



Universidad
de Alcalá

ESTRATEGIAS, PAPELES Y PERSPECTIVAS DE LOS INTÉRPRETES SANITARIOS Y MEDIADORES INTERCULTURALES DURANTE LA PANDEMIA

STRATEGIES, ROLES AND PERSPECTIVES OF MEDICAL INTERPRETERS AND INTERCULTURAL MEDIATORS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

2020-2021

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

Presentado por:

D^a MERCEDES PAJUELO TEXEIRA

Dirigido por:

Dra. D^a CARMEN PENA DÍAZ

Alcalá de Henares, a 1 de junio de 2021

ÍNDICE

1. Introducción	6
1.2 Objetivos, justificación y motivación.....	7
2. Marco teórico	7
2.1 La realidad de la TISP: conceptualización, caracterización y contextualización.....	7
2.1.1 Panorama de la ISP en España.....	9
2.1.2 La profesionalización de la TISP.....	10
2.1.3 ¿Intérpretes, mediadores interculturales, o ambos?.....	11
2.2 La interpretación en el ámbito sanitario.....	12
2.2.1 Definición y características.....	12
2.2.2 Situación actual en España.....	13
2.3 Técnicas empleadas en la interpretación sanitaria.....	15
2.3.1 La pandemia, la interpretación remota y la tecnología.....	17
2.3.2 El antes y el ahora de la “teletraducción” sanitaria en la Comunidad de Madrid.....	20
2.4 Los papeles del intérprete sanitario	21
2.4.1 El intérprete como facilitador de la comunicación.....	22
2.4.2 El intérprete como propulsor de la comunicación.....	22
2.4.3 El intérprete como portavoz del servicio público.....	24
2.4.4 El intérprete asume el papel del profesional sanitario.....	25
2.4.5 El intérprete asume el papel de amigo del usuario.....	28
2.4.6 El intérprete como mediador intercultural.....	28
2.5 La pandemia y sus retos frente a intérpretes y MILICS.....	29
2.5.1 Aspectos éticos y deontológicos.....	30
2.5.2 Aspectos psicológicos, estrés e impacto emocional.....	33
2.6 La interpretación en situaciones de emergencia: añadiendo más leña al fuego.....	38
3. Metodología	40
4. Análisis	42
4.1 Datos demográficos y laborales.....	42
4.2 Tipo de formación profesional y/o educación universitaria recibida.....	43
4.3 Perspectivas sobre las figuras de “intérprete” y “mediador intercultural”.....	45
4.4 Grado de formación de estudiantes y/o profesionales y su capacidad para enfrentarse a situaciones de emergencia.....	45
4.5 Modalidad de interpretación más utilizada durante la pandemia.....	46
4.6 Estatus laboral.....	48
4.7 Un servicio de intérpretes profesionales en plantilla en los hospitales: ¿una necesidad?.....	49
4.8 Utilización de estrategias de interpretación o mediación específicas.....	50
4.9 Aspectos que más afectan a la hora de interpretar.....	52
4.10 El impacto psicológico en los intérpretes y mediadores en el ámbito sanitario, ¿mayor que en otras especialidades?.....	54
4.11 Papeles o roles desempeñados.....	55
4.12 Solicitud o recepción de ayuda psicológica durante la pandemia.....	57
4.12 Conocimiento y aplicación de códigos deontológicos.....	58
4.13 Descripción de experiencias personales.....	59
4.14 La falta de intérpretes o mediadores interculturales vs. la provisión de una atención de calidad a la población inmigrante.....	60
4.15 Comentarios adicionales, sugerencias y propuestas.....	61
5. Conclusiones	64
5.1 Conclusiones, futuras investigaciones y limitaciones del estudio.....	64
6. Referencias bibliográficas y webgrafía	69
Anexo I. Modelos de entrevistas en inglés y en español	72
Anexo II. Traducción	76

Resumen:

La inesperada aparición y la rápida evolución del COVID-19 ha supuesto un incremento de población extranjera que acude en busca de ayuda a los hospitales y centros sanitarios de todo el mundo. Es en este contexto en el que el análisis de las perspectivas, estrategias y papeles desempeñados por los intérpretes y mediadores interculturales que han prestado sus servicios durante la pandemia se torna esencial. El objetivo principal del presente estudio es examinar varios factores que han podido afectar a estos profesionales al desempeñar su labor, con el fin de mostrar la compleja realidad profesional vivida. Este proyecto consiste en un estudio cualitativo de los resultados obtenidos de dos versiones en inglés y en español de una misma encuesta analítica. Pretende desarrollar la hipótesis planteada y documentar las opiniones y sentimientos experimentados por estos profesionales en unos momentos especialmente difíciles.

