tipo de entidades sanitarias suelen contratar sus servicios?
P.8	En el ámbito de las interpretaciones sanitarias, ¿suelen contratar sus servicios usuarios de forma particular? Si la respuesta es afirmativa, especifique si la frecuencia es mayor a nivel particular o a nivel institucional.
P.9	En caso afirmativo, ¿cuál es el servicio más comúnmente contratado.
BLOQUE B SERVICIO DE INTERPRETACIÓN	
P.14	¿Qué tipo o tipos de servicio de interpretación ofrecen?
P.15	¿Cuántos idiomas están disponibles?
P.16	¿Poseen sus intérpretes algún tipo de formación específica en interpretación? En caso afirmativo, ¿qué formación poseen?
P.17	¿Qué disponibilidad horaria tiene su servicio?
P.18	¿Provee algún servicio de manera regular a alguna entidad sanitaria pública de la provincia de Cádiz?
P.20	¿Cuál es el coste aproximado de dicho servicio?
P.21	Del 1 al 10, ¿Qué satisfacción tiene el usuario con el servicio?
P.22	¿Qué aspectos cree que se podrían mejorar para dar una mejor atención a los mismos

Figura 27. Tabla representativa de las preguntas de la Encuesta

Cabe recalcar que el número de participantes de estas tres encuestas será considerablemente distinto si se tiene en cuenta el perfil de usuario tan diferente al que van dirigidas. En primer lugar, tenemos la *Encuesta 1*, dirigida a personal sanitario de una provincia en la que existen numerosos centros de salud y hospitales (véanse *Figura 15 y 16*) que cuentan con una plantilla sanitaria más que numerosa. Por otro lado, tenemos la *Encuesta 2*, dirigida a personal de asociaciones y organizaciones, mucho menos numerosas y de menor tamaño en infraestructura y personal, que trabajan con inmigrantes y están familiarizadas con el concepto de mediación intercultural. Rezan en el Portal de la Junta de Andalucía, en Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, división de Cádiz, siete asociaciones de atención a inmigrantes. Sin embargo, repartidas por toda la provincia existen otras que se ocupan de labores similares a esta. Por último, no son muchas aquellas empresas que proveen al sistema público de salud andaluz de interpretación, por ello la mayor fuente de información para este estudio son sus trabajadores. Pese a todo esto, cada uno de estos tres perfiles aporta una información y un acercamiento al proceso de la interpretación único y que se ha estimado como irremplazable. El primer grupo, aunque inexperto y desconocedor del ámbito de la traducción, puede aportarnos información muy valiosa acerca de las necesidades situacionales del aquí y ahora de la interpretación sanitaria real, de la relación real médico paciente, de lo que ocurre en una consulta o en una situación de urgencia y las posibles

consecuencias que puede acarrear para ambos. El segundo grupo, pese a ser más reducido, nos dará una información profesional y experimentada del impacto que puede conllevar la brecha entre culturas, sobre todo de aquellas más vulnerables, trasladado al ámbito sanitario, pero sobre todo de cómo la mediación y la interpretación son cosas virtualmente diferentes. Y, por último, el tercer perfil, un perfil más alejado, nos aportará una perspectiva más enfocada a la interpretación sanitaria con datos técnicos con alto nivel de objetividad y especialización.

3.1 Expectativas de las encuestas planteadas y su relación con los objetivos marcados

En cuanto a la relación de las encuestas realizadas con los objetivos del presente trabajo, cada una fue diseñada con preguntas cuyas respuestas pretenden satisfacer directamente la consecución de estos. La *Encuesta 1* dirigida al personal sanitario de centros públicos y concertados, respondería directamente a los objetivos (1), (2) y (4), que aluden respectivamente al perfil de usuario, a la oferta de servicios de interpretación sanitaria y además da información sobre posibles puntos a mejorar a este respecto (Para llegar a dichos objetivos se han formulado preguntas tales como: *¿Cuál diría que es la lengua materna de estos pacientes en la mayoría de los casos?* (1), *¿Tiene conocimiento de su oferta en el centro en el que trabaja?* (2), *En caso afirmativo, ¿se benefició de algún servicio de interpretación? ¿Cuál? Y de no beneficiarse de alguno, ¿tuvo problemas a la hora de entender al paciente y comunicarse con este?* (3)). La *Encuesta 2*, dirigida a personal y voluntarios de asociaciones y ONG, satisfaría por otro lado los objetivos (1), (3), y (4), haciendo referencia (3) a la oferta de mediación o servicio de IS que ofrecen este tipo de asociaciones. Por último, la *Encuesta 3*, destinada a los proveedores externos del servicio, estaría respondiendo a los objetivos (1) y (4) fundamentalmente (*¿Qué idioma son los más demandados en la provincia de Cádiz?* (1) y *¿Qué aspectos cree que se podrían mejorar para dar una mejor atención a los mismos?* (4)), pero dado que se estudia el empleo de estos servicios en el sector sanitario, nos ofrecería además información crucial sobre su propia oferta (2), (*¿Provee algún servicio de manera regular a alguna entidad sanitaria pública de la provincia de Cádiz?*). Como se observa todas son susceptibles de ofrecer información para el objetivo (4), permitiendo establecer un perfil de puntos débiles o carencias a mejorar.

En cuanto a la participación de las encuestas, como es lógico, el panorama actual influye en los sectores principales del estudio y limita su realización de partida, sobre todo ante la saturación del sistema sanitario y el descenso en el turismo internacional. Sin embargo, la relativa relajación en las medidas de restricción, aunque de forma paulatina, han permitido, continuar con la ya establecida línea de investigación con mejor previsión, relativamente, que durante la primera etapa de la pandemia. En cualquier caso, se espera que el porcentaje de realización de encuestas en relación con el número de encuestas enviadas telemáticamente sea considerablemente menor al que cabría esperar de no encontrarnos en esta crisis. De igual manera, el estatus actual limitará en parte la posibilidad de realización de encuestas de manera presencial, sin que esto impida obtener resultados suficientes para realizar lo que pretende ser un estudio aproximativo.

4 Exposición de datos y análisis de los resultados obtenidos

En el presente apartado se expondrán y analizarán con detenimiento los datos obtenidos a través de las encuestas, recogidas en el apartado anterior. Dada la complejidad y heterogeneidad de las respuestas, se procedió a organizar la información en dos grandes bloques. El primero se correspondería con aquellas respuestas consideradas “cuantitativas”, mientras que el segundo pretendería ofrecer una visión objetiva, práctica y ordenada de aquellas respuestas consideradas “cualitativas”. Fueron considerados datos cuantitativos los obtenidos de preguntas de respuestas cerradas, tales como opción múltiple, preguntas de sí o no o preguntas de respuesta numérica, del tipo “¿Cuántos idiomas están disponibles?”, entre otras. Por otro lado, se consideraron cualitativas todas aquellas que implicaban una respuesta textual abierta. Se decidió realizar las encuestas con preguntas abiertas, pues se consideró interesante e importante para el estudio que los encuestados reflejasen sus conocimientos y experiencias personales con el servicio de interpretación sanitaria, objetivo más difícil de conseguir a través de encuestas conformadas en su totalidad por preguntas de respuesta cerrada. De esta forma se eligió como instrumento de recogida de datos la encuesta híbrida entre preguntas de respuesta acotada, que ofrecen una visión objetiva y directa de lo estudiado, y de preguntas de respuesta libre, dotando al trabajo de una perspectiva más realista y fiel al panorama de los encuestados.

Pero ¿cómo se ofrece esta visión objetiva y ordenada de respuestas tan heterogéneas? A través de la categorización de estas, o lo que es lo mismo, a la agrupación de las respuestas en diferentes categorías según la naturaleza de las mismas. Pese a que el proceso puede sonar complejo, se comprobó que existía un abanico relativamente cerrado de respuestas tipo que los encuestados empleaban para responder a estas preguntas abiertas. Se procedió de esta forma a definir cada posibilidad de respuesta o categoría por los rasgos generales de la información ofrecida. Un ejemplo de esto podría ser la pregunta “Los usuarios que suelen requerir de sus servicios, ¿suelen acudir solos o acompañados?” de la Encuesta 2. Algunas de las respuestas fueron las siguientes:

1. Solos y acompañados casi al 50%
2. Suelen acudir solos, pero por recomendación de otros compañeros o compañeras.
3. Acompañados
4. Solos
5. En las dos modalidades
6. La mayoría acude con un acompañante. Si no hablan bien el idioma lo suelen traer, sobre todo las mujeres.
7. Algunos acompañados, pero como ya tienen en la asociación un servicio de traducción, los profesionales suelen preferir realizar ellos la traducción y no en presencia de acompañantes que vayan a traducirles según su perspectiva.

Considerando que esta fuese la muestra total podríamos realizar, a modo de ejemplo, una agrupación de respuestas en categorías. En primer lugar, las respuestas 1 y 5 podrían considerarse equivalentes, pues ambas establecen porcentajes equiparables de ambas opciones reflejadas en la pregunta (solos o acompañados). En el caso de la respuesta 7, hay que decir que algunos y no que la mayoría acuden acompañados puede considerarse equivalente a que la distribución solos-acompañados no ofrece una mayoría o minoría claras en una de ambas respuestas. De esta forma, crearíamos una categoría que podríamos llamar “Categoría A”, cuya definición sería “el número de usuarios que acuden solos o acompañados es equiparable”, en la que se incluirían según lo explicado las

respuestas 1, 5 y 7. Como en toda simplificación, se estaría perdiendo información específica de cada respuesta. Por ejemplo, la exactitud de los porcentajes de la respuesta 1, sin entrar a valorar que fuese o no realista, se sacrificaría para agruparla junto con las otras respuestas. No obstante, la información adicional ofrecida por la respuesta 7, no solo confirma la existencia de un servicio de mediación en la asociación encuestada, sino que además da datos específicos sobre el modus operandi de estos profesionales: prefieren acompañar solos al usuario para reducir el sesgo de segundas interpretaciones. En este caso, esta información adicional sería obviada en la categorización, en favor de ofrecer los datos de forma práctica y analítica, pero más tarde se rescataría por su relevancia para el futuro análisis de datos, conclusiones y propuestas de mejora del servicio, pudiendo citarse textualmente las respuestas completas recogidas en los anexos.

Como “Categoría B” podrían englobarse las respuestas 2 y 4, definible como “acuden mayoritariamente solos”, y como “Categoría C” las respuestas 3 y 6, “acuden mayoritariamente acompañados”. Análogamente a lo que sucede en la respuesta 7, la información adicional ofrecida en la respuesta 6 es susceptible de rescatarse en futuros análisis (que existe condicionamiento en cuanto a género). A continuación, se muestra a modo de ejemplo cómo aparecerán en las tablas de resultados las categorías de respuestas (Tabla 3)

PREGUNTA 11	CATEGORÍA DE RESPUESTA	N.º de respuestas
Los usuarios que suelen requerir de sus servicios, ¿suelen acudir solos o acompañados?	A. El número de usuarios que acuden solos o acompañados es equiparable	X
	B. Acuden mayoritariamente solos	X
	C. Acuden mayoritariamente acompañados	X

Tabla 3 Ejemplo de categorización de pregunta cualitativa

Como se observa en la tabla, se muestra la pregunta de respuesta abierta con el abanico de categorías confeccionado. Además de la definición de cada categoría, se expresa el número de encuestados que respondieron a cada una de ellas. Esta categorización se representará dentro de una tabla general para cada una de las encuestas, donde se recogerá toda la información obtenida en cada una.

Como ya se mencionó antes, aparte de las preguntas de respuesta abierta, las encuestas están compuestas también por preguntas dirigidas, es decir, preguntas de respuesta cerrada (de sí o no y de opción múltiple). La naturaleza de estas ya es categórica o cuantitativa *per se*, luego se mostrarán en las tablas las frecuencias de respuesta referidas siempre al total de encuestados. Más tarde, durante el análisis de los datos obtenidos, los resultados de estas preguntas de carácter cuantitativo tabulados ya en la exposición de datos podrán ser representados también en gráficos, que permitirán una lectura más visual y directa de la información, facilitando el análisis de los datos.

4.1 Nota sobre alcance y volumen de los datos

Pese a que ya se ha mencionado que el número de encuestados es variable en el punto 3, es de gran importancia insistir en que los datos obtenidos en este estudio son acordes al volumen y a los medios de los que se disponen en un trabajo de fin de máster. El número de encuestas realizadas es reducido sobre todo por la dificultad para ponerse en contacto con el personal de dichos colectivos, etc., pero suficiente para obtener datos que hagan posible inferir la situación general de la interpretación sanitaria en la provincia.

4.2 Exposición de los datos obtenidos mediante las encuestas

A continuación, la exposición de la información obtenida se dividirá por tipo de encuesta, a saber: *Encuesta 1*, dirigida a personal sanitario, *Encuesta 2* dirigida a personal y voluntarios de asociaciones y ONG que trabajan con inmigrantes y *Encuesta 3*, dirigida a los proveedores de servicio de interpretación en los centros sanitarios gaditanos.

4.2.1 Encuesta 1 dirigida a personal sanitario

La encuesta dirigida a personal sanitario se envió a los hospitales públicos de la provincia, pero también se publicó en plataformas online tales como Facebook o Instagram aclarando que cualquier trabajador sanitario de cualquier centro de salud gaditano cumplía el perfil para la realización de esta.

A continuación, se expondrán las dos primeras preguntas por separado ya que estas delimitan el perfil del encuestado atendiendo al centro en el que trabaja y a la ocupación que desempeña en esta. Para ello se elaboró un gráfico de columnas apiladas, en el que cada columna corresponde con el centro al que pertenecen los sanitarios encuestados y la ocupación que ejercen. A través de estas columnas (Figura a) no solo se observa gráficamente el número total de encuestados por centro, sino que también se especifica su distribución ocupacional dentro del mismo. Se decidió realizar este gráfico en lugar de una tabla como se hará para el resto de las respuestas por una cuestión de espacio y practicidad para el futuro análisis de resultados.

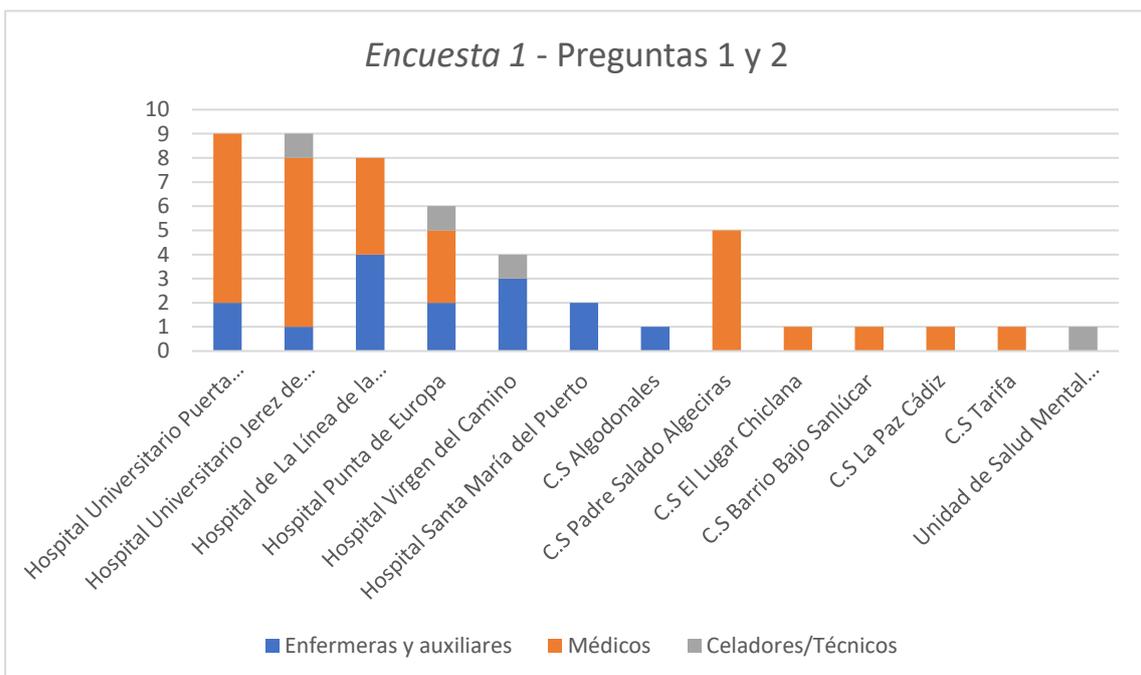


Figura 28 Gráfico representativos de los participantes por centro y profesión

En la Figura 28 se observa que en el eje horizontal aparecen los nombres de los centros que participaron en la encuesta. Pese a que existen resultados de todos los hospitales públicos de la provincia, solo se consiguieron datos de dos de los seis centros concertados con el SAS. Por otra parte, se decidió agrupar en una misma categoría a todos los centros de salud de los que se obtuvieron información una vez más por cuestiones de espacio y para desarrollar una exposición de los datos más práctica, ya que el estudio se centra en los centros hospitalarios. En el eje vertical, como ya se explicó anteriormente, se expresan mediante categorías separadas por colores la profesión de los encuestados por centro y el número total de los mismos. La categorización de estos grupos se dividió en “enfermeras y auxiliares”, “médicos” y “celadores y técnicos”. El principal criterio por el que se agruparon a estos profesionales fue el de tipo de trato con el paciente. Pese a que diversos médicos de distintas especialidades respondieron a las encuestas (pediatras, médicos de familia, cardiólogos, ginecólogos, etc.) se los agrupó a todos bajo la etiqueta general de “médico” por cuestiones prácticas.

A continuación, se expondrán las preguntas restantes tabuladas y el número de respuestas como ya se indicó en apartados anteriores mediante la siguiente tabla (Tabla 4):

N.º de pregunta	Respuesta	N.º de respuestas
Pregunta 3* ¿Cuál es su idioma materno?	A. Español	50
Pregunta 4 ¿Habla más de un idioma?	A. Sí	30
	B. No	21
Pregunta 5* En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla?	A. Inglés y francés	3
	B. Inglés	20
	C. Inglés básico	8
	D. Francés	3
	E. No responde/Ninguno	16
Pregunta 6 ¿Acuden pacientes extranjeros no hispanohablantes a su centro?	A. Sí	49
	B. No	2
Pregunta 7 En caso afirmativo, señale la frecuencia con que estos acuden al centro.	A. Baja	16
	B. Media	23
	C. Alta	11
	D. No responde	1
Pregunta 8*(1) ¿Cuál diría que es la lengua materna de estos pacientes en la mayoría de los casos?		
	A. Inglés	15
	B. Árabe	24
	C. Inglés y árabe	3
	D. Inglés y alemán	2

	E. Francés	1
	F. Alemán	1
	G. No responde	2
Pregunta 9* ⁽²⁾ ¿Qué otras lenguas maternas diría que destacan por su frecuencia en los usuarios después de la anterior?	A. Inglés	5
	B. Árabe	9
	C. Francés	8
	D. Alemán	3
	E. Lenguas menos frecuentes	3
	F. Lenguas africanas	5
	G. Combinación de lenguas más frecuentes (inglés, alemán, francés, árabe, lenguas africanas)	16
	H. No responde	1
Pregunta 10 De entre estas opciones, marque la que crea que es la más frecuente en cuanto a la procedencia de los pacientes extranjeros no hispanohablantes.	A. Unión Europea	20
	B. Europa del este	0
	C. Asia	0
	D. África	31
	E. Norteamérica	0
Pregunta 11* ⁽³⁾ ¿Podría indicar las 3 nacionalidades más frecuentes de estos pacientes extranjeros?	A. Marruecos, Reino Unido y Alemania	11
	B. Marruecos y países del norte de África y de África occidental (Guinea, Mali, Senegal, Argelia, Nigeria, etc.)	11
	C. Países árabes (en su mayoría Marruecos) y Reino Unido	13
	D. Marruecos, países del Norte de África y de África occidental y Reino Unido	5
	E. Marruecos	4
	F. Francia, Alemania y Reino Unido	6
Pregunta 12 ¿Qué tipo de servicio es el más solicitado por estos usuarios?	A. Consultas externas	11
	B. Urgencias	37
	C. Intervenciones quirúrgicas	3

Pregunta 13* ¿Cómo describiría en pocas palabras la interpretación sanitaria?	A. Mala, escasa o deficitaria	28
	B. Regular, básica o aceptable	6
	C. Imprescindible o necesaria y útil	6
	D. Definición básica del concepto de interpretación sanitaria	12
Pregunta 14 ¿Tiene conocimiento de su oferta en el centro en el que trabaja?	A. Sí	34
	B. No	17
Pregunta 15 ¿Sabe qué tipo de interpretación sanitaria está disponible?	A. Interpretación telefónica	34
	B. Interpretación presencial (con intérprete/traductor en la sala)	0
	C. Mediación intercultural a través de ONG u otro tipo de organizaciones	4
	D. Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma	13
Pregunta 16* De ofrecerse un servicio de interpretación regulado por una empresa externa, ¿de cuál o cuáles empresas se trata?	A. El SAS no informa de la empresa	9
	B. No lo sabe	22
	C. Asociaciones y ONG	1
	D. No contesta	21
Pregunta 17 De ofrecerse dicho servicio, ¿conoce la oferta de idiomas de este? ¿Sabe aproximadamente cuántos o qué idiomas se ofrecen?	A. Entre 1 y 5	2
	B. Entre 5 y 10	3
	C. Más de 10	11
	D. No lo sabe	17
	E. No contesta	17
Pregunta 18* De ofrecerse el servicio, ¿con qué frecuencia diría que se utiliza?	A. Diaria	1
	B. Semanal	17
	C. Mensual	20
	D. No contesta	13
Pregunta 19	A. Sí	47

¿Ha tenido usted alguna interacción con algún paciente no hispanohablante?	B. No	4
Pregunta 20 En caso afirmativo, ¿requirió algún servicio de interpretación por no poder comunicarse con este?	A. Sí	27
	B. No	10
	C. Sí, pero no estaba disponible.	11
	D. No responde	3
Pregunta 21⁽⁴⁾ * En caso afirmativo, ¿se benefició de algún servicio de interpretación? ¿Cuál?	A. Interpretación telefónica	5
	B. Utilización aislada de interpretación telefónica, pero sobre todo interpretación ad hoc o recursos propios.	10
	C. Mediadores provenientes de asociaciones, interpretación ad hoc o recursos propios.	8
	D. Solo recursos propios	19
	E. No responde	8
Pregunta 21b* ¿tuvo problemas a la hora de entender al paciente y comunicarse con este?	A. Problemas de comunicación por dificultad de acceso al servicio telefónico o deficiencias de este	11
	B. Dificultad de entendimiento a través de comunicación no verbal u otros recursos poco eficaces	6
	C. No contesta	28
	D. No hubo problemas	5
Pregunta 22* De haberse beneficiado de este servicio ¿diría que mejoró la calidad de	A. Sí.	21
	B. Sí, pero por la imposibilidad de comunicarse de otra	6

la atención sanitaria prestada?	manera, no por la calidad del servicio.	
	C. No.	2
	D. No contesta	21
Pregunta 23⁽⁵⁾ ¿Qué mejoraría para maximizar la satisfacción del paciente no hispanohablante y calidad de la atención sanitaria prestada?	A. Mayor conocimiento del funcionamiento servicio por parte de los sanitarios y/o mejoras en su accesibilidad o funcionamiento	19
	B. Interpretación presencial como servicio en los centros sanitarios	14
	C. Interpretación presencial como servicio en los centros sanitario para suplir las carencias y/o el desconocimiento del funcionamiento del servicio	6
	D. Mayor disponibilidad de recursos de interpretación/mediación	5
	E. Mayor uso del servicio de interpretación/mediación	1
	F. Otro tipo de interpretación remota más sencillo que la telefónica	1
	G. Nada.	1
	H. No responde/no procede	3

Tabla 4 Resultados de las preguntas de la Encuesta 1

En la anterior tabla de datos se reflejan las preguntas cualitativas categorizadas mediante un asterisco. Para categorizar estas preguntas se realizó un análisis previo de las respuestas de los encuestados. Como ya se mencionó antes, las respuestas entran dentro de un abanico más o menos cerrado a través del cual se han desarrollado las respuestas reflejadas en la Tabla 3 con letras “A, B, C,” etc. Sin embargo, al tratarse de preguntas cualitativas, se ha obviado por motivos de espacio, practicidad y eficacia la información específica adicional de cada respuesta que no entra dentro del abanico de categorías. Estos datos, pese a que no se han tratado como cruciales a la hora de exponer los datos, serán muy útiles y de gran importancia a la hora de realizar el análisis. Para ello, se rescatará la información, que se añadirá íntegra en los anexos, que se considere crucial e interesante para analizar las respuestas y el panorama de la interpretación sanitaria en la provincia.

Este mismo proceso se llevó a cabo tanto con la *Encuesta 2* como con la *Encuesta 3*, por lo que la exposición de datos posee la misma estructura.

Sin embargo, para una mejor comprensión de este proceso categórico, que conlleva un análisis previo de los datos, es importante explicar más en detalle algunas de estas preguntas. Por ejemplo, en la pregunta 8⁽¹⁾ (“¿Cuál diría que es la lengua materna de estos pacientes en la mayoría de los casos?”), se obtuvo un abanico de respuestas (disponible para su consulta en el Anexo 1a) que variaba básicamente entre encuestados que respondían un único idioma: inglés, francés, árabe o alemán, por otro lado, los encuestados que respondieron una mezcla entre inglés y alemán, francés y árabe. No se pudo comprobar a ciencia cierta si estas respuestas correspondían a usuarios bilingües o a primera y segunda lengua. A pesar de esto y en pos de una representación más práctica de la información, se decidió categorizar incluyendo estas dos opciones combinadas, pues no se espera que el encuestado sepa a ciencia cierta qué lengua de las dos es la materna.

La pregunta 9⁽²⁾ también presentaba una gran complejidad en sus respuestas, debido a las numerosas combinaciones posibles. Es por ello por lo que se decidió mostrar dichas combinaciones entre lenguas mayoritarias (inglés, francés, árabe, alemán y otras lenguas africanas) como una sola categoría. No obstante, para que esto no supusiera una pérdida de información importante, se decidió elaborar una tabla adicional donde se muestran las frecuencias relativas con las que se respondió cada uno de los idiomas, independientemente de si se respondió solo ese idioma o en combinación con otros:

Idioma	Alemán	Árabe	Chino	Francés	Inglés	Lenguas africanas	Lenguas de Europa del este	Portu-gués	Ruso
Frecuencia relativa	12	14	4	15	15	9	2	1	1

Tabla 5 Tabla de frecuencia relativa de idiomas

Como muestra el recuento, en esta pregunta las lenguas más mencionadas son el inglés, el francés, el árabe, el alemán y las lenguas africanas, respectivamente en ese orden. Es por ello por lo que, para las combinaciones, se las decidió agrupar en una misma categoría. Por el contrario, el resto de las lenguas se agrupó como “Lenguas menos frecuentes”, ya que la suma de sus frecuencias relativa no alcanzan si quiera la frecuencia de una sola de las lenguas mayoritarias. Además, para ofrecer una visión más práctica y clara de los datos se despreció la aparición de estas lenguas de menos frecuencia cuando iban en combinación con una o más de las lenguas mayoritarias. Por ejemplo, en el caso de una respuesta que contuviera árabe y chino, solo se cuantificó en la tabla de la encuesta como árabe.

Lo mismo ocurre en la pregunta 11⁽³⁾, en la que existe combinaciones complejas de nacionalidades, pero en donde casi todas incluyen marruecos, por eso solo una de las categorías no lo menciona. En casi todas, aparece dicho país acompañado de otros. Para simplificar se creó la categoría África del norte y occidental cuando se respondían países como los especificados en la respuesta B (Nigeria, Guinea, Argelia, Túnez, Tánger, Sahara), en la cual no se incluye Marruecos, que tiene su propia categoría por la elevada frecuencia con la que aparece. Por otro lado, se volvieron a despreciar algunos de los países que aparecen en contadas ocasiones, pero se reflejarán en el cuadro de frecuencia relativa. Se debe aclarar también que, como nacionalidad, muchos de los encuestados utilizaron el término “árabe”. Pese a que es un uso que está muy extendido en nuestro país para referirse a personas que provienen del norte de África o de Oriente Medio, no

es un término correcto. Pero al observar los datos y respuestas anteriores de los mismos encuestados, se infiere que se refieren a personas del norte de África, por ello en esta categoría se cuentan aquellas respuestas que varíen entre Marruecos y Reino Unido o árabe y Reino Unido. En la siguiente tabla se mostrará la frecuencia relativa de todos aquellos países mencionados:

Idioma	Alemania	China	Francia	Ingl. /R.U.	Marruecos	Norte/Oeste de África
Frecuencia relativa	17	4	8	35	36	16

Italia	Países árabes	Rumanía	Rusia	EE. UU.
1	5	2	1	2

Tabla 6 Tabla de frecuencia relativa de nacionalidades

Otra pregunta interesante que comentar es la número 21⁽⁴⁾ (“En caso afirmativo, ¿se benefició de algún servicio de interpretación? ¿Cuál?”). En esta ocasión, el abanico de respuestas es mucho más extenso y complejo. Se categorizó en 5 respuestas tipo:

- A. Interpretación telefónica
- B. Utilización aislada de interpretación telefónica, pero sobre todo interpretación ad hoc o recursos propios.
- C. Mediadores provenientes de asociaciones, interpretación ad hoc o recursos propios.
- D. Solo recursos propios
- E. No responde

Se obtuvieron respuestas explicativas muy extensas pero que, tras un análisis previo, podían entrar y ser esquematizadas en las opciones anteriores. Por ejemplo, si se observa la siguiente respuesta: “Sí, se trataba de una mujer embarazada que vino acompañada de una chica de una asociación que le traducía. Yo obviamente no la entendía muy bien y ella nos ayudaba. En otras ocasiones sé de compañeros que han usado el servicio telefónico”. De esta se extrae que se ha beneficiado de una mediación y que, pese a que existe el servicio telefónico, la encuestada no lo ha usado, por lo que podría incluirse en la categoría C (“Mediadores provenientes de asociaciones, interpretación ad hoc o recursos propios”). Por otro lado, en la respuesta “Sí. En mi caso he utilizado el servicio telefónico en ocasiones, pero a veces da problemas (o simplemente por pereza) o recurrimos a comunicación no verbal cuando son casos más laxos o si hay alguien cercano que hable el idioma.”, se intuye que utiliza el servicio telefónico de forma esporádica y también se sirve de sus propios recursos lingüísticos y de la comunicación no verbal, por lo que encajaría en la opción B (“Utilización aislada de interpretación telefónica, pero sobre todo interpretación ad hoc o recursos propios”). De este modo, se analizaron las respuestas y se llegó a la conclusión de que las 5 opciones mencionadas reflejaban de manera práctica el abanico de respuestas obtenidas que más tarde se comentarán y analizarán más en profundidad.

Sin embargo, la pregunta 23⁽⁵⁾ fue con creces la que obtuvo respuestas más extensas, con más información adicional y quizás la que presentó más complicación a la hora de ser categorizada. Las respuestas en general aportan la información que expresan las categorías. Pueden parecer similares y dar lugar a alguna confusión las categorías B (“Interpretación presencial como servicio en los centros sanitarios”) y C (“Interpretación presencial como servicio en los centros sanitario para suplir las carencias y/o el desconocimiento del funcionamiento del servicio”), pues ambas incluyen interpretación presencial. No obstante, la C, cuando los encuestados mencionan la interpretación, demandan que se trate de interpretación presencial a causa de las carencias del servicio o el desconocimiento de la existencia de este, por lo que se consideró esencial marcar esta diferencia en otra categoría para representar la información de forma fiel. (Hay que tener en cuenta que el proceso categórico se ha desarrollado para unas respuestas muy complejas y con muchos datos, en consecuencia, se refleja una estructura en la exposición de datos de la misma naturaleza, pero que cumple con el objetivo de mostrar la información de manera fiel, precisa y práctica). En la categoría D se han incluido respuestas como “La existencia de este servicio (en caso de que el centro no lo disponga) y la educación al sistema sanitario para conocer la importancia de este tipo de ayudas, ya que se podría tener un mayor saber del paciente y sus necesidades y poder comunicarnos correctamente y evitar malentendidos y abandonos.”, “Establecer servicios que sirvan, rápidos y de calidad e informar a los profesionales de los mismos para que podamos utilizarlos.” ya que se realizó un análisis previo de las respuestas de cada encuestado, en dicho análisis se saca la conclusión gracias a sus respuestas de que dichos sanitarios no conocen la existencia de un servicio telefónico de interpretación, por lo que realmente no pueden sugerir que mejore un servicio, que en su conocimiento no existe. Por lo tanto, se incluye en la categoría de “Mayor disponibilidad de recursos de interpretación/mediación...”.

4.2.2. Encuesta 2 dirigida a personal y voluntarios de asociaciones y ONG

Al igual que la encuesta anterior, la Encuesta 2 se publicó en plataformas online y se compartió de forma electrónica a través de correo electrónico a las asociaciones especializadas en inmigración de la provincia. Sin embargo, en esta ocasión, muchas de las encuestas se realizaron de forma presencial, a diferencia de aquellas dirigidas a personal sanitario, y por teléfono. Es razonable concluir que las entrevistas presenciales en el ámbito sanitario han resultado especialmente difíciles de realizar, teniendo en cuenta la saturación del sistema y la limitación de aforo y visitas a los centros sanitarios. Se registraron dichas entrevistas, tanto las presenciales como las telefónicas, mediante un dispositivo de grabación que más tarde se transcribió y se añadió a este estudio, y que se encuentran disponibles para consulta en el Anexo 1a.

Así mismo, cabe mencionar que tanto el número de asociaciones como el de personal en este caso es mucho menor que en el punto anterior, por lo que era de esperar que el número de respuestas obtenidas fuese considerablemente más bajo. Muchas de estas asociaciones tienen un personal reducido centrado en el ámbito de la inmigración, otras se dedican exclusivamente a esto. Por motivos de relevancia, solo se encuestó a aquellas personas que trabajaban con inmigrantes no hispanohablantes y se prescindió de entrevistar a personal no especializado. Esta heterogeneidad se reflejó en el número de encuestas que se pudo realizar en cada organización que participó en el estudio.

Las dos primeras preguntas que establecen el perfil del encuestado y la asociación en la que participa, (Pregunta 1: “Nombre de la organización/asociación en la que trabaja/es voluntario” y Pregunta 2: “Ocupación dentro de esta”), se reflejan del mismo modo que en el apartado anterior, a través de un gráfico de barras apiladas cuyo eje horizontal muestra el nombre de la asociación y el vertical la ocupación del encuestado y el número individual por ocupación y total por asociación.

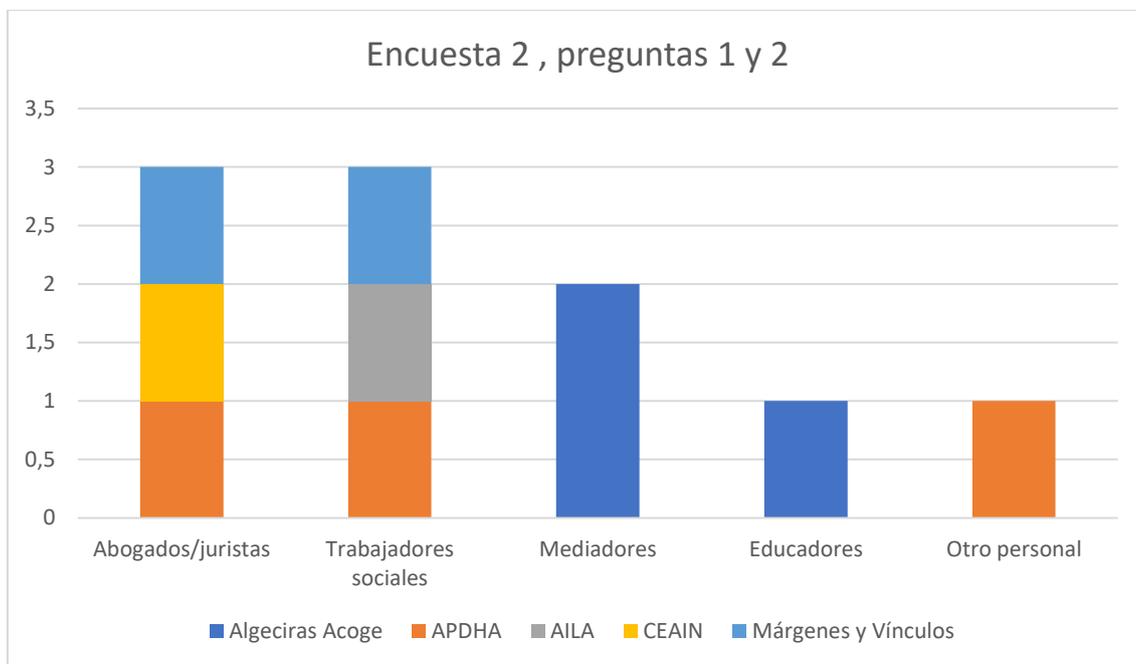


Figura 29 Resultados de la pregunta 1 y 2

A continuación, (véase Tabla 7), se presentan los datos restantes de la *Encuesta 2*:

N.º de pregunta	Respuesta	N.º de respuestas
Pregunta 3 * Localización de la sede de la organización/asociación en la provincia de Cádiz.	A. Cádiz	1
	B. Algeciras	5
	C. El Puerto de Santa María	1
	D. Jerez de la Frontera	2
	E. La línea	1
	F. San Fernando	1
Pregunta 4* Área de trabajo principal en la que se centra la organización/asociación	A. Defensa de los derechos humanos e inserción social	7
	B. Migraciones, extranjería y derechos humanos	2
	C. Educación y acción comunitaria	1
Pregunta 5* ¿Cuáles diría que son las principales nacionalidades de los	A. Marruecos	1
	B. Marruecos y Senegal	3

usuarios extranjeros no hispanohablantes que acuden a su organización?	C. Combinación de Marruecos, Mali, Senegal, Guinea Conakri, Nigeria	6
Pregunta 6* ¿Y cuáles son las lenguas maternas más comunes entre estos usuarios?	A. Árabe	4
	B. Árabe y francés	1
	C. Wolof, darija, bámbara, Mandinga y otros idiomas subsaharianos	5
Pregunta 7* ¿Hablan alguna segunda lengua con la que se puedan comunicar?	A. Francés	4
	B. Francés e inglés	4
	C. Francés y español	2
Pregunta 8* Los usuarios que suelen requerir de sus servicios, ¿suelen acudir solos o acompañados?	A. El número de usuarios que acuden solos o acompañados es equiparable	3
	B. Acuden mayoritariamente solos	3
	C. Acuden mayoritariamente acompañados	4
Pregunta 9* En caso de que estos acudan acompañados, ¿por quién suelen estarlo?	A. Familiares o amigos	10
Pregunta 10 ¿Tiene conocimiento del concepto “mediación cultural”?	A. Sí	10
	B. No	0
	C. He oído hablar de él, pero no estoy muy familiarizado.	0
Pregunta 11 ¿Ofrecen algún tipo de mediación a usuarios que requieran atención sanitaria?	A. Sí	10
	B. No	0
Pregunta 12* En caso afirmativo, ¿el servicio de mediación suele requerirse a través del centro sanitario o directamente a través del usuario?	A. A través del usuario	6
	B. De ambas formas	3

	C. No procede	1
Preguntas 13 Estas mediaciones, ¿las realizan personal formado en mediación cultural o voluntarios que hablan el idioma y son conocedores de la cultura del usuario?	A. Personal formado	8
	B. Voluntarios	2
Preguntas 14* En caso de ofrecer mediaciones, ¿en qué idiomas están disponibles?	A. Árabe (darija), francés o inglés	3
	B. Árabe y francés	4
	C. No responde/No procede	3
Preguntas 15* Dichas mediaciones, ¿están remuneradas?	A. Sí	2
	B. No.	7
	C. En ocasiones.	0
	D. No responde	1
Pregunta 16 ¿Qué tipo de servicio sanitario suele requerir con más frecuencia el usuario?	A. Atención primaria	2
	B. Urgencias	0
	C. Intervenciones quirúrgicas	0
	D. Documentación	8
	E. Otros	0
Pregunta 17* A parte de en la barrera lingüística, ¿podría mencionar brevemente aquellos aspectos principales en los que el mediador ayuda al usuario a la hora de recibir el servicio sanitario?	A. Apoya al usuario, conocer el funcionamiento del sistema sanitario y gestión de documentación, así como contactar con trabajadores sociales del centro.	9
	B. Interrupción voluntaria del embarazo	1
Pregunta 18* ¿Qué mejoraría para maximizar la satisfacción del usuario?	A. Que existiese un servicio de mediación subvencionado de las principales culturas	4

	solicitantes con mayor número de trabajadores	
	B. Que los hospitales contasen con su propio servicio de interpretación/mediación	1
	C. Mejorar la lentitud del sistema de comunicación entre administración y mediadores	1
	D. Más formación para los mediadores	2
	E. No responde/No procede	2

Tabla 7 Resultados de las preguntas de la *Encuesta 2*.

La Tabla 7 está estructurada del mismo modo que la Tabla 3, con las preguntas cuantitativas y las cualitativas que han sido categorizadas y se pueden distinguir gracias al asterisco que se encuentra a la derecha del número de pregunta. En el caso de esta encuesta, el número de preguntas cualitativas es mayor, por consiguiente, se han obtenido respuestas bastante extensas que incluyen información pertinente para el estudio. Como ya hemos explicado con anterioridad, la categorización se ha realizado atendiendo a criterios prácticos y ordenados para reflejar la información principal de forma clara y directa. Los datos adicionales aportados por los encuestados serán analizados más tarde y estarán disponibles para su consulta en el Anexo 1a.

Al igual que en el apartado anterior, es interesante comentar el proceso de categorización de algunas de las preguntas más llamativas. Un ejemplo representativo es el de la pregunta número 18 (“¿Qué mejoraría para maximizar la satisfacción del usuario?”), donde la categorización se lleva a cabo a partir de respuestas muy diferentes, extensas en su mayoría y con alto carácter subjetivo. A diferencia de otras categorizaciones más lógicas y con mayor similitud a las de carácter cuantitativo (como la pregunta número 5), en esta pregunta la información adicional que se descarta durante el proceso de categorización es bastante más variada y requirió por ello un grado de abstracción y de interpretación de los datos mucho mayor. Se trató en la medida de lo posible sustraer las opiniones implícitas de los encuestados con el menor sesgo y subjetividad posibles para realizar la generalización. Algunas de las respuestas fueron las siguientes: “Que mejore en general. Si es posible, que existieran mediadores interculturales formados en las diferentes culturas, no solo del código del idioma, de los principales migrantes recibidos. La fundación ha presentado un proyecto para recibir subvenciones.”, de la que se puede extraer el deseo de disponer de un mayor número de trabajadores formados y un sistema subvencionado de mediación. Por otro lado, la respuesta “Un servicio de este tipo en la salud es fundamental, que no tuvieran que acudir a las asociaciones para que les den el servicio, sino que el hospital tenga un servicio mínimo que ofrecer, sobre todo en la zona que hay una alta tasa de migrantes.”, permite extraer la opinión de que hay necesidad de que el sistema sanitario cuente con su propio servicio de mediación/interpretación. Estas dos respuestas son representativas de algunas

de los datos obtenidos de otros encuestados. Tanto estas dos respuestas como el resto de las obtenidas, que se recogen en el anexo 1a de forma íntegra, sirvieron para establecer las categorías finales, como se muestra a continuación:

- A. Que existiese un servicio de mediación subvencionado en las asociaciones de las principales culturas solicitantes con mayor número de trabajadores
- B. Que los hospitales contasen con su propio servicio de interpretación/mediación
- C. Mejorar la lentitud del sistema de comunicación entre administración y mediadores
- D. Más formación para los mediadores

El primer ejemplo de respuesta estaría representado en la categoría A y el segundo en la categoría B. Puede observarse que estas categorías no engloban exclusivamente las respuestas mencionadas. Tal es el caso de la categoría B que contiene otras respuestas como “Que la propia Administración contara con personal con formación en Mediación intercultural (que lo entendemos distinto a la Mediación lingüística)”, o la categoría A, en la que encontramos respuestas como “Que existiese mayor número de mediadores formados en la cultura e idioma y que subvencionasen programas de mediación para contar con más recursos”.

Otro ejemplo es la pregunta 5 “¿Cuáles diría que son las principales nacionalidades de los usuarios extranjeros no hispanohablantes que acuden a su organización?”, la cual se categorizó de la siguiente manera:

- A. Marruecos
- B. Marruecos, Nigeria y Senegal
- C. Marruecos, Argelia, Mali, Guinea Conakri

Como se puede observar, en todas las respuestas se incluye Marruecos. La razón de que se decidiese crear 3 categorías en las que aparece este país es porque las respuestas variaban las nacionalidades que ponían en segundo y/o tercer/cuarto lugar, sin embargo, en absolutamente todas las respuestas aparecía Marruecos en primer lugar. Es importante reflejar esto en la categorización porque se intuye que, dependiendo de la zona en la que se encuentre la asociación, reciben más usuarios de distintos países, pero siempre marroquíes en mayor cantidad. Las preguntas 5, 6, 7, o 14, entre otras, son casos similares en los que se categorizó con un análisis previo de las respuestas y que se comentarán más adelante en el trabajo.

Pese a que el proceso de categorización explicado pretendía expresar la información compleja de forma más práctica y ordenada para su estudio ulterior, muchas de las categorías establecidas podrían recordar más al resto de preguntas de respuesta cerrada. Tal es el caso de preguntas como la 14 (“¿Qué disponibilidad horaria tiene su servicio?”), o la 12 (“¿Cuántos idiomas están disponibles?”) de esta misma encuesta, o las preguntas 14 y 9 de la *Encuesta 2* (“En caso de ofrecer mediaciones, ¿en qué idiomas están disponibles?”, “En caso de que estos acudan acompañados, ¿por quién suelen estarlo?”), en las que el abanico de respuestas es tan cerrado y preciso que parecería más práctico haber acotado las respuestas en la encuesta, es decir, haberlas creado como preguntas de respuesta cerrada, evitando un tedioso proceso de interpretación y categorización, en el que además hay una pérdida de información. Sin embargo, de haberlo hecho de esta forma no se habrían satisfecho los objetivos principales, como el de establecer un perfil de usuario de la interpretación sanitaria en la provincia. De acotar

estas respuestas se estaría limitando de partida el abanico de usuarios posibles, en lugar de tratar de abarcar y estudiar de forma fidedigna todos los realmente existentes

4.2.3 Encuesta 3 dirigida a proveedores de servicios de interpretación

En el caso de la *Encuesta 3*, se refleja una situación especial y un poco distinta al de las encuestas anteriores. En el SAS, el único proveedor de teletraducción que trabaja con hospitales públicos de la comunidad es Dualia. De hecho, en la página de la Junta de Andalucía se puede consultar en el apartado de contratación pública que el adjudicatario de dicha licitación es en efecto Dualia Teletraducciones, S.L. Por otra parte, en la página web propia de la empresa, queda reflejada la Junta de Andalucía como uno de los clientes principales. Este servicio se realiza y solicita a través de Salud Responde, centro de información y servicios telemáticos de la Junta, al que se puede acceder a través de un número de teléfono o aplicación móvil (Salud Responde, s. f.). Al tratarse de una sola empresa, como ya se mencionó, el número de encuestados será considerablemente menor que en las otras dos anteriores, así como la variación en las respuestas, que será más uniforme y constante que en los otros casos.

La tabla de resultados (Tabla 5) se estructuró de la misma manera que las anteriores, atendiendo a los objetivos marcados para esta encuesta en particular y la información que se pretende obtener de dicho colectivo.

En este caso, y puesto que los encuestados pertenecen a una misma entidad privada con un servicio específico y bien acotado, la disparidad de respuesta esperada sería mucho más reducida que en los casos anteriores. Las encuestas se lanzaron en un primer momento a través de correo electrónico en el que se incluía un enlace del Google Forms en cuestión. Sin embargo, y probablemente por el carácter de gran empresa de Dualia, no se obtuvo respuesta. Finalmente, se recurrió a la entrevista telefónica, contacto más directo. A la hora de realizar la llamada telefónica la encargada de información compartió un correo personal de uno de los responsables de calidad de interpretación, persona con capacidad para responder a las preguntas anteriores. Se le mandó un correo explicándole la intención y objetivos del estudio, además de un enlace directo a la misma. Finalmente, realizó la encuesta con éxito. En un mensaje posterior, explicó que, pese a que la encuesta estaba también dirigida intérpretes de la empresa, en Dualia dicha plantilla está formada por profesionales autónomos en su totalidad, por lo tanto, la información que se pretende extraer, sobre todo de carácter administrativo, no se puede obtener a través de dichos profesionales. En cualquiera de los casos, se obtuvo directamente a través del responsable contactado, por lo tanto, no supuso un impedimento para el estudio.

A la hora de reflejar las respuestas, el proceso ha sido diferente y mucho más sencillo. Debido a que solo una persona ha contestado, no existió la necesidad de crear categorías para ordenar toda la información y presentarla de forma más ordenada, práctica y concisa. Esto permitió exponer las respuestas de la encuesta directamente en la tabla de resultados, eliminando la necesidad de tener que recurrir a los anexos para más tarde realizar y consultar el análisis:

N.º de pregunta	Respuestas
Pregunta 1 Nombre de la empresa a la que pertenece	Dualia Teletraducciones.
Pregunta 2 Objetivo principal de esta	Prestar servicios de interpretación telefónica y por videoconferencia.
Pregunta 3 ¿Cuál es su papel en la empresa?	Responsable de la calidad de la interpretación.
Pregunta 4 ¿Provee servicios en la provincia de Cádiz?	Sí.
Pregunta 5 ¿Sabría decir de qué nacionalidades son los usuarios que más utilizan su servicio? Mencione las 3 principales.	Posiblemente, británica, maliense y marroquí, pero no hay datos fiables más allá que la percepción a través de las llamadas que vamos atendiendo.
Pregunta 6 ¿Qué idioma son los más demandados en la provincia de Cádiz?	No hay forma de filtrar ese dato pues el cliente cubre toda la comunidad andaluza.
Pregunta 7 ¿Qué tipo de entidades sanitarias suelen contratar sus servicios?	Trabajamos por igual para centros de salud, hospitales, urgencias 112, casas de la mujer... y está configurado para elegir solo una de las dos primeras.
Pregunta 8 En el ámbito de las interpretaciones sanitarias, ¿suelen contratar sus servicios usuarios de forma particular? Si la respuesta es afirmativa, especifique si la frecuencia es mayor a nivel particular o a nivel institucional.	La respuesta es sí, pero trabajamos con particulares y empresas privadas en toda España y con empresas que ofrecen su servicio a gaditanos y no gaditanos, como oficinas bancarias, aseguradoras...
Pregunta 9 ¿Cuál es el servicio más comúnmente contratado?	Interpretación telefónica
Pregunta 10 ¿Qué tipo o tipos de servicio de interpretación ofrecen?	Telefónica y videoconferencia (simultánea y consecutiva)

Pregunta 11 ¿Cuántos idiomas están disponibles?	67
Pregunta 12 ¿Poseen sus intérpretes algún tipo de formación específica en interpretación? En caso afirmativo, ¿Qué formación poseen?	Sí. Grados y másters.
Pregunta 13 ¿Provee algún servicio de manera regular a alguna entidad sanitaria pública de la provincia de Cádiz?	Sí, se opera como mínimo con Salud Responde, 112, 061... de toda Andalucía, pero no se puede saber cuántas veces llaman desde Cádiz.
Pregunta 14 ¿Qué disponibilidad horaria tiene su servicio?	24h
Pregunta 15 ¿Cuál es el coste aproximado de dicho servicio?	Es un dato que no puedo publicar aquí pues principalmente son licitaciones públicas.
Pregunta 16 ¿Qué aspectos cree que se podrían mejorar para dar una mejor atención a los mismos	Formar a los trabajadores del servicio público en el uso de intérpretes.

Tabla 8 Resultados de las preguntas de la *Encuesta 3*

Puesto que no ha sido necesario categorizar las respuestas, no existe la necesidad de desambiguarlas. La información contenida en esta tabla se analizará en detalle en los siguientes apartados.

4.3 Análisis de los datos obtenidos

A continuación, se analizarán los datos que se han presentado en los puntos anteriores de cada una de las encuestas. Para este análisis se ha seguido una estructura similar a la elegida en la exposición de estos, es decir, una división de la información por encuesta. Se analizarán las respuestas de cada una de ellas, *Encuesta 1*, *Encuesta 2* y *Encuesta 3*, tanto las categorizadas y de respuesta cerrada que se reflejan en las distintas tablas, *Tabla 4*, *Tabla 7*, excepto en el caso de la *Tabla 8* que ya contiene los datos íntegros, como la totalidad de las respuestas de los encuestados que contienen información adicional y que posee un carácter de gran importancia para desarrollar un análisis extenso, minucioso y mucho más contextualizado. Esta información se analizará y presentará citando aquellas respuestas que provean de datos relevantes y se comentará con detenimiento. Además de citar textualmente, estas respuestas están disponibles para su consulta en el anexo 1a. Cabe mencionar que, aparte de analizarse la información adicional y más extensa por motivos de contextualización, las respuestas también se analizarán de forma ordenada y práctica a partir del estudio de los datos obtenidos y resumidos en las tablas anteriormente mencionadas. Ya se explicó que el desarrollo de estas tablas y sus categorías se realizó

para una muestra ordenada y práctica de la información, por lo tanto, en esta misma línea el análisis también mostrará esta información a través de gráficos para reflejarla con la mayor claridad posible.

4.3.1 Análisis de los datos de la Encuesta 1

Para analizar los datos obtenidos en la Encuesta 1 hay que recordar cuáles son los objetivos principales, tanto del estudio completo como de las preguntas dirigidas a los sanitarios que se contienen en este cuestionario. En primer lugar, los puntos generales a los que se quiere poder llegar en este trabajo son:

- (1) Establecer el perfil de usuario de la interpretación sanitaria en la provincia.
- (2) **Analizar** la oferta del servicio en los centros públicos de la provincia.
- (3) **Analizar** la oferta del servicio a través de otras organizaciones
- (4) Inferir breves aspectos de mejora del servicio y/o su calidad y del acceso al mismo.

La Encuesta 1 está diseñada para responder a los objetivos 1,2 y 4. Al igual que las demás, esta se divide en 3 bloques en los que se realizan preguntas dirigidas que responden a cada uno de estos objetivos (Véase Figura 22). En primer lugar, el bloque general en meramente para obtener el nombre y localización de los centros sanitarios, el tipo de profesional sanitario que responde a las encuestas, así como su conocimiento de idiomas, que influirá en la necesidad que tenga de utilizar el servicio de interpretación o mediación. En segundo lugar, se desarrolla el bloque que ayudará a establecer el perfil de usuario no hispanohablante que acude a los centros y más tarde, en el tercer bloque se encuentran las preguntas que ayudarán a conocer qué servicios de interpretación o mediación disponible, si es que existe, y cuáles son sus características, así como la frecuencia de uso y la satisfacción con el mismo.

Para analizar la información expuesta en las tablas 4, 7 y 8, se seguirá la estructura por bloques que se establece en las encuestas y que atiende a los objetivos previamente marcados, es decir, análisis del bloque general, análisis del bloque de perfil de usuario (objetivo 2) y análisis del bloque que se centra en la oferta del servicio de interpretación en los centros. Dentro de este análisis se tendrán en cuenta los objetivos a los que responde cada bloque para analizar la información de manera que se consiga responder cada uno de ellos. Como se ha mencionado, la descomposición de los datos se hará en primer lugar individualmente por encuesta, para finalmente unir la información de los tres puntos de vista en un análisis general.

a) Perfil de los encuestados (Bloque general: preguntas 1-5)

En primer lugar, se debe aclarar que el bloque general no responde a ninguno de los objetivos principales explicados con anterioridad. Sin embargo, se extrae información muy útil a cerca del encuestado que se podrá servir para explicar respuestas de los bloques siguientes. Las respuestas provienen de distintos profesionales que trabajan en diferentes centros sanitarios. Aunque el principal objetivo era el de recoger datos de hospitales públicos y concertados, se obtuvo también información de algunos centros de salud. Se extrajeron datos de los siguientes:

Hospital	Distrito sanitario (SAS, 2021)	Nº de respuestas
Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)	Bahía de Cádiz-La Janda	9
Hospital Universitario de Jerez	Jerez-Costa Noroeste	9
Hospital Punta de Europa (Algeciras)	Campo de Gibraltar Este	6
Hospital Línea de la Concepción	Campo de Gibraltar Este	8
Hospital Santa María del Puerto (Puerto de Santa María)	Bahía de Cádiz-La Janda	2
Hospital Virgen del Camino (Sanlúcar de Barrameda)	Jerez-Costa Noroeste	4

Tabla 9 – Datos de los distintos centros

Como bien se observa, se han conseguido datos de cuatro de los cinco hospitales públicos de la provincia, además de dos hospitales concertados. Estos cuatro hospitales pertenecen a tres de los cinco distritos sanitarios en los que se esta se divide. Sin embargo, en los otros dos, a saber, Sierra de Cádiz y Campo de Gibraltar Oeste, no se localiza ningún hospital, por lo que la información es suficiente en cuanto a este baremo se refiere. Cabe destacar que, el hospital público del que no se obtuvo información, Hospital de Puerto Real, pertenece a su vez al distrito de Bahía de Cádiz-La Janda, zona de la cual ya se tienen datos.

En cuanto a los centros de salud, el número es muchísimo mayor. Hay en la provincia 54 centros (Ministerio de Consumo, Sanidad y Bienestar Social 2021), y se ha podido recopilar información de tan solo seis. Pese a que se trata de un número bajo, el trabajo está más centrado en los centros hospitalarios, pues tienen más recursos, mayor confluencia de pacientes y una plantilla mucho más extensa. Estos puntos a favor hacen que sea un ambiente mucho más propicio para el uso/existencia de un posible servicio de interpretación que, por lo general, es escaso los servicios públicos de este país en. Aun así, los centros de salud también aportarán información muy valiosa al estudio y se analizarán en profundidad, pese al bajo número de encuestas que se han recibido de estos en comparación con los hospitales.

Centro	Distrito Sanitario (SAS, 2021)	Nº de respuestas
Centro de salud de Algodonales	Sierra de Cádiz	1
Centro de salud Padre Salado (Algeciras)	Campo de Gibraltar Este	5
Centro de salud El lugar (Chiclana)	Bahía de Cádiz-La Janda	1
Centro de salud Barrio Bajo (Sanlúcar de Bda.)	Jerez-Costa Noroeste	1

Centro de salud La paz (Cádiz)	Bahía de Cádiz-La Janda	1
Centro de salud de Tarifa	Campo de Gibraltar oeste	1

Tabla 10 Número de respuestas por centro y distrito sanitario

Dentro de los centros de salud reflejados en la anterior tabla, se añaden los otros dos distritos restantes, Sierra de Cádiz y Campo de Gibraltar oeste, de los que no se obtuvo información a través de los hospitales. Son datos por sí solos poco representativos, al haber obtenido tan solo una respuesta de cada uno, pero útiles para comparar si la situación es similar en esos centros a otros de las distintas zonas. Cabe recalcar que en el distrito Sierra de Cádiz, la población es mucho menor en número, de hecho, no hay hospitales, y está formada por municipios considerablemente más pequeños, por lo que se puede inferir que el flujo de inmigración y turismo internacional puede ser menor.

Por otro lado, también se recopilieron datos de una de las Unidades de Salud Comunitaria (véase anexo 1a), pero en la provincia existen más de un centro de este tipo y el encuestado no especifica de cuál de ellas se trata.

En cuanto a la ocupación de los profesionales sanitarios se ha considerado un punto interesante y de considerable importancia puesto que dependiendo del papel que cumplan en cada uno de los centros tendrán más o menos contacto con los pacientes, así como una percepción y un conocimiento variado de qué es la interpretación sanitaria, si conocen la oferta de esta en el centro o si se benefician del servicio con mayor o menor frecuencia. En la siguiente tabla (Tabla 11) se recoge de forma resumida y ordenada el número de encuestados ordenado por tipo de profesional:

Profesionales	Nº de respuestas
Médicos	30
Enfermeras/auxiliares	15
Celadores/técnicos	4

Tabla 11 Número de respuestas por tipo de profesional

El número de médicos que respondió a la encuesta es considerablemente mayor que el resto, exceptuando el Hospital Virgen del Camino y Santa María del Puerto (ambos concertados) de los que solo se han obtenido respuestas de enfermeras. Por otro lado, solo se recibieron respuestas de doctores en el caso de los centros de salud que, quizás al tener una plantilla más reducida, el número de enfermeros es menor. Es un resultado interesante puesto que al haber conseguido respuestas de distintos profesionales podremos analizar si dependiendo del papel que jueguen dentro del centro sus conocimientos acerca del servicio o su trato con los pacientes es distinto. Esto quiere decir que, quizás, las tareas de los enfermeros requieran un intercambio verbal menos complejo que las interacciones comunicativas entre médico y paciente, sobre todo a la hora de realizar una anamnesis o comunicar un diagnóstico, pronóstico o tratamiento, y de lugar a una menor necesidad de utilizar el servicio de interpretación.

Otra de las cuestiones que se tocan en este bloque es el idioma nativo de los profesionales, así como el conocimiento de otras lenguas y el posible nivel que tienen en

estas. Se trata de una pregunta clave para entender las necesidades de los sanitarios a la hora de atender a pacientes no hispanohablantes que no dominan el español. Esta pregunta esbozará si en el sistema sanitario de Cádiz los profesionales pueden valerse por sí mismos con este tipo de pacientes o la comunicación se hace imposible.

En cuanto a la lengua nativa de los encuestados, el 100% de estos profesionales son hablantes nativos de español. Sin embargo, a la hora de hablar otros idiomas hay más heterogeneidad, aunque las cifras están reñidas. Treinta de los cincuenta participantes respondieron que hablan más de un idioma, mientras que veintiuno de ellos dijeron que no. Es una cifra bastante similar, por lo que se deduce que casi la mitad de ellos no podrá comunicarse con pacientes que no hablen español, y la otra mitad podrá hacerlo solo en los idiomas que conozca. Estos idiomas, según las respuestas son bastante limitados, el más común es el inglés, otros respondieron que inglés básico, algunos que francés o ambos en combinación. Pese a ello, es curioso que tan solo 16 de los participantes no respondiese o dijese que ninguno cuando en la pregunta anterior 21 respondieron que no dominaban ningún idioma extranjero. Cinco personas, pese a marcar dicha opción en la pregunta 4 (“¿Habla más de un idioma?”), respondieron lo siguiente en la 5 (“En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla?”):

- “Bajo nivel de inglés”
- “Algo inglés”
- “Bajo nivel de inglés”
- “Un poco inglés”
- “Chapurreo inglés, pero muy poco”

De estas respuestas se entiende que, aunque estos profesionales tienen un nivel de inglés, ellos consideran que no es suficiente para poder comunicarse con los usuarios del servicio sanitario. En cuanto a la variedad de idiomas, solo se menciona el inglés y el francés en todos los casos, lo que imposibilitaría la comunicación verbal entre estos profesionales y pacientes no hispanohablantes que hablasen cualquier otra lengua.

b) Perfil de usuario (Bloque A: preguntas 6-12)

Este bloque está diseñado para dibujar el posible perfil o perfiles de usuario no hispanohablante que acuden a los centros sanitarios de la provincia, lo que significa que con los datos que se recopilen de estas preguntas se estaría respondiendo al objetivo (1) (“Establecer el perfil de usuario de la interpretación sanitaria en la provincia”), que más tarde se enriquecerá con las perspectivas de los participantes de las encuestas 2 y 3.

Es obvio que, en prácticamente todos los casos (49 frente a 1), existe un flujo de pacientes extranjero, ya sea menor o mayor. Con las preguntas 6 (“¿Acuden pacientes extranjeros no hispanohablantes a su centro?”) y 7 (“En caso afirmativo, señale la frecuencia con que estos acuden al centro.”) se responde a la siguiente cuestión: ¿Existe en Cádiz un uso del servicio sanitario por parte de extranjeros no hispanohablantes? La respuesta es sí. Por supuesto estos datos no son representativos *per se*, pues el tamaño de la muestra no permite obtener resultados significativos. Sin embargo, se puede inferir que es una característica que puede extenderse por toda la provincia con lo que ya explicamos en el contexto y, por supuesto, por la diferencia de encuestados que contestaron sí frente

a los que contestaron no. En cuanto a la frecuencia con la que estos acuden a dichos centros, hay algo más de disparidad:

Frecuencia con la que los pacientes no hispanohablantes al centro.

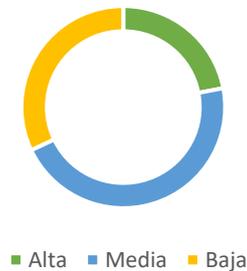


Figura 30 – Gráfico que muestra los resultados de la pregunta 7 de la *Encuesta 1*

El 46% de los encuestados respondió que la frecuencia era media y el 22% que era alta. Por otro lado, el 32% afirmó que los pacientes no hispanohablantes acuden a sus centros no muy a menudo. La mayoría de los que respondieron frecuencia “baja”, provenían del Centro de Salud Padre Salado en Chiclana o del Hospital Virgen del Camino en Sanlúcar de Bda. También se extrajo alguna respuesta aislada de la misma opinión de dos hospitales en los que el 95% de encuestados respondieron que la frecuencia era media o alta. Esto sugiere que la percepción a cerca del flujo de pacientes extranjeros puede cambiar dependiendo de quién responda y por su puesto su situación o tareas dentro del centro de salud. En general, el 68% de respuestas indican que la atención a este tipo de pacientes se realiza con relativa regularidad.

Las preguntas 8 (“¿Cuál diría que es la lengua materna de estos pacientes en la mayoría de los casos?”) y 9 (“¿Qué otras lenguas maternas diría que destacan por su frecuencia en los usuarios después de la anterior?”) se categorizaron de manera compleja ya que las respuestas expresaban un gran número de combinaciones. En la 8, se preguntó qué lengua materna era la más frecuente entre estos pacientes. Los idiomas más elegidos fueron el árabe con un 48% de respuestas (incluyendo la que respondió con “marroquí”, pues se asume que se refiere al árabe marroquí) y el inglés con un 30%. Otros encuestados respondían con varios idiomas como “inglés y árabe”, “inglés y alemán”, en algún caso “árabe e idiomas africanos” o “árabe y ruso”. En mucho menor medida algunos respondieron francés y alemán o simplemente no respondieron. La siguiente pregunta fue un poco más complicada de analizar por el mayor número de combinaciones de respuesta obtenidas, dado que no se limitó el número de lenguas maternas que podrían responder, precisamente por no limitar el carácter investigativo de la pregunta.

Otras lenguas maternas frecuentes

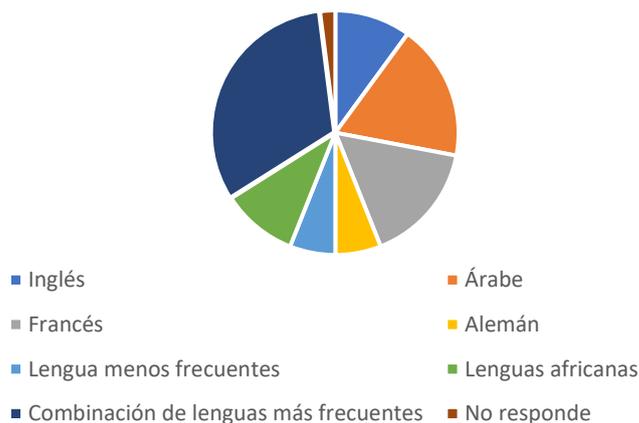


Figura 31 – Gráfico que representa las respuestas de la pregunta 8.

Se observa que, en la respuesta mayoritaria, con un 32%, fue la de la combinación de las lenguas más frecuentes (inglés, alemán, francés, árabe y lenguas africanas). Dado que estas combinaciones estarían abarcando todas las respuestas anteriores (estos idiomas por separado), nos centraremos primero en aquellas respuestas no combinadas. De esta manera se percibe que la lengua más respondida, con un 18%, fue el árabe. Le seguiría el francés con un 16%. Cabe recalcar que 6 de los 15 encuestados que respondieron que la lengua materna más frecuente era el inglés en la pregunta 8, respondía árabe como segunda lengua materna más hablada en esta pregunta. Además, de entre los 9 restantes, 5 de ellos también respondían árabe en combinación con otros idiomas en la pregunta 9. Teniendo en cuenta que otro 10% lo constituyó la respuesta “otras lenguas africanas”, estaríamos perfilando un posible usuario mayoritario proveniente del continente africano. En esta misma tónica, el 16% de “francés” nos estaría apuntando quizás en la misma dirección: 11 naciones soberanas de África hablan el francés como única lengua oficial, ascendiendo a un total de 22 países francófonos en el continente, incluyendo aquellos en los que se habla de forma cooficial (véase Figura 31):

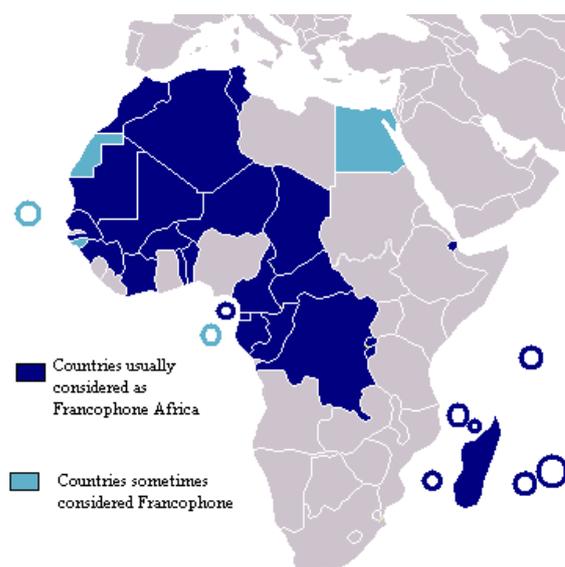


Figura 32. Mapa de países francófonos en África. Fuente: *Francophone Africa*. (2011, 19 julio). [Gráfico]. Recuperado de: Wikipedia.com.

Como se observa en la Figura 32, la mayor parte de países pertenecientes a África del norte, África occidental y África ecuatorial tienen francés como lengua oficial o cooficial, de hecho, 8 de las personas que respondieron árabe como primera lengua materna más frecuente, incluyeron el francés como segunda lengua materna más frecuente, especificando incluso que muchos de los que hablan árabe también hablan francés en respuestas como: “son dialectos africanos y también muchos hablan francés” o “La verdad que algunas las desconozco, sé que son personas de África. Aunque muchas de ellas hablan francés o inglés”. Es interesante también comentar la expresión que se repite continuamente a lo largo de la encuesta y que tiene varias formas: “Lenguas africanas”, “Son lenguas que desconozco, la mayoría vienen de África”, “árabe y otras lenguas minoritarias de África” o “idiomas africanos desconocidos para mí”. Sin embargo, muchos de estos países como Senegal o Malí poseen el francés como idioma oficial sin que la mayoría de la población tenga esta lengua como nativa, de hecho, en Mali tan solo el 15% lo habla y en Senegal el francés se utiliza como idioma administrativo (Cerca de África, 2010) Este tipo de respuesta indicaría un desconocimiento generalizado de las lenguas maternas que hablan muchos de los usuarios africanos, y, podría deducirse que, en consecuencia, de su procedencia exacta, lo que veremos en el análisis de preguntas posteriores. Pese a que este término, “lenguas africanas”, no es preciso, se estableció como categoría pues no se obtuvo información real sobre estos idiomas en concreto, solo de carácter general y como colectivo. Por lo tanto, tan solo con las respuestas sin combinación, se podría presumir idealmente que el 44% de los usuarios estaría constituido por personas de origen africano. Además, de entre las respuestas de “combinación de lenguas más frecuentes”, como se observa en el anexo 1a, si estas combinaciones no contenían al árabe, la mayoría lo había respondido en la pregunta 8 como lengua materna más hablada.

Se podría inferir, en consecuencia, que en el podio de lenguas mayoritarias se encontrarían el árabe, seguido del inglés, dependiendo del centro y la zona en la que trabaje el encuestado. Otras lenguas maternas algo menos frecuentes que las anteriores, pero también de importante presencia, son el francés, el alemán y las lenguas africanas. Centrándonos en el inglés habría que plantearse si la percepción de los encuestados distingue entre el inglés como lengua materna o como *lingua franca*. Es más que común que ciudadanos de todo el mundo, incluyendo Europa, se comuniquen en otros países con el inglés. Diferenciar si estos usuarios no son hablantes nativos, quizás es una tarea para personas con un nivel de inglés suficiente que les permita captar esos detalles diferenciadores en el idioma. Sin embargo, también hay que tener en cuenta y se explicará con más detalle en el análisis de la Encuesta 3 que, si consultamos la tabla x, en la pregunta 5 (“¿Sabría decir de qué nacionalidades son los usuarios que más utilizan su servicio? Mencione las 3 principales.”) el responsable de interpretación respondió de hecho que una de las nacionalidades más comunes en usar el servicio es la británica, por lo que, de momento, se intuye que la mayoría de los pacientes que se comunican en inglés son angloparlantes.

También es importante mencionar la frecuencia con la que aparece el alemán, confirmando las cifras de turistas alemanes en la provincia que ya se referían en el apartado 2.4.1, dentro del apartado sobre turismo e inmigración en Cádiz. Como ya se reflejó en la Tabla y de frecuencias relativas de los idiomas respondidos en la pregunta 9,

se respondió 12 veces alemán, dato equiparable a las respuestas inglés, francés y árabe (15, 15 y 14 respectivamente).

Un tema muy relacionado con el de los idiomas es el de la procedencia de los usuarios. Las cifras hablan por sí solas en la pregunta 10 (“De entre estas opciones, marque la que crea que es la más frecuente en cuanto a la procedencia de los pacientes extranjeros no hispanohablantes.”), como se muestra en el siguiente gráfico (Figura 32). El 60% de encuestados respondió que la mayoría de los usuarios provenía de África, mientras que el 40% restante afirmó que de algún país de la Unión Europea. En primer lugar, los números no hicieron más que apoyar las hipótesis anteriores, y en segundo lugar llevan al planteamiento de que, si hay dos tipos de respuesta diferentes tan extendidas, la afluencia mayoritaria de unos u otros usuarios podría depender del distrito sanitario, o simplemente de la localización en el que se encuentre el centro del encuestado. También hay que tener en cuenta el tipo de centro pues puede que un turista acuda con más facilidad a un hospital por ser un recurso más conocido universalmente, mientras que los residentes en la provincia tengan más conocimiento del sistema y acudan a centros de salud ya sea para urgencias o citas previas.

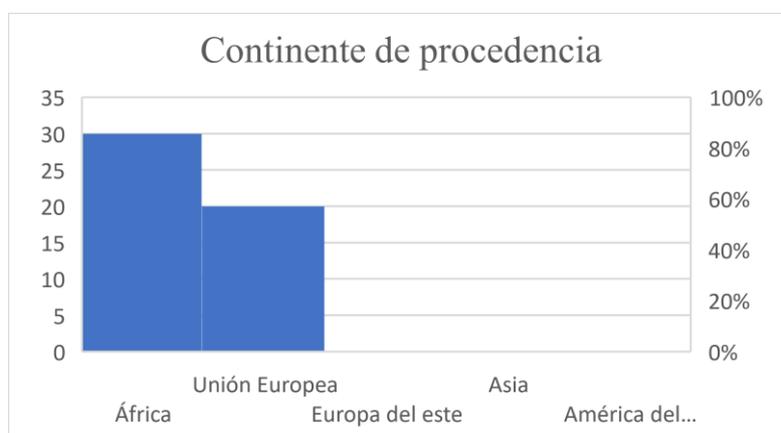


Figura 33 – Gráfico que representa la procedencia mayoritaria de los usuarios según los encuestados.

De este modo, aparecen dos posibles variables que podrían estar influyendo sobre una u otra respuesta, tales como el distrito sanitario y el tipo de centro (hospital o centro de salud). En cuanto al distrito sanitario, como ya se comentaba en apartados anteriores, las localizaciones costeras con mayor afluencia de inmigración del continente africano, por ejemplo, podrían justificar que en los centros sanitarios se estuviera recibiendo la primera respuesta como mayoritaria (África). Por otro lado, aquellas zonas de costa que destacan por su influjo turístico podrían quedar registradas por una mayoría de respuesta de “Unión Europea”, lo que se pretenderá dilucidar en el presente análisis. Sin embargo, para esta segunda variable no se observaron grandes diferencias en los datos obtenidos, atribuible al escaso tamaño de las muestras.

Antes de todo, es menester resaltar la escasa significancia de los datos obtenidos en el estudio, debido por un lado a que la muestra es muy reducida y, por otro, a que no podría considerarse una muestra aleatoria simple, es decir, aquella en la que las conclusiones obtenidas fueran representativas de la media. Es por ello por lo que, al haber obtenido un número diferente de encuestados para cada centro y, por supuesto, para cada distrito sanitario, no podrían considerarse representativas las inferencias que se muestran a continuación. No obstante, las comparaciones siguientes dentro de una misma

submuestra perteneciente a un mismo distrito sanitario o tipo de centro sanitario de este, podrían servir como primera aproximación para contrastar con estudios futuros si los atisbos de las tendencias inferidas pudiesen tener un carácter representativo sobre el panorama estudiado.

En la siguiente tabla (Tabla 12), se organizaron las respuestas a la pregunta anterior divididas en las dos respuestas mayoritarias (“UE” y “África”) por distrito sanitario y municipios que pertenecen a los mismos. Además, para aquellos municipios con dualidad entre ambas respuestas, se estableció la ratio de respuesta UE/África (número de respuestas “UE” sobre número de respuestas “África”). Aquellas ratios cercanas a uno indicarían de forma rápida un número de respuestas equiparable entre ambas. Por otro lado, las ratios cercanas a 0, indicarían que “África” es la respuesta mayoritaria. Las ratios mayores que 1 indicarían el caso contrario, es decir, supremacía de la respuesta “UE”. Sin embargo, en los casos en los que esta respuesta fue mayoritaria no se pudo establecer la ratio al ser ausente la otra respuesta.

Distrito sanitario	Municipio	Unión Europea (UE)	África	Ratio UE/África
<i>Jerez-Costa Noroeste</i>	Jerez de la Frontera	1	8	0,125
	Sanlúcar de Bda.	5	0	-
<i>Bahía de Cádiz-La Janda</i>	Cádiz	5	7	0,714
	Chiclana	3	4	0,75
	El Puerto de Sta. María	2	0	-
<i>Campo de Gibraltar Oeste</i>	Algeciras	1	5	0,2
	Tarifa	0	1	-
<i>Campo de Gibraltar Este</i>	La Línea de la Concepción	0	6	-
<i>Sierra de Cádiz</i>	Algodonales	1	0	-

Tabla 12 Ratio de respuestas por continente

Como se registra en la Tabla 12, los municipios de Jerez y Algeciras mostraron una ratio cercana a 0, es decir, una mayoría considerable de respuesta “África”. La Línea, precisamente, no registró ninguna respuesta “UE”, a la vez que 6 respuestas “África”, un número considerablemente alto teniendo en cuenta que el mayor número de respuestas fue un 8 sobre 9 en Jerez de la Fra. (África sobre UE). Jerez se considera un importante destino de afluencia de visitantes extranjeros y un punto de llegada a la provincia por ser la localización del único aeropuerto de esta. Lo apoyan datos de 2019 sobre el turismo extranjero en el municipio del Instituto de Estadística y Cartografía Andaluz: tanto el número de viajeros extranjeros como la estancia media de estos eran prácticamente idénticas a la capital de la provincia. Esta situación daría lugar a pensar que los encuestados deberían responder más Unión Europea que África, sin embargo, ocurre lo contrario. Podría inferirse que, pese a que en la ciudad aparecen censados números similares de ciudadanos europeos que africanos (IECA, 2021), la muestra no es lo suficientemente amplia para detectar una igual distribución entre ambas respuestas relativas.

Por otro lado, las ratios superiores a 0,7 indicarían un número equiparable de sendas respuestas, como es el caso de Cádiz o Chiclana. Tomando como poco representativo de El Puerto de Santa María por haber obtenido tan solo 2 respuestas, la submuestra total del distrito Bahía de Cádiz-La Janda, parecería estar indicando una

constante en las respuestas. Dado que el hecho de elegir una respuesta u otra en el mismo distrito podría considerarse extraño, puesto que profesionales de los mismos centros y ubicaciones estarían retratando la realidad con versiones considerablemente diferentes, este hecho podría atribuirse a que el número de usuarios que proviene de África y de la Unión Europea es muy similar.

Por ejemplo, en el caso del Hospital Puerta del Mar de Cádiz (Bahía de Cádiz-La Janda), se obtuvieron respuestas dispares. Sin embargo, cuando uno se decantó por África o países de la Unión Europea en esta pregunta, en la siguiente (“¿Podría indicar las 3 nacionalidades más frecuentes de estos pacientes extranjeros?”), casi siempre incluyó un país relativo a la respuesta contraria.

No existían ratios mayores a 1 dado que, en los casos en los que “UE” fue la respuesta mayoritaria no se percibieron respuestas para “África”. Tal es el caso de Sanlúcar de Bda., El Puerto de Sta. María y Algodonales, siendo en cualquier caso estos dos últimos muy poco representativos debido al bajo número de encuestados obtenido. En cuestión a Sanlúcar, puede considerarse un importante destino turístico, avalado por el dato de una ocupación hotelera media anual del 72% (*Sanlúcar de Barrameda*, 2021), y se observaron 5 respuestas para “UE”, muy en la tónica de este dato.

En la pregunta 11 (“¿Podría indicar las 3 nacionalidades más frecuentes de estos pacientes extranjeros?”) afinamos más la procedencia de los usuarios especificando las nacionalidades percibidas como más comunes entre los sanitarios. Uno de los datos más destacables es que en 44 de las 50 respuestas se menciona, aunque no sea en primer lugar, a Marruecos. Este dato aclara por consiguiente que al menos un 80% de los usuarios que provienen de África son de este país y que, aunque en algunas zonas existan más pacientes de origen europeo, Marruecos tienen una importancia tal que está casi siempre en las percepciones de los encuestados. En las respuestas, están muy vinculados este país y Reino Unido, que aparece en tres de las categorizaciones junto a esta nación. Estas cifras podrían aclarar que, según los participantes, los marroquíes y los británicos son el perfil que más abunda a la hora de solicitar asistencia sanitaria. Por otra parte, también destacan combinaciones como la de Marruecos y países de África entre los que destacan Guinea, Mali, Nigeria o Senegal. Alemania, por otro lado, aparece en 17 de las respuestas y, una vez más gracias a datos del Instituto de Estadística y Cartografía Andaluz, se corrobora que, junto con los británicos, son los turistas más habituales de la provincia. Las otras nacionalidades menos frecuentes como la china, la rusa, la italiana o la americana podrían responder al contacto que el encuestado en particular ha tenido con dichos pacientes, sesgando quizás la percepción que tiene del flujo de extranjeros en el centro sanitario. Otra de las razones puede ser, de nuevo la muestra de naturaleza pequeña que se ha podido obtener con los recursos disponibles.

En cuanto al servicio que solicitan los usuarios, se refleja que urgencias es con diferencia el más habitual seguido de atención primaria. La razón de esto podría ser, en el caso de los turistas, la imposibilidad de pedir una cita previa, por motivos obvios de un tiempo limitado de estancia. Por otro lado, es posible también que algunos de los usuarios residentes no conozcan el funcionamiento del sistema sanitario español y la opción más rápida y sencilla es la de acudir a urgencias. En cuanto a las consultas externas, cabría asumir que se trata de aquellos que residen en la provincia y están más familiarizados con el funcionamiento del sistema.

c) Oferta del servicio de interpretación (Bloque B: preguntas 13-23)

En este bloque se responderá al objetivo (2) (“Analizar la oferta del servicio en los centros públicos de la provincia”). En este caso se analizará desde la perspectiva de la percepción que tienen los profesionales sanitarios de la misma, incluso si conocen el concepto o su existencia en el centro sanitario en el que trabajan.

La pregunta 13 (“¿Cómo describiría en pocas palabras la interpretación sanitaria?”) se diseñó originalmente para saber si el participante estaba familiarizado con el término “interpretación sanitaria”. Sin embargo, y por un posible diseño ambiguo de la misma, se obtuvieron respuestas descriptivas del concepto, y otras que hablaban de la percepción de estos profesionales en cuanto a la calidad de esta, información que se consideró relevante y se utilizó en la categorización y en el análisis. Por eso, en la categorización se añadió la siguiente categoría de respuesta: C. Definición básica del concepto de interpretación sanitaria. Cuando los usuarios describían qué era para ellos este tipo interpretación, la definieron en general con las siguientes respuestas: “Cuando un paciente necesita que otra persona intervenga con el sanitario y hable su idioma” o “La interacción entre los pacientes, médicos y la persona que traduce”. Solo 12 de los encuestados respondió de esta manera, mientras que el resto o expresaba su opinión acerca de la calidad del servicio, 34 respuestas, o la importancia y utilidad que presenta la misma, 6 respuestas. En general, la opinión no resultó muy positiva, recibiendo testimonios como los siguientes: “Necesaria, pero ejecutada con lentitud en mi centro.”, “Servicio sanitario para urgencias deporte de riesgo...y seguimiento pacientes crónicos”, “Nula”, “En urgencias nula”, “Lenta”, “Poco frecuente”, entre otras. Además, el 34% de los sanitarios no sabe si en su centro se ofrece algún tipo de servicio de interpretación sanitaria.

En relación con el tipo de interpretación más común, el 66% respondió interpretación telefónica, el 26% expresó que esta tarea la llevaban a cabo amigos, familiares o intérpretes ad hoc y el 8% que se trataban de mediaciones realizadas por ONG. En ningún caso se respondió la existencia de un intérprete presencial en el centro. De estos datos se puede extraer que algo más de la mitad de los sanitarios está al tanto de que en los centros públicos andaluces se ofrece un servicio de teletraducción, pero el resto ni si quiera tiene conocimiento de este.

En la pregunta 16 (“De ofrecerse un servicio de interpretación regulado por una empresa externa, ¿de cuál o cuáles empresas se trata?”) preguntamos esencialmente a aquellos sanitarios que tenían conocimiento de la existencia de un servicio regulado por el SAS, por lo que es lógico que, si casi la mitad de encuestados desconoce el mismo, 22 personas no respondieran a la pregunta. Por otra parte, extraemos también que ninguno de los encuestados sabe cuál es la empresa que ofrece el servicio (en este caso Dualia), pero muchas veces lo aclaran diciendo que el SAS no les informa a cerca del servicio, de lo que podría inferirse que hay una sensación generalizada de desatención por parte del sistema hacia los mismos trabajadores. En consecuencia, la respuesta a la pregunta 17 (“De ofrecerse dicho servicio, ¿conoce la oferta de idiomas de este? ¿Sabe aproximadamente cuántos o qué idiomas se ofrecen?”) pone de manifiesto el desconocimiento de estos profesionales de los recursos que están a su alcance. El 68% de encuestados o no responde o afirma que desconoce la oferta de idiomas del servicio, categorías que al fin y al cabo vienen a reflejar los mismo. El porcentaje restante sí que responde cifras entre 3 y 15, sin embargo, nada más lejos de la realidad. En la Encuesta 3, el participante de Dualia afirmó que el servicio está disponible en nada menos que 67 idiomas, cifra más que alejada de la percepción de los sanitarios, por lo que podríamos

afirmar que el 100% de los encuestados no sabe que puede recurrir a este servicio con pacientes que hablen idiomas tan variados.

En general, la frecuencia de uso de este servicio se intuye bastante baja según los datos expuestos, pues la mayoría o bien no respondió (se podría suponer que por no conocer el servicio), y la otra mitad afirmó que el servicio se utilizaba con frecuencia mensual o semanal, relegando a la frecuencia diaria a un valor mínimo. Estos datos guardan coherencia con los anteriores, pues un servicio no se utiliza si se desconoce.

En la otra cara de la moneda, el 94% afirma que ha tenido interacciones con pacientes no hispanohablantes, lo que vuelve a reafirmar la existencia de este tipo de usuario en el panorama sanitario gaditano, y se podría considerar, por lo tanto, la necesidad de poder comunicarse con estos pacientes. Es más, según las respuestas de la pregunta 20 (“En caso afirmativo, ¿requirió algún servicio de interpretación por no poder comunicarse con este?”), el 76% de personas encuestadas requirió de un servicio de interpretación de los cuales un 11% explicitan que dicho servicio no estaba disponible. De nuevo, como en puntos anteriores del análisis se dilucida un sector de trabajadores descontentos con el servicio.

En la pregunta 21 (“En caso afirmativo, ¿se benefició de algún servicio de interpretación? ¿Cuál?”), el 16% de los encuestados no respondieron, y el 38% afirmó que solo utilizó recursos propios con los pacientes. Hay que recordar que estos recursos propios se refieren a los conocimientos lingüísticos de cada profesional, otros recursos de traducción online de los que dispone o comunicación no verbal. Algunos ejemplos de estas respuestas son: “Traductor google, funcionó bien”, “Usamos otros tipos de comunicación...O la traducción simultánea por el móvil”, “En inglés me entiendo, aunque tengo poco vocabulario médico, con otros idiomas tengo problemas para entenderlos” o “No. En inglés me apaño perfectamente, de hecho, muchos compañeros que no lo hablan me suelen llamar para ayudar. Una vez a un paciente de Marruecos fue muy complicado entendernos, traductor google básicamente”. El otro 20% respondió que sí que se benefició alguna vez o de forma esporádica del servicio de interpretación telefónico, pero que comúnmente utilizan sus recursos o a intérpretes *ad hoc* por algún tipo de inconveniencia del sistema. Este tipo de respuestas son muy interesantes puesto que dejan entrever problemas relacionados con el mismo servicio y sus percepciones personales: “En una ocasión, traducción telefónica, en otra a través de traducción mediante el móvil, (árabe). En varias, a través de acompañantes, o algún compañero del centro.”, “Existe servicio interpretación telefónica, pero el acceso es complicado. Al final tiras de tu conocimiento y de familiares del paciente”, “Debido a la lentitud del servicio, en casos en los que necesitaba inglés preferí hacer la anamnesis directamente. En un caso que necesité árabe, tardaron en interconsultar al intérprete y cuando respondió ya habíamos resuelto la consulta con Google translator entre el paciente y yo”, “Sí. En mi caso he utilizado el servicio telefónico en ocasiones, pero a veces da problemas (o simplemente por pereza) o recurrimos a comunicación verbal cuando son casos más laxos o si hay alguien cercano que hable el idioma.” o “Si hablan inglés puedo entenderme yo con ayuda del traductor. En el caso de idiomas raros he utilizado el servicio telefónico una vez para el árabe porque era imposible. Fue lento, pero nos entendimos al final”. Es el mismo caso, aunque algo menos frecuente (16%), el de sanitarios que han atendido a algún paciente con la ayuda de mediadores, pero que a su vez suelen tirar de su conocimiento y otros recursos en la mayoría de las ocasiones: “En mi caso he atendido a personas de origen africano que venían acompañadas con gente de asociaciones que los

ayudaban. Otras veces me las he arreglado como he podido con compañeros que saben inglés para otro tipo de pacientes.”, “Son personas que vienen acompañadas de voluntarios supongo de alguna asociación que los asesora y les explica las cosas.” o “He tenido interacciones con mediadores provenientes de ONG y otras veces he tenido que intentar entenderme yo misma a través del inglés o familiares de pacientes.”. Esto se traduce en que un 74% de los profesionales encuestados recurrió a este tipo de recursos propios para tratar a los pacientes no hispanohablantes, bien en exclusiva o con un uso muy aislado de interpretación telefónica o mediación. Además, solo un 10% respondió la categoría “Interpretación telefónica”, aunque las respuestas que se incluyeron en estas, no permite estimar a ciencia cierta si el uso del servicio es reiterado o esporádico, con respuestas como “Telefónico de la Junta de Andalucía” o “Interprete de árabe telefónicamente”.

Más tarde se preguntó si había existido algún tipo de complicación durante el intercambio comunicativo, se hubiesen beneficiado de la interpretación telefónica/mediación o no. Hay que recordar que esta pregunta, la 21b, forma parte de la 21 pero se ha dividido para ordenar de forma más visual la información de las tablas de encuesta. Una de las razones por las que un 56% no respondiera a esta pregunta podría atribuirse a una formulación demasiado extensa de la pregunta, lo que llevó a la anterior división. Un 34% respondió que había tenido problemas, de los cuales el 22% se debió a dificultades para acceder al servicio o por carencias de este: “[...]pero el acceso es complicado. Al final tiras de tu conocimiento y de familiares del paciente”, “[...]a veces da problemas (o simplemente por pereza)”, “[...]fue lento y me lo tuvo que explicar un compañero”. Otro 12% especificó que hubo problemas de entendimiento con el uso de comunicación no verbal y otros recursos: “En inglés me entiendo, aunque tengo poco vocabulario médico, con otros idiomas tengo problemas para entenderlos”, “Yo personalmente no pude utilizarlo, tuve que recurrir a compañeros que hablaban inglés o francés u otros pacientes, pero no funcionó demasiado bien.” O “En urgencias es casi imposible como no vengan acompañados de alguien.”. Tan solo el 10% respondió que no tuvieron problemas en la comunicación, de los cuales el 4% había utilizado el servicio de interpretación telefónica.

La siguiente pregunta (“De haberse beneficiado de este servicio ¿diría que mejoró la calidad de la atención sanitaria prestada?”) fue dirigida a aquellos profesionales que hubieran utilizado alguno de los servicios explicados, sin embargo, también respondieron algunos de los que utilizaron sus propios recursos, por ejemplo, el encuestado que respondió “Traductor google, funcionó bien”, afirmó que mejoró la calidad de la comunicación. De entre el total de encuestados, un 42% no respondió y tan solo un 4% respondió que no se mejoró la comunicación profesional-usuario de haberlo empleado. Este gran porcentaje es coherente con el número de encuestados que de antemano reconocía haber utilizado solo recursos propios. No obstante, la respuesta mayoritaria, con otro 42%, afirmaba que los servicios o recursos utilizados habían mejorado la calidad de la comunicación. Sin embargo, un 12% explicó que la razón por la que mejoró fue que, de no haber obtenido esta ayuda, la comunicación habría sido imposible, pero que el servicio prestado no destacaba por su calidad y eficacia. Algunas de las respuestas fueron estas: “Mejoró porque de otra forma no podría haberle atendido. Obviamente el paciente no estaba satisfecho, estaba confuso, al igual que lo estaba yo, pero no podíamos hacer otra cosa.”, “La utilización de mediadores es muy lenta. Hay que avisar con tiempo y para consultas externas en las que se ha concertado una cita es posible, pero en urgencias es

una práctica casi imposible. Además, si se ofrece un servicio de traducción por teléfono, pero no se usa no entiendo para qué está.”, “Sí, pero tuve que buscarme yo los recursos porque no nos informan mucho del sistema.”, “Mejoró por supuesto porque yo no hablo árabe. Sin embargo, al principio es un poco caótico y lento, después te acostumbras”. De nuevo, queda reflejada la confusión y la sensación de desamparo y caos que los sanitarios sienten cuando utilizan este tipo de servicio. Probablemente, es coherente pensar que este tipo de sentimiento se puede deber a la poca información que poseen del acceso y funcionamiento de este, lejos de significar que todos son carencias en el servicio. Incluso es posible que, en lugar de tratarse de puntos débiles en este, podría ser este desconocimiento el que lleva a un uso deficiente, resultando de interés en cualquiera de los casos, realizar mejoras en la información o establecer programas sistemáticos de formación y concienciación del personal en el servicio.

En la última cuestión de la encuesta se preguntó a los encuestados qué mejorarían del servicio para aumentar su calidad. Las respuestas eran muy variadas y muchas de ellas incluían varias propuestas que, al final, en su conjunto poseían las mismas ideas principales. El 38% de los encuestados respondieron que era necesario formar a los sanitarios en el uso del servicio de interpretación, así como mejorar su accesibilidad. No se puede saber a ciencia cierta si esta sensación de que es un servicio poco accesible se debe a la falta de información que tienen sobre el mismo o si en efecto es un servicio que presente dichos fallos. Algunas de las respuestas fueron: “Me hubiese gustado que hubiese sido más fluido o que me hubiesen informado más del funcionamiento del servicio previamente a la consulta.”, “Yo no estoy segura de como acceder al servicio de traducción, mis compañeros médicos sé que lo usan a veces, así que informarnos mejor”, “Un sistema un poco más fácil y conocer más el servicio”, “Establecer servicios que sirvan, rápidos y de calidad e informar a los profesionales de los mismos para que podamos utilizarlos..” entre otras. El 28% consideraba que la mejor opción es tener acceso a intérpretes que trabajen dentro del centro sanitario. Es curioso que, otro 12%, mencionase también la necesidad de intérpretes presenciales, pero además especifican que prefieren este tipo de interpretación por las carencias que los recursos que utilizan actualmente presentan: “Estaría bien no tener que recurrir corriendo a otros compañeros que sí hablan inglés porque los que no hablamos idiomas nos sentimos muy perdidos.”. Un 10% afirmó que se necesitan más recursos de interpretación, así como recursos lingüísticos entre los mismos sanitarios: “Más ayuda en la traducción y más facilidades en los idiomas”, “Estaría bien no tener que recurrir corriendo a otros compañeros que sí hablan inglés porque los que no hablamos idiomas nos sentimos muy perdidos.” Es curioso que, las 5 personas que respondieron esta categoría no conocían la existencia del servicio de interpretación telefónica, siendo coherente la percepción de que no pueden recurrir a ningún tipo de recurso profesional. El 22% restante de encuestados se repartió entre las otras categorías, “No responde”, “No hay problemas”, o mencionaba la necesidad de aplicaciones online para la traducción, sin embargo, los resultados son muy escasos y no presentan información relevante para el estudio.

Gracias a la pregunta 23 (“¿Qué mejoraría para maximizar la satisfacción del paciente no hispanohablante y calidad de la atención sanitaria prestada?”), se obtuvo información importante a cerca de la calidad del servicio según la percepción del sector sanitario, datos que servirán más adelante en el apartado de Conclusiones para atender al último objetivo: (4) Inferir breves aspectos de mejora del servicio y/o su calidad y del acceso al mismo.

4.3.2 Análisis de los datos de la Encuesta 2

Esta encuesta se dirigió al personal de asociaciones y ONG que enfocasen sus recursos en usuarios migrantes. Puesto que el trabajo está enfocado en migrantes no hispanohablantes, las preguntas se diseñaron en torno a esta idea. Uno de los objetivos principales de encuestar a este colectivo fue el de responder al objetivo (3) (“**Analizar** la oferta del servicio a través de otras organizaciones”). A través de los datos recogidos en la *Encuesta 2*, se podrá inferir si las asociaciones de la provincia ofertan un servicio de mediación a aquellos que lo requieran, así como dibujar el perfil de usuario que acude a estas asociaciones cuando necesita ayuda en el ámbito sanitario, que se podrá contrastar con las otras encuestas y construir un perfil general para responder al objetivo (1) (“Establecer el perfil de usuario de la interpretación sanitaria en la provincia”).

a) Bloque general (preguntas 1-4)

En este bloque se preguntaron los datos generales de cada asociación, así como el papel que desempeña el encuestado en la misma. Se obtuvo respuesta de las siguientes asociaciones:

Algeciras Acoge	Algeciras y La Línea
Asociación Pro-Derechos Humanos	Cádiz, San Fernando, El Puerto de Santa María
Fundación Márgenes y Vínculos	Algeciras
CEAIN	Jerez de la Fra.
AILA	Jerez de la Fra.

Tabla 13 Asociaciones que han participado en la encuesta

La columna de la derecha refleja los municipios en los que dichas asociaciones tienen sus diferentes sedes. Como se puede observar, se consiguió información de las ciudades más pobladas de la provincia, así como de aquellas situadas en el estrecho, Algeciras y La Línea, que son junto con Tarifa, ciudades que conforman la puerta de entrada a Europa de inmigrantes de origen africano.

En cuanto a los distritos sanitarios, las asociaciones de las que se obtuvo respuesta pertenecen a 4 de los 5 que existen: Bahía de Cádiz-La Janda, Campo de Gibraltar Este y Oeste y Jerez-Costa Noroeste. Sin embargo y, aunque a tener en cuenta, este dato no es tan representativo como en la encuesta anterior ya que, algunas de estas asociaciones trabajan a nivel provincial y no solo local.

Por otra parte, el perfil de encuestado seguía una línea bastante común en todas las asociaciones, oscilando entre trabajadores sociales, mediadores y profesionales del derecho como abogados o juristas. Se consideró no relevante a la hora de crear las categorías aquella encuestada que afirmó ser secretaria, pues fue la única que no encajaba en las otras categorías. Sin embargo, se utilizó la información provista para el recuento y análisis de los datos. Es lógico pensar que este tipo de asociaciones tenga una plantilla formada en ámbitos jurídicos, sociales, así como culturales. De hecho, en la pregunta (4) (“Área de trabajo principal en la que se centra la organización/asociación”), el 70% de los encuestados respondió que su asociación se centraba en la defensa de los derechos humanos y la inserción social de los migrantes. Otro 20% se especializaba, aparte de en derechos humanos, en materias de extranjería, y el 10% en educación y acción comunitaria. Estas tres categorías requieren un personal cualificado y con conocimientos

acerca de dichas materias específicas que pueda asesorar y ayudar a este colectivo de manera eficaz.

b) Perfil de usuario (Bloque A: preguntas 5-9)

Hay que aclarar que el perfil de usuario que acude a este tipo de asociaciones es muy concreto y puede atender solo a una parte de aquellos perfiles descritos por los sanitarios. Las personas que suelen requerir servicios de mediación se encuentran muchas veces en situaciones vulnerables y de exclusión social. Desconocen el funcionamiento del sistema, tanto por las barreras lingüísticas como por la naturaleza tan distinta que tiene si se compara con las de su lugar de origen. Es lógico pensar que turistas o residentes extranjeros provenientes de la Unión Europea y otros países occidentales, en los que el sistema es mucho más parecido, no suelen recurrir a estas asociaciones.

Con la pregunta 5 (“¿Cuáles diría que son las principales nacionalidades de los usuarios extranjeros no hispanohablantes que acuden a su organización?”) se obtuvieron datos cruciales para conocer la procedencia de estos usuarios. Al igual que en la *Encuesta 2*, Marruecos vuelve a ser el país más representativo. De hecho, un 100% de los encuestados lo incluyó en su respuesta, ya fuese solo o en combinación con otros. Una de estas combinaciones frecuente fue “Marruecos y Senegal”, con un 30% de respuestas. El 60% combinaba Marruecos con Mali, Guinea Conakri, así como Nigeria y Senegal. La siguiente tabla muestra la frecuencia relativa con la que los encuestados respondieron cada uno de los países:

Argelia	Guinea Conakri	Marruecos	Malí	Nigeria	Senegal
2	2	10	4	1	6

Tabla 14 Frecuencia relativa por nacionalidad (Encuesta 2)

Marruecos y Senegal son los países más mencionados seguidos de Mali. Pese a haber obtenido pocas respuestas, ya se dibuja una clara coincidencia con las respuestas de la *Encuesta 1*, en la que se respondían los mismos países cuando los encuestados hablaban de usuario de origen africano. Se trata de una muestra pequeña que habría que aumentar para hacer un estudio más exhaustivo y concreto, pero es difícil concluir que se trata de una casualidad y no de un patrón claro.

Uno de los puntos más importantes para el estudio es el de las lenguas habladas por estos usuarios. En la tónica de la pregunta anterior, se vuelve a confirmar lo que ya se estableció en la *Encuesta 1*. El árabe es común en el 100% de las respuestas. Hay que aclarar que el dáriya, también conocido como árabe marroquí, es una variedad del árabe dialectal. Ya que la gran mayoría de usuarios hablantes de árabe vienen de Marruecos, se ha incluido en la categorización como árabe cuando el encuestado ha especificado el dialecto. Recordemos que, en el anterior apartado, los sanitarios encuestados contestaban en muchas ocasiones que los usuarios hablaban lenguas africanas “desconocidas”. Se puede intuir que esas lenguas se refieren a las que responden los encuestados pertenecientes a las asociaciones. Estos participantes tienen un amplio conocimiento en materia de migración y un contacto más estrecho con los usuarios de este tipo, por lo que es lógico

imaginar que puedan ser mucho más específicos a la hora de responder. El 50% respondió que los idiomas más comunes eran el árabe (dáriya) en combinación con el wolof, el bámbara, el mandinga y otros idiomas subsaharianos y solo el 10% que el árabe y el francés en combinación.

Árabe (darija)	Bambara	Bini	Francés	Mandinga	Peul	Wolof
10	4	1	2	1	1	4

Tabla 15 Frecuencia relativa por idioma (Encuesta 2)

La frecuencia relativa con la que estos idiomas se mencionaron es acorde con la de la pregunta anterior. El árabe o árabe marroquí es con mucha diferencia el más frecuente seguido del wolof (hablado en Senegal) y el bámbara (hablado en Malí). En muchos de estos países, y aunque no sea la lengua más hablada, el idioma oficial o cooficial es el francés y queda reflejado cuando se le pregunta a los encuestados si dichos usuarios hablan alguna otra lengua. En el 100% de los casos una de las opciones es francés, ya la hayan mencionado en solitario o en combinación con otros. El 40% afirmó que el francés era la segunda lengua más común, otro 40% que el francés y el inglés. Un 20% dijo que, si los usuarios provenían de zonas del norte, solían hablar francés y un poco de español: “La segunda suele ser francés si son centro, del norte un poco de español.” Estos datos confirman la sospecha que se generó en la *Encuesta 1* sobre la procedencia de aquellos usuarios que hablaban como segunda lengua francés. Atendiendo a los datos podría ser que la mayoría no se tratase de ciudadanos franceses, si no de aquellos usuarios africanos que tienen el francés como segunda lengua.

Es algo muy común que cuando un usuario desconocedor de la cultura y el idioma acude a un centro sanitario lo haga acompañado de un familiar o amigo para que le asesore. Por ello, se consideró importante conocer si acuden acompañados también a solicitar apoyo o asesoramiento de las asociaciones. Los resultados fueron un poco ambiguos: el 30% respondió que solos y acompañados resultaba igual de frecuente, el 40% respondió que acuden acompañados, y el 30% restante que acuden solos. No se puede sacar demasiado en claro, quizás que las cifras son equiparables y depende de la naturaleza de la persona. Lo que sí es destacable es que varios de los encuestados afirman que son las mujeres las que suelen venir en compañía de alguien: “La mayoría acude con un acompañante. Si no hablan bien el idioma lo suelen traer, sobre todo las mujeres.”, “Acompañados casi siempre (mujeres más que hombres)”. Cuando los usuarios acuden acompañados, en el 100% de las respuestas se indicó que sus acompañantes era familiares, amigos o conocidos, totalmente lógico cuando alguien se establece en un país del que desconoce el idioma, la cultura y el sistema.

c) Oferta del servicio de mediación (Bloque B: preguntas 10-18)

Todas las asociaciones que respondieron tenían conocimiento acerca del concepto mediación, y de hecho todas lo ofrecen a los usuarios que acuden buscando ayuda sanitaria. Podemos suponer que, al contar con un personal reducido, dichas mediaciones no se pueden realizar con la frecuencia que se desearía, y que quizás por ello no es un método tan ampliamente conocido por los sanitarios que tratan con este tipo de pacientes.

El servicio de mediación se puede solicitar de forma personal, pero también hay ocasiones en las que son los propios centros sanitarios los que llaman a las asociaciones para solicitar ayuda con pacientes que no hablan español y no entienden el proceso. El

60% de los encuestados respondió que los usuarios suelen acudir directamente a las asociaciones porque conocen la oferta de asistencia que poseen. El 30% respondió que se hace de las dos maneras por igual. Es curioso que ningún encuestado respondiese que solamente se ponen en contacto los servicios sanitarios, lo que podría demostrar que los profesionales sanitarios no conocen la existencia de estas ayudas, ni saben cómo ponerse en contacto con ellos para solicitarlas. Son los usuarios los que, al verse desamparados por un sistema desconocido, buscan y conocen los recursos que no se les ofrecen de manera pública.

El 80% de los encuestados afirmó que los mediadores que trabajaban en su asociación son personal formado y el 20% respondió que se trataba de voluntarios. Quizás, en esta pregunta, la muestra no es lo suficientemente grande como para extraer conclusiones con cierta firmeza. Puede que, de haber obtenido datos de alguna otra asociación, los porcentajes fuesen distintos. En cuanto a la disponibilidad de idiomas, es un abanico bastante reducido que atiende a las lenguas más comunes: el árabe y francés (40%) y el árabe, francés e inglés (30%). El otro 30% de los encuestados no respondió a la pregunta.

La remuneración de estos servicios es prácticamente nula. El 70% respondió que no a la pregunta 15 (“Dichas mediaciones, ¿están remuneradas?”). Sin embargo, y por un posible error de diseño en la pregunta, no se puede saber a ciencia cierta si la remuneración inexistente es para la asociación y los mediadores cobran un sueldo fijo como trabajadores de esta. En cualquier caso, es un servicio que el usuario recibe de manera gratuita, pero que requiere recursos que tienen un precio y profesionales que necesitan tener ingresos, una tarea muy complicada si no se reciben subvenciones del estado. El 20% afirmó que sí estaban remuneradas, pero de nuevo, se desconoce si el usuario tiene que abonar la cantidad estipulada por un servicio o se paga a los mediadores por su trabajo a través de la propia organización.

El servicio sanitario más solicitado según esta encuesta es con gran diferencia el de solicitud de documentación y otras gestiones relacionadas con la misma (80%). El 20% sin embargo afirmó que la atención primaria es la más común. Estos datos son muy diferentes a los obtenidos en la Encuesta 1, donde los sanitarios afirmaban que el servicio más comúnmente prestado a estos usuarios era el de urgencias. Ya que la mayoría de personal sanitario que respondió la pregunta fueron médicos y enfermeros, se deduce que no atienden a los pacientes en este ámbito, siendo un trabajo que realizarían personal más centrado en la administración. Es normal que la percepción cambie según el encuestado, pero es obvio que ambos servicios son muy comunes, ya sea provisto por médicos y enfermeras como aquel de carácter más administrativo.

De hecho, en la pregunta 17 (“A parte de en la barrera lingüística, ¿podría mencionar brevemente aquellos aspectos principales en los que el mediador ayuda al usuario a la hora de recibir el servicio sanitario?”), el 90% de los encuestados respondió que la mediación, aparte de facilitar la comunicación, ayuda al usuario a conocer el funcionamiento del sistema sanitario así como la antes mencionada asistencia para obtener la documentación necesaria: “Pues lo más importante no es solo el idioma, sino que desconocen el propio funcionamiento de la administración. Centro que le corresponde, donde coger cita, si lo derivan al especialista como hacerlo, el seguimiento médico... La mayoría de los usuarios llevan poco tiempo aquí y no saben cómo funciona. Acompañan al principio y los forman para ello y que sean autónomos. En situaciones más complejas, que comprendan determinadas pruebas médicas.”, “Conocimiento y

acercamiento al sistema sanitario, gestión en la documentación...”, “Conocer el funcionamiento del sistema sanitario, al ser tan diferente el español del de los países de origen: funcionamiento de citas, consultas. En Marruecos no se pide cita telemática. Cómo funcionan los médicos de cabecera, cómo pasar por éste para ir derivado al especialista. Ayuda el servicio a que tenga confianza e informe con más precisión y apertura de su situación y necesidades.”. Es decir, la mediación en este caso se enfoca más a ayudar a situarse a aquellos usuarios que, por motivos de lengua y cultura, quedarían discriminados del derecho fundamental de acceso a asistencia sanitaria, del que no pueden hacer uso si no se les ofrecen este tipo de servicios.

Finalmente, y para responder al objetivo (4), se preguntó a los encuestados lo siguiente: “¿Qué mejoraría para maximizar la satisfacción del usuario?”. Los datos obtenidos de esta pregunta se utilizarán, en conjunto con la misma información de las otras dos encuestas, para inferir breves propuestas de mejora en apartados siguientes. El 4% respondió que es necesaria la existencia de un programa subvencionado de mediación que abarque las principales culturas e idiomas: “Que mejore en general. Si es posible, que existieran mediadores interculturales formados en las diferentes culturas, no solo del código del idioma, de los principales migrantes recibidos. La fundación ha presentado un proyecto para recibir subvenciones.”, “Que se implementase un servicio público en la sanidad para atender a personas que presenten barreras culturales y lingüísticas. Es muy necesario.” o “Un sistema más rápido y eficaz, por supuesto subvencionado por el estado.” entre otras. El 20% expresa la importancia de formar adecuadamente a los mediadores. También se menciona con un porcentaje mínimo de respuesta, aunque no por ello resulta menos interesante, la necesidad de un servicio propio en el hospital, “Un servicio de este tipo en la salud es fundamental, que no tuvieran que acudir a las asociaciones para que les den el servicio, sino que el hospital tenga un servicio mínimo que ofrecer, sobre todo en la zona que hay una alta tasa de migrantes.” y la lentitud de comunicación que existe entre el servicio y las administración, “El tiempo que transcurre entre el establecimiento del vínculo para el acompañamiento o mediación sanitaria y los plazos establecidos desde la administración.”, lo que podría explicar que muchos de los usuarios acudan solos o acompañados de familiares en el caso de situaciones urgentes.

4.3.3 Análisis de los datos de la Encuesta 3

Los datos que se recogieron en la Encuesta 3, pese a solo haber obtenido una respuesta, son cruciales para este estudio, ya que reflejan información objetiva sobre la oferta existente de interpretación sanitaria en los centros de Cádiz. En este análisis se seguirá también la estructura por bloques y objetivos, que de nuevo responde a los objetivos (1) y (2). Para leer las respuestas completas se podrá consultar tanto el Anexo 1a como la Tabla 8

A) Bloque general (preguntas 1-4)

Como ya se mencionó antes y se confirma con esta encuesta, Dualia Teletraducciones es la única encargada del servicio de teletraducción en el SAS, y por consiguiente en Cádiz. En primer lugar, el encuestado, responsable de la calidad de la interpretación, expresó que dicha empresa se encarga principalmente de prestar servicios de interpretación telefónica y por video conferencia y que, como se acaba de explicar, sí ofrecen estos servicios en la provincia.

B) Perfil de usuario (Bloque A: preguntas 5-9)

En este bloque atenderemos al objetivo (1) (“Establecer el perfil de usuario de la interpretación sanitaria en la provincia”), es decir, establecer un perfil de usuario del servicio, pero esta vez, desde la perspectiva de un proveedor. En la pregunta 5 (“¿Sabría decir de qué nacionalidades son los usuarios que más utilizan su servicio? Mencione las 3 principales.”), el participante responde: “Posiblemente británica, maliense y marroquí, pero no hay datos fiables más allá que la percepción a través de las llamadas que vamos atendiendo.” De ello extraemos que, pese a que no recogen la información para desarrollar bases de datos de frecuencia de país de procedencia y localización de la llamada, suelen atender sobre todo a ciudadanos británicos, malienses y marroquíes. De nuevo, vuelven a repetirse estas nacionalidades, que son con mucha diferencia las más mencionadas en las otras dos encuestas con algún matiz.

En cuanto a los idiomas más demandados, no es posible especificar cuáles son por la cobertura general de este servicio en toda Andalucía a través del SAS. En cualquier caso, si las tres nacionalidades más comunes son la británica, maliense y marroquí, y las comparamos con los datos obtenidos en las *Encuestas 1 y 2*, no sorprende que estos coincidan con los idiomas que los sanitarios perciben como más comunes, así como los idiomas especificados por el personal de ONG y asociaciones. De hecho, los malienses en su 80% hablan bambara (idioma que encaja con la percepción de “otras lenguas africanas”) y se estima que el 15% de la población habla francés como segunda lengua (Cerca de África, 2011). Por lo tanto, las tres encuestas coinciden principalmente en los siguientes idiomas mayoritarios: árabe, inglés, francés y lenguas africanas (bambara y wolof).

En cuanto a los centros en los que opera la interpretación telefónica en el SAS, la carta de servicios contratada responde tanto a hospitales, centros de salud, urgencias, 112 y casas de la mujer, es decir, cubre todos los centros que ofrecen servicio sanitario tanto en la provincia como en la región. Esta información esclarece totalmente la duda de si existe o no dicho servicio en los centros gaditanos. De hecho, todo sanitario tiene acceso a la interpretación sanitaria. Sin embargo, observamos que una gran parte de ellos desconoce la posibilidad de usarlo o simplemente no tiene la información suficiente para beneficiarse de este de manera rápida y eficaz, por lo que acuden a otro tipo de recursos cuando no hablan el idioma. También es cierto que, aparte del desconocimiento de los sanitarios del servicio y de cómo usarlo, los encuestados expresan de manera frecuente que se trata de un servicio lento y complicado. No deben extraerse conclusiones precipitadas y tachar de único culpable de tales carencias al proveedor del servicio, ya que cuando se desconoce un mecanismo o un proceso que requiere realizar distintos pasos, la tarea se hace más difícil de lo que realmente sería si dichos usuarios estuviesen formados en cuanto al sistema.

El servicio más destacado y, de hecho, el único mencionado por los participantes de la Encuesta 1, es el de interpretación telefónica (simultánea y consecutiva). También se ofrece interpretación por video conferencia, pero el sitio web del SAS encargado de informar acerca de Salud Responde no especifica la posibilidad de acceder a este, y tampoco parece conocerse entre los profesionales.

C) Oferta del servicio de interpretación (Bloque B: preguntas 10-16)

El Bloque B responde al objetivo (2) (“Analizar la oferta del servicio en los centros públicos de la provincia”), que en este caso conforma una imagen más realista del servicio

estudiado, al tratarse de una encuesta realizada a aquellos que lo proveen. A través de este análisis se conocerá la oferta real del mismo y sus características. Dicho servicio puede ser más o menos conocido o más o menos utilizado, pero gracias a los datos facilitados por el encargado de calidad de interpretación, se aclararon las dudas sobre es ofrecido homogéneamente a toda la comunidad de Andalucía, incluyendo a la provincia de Cádiz.

Otro signo más del gran desconocimiento por parte del sector sanitario de las características del servicio es la disparidad de respuestas en cuanto al número de idiomas disponibles. Ninguno de los sanitarios encuestados respondió un número de idiomas más alto que 15: en algunas ocasiones respondían “No sé exactamente cuántos, pero son muchos idiomas” o “No estoy seguro, pero bastantes, 15 o más.”, entre otros. Algunos incluso mencionaban que solo 3 o 5, nada más lejos de la realidad, ya que Dualia Teletraducciones ofrece un abanico enorme de 67 idiomas. Además de la gran carta de idiomas, el servicio del que provee va de la mano de profesionales formados a través de estudios de grado y/o máster, marcando la diferencia en la calidad del servicio entre estos y los intérpretes *ad hoc* o voluntarios no formados. Pese a que no se puede saber la frecuencia con la que se solicita la teletraducción desde Cádiz, reiteramos que, como mínimo, el servicio está disponible las 24 horas del día a través Salud Responde, y los números de emergencias 112 o 061. El coste de la asistencia no puede ser estimado individualmente por llamada, como bien indica el encuestado, ya que se trata de un servicio financiado con fondos públicos de la autonomía. Dicha licitación puede consultarse públicamente de forma telemática en la página web de la Junta de Andalucía. Esta reza como “Servicio de traducción lingüística para usuarios/as no hispanohablantes de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía” y tiene una duración de 24 meses y un presupuesto de 517.650,00€ (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2018).

Finalmente, de manera breve y resumida, se preguntó al encuestado qué aspectos cree que se deben mejorar bajo su perspectiva de proveedor de servicios. No extraña que la respuesta, repetida a lo largo de las otras encuestas, sea que es necesario formar a los trabajadores del servicio público en el uso de intérpretes, creando un claro patrón en cuanto a la percepción de todos aquellos que necesitan acceder al servicio, lo proveen e incluso los que ayudan a los usuarios ofreciendo otro tipo de alternativas (como es el caso de las ONG y el servicio de mediación). Por supuesto, si se desconoce un procedimiento o una prestación, es muy difícil entender cómo acceder a ella o cómo utilizarla. Más adelante se concluirá y analizarán las opiniones conjuntas de los tres tipos de encuestados para atender al objetivo (4) e inferir posibles aspectos de mejora del servicio.

5. Conclusiones y propuestas de mejora

Debido al tamaño reducido de la muestra, las conclusiones expuestas a continuación deberán considerarse inferencias, patrones o tendencias que los datos reflejados en el presente estudio suscitaron. Es por esto por lo que se propone, para futuros trabajos en la misma línea, seguir investigando con el objetivo de contrastar y de dotar de carácter significativo las siguientes deducciones.

A continuación, se procederá a organizar las conclusiones obtenidas por objetivos, puesto que se sentaron como última meta de la presente labor de investigación.

(1) Establecer el perfil de usuario de la interpretación sanitaria en la provincia

- En la provincia de Cádiz sí existe un flujo de pacientes extranjeros que accede al sistema sanitario de manera relativamente regular.

- Estos pacientes proceden mayoritariamente de los continentes africano y europeo, siendo las nacionalidades más comunes la marroquí y la británica, respectivamente, y siguiéndolas la alemana, maliense, guineana, y senegalesa.

- Se puede intuir que la mayoría de los usuarios británicos y alemanes responderían a un perfil de turista, mientras que los usuarios del continente africano constituirían un colectivo migrante.

Pese a que no es posible saber a ciencia cierta si estos pacientes son de hecho turistas o residentes en el país, pues la mayoría de los encuestados no tiene la información suficiente, los datos concuerdan con la información previamente mencionada del Instituto Andaluz de Cartografía y Estadística: Los británicos y alemanes son los principales visitantes extranjeros de la provincia, así como una parte importante de los residentes extranjeros. Por otra parte, y teniendo en cuenta la situación geográfica de Cádiz, aquellos usuarios provenientes del África del norte, África occidental y ecuatorial podrían pertenecer al colectivo migrante que cruza a través del estrecho. También es importante recordar que muchos de estos angloparlantes nativos podrían venir de Gibraltar, donde trabaja una importante cifra de ciudadanos británicos no gibraltareños.

- Las lenguas más habladas por los usuarios son el árabe, seguido del inglés, lo cual parece depender del centro y distritos sanitarios. Las siguientes, aunque menos comunes, pero también de importante presencia, son el francés, el alemán y lenguas africanas, destacando el bambara y el wolof.

Esta variación según el centro podría estar ligada a la localización estratégica de cada municipio, es decir, su proximidad al estrecho que funciona como puerta de entrada a Europa desde África, o el carácter más turístico de determinadas ciudades.

- Se puede intuir que el francés es sobre todo la segunda lengua más hablada de aquellos usuarios provenientes de países africanos, cuya lengua oficial o cooficial es esta. Sin embargo, y pese a que en muchos países de la zona, como Senegal o Mali, el francés es lengua oficial, muchos ciudadanos no lo dominan y no lo utilizan como lengua vehicular, utilizando otros idiomas mucho más comunes como el wolof o el bambara.

- Los servicios sanitarios más solicitados por estos usuarios son urgencias, atención primaria y gestión de documentación.

La frecuencia con la que los usuarios solicitan estos servicios podría estar ligada tanto a la percepción de los sanitarios como a la de los trabajadores de asociaciones, pues cada colectivo se centra más en una modalidad u otra. Por otro lado, cabe pensar que, dependiendo de la situación del paciente en el país, este será más o menos propenso a solicitar un determinado servicio.

- Se diferencian pues, dos perfiles tipo de usuario con situaciones socioeconómicas muy diferentes y, por lo tanto, con necesidades tanto lingüísticas como culturales muy dispares que podrían ser analizadas con más detenimiento en posibles estudios para establecer servicios de interpretación o mediación más adaptados a cada uno de ellos.

(2), (3) Analizar la oferta del servicio en los centros públicos y a través de otras organizaciones

- Existe tanto en la provincia, como en la región, un servicio de interpretación telefónica profesional en el sistema sanitario. Este servicio está activo 24 horas todos los días a la semana y disponible en 67 idiomas.

Se puede acceder a él desde el número telefónico de Salud Responde, el 112 o el 061.

Sin embargo, tan solo la mitad de encuestados conoce su existencia y se utiliza con poca frecuencia.

- Hay deficiencias en la comunicación entre pacientes no hispanohablantes y los sanitarios. De hecho, estos expresan la necesidad de tener a su disposición servicios o personal especializados que faciliten la comunicación sanitaria.

No obstante, la mayoría de estos profesionales desconocen el funcionamiento del servicio telefónico, lo que lleva a un mal uso de este y a la utilización de otros recursos propios poco eficaces como lenguaje no verbal, aplicaciones online o intérpretes *ad hoc*.

- Este desconocimiento por parte de los sanitarios de los recursos existentes dibuja una sensación generalizada de pobreza en el servicio e indefensión ante situaciones comunicativas con pacientes que no hablan español. De hecho, tan solo la mitad de los profesionales afirma hablar algún idioma, entre los que solo se encuentran el inglés y el francés, por lo que todo tipo de comunicación con usuarios que no dominen estas dos lenguas es casi imposible.

- Existe una oferta de mediación a través de distintas asociaciones repartidas por la provincia que se especializan en materia de inmigración. Este servicio se provee en gran medida por profesionales formados, y se solicita tanto individualmente por el usuario como desde los centros sanitarios.

Estas mediaciones se centran más en colectivos en posible situación de exclusión social, que desconocen el funcionamiento del sistema sanitario español y que necesitan una mediación tanto lingüística como cultural.

(4) Inferir breves aspectos de mejora del servicio y/o su calidad y del acceso al mismo.

- El desconocimiento generalizado entre los sanitarios de los recursos disponibles, en este caso la interpretación telefónica, se podría traducir en una deficiente labor informativa por parte del Sistema Sanitario Andaluz. Por ello, es primordial que se extienda el conocimiento del sistema de interpretación y que se creen programas de formación de estos profesionales en la interpretación sanitaria. Estos programas podrían ayudar a disipar la sensación generalizada de la plantilla sanitaria de que el servicio ya disponible es lento y de difícil acceso, pues es lógico que, si se desconoce la naturaleza y el funcionamiento de servicios poco extendidos en los SSPP españoles, no se use con la frecuencia que debería.

- También se expresa la necesidad de contar con intérpretes presenciales que trabajen en los centros sanitarios o que acudan cuando se requieren sus servicios, sistema que parece inspirar más confianza tanto entre los sanitarios como los pacientes. Sin embargo, actualmente, no existe en España una bolsa a nivel público de este tipo de profesionales, a diferencia de en otros países mucho más adelantados en proveer servicios de TISP, como Australia, donde los intérpretes cuentan con un sistema de acreditación nacional, así como un servicio especializado en la atención de los hospitales, que dio lugar al New South Wales (NSW) Health Care Interpreter Services. También en Canadá cuentan con este tipo de sistemas de acreditación para intérpretes, además de una gran labor investigadora y educativa en el ámbito TISP (Navaza et al., 2009). Podría ser interesante y beneficioso que al igual que existen en el país unas oposiciones destinadas a la obtención del título de traductor-intérprete jurado, se estableciesen unas listas equivalentes en un ámbito tan importante como el sanitario.

- Las mediaciones corren a cargo de asociaciones que poseen un presupuesto y una plantilla limitados, por lo que resulta complicado ofrecer un servicio de manera muy regular y con la rapidez que los usuarios necesitan. Esta escasez de recursos abre la puerta a plantear posibles programas de mediación subvencionados por el estado que podrían ayudar a aligerar la carga y a mejorar el servicio prestado. Por otra parte, muchos de los trabajadores aclaran la importancia de que los mismos hospitales cuenten con personal formado, no solo lingüísticamente sino también culturalmente, que ayude a realizar esta labor. Esta posible mejora podría reducir el tiempo que transcurre entre el establecimiento del vínculo de acompañamiento y los plazos establecidos por la administración.

6. Referencias bibliográficas

- Abril, M. I. (2006). *La interpretación en los Servicios Públicos: Caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular* (Universidad de Granada, Ed.; Tesis doctoral). Editorial de la Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/1075>
- Agencia Estatal. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOE núm. 185. 15 de junio de 1998. 26392-26407. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-18720>
- Agencia Estatal. Ley/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía, modificada en 2010. Texto consolidado. 1-28. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1998/BOE-A-1998-18720-consolidado.pdf>
- Agencia Estatal Ley 7/2018 de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 183. 76258-76264. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752>
- Alexieva, B. (1997). "A typology of interpreter-mediated events". *The translator* 3(2). 153-174.
- Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. (2010, abril). *Situación económica del año 2009 al año 2007* [Gráfico]. http://www.apdha.org/media/informe_crisis_inmig_cadiz10.pdf
- Barrón, C. (2020, 26 noviembre). El drama de la inmigración en Canarias: la pandemia dispara la llegada de migrantes sin un plan para controlar. *www.20minutos.es - Últimas Noticias*. <https://www.20minutos.es/noticia/4487548/0/crisis-inmigrantes-canarias-refugiados-motivos-soluciones-analisis/?autoref=true>
- Campos, J. G. (2004). Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí. *Fòrum de recerca*, 10. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/79128>
- colaboradores de Wikipedia. (2021, 22 marzo). *Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Wikipedia, la enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_Sanitario_P%C3%BAblico_de_Andaluc%C3%ADa
- Comité Especializado de Inmigración (DSN), & Reher, D. (2019). *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de Seguridad Nacional. (Algunas reflexiones ante un nuevo ciclo migratorio en España)*. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. <https://www.dsn.gob.es/es/documento/fen%C3%B3meno-migratorio-espa%C3%B1a-reflexiones-desde-%C3%A1mbito-seguridad-nacional>

- Consejería de Salud y Familias. (2020). *El Servicio Andaluz de Salud*. Servicio Andaluz de Salud. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/el-servicio-andaluz-de-salud>
- Consejería de Turismo y Deporte. (2017a). *Balance del año turístico en Andalucía*. <http://www.juntadeandalucia.es/turismoydeporte/opencms/areas/servicios/centro-documentacion/publicaciones/turismo/Balance-del-ano-turistico-en-Andalucia-BATA/>
- Consejería de Turismo y Deporte. (2017b). *Pernoctaciones hoteleras registradas en el litoral andaluz. Distribución según costas andaluzas. Año 2017* [Gráfico]. <http://www.juntadeandalucia.es/turismoydeporte/opencms/areas/servicios/centro-documentacion/publicaciones/turismo/Balance-del-ano-turistico-en-Andalucia-BATA/>
- COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. (2020, 28 abril). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Cosidó, I., 2020. Inmigración, ¿problema u oportunidad: claves para una nueva política migratoria. [Blog] Fundación Real Instituto Elcano, Disponible en: <http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari8-2020-cosido-inmigracion-problema-u-oportunidad-claves-para-nueva-politica-migratoria> [Accessed 28 March 2020].
- La crisis del COVID-19 pone en riesgo la migración y los avances en la integración, dice la OCDE - OECD*. (s. f.). OECD. Recuperado 24 de febrero de 2021, de <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/lacrisisdelcovid-19poneenriesgolamigracionylosavancesenlaintegracion.htm>
- del Pozo, M. I., & Campillo, L. (2016). La interpretación telefónica y su práctica profesional. Estudio de caso sobre dos empresas proveedoras del servicio en España. *SENDEBAR*, 27. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/sendebars/article/view/3921>
- Díaz, A. (2021, 15 febrero). *Impacto del coronavirus en el turismo en España – Datos estadísticos*. Statista. <https://es.statista.com/temas/6510/impacto-del-coronavirus-en-el-sector-turistico-en-espana/>
- Distribución Espacial de la Población en Andalucía | Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía*. (2019). Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/distribucionpob/index.htm>

DSN, Comité Especializado de Inmigración, 2019. *Posibles Escenarios Futuros Del Fenómeno Migratorio En Europa*. Madrid: NIPO, pp.111-116.

El Orden Mundial. (2019). *Mapa densidad de la población de España* [Gráfico]. Elordenmundial.com. <https://elordenmundial.com/mapas/densidad-de-poblacion-en-espana/>

E.P. (2021, 30 enero). La Comandancia de Cádiz de la Guardia Civil intercepta 807 inmigrantes en 2020. *Diario de Cádiz*. https://www.diariodecadiz.es/noticias-provincia-cadiz/Comandancia-Cadiz-Guardia-Civil-intercepta-inmigrantes_0_1542746122.html

Foulquié, A.I, y Abril, M.I (2013). The role of the interpreter in educational settings: Interpreter, cultural mediator or both? En *Critical Link 6: Interpreting in a Changing Landscape*. Schäffner, Christina, Kredens, Krzysztof y Fowler, Yvonne (eds.) 203-221. Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins Publishing Company

Girone, Stefania, & Lollo, Giuseppe (2011). LAS MIGRACIONES DE TRÁNSITO: ESTRECHO DE GIBRALTAR VS CANAL DE SICILIA. *Investigaciones Geográficas (Esp)*, (54),37-70.[fecha de Consulta 19 de Mayo de 2021]. ISSN: 0213-4691. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17622555002>

González Enrique, C. (2020, 13 mayo). *La inmigración en los tiempos del virus*. Real Instituto Elcano. http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/demografia+y+poblacion/ari69-2020-gonzalez-enriquez-la-inmigracion-en-los-tiempos-del-virus

Gutiérrez, H. (2020, 28 diciembre). El turismo cierra su peor año en medio siglo por la pandemia. *El País*. <https://elpais.com/economia/2020-12-27/el-turismo-cierra-su-peor-ano-en-medio-siglo-por-la-pandemia.html>

Hatim, B & Mason, I (1990),” *Discourse and the Translator*”: (ed.) Longman, Londres

J.A.H. (2020, 13 diciembre). La ocupación hospitalaria por el Covid apenas baja un 30% en diciembre en Cádiz. *Diario de Cádiz*. https://www.diariodecadiz.es/cadiz/presion-hospitalaria-amenos-noviembre-coronavirus_0_1528347365.html

La Junta concede 68.000 euros a ocho ONG de Cádiz que trabajan con migrantes. (2020, 3 enero). *La Voz del Sur*. https://www.lavozdelsur.es/actualidad/sociedad/la-junta-concede-68-000-euros-a-ocho-ong-de-cadiz-que-trabajan-con-migrantes_149448_102.html

Junta de Andalucía - Asociaciones de atención a inmigrantes en Cádiz. (2020). Junta de Andalucía.

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadpoliticasocialesyconciliacion/areas/inclusion/migraciones/paginas/asociaciones-inmigrantes-cadiz.html>

Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1998. *Derechos Y Deberes De Los Ciudadanos En El Servicio Público Sanitario De Andalucía*. Junta de Andalucía, BOJA núm.74.

Mapa Costa de la Luz. (2011). [Mapa].

<http://giraldatorresalamandra.blogspot.com/2011/01/la-costa-de-la-luz.html>

Mapa de servicios sanitarios públicos de Andalucía. (2021). Servicio Andaluz de Salud.

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/mapa-centros?term_node_tid_depth=11268

Martin, A. (2000). "La interpretación social en España". En: Kelly, D. (ed.) *La Traducción y la Interpretación en España Hoy: Perspectivas Profesionales*. Granada: Comares. 207-23

. (2006). Percepciones de los profesionales de los servicios públicos con respecto a la interpretación para la población inmigrante. *Revista española de lingüística aplicada, Extra I*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2198698>

Martín, M. (2020, 1 noviembre). *Los nuevos inmigrantes de la pandemia*. EL PAÍS.

<https://elpais.com/espana/2020-10-31/los-nuevos-inmigrantes-de-la-pandemia.html>

Martínez Fraile, C., 2015. La accesibilidad lingüística en el ámbito sanitario público de Andalucía. Posibilidades de intermediación en el contexto hispano-alemán. *mAGAzin*, (23), pp.32-39.

Maldonado Molina, J.A (2017): "Capítulo. 3. La Seguridad Social de los inmigrantes", en VV.AA., MONEREO PÉREZ, J.L (Dir), RODRÍGUEZ INIESTA, G, MALDONADO MOLINA, J.A Y DE VAL TENA, L.A (Coord), Tratado de Derecho de la Seguridad Social, Tomo II, Murcia, Laborum

Mason, I (1999). "Introduction" *Dialogue Interpreting. The Translatos. Studies in Intercultural Communication* 5(2).

_____. (2000). "Models and methods in dialogue interpreting research". En: Olohan, M. (ed.) *Intercultural Faultlines*. Manchester: St. Jerome. 215-31

Mikkelsen, H. (1996). «Community Interpreting: An Emerging Profession». *Interpreting* 1 (1). 125-129.

- Ministerio del Interior, 2018. *El Centro De Atención Temporal De Extranjeros De Algeciras Podrá Atender A Unos 600 Migrantes Al Día*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - Prestaciones y centro sanitarios - Centros y servicios del SNS - Instituto de Información Sanitaria - Centros y servicios del SNS - Hospitales. (2021). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/centrosCA.do?metodo=busquedaProvCHD&prov=11>
- Mouzo, J. (2021, 9 febrero). La pandemia sume a la atención primaria en una saturación permanente. *EL PAÍS*. <https://elpais.com/sociedad/2021-02-08/la-pandemia-sume-a-la-atencion-primaria-en-una-saturacion-permanente.html>
- Mucci, M. (2008). La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante?. *Psicodebate*, 8, 61-78. <https://doi.org/10.18682/pd.v8i0.417>
- Navaza, B., Estévez, L., & Serrano, J. (2009). «Saque la lengua, por favor» Panorama actual de la interpretación sanitaria en España. *Panace@*, X(30).
https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n30_tribuna-NavazaEstevezSerrano.pdf
- NOGUEIRA, R., "España ya alcanzó los 44 millones de habitantes y los extranjeros superan el 8,4%." *El País*. (Madrid). 28 de abril de 2005, 1.
- Ocupación de camas por COVID-19 en hospitales españoles*. (2021, 24 febrero). RTVE.es. <https://www.rtve.es/noticias/20210224/ocupacion-camas-covid-19-hospitales-espanoles/2042349.shtml>
- OPAM. (2019, 1 enero). *Población extranjera, total y proporción de población extranjera empadronada en Andalucía según provincia* [Gráfico].
<http://www.juntadeandalucia.es/justiciaeinterior/opam/es/publicaciones>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *INFORME SOBRE LAS MIGRACIONES EN EL MUNDO 2018*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y Universidad de Oxford.
https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf
- Phelan, Mary (2001). *The Interpreter's Resource*. Clevedon/Buffalo/Toronto/Sydney: Multilingual Matters Ltd.
- Pöschhacker, F. (2004). *Introducing Interpreting Studies*. Londres/Nueva York: Routledge.

- Población por comunidades y ciudades autónomas y tamaño de los municipios.* (2015). (2019). INE. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2915>
- Rosenberg, Brett Allen (2007). A data driven analysis of telephone interpreting. En *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community. Selected papers from the 4th International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004.* En Wadensjö, C., Dimitrova, B. E. y Nilsson, A. (eds.), 6576. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Salud Responde.* (s. f.). Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Recuperado 6 de abril de 2021, de <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/servicios/salud-responde.html>
- Saura, M. (2001) “La prestación de asistencia sanitaria de la seguridad social a los extranjeros”. *Scripta Nova.*
- Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. (2003). *Nuevo mapa de atención primaria en Andalucía.* Servicio Andaluz de Salud. <https://docplayer.es/16729960-Mapa-de-atencion-primaria-de-salud-de-andalucia.html>
- Valero Garcés, C. (2001) “Estudio para determinar el tipo y la calidad de comunicación lingüística con la población extranjera en los centros de salud” en *OFRIM Suplementos 9*, diciembre 2001. 117-132.
- Valero Garcés, C., & Gauthier Blasi, L. (1). Bourdieu y la traducción e interpretación en los servicios públicos: hacia una teoría social. *MonTI. Monografías De Traducción E Interpretación*, (2), 97-117. <https://doi.org/10.6035/MonTI.2010.2.5>
- Valero Garcés, C. y Mancho Barés, G. (eds.) (2002) *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Nuevas necesidades para nuevas realidades/ New Needs for New Realities.* Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- VÍCTOR MORA PRESENTA LA OFERTA TURÍSTICA DE SANLÚCAR EN FITUR 2019.** (2019, 24 enero). Sanlúcar de Barrameda. <http://www.sanlucardebarrameda.es/content/v%C3%ADctor-mora-presenta-la-oferta-tur%C3%ADstica-de-sanl%C3%BAcar-en-fitur-2019#:~:text=Sanl%C3%BAcar%20cuenta%20en%20la%20actualidad,Turismo%20m%C3%A1s%20de%2040.000%20personas.>
- Wadensjö, C. (1998) “Community interpreting”. En: Baker, Mona (ed.) 1998 *Encyclopedia of Translation Studies.* Manchester: Multilingual Matters. pp 33-37

ANEXO 1a: ENCUESTAS

1) Encuesta 1 a personal sanitario

Nombre centro sanitario en el que trabaja.	Ocupación en el centro.	¿Cuál es su idioma materno?	¿Habla más de un idioma?
Hospital General de Jerez	Radióloga	Español	Sí
C. S Padre Salado. Chiclana de la frontera	Médico	Español	Sí
Hospital Virgen del Camino	Enfermero	español	No
Hospital Puerta del Mar	Residente	Español	Sí
Hospital Punta de europa	Enfermera	Español	Sí
Hospital Puerta del Mar	Enfermera	Español	No
ALGODONALES..centro de salud.	Medico de Familia	Español	Sí
Centro de salud padre salado	Médico de familia	Español	Sí
Hospital Virgen del Camino	Enfermera	Español	Sí
CENTRO DE SALUD LA PAZ	Médico de primaria	Castellano	Sí
Hospital de Jerez	Celador	Castellano	Sí
Unidad de salud mental comunitaria.	Trabajadora social	Castellano	No
Hospital General de Jerez	Radióloga	Español	Sí
Hospital Universitario de Jerez	Médico	Español	No
Hospital Puerta del Mar	internista	Español	No
Puerta del Mar	residente	Español	Sí
Hospital Línea de la Concepción	Neuro	Español	Sí
Hospital Línea de la Concepción	Enfermera	Español	Sí
Hospital Santa María del Puerto	Enfermero	Español	Sí
Centro de salud de Tarifa	Médico	Castellano	No
Centro de salud la Banda Padre Salado Chiclana de la frontera Cádiz	Médico de familia	Español	Sí
Hospital Virgen del Camino	Enfermero	Español	No
C.S. Padre Salado	Médico	Español	No
CS Chiclana El Lugar	Médico de familia	Castellano	Sí
Hospital Universitario de Jerez	enfermero	Español	Sí
Hospital Puerta del Mar	Médico de familia	Español	No
HOSPITAL PUNTA DE EUROPA	Medicina de familia	Español	No
Hospital Santa María del Puerto	Matrona	Español	No
Hospital Puerta del Mar	Médico de familia	Español	Sí
Hospital Línea de la Concepción	Pediatra	Español	Sí
Hospital Virgen del Camino	Técnico laboratorio	Español	Sí
Hospital Quironsalud Campo de Gibraltar y Marbella	Rehabilitación.	Castellano	Sí
Hospital Línea de la Concepción	Atención primaria	Español	No
Hospital Línea de la Concepción	enfermera	Español	Sí
Puerta del Mart	Enfermera	Español	No

Hospital General de Jerez	Radióloga	Español	Sí
Centro de salud Padre Salado	Médico de Familia	Español	Sí
Barrio Bajo	Médico de Familia	Español	No
Hospital Universitario Puerta del Mar	MIR	Español	Sí
Hospital Universitario de Jerez	Médico de familia	Español	No
Hospital Puerta del Mar	Enfermera	Español	No
Hospital Punta de Europa	celador	español	No
Hospital línea de la concepción	Médico de familia	Español	No
Hospital Punta de Europa	Pediatra	Español	Sí
Servicio urgencias la longuera. Chiclana	Médico	Castellano	No
Hospital punta Europa	Enfermera	Español	Sí
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera	Cardiologo	Español	No
Hospital Punta de Europa	Ginecóloga	Español	No
Hospital Universitario de Jerez	Traumatologo	Español	Sí

En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla?	¿Acuden pacientes extranjeros no hispanohablantes a su centro?	En caso afirmativo, señale la frecuencia con que estos acuden al centro.	¿Cuál diría que es la lengua materna de estos pacientes en la mayoría de los casos?
Inglés	Sí	Baja	Arabe
Francés	Sí	Baja	Árabe
Algo inglés	Sí	Baja	inglesa
Inglés	Sí	Alta	Inglés
Inglés	Sí	Media	Árabe
Ninguno	Sí	Alta	inglés, alemán, francés
Frances..no perfecto	Sí	Media	Ingles
Ingles	Sí	Baja	Hay variedad: arabe
Inglés	Sí	Baja	inglés
Ingles	Sí	Media	Marroqui
Inglés	Sí	Baja	Alemán
La respuesta es no.	Sí	Media	Marroquí
Inglés	Sí	Baja	Arabe
ninguno	Sí	Media	Árabe
ninguno	Sí	Media	Inglés
Inglés	Sí	Media	Inglés y árabe
Inglés chapurreado	Sí	Alta	árabe probablemente
Inglés	Sí	Alta	Árabe
Inglés y francés	Sí	Media	Inglés
-	Sí	Media	Italiano
Inglés	Sí	Baja	Inglés
Solo un poco inglés	Sí	Baja	Inglés
Bajo nivel de inglés	Sí	Baja	Española
Ingles	Sí	Media	Inglés
Un poco de inglés	Sí	Media	Inglés y Árabe
	Sí	Media	Inglés
no hablo	Sí	Media	La mayoría de ellos son árabes
ninguno	Sí	Media	Inglés
Francés	Sí	Alta	Inglés, árabe, alemán, francés
Inglés	Sí	Alta	árabe, idiomas africanos
Inglés	Sí	Baja	Francés
Inglés	Sí	Media	Inglés
0	Sí	Alta	Árabe sin duda

Inglés	Sí	Alta	Árabe
Chapurreo inglés, pero muy poco	Sí	Media	árabe
Inglés	Sí	Baja	Arabe
Estudí francés hasta nivel de COU. Conocimientos muy básicos de inglés	Sí	Baja	Inglés
No	Sí	Baja	Árabe
Inglés	Sí	Media	Árabe
-	Sí	Media	Árabe
no	Sí	Media	Inglés
-	Sí	Media	árabe
Ninguno	Sí	Alta	árabe
Inglés	Sí	Alta	Árabe, Ruso
Un poco inglés	Sí	Media	Inglés y alemán
Francés e inglés	Sí	Baja	Inglés
Ninguno	Sí	Media	Árabe
Ninguno	Sí	Alta	Árabe
Un poco de inglés	Sí	Media	árabe

¿Qué otras lenguas maternas diría que destacan por su frecuencia en los usuarios después de la anterior?	De entre estas opciones, marque la que crea que es la más frecuente en cuanto a la procedencia de los pacientes extranjeros no hispanohablantes.	¿Podría indicar las 3 nacionalidades más frecuentes de estos pacientes extranjeros?	Cuando estos pacientes acuden al centro, ¿está usted al tanto de su situación en el país?
Inglés, alemán	África	Marroquí, alemán, inglés	Casi nunca
Ninguna o francés	África	Marruecos, Argelia, Túnez	Sí
francés	Unión Europea	Francesa, inglesa, alemana	Casi nunca
Árabe, alemán y lenguas africanas que no conozco	Unión Europea	Reino Unido, marruecos, países africanos	Casi nunca
Son lenguas que desconozco, la mayoría vienen de África	África	Marruecos, Nigeria, mali	Casi nunca
árabe	Unión Europea	Reino Unido, Alemania, Marruecos	En la mayoría de ocasiones
Aleman	Unión Europea	Inglesa....alemana....francesa	En la mayoría de ocasiones
Inglesa, china, francesa	África	Marroquí, inglesa, francesa	Casi nunca
Árabe	Unión Europea	Ingleses, italianos, árabes	En la mayoría de ocasiones
Frances	África	Marruecos	En la mayoría de ocasiones
Inglés	Unión Europea	Alemana Inglesa Francesa	No
Procedentes de países del este.	África	Marruecos, Rumanía...	Sí
Inglés, alemán	África	Marroquí, alemán, inglés	Casi nunca
Inglés y alemán	África	Marruecos, Reino Unido, Alemania	Casi nunca
Árabe	Unión Europea	Inglaterra, Marruecos, países africanos	Casi nunca
Lenguas que no conozco de África	África	Inglés en caso de turistas y otras lenguas de inmigrantes africanos	Casi nunca
Pues creo que suelen hablar también francés o un poco de inglés.	África	Marruecos, Mali y también algunos senegaleses	En la mayoría de ocasiones
La verdad que algunas las desconozco, sé que son personas de África.	África	Marruecos casi siempre, las otras no las sé	Casi nunca

Aunque muchas de ellas hablan francés o inglés.			
árabe y francés	Unión Europea	Británicos, americanos, árabes	No
Arabe, Francés, Alemán e Inglés	África	Marruecos, Alemania y Reino Unido	Casi nunca
Árabe, chino	África	Marruecos	Sí
Alemán	Unión Europea	alemana, inglesa, francés	En la mayoría de ocasiones
Árabe	África	Inglés, Árabe, Alemán	En la mayoría de ocasiones
Árabe	Unión Europea	Ingléses, marroquíes, alemanes	Casi nunca
Chino	África	Marruecos, Reino Unido, China	Casi nunca
Alemán, arabe	África	Marruecos, países africanos y reino unido y europeos	En la mayoría de ocasiones
son dialectos africanos y también muchos hablan francés	África	Marruecos, Senegal, Nigeria...	En la mayoría de ocasiones
Árabe	Unión Europea	Británicos, americanos de la base y marroquíes	No
chino	Unión Europea	Inglaterra, Alemania, Marruecos	En la mayoría de ocasiones
idiomas africanos desconocidos para mí	África	Marruecos, Sahara, Argelia	En la mayoría de ocasiones
Alemán	Unión Europea	Francia Alemania Inglaterra	Casi nunca
Frances y Ruso	Unión Europea	Británicos , árabes y rusos	En la mayoría de ocasiones
Francés, portugués	África	Marroquí, guineanos, argelinos, etc.	En la mayoría de ocasiones
Lenguas africanas	África	Marruecos, Mali costa de Marfil	Casi nunca
inglés	África	marruecos, países africanos e ingleses	En la mayoría de ocasiones
Inglés, alemán	África	Marroquí, alemán, inglés	Casi nunca
Árabe	Unión Europea	Británica, marroquí, china	En la mayoría de ocasiones
Inglés , alemán	Unión Europea	Marruecos , Alemania, Inglaterra	En la mayoría de ocasiones
Inglés	África	Marruecos, Gran Bretaña	En la mayoría de ocasiones
Inglés	África	Marruecos, Reino Unido y china	Casi nunca
árabe y otras lenguas minoritarias de africa	África	Marruecos. Reino Unido	Casi nunca
hablan también francés	África	marruecos, y países del norte de africa	Casi nunca
francés	África	Marroquíes casi siempre, o de Guinea y países de la zona	En la mayoría de ocasiones
Lenguas africanas	África	Marroquí, Nigeria, Rumania	En la mayoría de ocasiones
Arabe	Unión Europea	Alemania, Inglaterra y Marruecos	En la mayoría de ocasiones
Francés	Unión Europea	Inglésa, arabe	No
Inglés y Alemán	África	Marruecos, Nigeria, Reino Unido	Casi nunca
Francés	África	Marroquí, Nigeria, Tanger	En la mayoría de ocasiones
el inglés	África	Marruecos, inglaterra, y china	En la mayoría de ocasiones

En caso afirmativo, ¿cuál diría que es la situación más común de aquellos hispanohablantes que acuden a su centro?	Relativo a la pregunta anterior, ¿cuál diría que es la situación más común en segundo lugar de estos extranjeros?	¿Qué tipo de servicio es el más solicitado por estos usuarios?	¿Cómo describiría en pocas palabras la interpretación sanitaria?
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Mala
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Consultas externas	Útil y necesaria
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Intervenciones quirúrgicas	Aceptable
Turistas	Extranjeros con permiso de residencia	Urgencias	Poco activa
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	Poco frecuente
Turistas	Extranjeros con permiso de residencia	Urgencias	Precaria
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Servicio sanitario para urgencias.deporte de riesgo..y seguimiento pacientes cronicos
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Consultas externas	Herramienta para comunicarnos con pacientes que no hablan español
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	Carente
Extranjeros en situación irregular	Extranjeros con permiso de residencia	Urgencias	Difícil, predomina comunicación no verbal
Turistas	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Cuesta bastante comunicarse
Extranjeros en situación irregular	Extranjeros con permiso de residencia	Consultas externas	Muy escasa.
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Mala
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	mala
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	En urgencias nula
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	Muy necesaria
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Traducir la conversación entre paciente y médico
Extranjeros en situación irregular	Extranjeros con permiso de residencia	Urgencias	Rudimentaria
Turistas	Turistas	Urgencias	Mala
Turistas	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Medio de comunicación verbal y cultural
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Consultas externas	Deficitaria
Turistas	Turistas	Urgencias	Bastante pobre
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	Forma de comunicación entre personas que hablan distinto idioma
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Consultas externas	Mala
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Bastante normalita
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	Traducir la conversación médico-paciente
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Consultas externas	Lenta

Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	Desconocida para mí
Turistas	Extranjeros con permiso de residencia	Urgencias	Básica
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	La interacción entre los pacientes, médicos y la persona que traduce
Turistas	Extranjeros con permiso de residencia	Urgencias	Regular
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Consultas externas	Tener el recurso de acudir a una persona que domine el idioma del paciente y tenga el vocabulario técnico adecuado
Extranjeros en situación irregular	Extranjeros con permiso de residencia	Consultas externas	Escasa
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Casi no se usa
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Consultas externas	cuando un paciente necesita que otra persona intervenga con el sanitario y hable su idioma
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Mala
Turistas	Extranjeros con permiso de residencia	Urgencias	Imprescindible, para una adecuada atención sanitaria
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Regular
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Consultas externas	Necesaria, pero ejecutada con lentitud en mi centro
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Traducir la conversación entre paciente y sanitario para que se puedan entender.
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	poco frecuente
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	poco frecuente
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Se desconoce mucho
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Consultas externas	Escasa
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	Muy necesario
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros con permiso de residencia	Intervenciones quirúrgicas	Aceptable
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Mala
Extranjeros con permiso de residencia	Extranjeros en situación irregular	Urgencias	Mala
Extranjeros con permiso de residencia	Turistas	Urgencias	Muy útil

¿Tiene conocimiento de su oferta en el centro en el que trabaja?	¿Sabe qué tipo de interpretación sanitaria está disponible?	De ofrecerse un servicio de interpretación regulado por una empresa externa, ¿de cuál o cuáles empresas se trata?	De ofrecerse el servicio, ¿con qué frecuencia diría que se utiliza?
Sí	Interpretación telefónica	No lo se	Semanal
Sí	Interpretación telefónica	No lo se	Mensual

Sí	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma		
Sí	Interpretación telefónica	No lo sé	Mensual
No	Mediación intercultural a través de ONG u otro tipo de organizaciones	No lo se	Semanal
Sí	Interpretación telefónica	El SAS no informa de qué empresa externa es	Semanal
No	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma	No existe dicha empresa	Mensual
Sí	Interpretación telefónica		Mensual
No	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma	ninguno	
No	Mediación intercultural a través de ONG u otro tipo de organizaciones		Semanal
Sí	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma		
Sí	Interpretación telefónica	Asociaciones y ONG	Mensual
Sí	Interpretación telefónica	No lo se	Semanal
Sí	Interpretación telefónica	No nos informan de qué empresa es	Mensual
Sí	Interpretación telefónica	No lo se	Mensual
Sí	Interpretación telefónica	no tengo constancia, por el sas supongo	Semanal
No	Mediación intercultural a través de ONG u otro tipo de organizaciones	Ni idea	
No	Mediación intercultural a través de ONG u otro tipo de organizaciones		Mensual
No	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma		
Sí	Interpretación telefónica	Ni idea	Semanal
Sí	Interpretación telefónica	Sas no Informa de empresa contratada	Mensual
No	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma		
Sí	Interpretación telefónica		Mensual
Sí	Interpretación telefónica		
Sí	Interpretación telefónica	No lo se	Mensual
Sí	Interpretación telefónica	No nos informan de eso	Mensual
Sí	Interpretación telefónica	A través de salud responde, pero desconozco la empresa externa	Mensual
No	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma		Mensual
Sí	Interpretación telefónica	No lo sé	Semanal
Sí	Interpretación telefónica	Se que se ofrece servicio de interpretación telefónica pero el SAS no informa a los	Semanal

		trabajadores del mismo. O nos las arreglamos nosotros, o vienen acompañados de voluntarios de ONG	
No	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma		
No	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma		Semanal
Sí	Interpretación telefónica	A través del SAS	Semanal
No	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma	No lo sé	
Sí	Interpretación telefónica	No estoy segura, creo que se ofrece en las consultas a través del teléfono	Semanal
Sí	Interpretación telefónica	No lo sé	Semanal
Sí	Interpretación telefónica		
No	Interpretación telefónica		
Sí	Interpretación telefónica		Mensual
Sí	Interpretación telefónica	Solo sé que es a través del SAS, pero no sé quién lo regula	Mensual
Sí	Interpretación telefónica	No lo sé	Semanal
Sí	Interpretación telefónica	No estoy al tanto	Mensual
Sí	Interpretación telefónica	No se de que empresa se trata	Mensual
Sí	Interpretación telefónica	La verdad que no lo sé	Semanal
No	Interpretación telefónica		
No	Familiares, amigos o personal disponible en el momento que sepa hablar el idioma		
Sí	Interpretación telefónica	No conozco el nombre	Semanal
Sí	Interpretación telefónica	Por el SAS	Semanal
Sí	Interpretación telefónica	No lo sé	Mensual

De ser diaria la frecuencia de utilización del servicio, ¿qué porcentaje aproximado diría que representa a la fracción media de pacientes que se benefician del mismo?	De ofrecerse dicho servicio, ¿conoce la oferta de idiomas de este? ¿Sabe aproximadamente cuántos o qué idiomas se ofrecen?	De ofrecerse dicho servicio, ¿conoce la oferta de idiomas de este? ¿Sabe aproximadamente cuántos o qué idiomas se ofrecen?	En caso afirmativo, ¿requirió algún servicio de interpretación por no poder comunicarse con este?
	Más de 10	Más de 10	Sí
No se da el caso	Si	Si	No
			Sí, pero no estaba disponible
	No lo sé	No lo sé	No
	No lo sé	No lo sé	Sí
bastante bajo	Se que mas de 10	Se que mas de 10	Sí
No hay respuesta	Sin resultados	Sin resultados	No
	No sé exactamente cuántos, pero son muchos idiomas	No sé exactamente cuántos, pero son muchos idiomas	Sí
			No
1	No	No	Sí

			No
	Marroquí, inglés, italiano..	Marroquí, inglés, italiano..	Sí
	Más de 10	Más de 10	Sí
	No exactamente, más de 5 seguro	No exactamente, más de 5 seguro	Sí
	No lo sé	No lo sé	Sí, pero no estaba disponible
	no lo sé	no lo sé	Sí
			No
	No lo sé	No lo sé	Sí
			Sí, pero no estaba disponible
	Creo que 3 o 4	Creo que 3 o 4	Sí
No se utiliza, se le dice que acuda con interprete	Varios 6 aproximadamente	Varios 6 aproximadamente	Sí
			No
			Sí, pero no estaba disponible
	No lo sé	No lo sé	Sí, pero no estaba disponible
	No estoy seguro, pero bastantes seguro, 15 o más	No estoy seguro, pero bastantes seguro, 15 o más	Sí
	Sé que son muchos. Más de 15 probablemente	Sé que son muchos. Más de 15 probablemente	Sí
			Sí, pero no estaba disponible
muy bajo	Más 5	Más 5	Sí, pero no estaba disponible
	Más de 10 seguro	Más de 10 seguro	Sí
			Sí
	10 o más	10 o más	Sí
	No lo conozco	No lo conozco	Sí, pero no estaba disponible
30%	No	No	Sí, pero no estaba disponible
	Más de 10	Más de 10	Sí
			Sí
			Sí, pero no estaba disponible
	Imagino que más de 10	Imagino que más de 10	Sí
	No la conozco	No la conozco	Sí
	No lo sé	No lo sé	Sí, pero no estaba disponible
	No, pero supongo que bastante extenso	No, pero supongo que bastante extenso	Sí
Creo que no se usa en todos los casos	Supongo que más de 15	Supongo que más de 15	Sí
			No
			No
No estoy al tanto	La verdad que no se nos ha puesto al tanto	La verdad que no se nos ha puesto al tanto	Sí
No es diaria	Más de 10	Más de 10	Sí
	No lo sé	No lo sé	Sí

De haberse beneficiado de este servicio ¿diría que mejoró la calidad de la atención sanitaria prestada? Según su opinión profesional, ¿quedó el paciente satisfecho?	¿Qué mejoraría para maximizar la satisfacción del paciente no hispanohablante y calidad de la atención sanitaria prestada?
	Debe ser su número mas conocido y ser más fácil comunicarse con ellos
Sí	No he tenido que utilizarla por lo que no sé si debería mejorar Más ayuda en la traducción y más facilidades en los idiomas.
	Que hubiese una plantilla en el hospital que ayudase a entender a estos pacientes
Sí. Traducen lo que decimos y les explican como va el papeleo. Sí	Que se hiciera más a menudo o hubiera alguien en el hospital que ayudase
Bastante. A veces me es imposible comunicarme con pacientes extranjeros sobre todo porque no tengo ni idea de idiomas	una mayor información a cerca del servicio y traductores presentes en los hospitales. Por telefono es muy incómodo y a veces no podemos usarlo.
Todos quedan satisfechos	Que se puedan incluir en la base de datos informáticos que tenemos....
Si	Las veces que lo he usado ha funcionado bien
	La existencia de este servicio(en caso de que el centro no lo disponga) y la educación al sistema sanitario para conocer la importancia de este tipo de ayudas, ya que se podría tener un mayor saber del paciente y sus necesidades y poder comunicarnos correctamente y evitar malentendidos y abandonos.
Si	Frecuencia
	Más cualificación de los trabajadores
Si.	La.mediacion cultural
	Debe ser su número mas conocido y ser más fácil comunicarse con ellos
Sí. Creo que nos entendimos bien.	Información sobre el servicio telefónico, porque nos coge siempre por sorpresa y es un proceso lento
	Que hubiese alguien a quien acudir rapidamente, sobre todo en idiomas que no hable el personal con facilidad
Sí claro	Que todos usasemos el servicio de telefono y haya mas traductores
Nos entendimos más o menos	Que hubiese alguien disponible en el centro para proveer este tipo de servicio
Si no viniesen acompañados no me podría haber comunicado con ellos, ni el doctor. Yo diría que entre comilla sí	Que nos ayudasen profesionales a traducir, sobre todo cuando llegan gente en patera es una situación muy estresante
	Alguien en plantilla que traduzca a los idiomas más comunes
Sí, a las dos preguntas	La accesibilidad al servicio, sobretodo previo iniciar la entrevista clínica
Si	Mayor disponibilidad de traductores
	Un traductor presente siempre en el hospital
	Alguna aplicación informática que sea más inmediata que la telefónica
	Mejorar accesibilidad a servicio tele traducción
	Que hubiese traductores disponibles siempre
Sí, pero tuve que buscarme yo los recursos porque no nos informan mucho del sistema	Que todo el personal supiese usar el servicio bien
Sí la mejoró, pero a los pacientes les choca y la lentitud es un problema	Me gustaría que mejorara el servicio para usarlo con más frecuencia
	Estaría bien no tener que recurrir corriendo a otros compañeros que sí hablan inglés porque los que no hablamos idiomas nos sentimos muy perdidos.
Como no lo he usado no puedo decirlo, cuando llamo a compañeros que hablan inglés la comunicación evidentemente mejora.	Que expliquen al personal como utilizar el servicio telefónico o que haya traductores en el hospital. En Cádiz hay muchos turistas sobre todo en verano.

La utilización de mediadores es muy lenta. Hay que avisar con tiempo y para consultas externas en las que se ha concertado una cita es posible pero en urgencias es una práctica casi imposible. Además si se ofrece un servicio de traducción por teléfono pero no se usa no entiendo para qué está.	Establecer servicios que sirvan, rápidos y de calidad e informar a los profesionales de los mismos para que podamos utilizarlos.
	Estaría bien que hubiese un traductor
	Posibilidad de contar con personal que domine las lenguas de los pacientes que suelen acudir
Mejoró por supuesto porque yo no hablo Árabe. Sin embargo, al principio es un poco caótico y lento, después te acostumbras.	Más información. Yo tengo mucho contacto con pacientes marroquíes porque estoy en atención primaria, pero otros compañeros desconocen este servicio y tienen que ir preguntando o pidiendo soluciones, es caótico a veces.
	Estaría bien que hubiese alguien en el hospital que hablase árabe porque llegan muchísimos inmigrantes
Mejoró porque de otra forma no podría haberle atendido. Obviamente el paciente no estaba satisfecho, estaba confuso, al igual que lo estaba yo, pero no podíamos hacer otra cosa.	Pues obviamente se necesita un servicio que al menos proporcione traducción entre los sanitarios y pacientes, aunque sea para los idiomas más comunes. Se que en algunas consultas se utiliza, pero no es muy común, y no todos los trabajadores del hospital están al tanto de ello. En urgencias a veces es una cuestión muy necesaria.
	Debe ser su número mas conocido y ser más fácil comunicarse con ellos
Sí, completamente	Disponer de traducción presencial
Sí	Más accesible
	Los profesionales sanitarios tenemos cada vez más requisitos de idiomas para el acceso a nuestras plazas y el conocimiento medio de inglés va mejorando conforme van entrando profesionales jóvenes a las plantillas. La comunicación el general con los países europeos es buena en inglés. Como mejoras yo sugeriría estudiar las estadísticas oficiales de consultas de pacientes no hispanohablantes para saber las necesidades en función del centro, provincia, barrio (evidentemente habrá mucha variedad entre la población no hispanohablantes que acude a un hospital privado, a un centro de salud de una zona humilde,...) y ajustar la disponibilidad de intérpretes de un idioma concreto u otro en función de estos estudios. También sugeriría un refuerzo general de los idiomas más universales (a excepción del inglés, por los motivos que ya he explicado antes).
Sí. Creo que sí	Un sistema un poco más fácil y conocer más el servicio
Es mejor cuando vienen con gente de asociaciones que si vienen con familiares, sobre todo las mujeres	Yo no estoy segura de como acceder al servicio de traducción, mis compañeros medicos se que lo usan a veces, así que informarnos mejor
no lo he usado	que hubiese alguien en el hospital que ayudase
Sí	Que alguien nos explique el funcionamiento del servicio porque diría que un 70% de los sanitarios no saben ni qué es
Sí, la mejoró, es algo que quizás choque de primeras al paciente o todos los compañeros no sepan usar. En general sí.	Estaría bien tener a alguien dentro del centro para traducir, sobre todo en pediatría cuando se trata de niños es más difícil hacer este tipo de consultas a través de un telefono.
	Conocimiento de idiomas y acceso a interpretes
	Formación del personal
Teniendo en cuenta que no hablo nada de inglés, me ayudó	Me hubiese gustado que hubiese sido más fluido o que me hubiesen informado más del funcionamiento del servicio previamente a la consulta.
Creo que es mejor cuando vienen acompañadas por alguien que no es familiar. Sí, quedó satisfecha.	Que nos explicasen como funciona el servicio o que hubiese alguien en el hospital para traducir
Sí, si no hubiese sido imposible. Si	Un servicio más rápido y conocido

2) Encuesta 2 a personal y voluntariado de asociaciones y ONG

Nombre de la organización/asociación en la que trabaja/es voluntario.	Ocupación dentro de esta	Localización de la sede de la organización/asociación en la provincia de Cádiz.
ALGECIRAS ACOGE	EDUCACIÓN	ALGECIRAS
Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía - Delegación de Cádiz	Trabajadora Social - Investigadora	El Puerto de Santa María
Algeciras Acoge	Mediadora intercultural	Algeciras
Asociación pro Derechos Humanos de Andalucía	secretaria	Cádiz
Asociación ALGECIRAS ACOGE	Mediadora social intercultural	Algeciras y La Línea de la C.
Fundación Márgenes y Vínculos	Asesora Jurídica	Algeciras
Fundación Márgenes y Vínculos	Trabajadora social (traductora árabe-español)	Algeciras
APDHA	JURISTA EXTRANJERÍA	San Fernando
CEAIN	Abogado	Jerez de la fra.
AILA	Trabajadora social	Jerez

Área de trabajo principal en la que se centra la organización/organización	¿Cuáles diría que son las principales nacionalidades de los usuarios extranjeros no hispanohablantes que acuden a su organización?	¿Y cuáles son las lenguas maternas más comunes entre estos usuarios?
MIGRACIONES	MARRUECOS, GUINEA CONAKRY	ÁRABE DIALECTAL, FRANCÉS
Defensa de los Derechos Humanos	Senegal, Marruecos, Argelia, Mali, Guinea Conakri	Wolof, Darija, Bámbara y Francés.
Educación y Acción Comunitaria	Marroquí	Árabe
Defensa de los Derechos Humanos de colectivos vulnerables	Marroquies y senegaléses	banbara, Darija
Materias relacionadas con Extranjería, Migraciones, Derechos Humanos, P. Internacional, Trata de Seres Humanos, Gestión de la Diversidad en contextos multiculturales	Marruecos y países subsaharianos	Arabe, Darija, wolof, mandinga, peul, binin...
Inclusión social y Somos una organización sin ánimo de lucro de interés en la atención social, que trabaja por la promoción de los derechos, la protección, la igualdad, la cultura, la convivencia, la educación y el bienestar de las personas. Desarrollamos, entre otros, proyectos y servicios sociales destinados a la infancia, las familias, la mujer, personas con discapacidad, migrantes o personas en situación de	La mayoría es de nacionalidad Marroquí 80-90%. Luego tenemos algunos usuarios que son bolivianos, algunos de Nigeria o Senegal y algunos Colombianos. Un par de mexicanos también.	Árabe mayoritaria o dariya

vulnerabilidad desigualdad.ciudadana intercultural.		
Somos una organización sin ánimo de lucro de interés en la atención social, que trabaja por la promoción de los derechos, la protección, la igualdad, la cultura, la convivencia, la educación y el bienestar de las personas. Desarrollamos, entre otros, proyectos y servicios sociales destinados a la infancia, las familias, la mujer, personas con discapacidad, migrantes o personas en situación de vulnerabilidad desigualdad.	La principal es marroquí, después Nigeria, Senegal.	Marroquí - árabe.
DERECHOS HUMANOS	SENEGALES, MAROQUÍ	ÁRABE, OTRAS
Inserción social del colectivo migrante	Marruecos, Mali y Senegal	El árabe, el bambara y el wolof
Derechos humanos	Marruecos, Argelia, Mali, Senegal	Árabe dialectal, wolof, bambara

¿Hablan alguna segunda lengua con la que se puedan comunicar?	Los usuarios que suelen requerir de sus servicios, ¿suelen acudir solos o acompañados?	En caso de que estos acudan acompañados, ¿por quién suelen estarlo?
ESPAÑOL, EN ALGUNOS CASOS	SOLOS Y ACOMPAÑADOS CASI AL 50%	POR FAMILIAR O CONOCIDO
Francés e inglés.	Suelen acudir solos, pero por recomendación de otros compañeros o compañeras.	Amistades o familiares.
En ocasiones, francés	Acompañados	Familiares o amigos/as
francés	solos	
En ocasiones el francés o inglés	En las dos modalidades	Amistades, familiares, compatriotas
Dariya, inglés o francés son la mayoría de traducciones.	La mayoría acude con un acompañante. Si no hablan bien el idioma lo suelen traer, sobre todos las mujeres.	Suelen ser amigos o familiares, sobre todo en las mujeres
La segunda suele ser francés si son centro, del norte un poco de español.	Algunos acompañados, pero como ya tienen un servicio de traducción, suelen preferir hacer ellos la traducción y no en presencia de acompañantes que vayan a traducirles según su perspectiva.	Suelen ser amigas, vecinas o familiares.
INGLÉS, FRANCÉS	SOLOS	AMIGOS Y FAMILIARES
En francés	Acompañados casi siempre (mujeres más que hombres)	Amigos, familiares o conocidos
Francés mayoritariamente	Ambas	Familiares o conocidos

¿Tiene conocimiento del concepto “mediación cultural”?	¿Ofrecen algún tipo de mediación a usuarios que requieran atención sanitaria?	En caso afirmativo, ¿el servicio de mediación suele requerirse a través del centro sanitario o directamente a través del usuario?
Sí	Sí	DE AMBAS FORMAS

Sí	Sí	De la persona usuaria.
Sí	Sí	Ambos
Sí	Sí	solicitud de tarjeta sanitaria y asignación de médico
Sí	Sí	Normalmente a través de la persona interesada
Sí	Sí	Si, incluso había un programa en que se hace mediación para la salud (programa Aurora), se hacía una formación a mujeres en el ámbito de la salud para ser mediadoras.
Sí	Sí	Directamente a través del usuario, ya saben que las organizaciones lo ofrecen.
Sí	Sí	USUARIO
Sí	Sí	A través del usuario que acude a la asociación
Sí	Sí	A veces a través del usuario que acude a nosotros y en algunas ocasiones nos llaman de los centros

Estas mediaciones, ¿las realizan personal formado en mediación cultural o voluntarios que hablan el idioma y son conocedores de la cultura del usuario?	En caso de ofrecer mediaciones, ¿en qué idiomas están disponibles?	Dichas mediaciones, ¿están remuneradas?
Personal formado	ÁRABE, FRANCÉS, INGLÉS	No
Personal formado	Darija, francés o inglés.	No
Personal formado		No
Voluntarios		No
Personal formado	Distinguimos la figura de la mediación intercultural, de la figura de la traducción.	
Personal formado	En árabe y en francés sobre todo.	Sí
Personal formado	Francés y árabe.	Sí
Voluntarios	ÁRABE, FRANCÉS E INGLÉS	No
Personal formado	árabe y francés	No
Personal formado	Árabe y francés	No

¿Qué tipo de servicio sanitario suele requerir con más frecuencia el usuario?	A parte de en la barrera lingüística, ¿podría mencionar brevemente aquellos aspectos principales en los que el mediador ayuda al usuario a la hora de recibir el servicio sanitario?	¿Qué mejoraría para maximizar la satisfacción del usuario?
Documentación	COMPRESIÓN DEL PROTOCOLO EXISTENTE	AUMENTO DEL NÚMERO DE MEDIACIONES
Documentación	Interrupción voluntaria del embarazo	El tiempo que transcurre entre el establecimiento del vínculo para el acompañamiento o mediación sanitaria y los plazos establecidos desde la administración.
Documentación	Conocimiento y acercamiento al sistema sanitario, gestión en la documentación...	-
Documentación	acompañamiento , ayuda en las gestiones de documentación	más formación de las personas mediadoras
Documentación	Información sobre el funcionamiento y aspectos culturales (por ej. para qué se utiliza la extracción de sangre)	Que la propia Administración contara con personal con formación en Mediación intercultural (que lo entendemos distinto a la Mediación lingüística)
Consultas externas	Pues lo más importante no es solo el idioma, sino que desconocen el propio funcionamiento de la administración. Centro que le corresponde, donde coger cita, si lo derivan al especialista como hacerlo, el seguimiento médico... La mayoría de usuarios llevan poco tiempo aquí y no saben como funciona. Acompañan al principio y los forman para ello y que sean autónomos. En situaciones más complejas, que comprendan determinadas pruebas médicas.	Un servicio de este tipo en la salud es fundamental, que no tuvieran que acudir a las asociaciones para que les den el servicio, sino que el hospital tenga un servicio mínimo que ofrecer, sobre todo en la zona que hay una alta tasa de migrantes.
Consultas externas	Conocer el funcionamiento del sistema sanitario, al ser tan diferente el español del de los países de origen: funcionamiento de citas, consultas. En Marruecos no se pide cita telemática. Cómo funcionan los médicos de cabecera, cómo pasar por éste para ir derivado al especialista. Ayuda el servicio a que tenga confianza e informe con más precisión y apertura de su situación y necesidades.	Que mejore en general. Si es posible, que existieran mediadores interculturales formados en las diferentes culturas, no solo del código del idioma, de los principales migrantes recibidos. La fundación ha presentado un proyecto para recibir subvenciones.
Documentación	INFORMAR DE LOS PROCEDIMIENTOS Y PONER EN CONTACTO CON	LO QUE DEMANDE

	TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO DE SALUD	
Documentación	Sobre todo a familiarizarse con el proceso sanitario español, que es muy diferente al de su país.	Que se implementase un servicio público en la sanidad para atender a personas que presenten barreras culturales y lingüísticas. Es muy necesario.
Documentación	Es un apoyo a la persona que conoce la cultura del país, además de enseñarle a ejercer su derecho fundamental que es el acceso al sistema sanitarios, que suelen desconocer.	Un sistema más rápido y eficaz, por supuesto subvencionado por el estado.

3) Encuesta 3 a proveedores de servicio de interpretación

Nombre de la empresa a la que pertenece	Objetivo principal de esta	Objetivo principal de esta	¿Cuál es su papel en la empresa?
Dualia Teletraducciones	Prestar servicios de interpretación telefónica y por videoconferencia	Prestar servicios de interpretación telefónica y por videoconferencia	Responsable de la calidad de la interpretación

¿Provee servicios en la provincia de Cádiz?	¿Sabría decir de qué nacionalidades son los usuarios que más utilizan su servicio? Mencione las 3 principales.	¿Qué idioma son los más demandados en la provincia de Cádiz?	¿Qué tipo de entidades sanitarias suelen contratar sus servicios?
Sí	Posiblemente, británica, maliense y marroquí, pero no hay datos fiables más allá que la percepción a través de las llamadas que vamos atendiendo.	No hay forma de filtrar ese dato pues el cliente cubre toda la comunidad andaluza.	Todos

En el ámbito de las interpretaciones sanitarias, ¿suelen contratar sus servicios usuarios de forma particular? Si la respuesta es afirmativa, especifique si la frecuencia es mayor a nivel particular o a nivel institucional.	¿Cuál es el servicio más comúnmente contratado?	¿Qué tipo o tipos de servicio de interpretación ofrecen?	¿Cuántos idiomas están disponibles?
La respuesta es sí pero trabajamos con particulares y empresas privadas en toda España y con empresas que ofrecen su servicio a gaditanos y no gaditanos, como	Interpretación telefónica	Telefónica y videoconferencia (simultánea y consecutiva)	67

oficinas bancarias, aseguradoras...			
-------------------------------------	--	--	--

¿Poseen sus intérpretes algún tipo de formación específica en interpretación? En caso afirmativo, ¿Qué formación poseen?	¿Qué disponibilidad horaria tiene su servicio?	¿Provee algún servicio de manera regular a alguna entidad sanitaria pública de la provincia de Cádiz?	¿Cuál es el coste aproximado de dicho servicio?
Sí. Grados y másters.	24 h.	Sí, se opera como mínimo con Salud Responde, 112, 061... de toda Andalucía pero no se puede saber cuántas veces llaman desde Cádiz.	Es un dato que no puedo publicar aquí pues principalmente son licitaciones públicas.

Del 1 al 10, ¿Qué satisfacción tiene el usuario con el servicio?	¿Qué aspectos cree que se podrían mejorar para dar una mejor atención a los mismos
9	Formar a los operadores del servicio público en el uso de intérpretes.