Se parte de la hipótesis de que los servicios lingüísticos no se toman en consideración al planificar los protocolos de actuación en situaciones de emergencia, resultando en una enorme falta de profesionales de la intermediación lingüística en los hospitales que puedan abordar las necesidades de los pacientes inmigrantes. Consecuentemente, el proceso de interpretación se traspa a un segundo plano, y el paciente enfermo por coronavirus recibe una atención poco satisfactoria, llegando incluso a no entender el mensaje que se le quiere transmitir. Para confirmar esta hipótesis se abordarán los siguientes puntos: (1) presentación del marco teórico en el que se enmarca el presente objeto de estudio, (2) exposición de las características y retos de la interpretación sanitaria a lo largo de la pandemia y, (3) análisis de los resultados de las encuestas sobre las perspectivas, estrategias y opiniones acerca de la realidad profesional de estos expertos. Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de que la provisión de servicios lingüísticos en situaciones de emergencia continúa siendo olvidada, siendo los pocos servicios disponibles desconocidos, conllevando a un intento de comunicación defectuoso utilizando otras vías de intermediación lingüística.

Palabras clave: interpretación, comunicación intercultural, interpretación sanitaria, papel del intérprete, impacto psicológico en la TISP

Abstract:

COVID-19's sudden appearance and fast evolution has increased the number of foreign people seeking help in hospitals and health care facilities around the world. Analyzing the perspectives, strategies and roles of medical interpreters and intercultural mediators who have provided their services during this pandemic becomes essential in our emerging global scenario. The main goal of this study was to assess several factors which may have affected these professionals when carrying out their duties, so as to illustrate the complexity of their real professional environment. This project involved a qualitative study of the findings of two versions—one in English and another in Spanish—of the same analytical survey. Its intention is to develop the stated hypothesis and document the views and feelings of the aforementioned professionals during these particularly trying times.

It is assumed that the provision of language services is not taken into account when planning emergency response protocols. In that way, hospitals lack professionals trained in linguistic mediation that are able to address the needs of immigrant patients. Consequently, the interpreting process is moved to the background and COVID patients do not receive the quality attention they deserve, causing them to even misunderstand the intention of the messages that are being conveyed to them. To confirm this hypothesis, we will address the following issues: (1) theoretical frame, (2) features and challenges of healthcare interpreting during the COVID-19 pandemic and, (3) some conclusions drawn from a survey about the

perspectives, strategies and views about the reality of these experts. The results confirm that the provision of language services in emergency situations remains a neglected public health issue and that the available limited services are not well known. This compels service providers to explore different avenues of poor linguistic intermediation in an attempt at communicating with patients.

Keywords: interpreting, intercultural communication, health care interpreting, role of the interpreter, psychological impact on PSIT

When patterns are broken, new worlds emerge.
Tuli Kupferberg

1. Introducción

Es innegable que, en las últimas décadas, la creciente globalización ha traído consigo un flujo inagotable de inmigrantes que han “forjado un mosaico interlingüístico e intercultural” (Álvaro, 2015:7) que se ha convertido en un representante indiscutible de la realidad de la sociedad española actual. Se observa que, en 2020, el INE situó a la población de extranjeros en España en la ilustrativa cifra de 5 millones de habitantes, de entre los que más de un millón residen en la Comunidad Autónoma de Madrid. Si bien este *melting pot* ha enriquecido nuestra cultura y ha derribado horizontes geográficos, de él también se han alzado varias barreras lingüísticas, sociales y culturales, acentuadas en gran medida por la pandemia de la COVID-19.

Este colectivo de inmigrantes interactúa con los usuarios de nuestro país, y requiere, al igual que ellos, hacer uso de los servicios públicos en todas sus manifestaciones (hospitales, centros de salud, escuelas, juzgados, etc.). De los mencionados, “la salud pública es uno de los bienes más preciados de los que puede disponer un país” (Romero, 2020:13). Esta idea se ha visto tremendamente reforzada a la luz de la situación de crisis sanitaria en la que nos encontramos. Sin embargo, al igual que para todos los demás, solo se puede acceder a ella a través de la comunicación con la Administración y con los organismos institucionales.

Es por ello por lo que este servicio se torna, a menudo, “inaccesible” para estos individuos debido a la gran cantidad de desafíos comunicativos a los que deben enfrentarse. La disparidad lingüística y cultural o las asimetrías de poder entre profesionales sanitarios y usuarios en cuanto al conocimiento general sobre la institución, la interacción en la consulta o la facilidad de acceso a estos son, entre otros, los más significativos para nuestra investigación. Teniendo en cuenta lo anterior, hemos de destacar la importancia de preservar la calidad en la comprensión, comunicación y, por ende, en la interpretación, cuando se ven supeditadas a situaciones de tensión y estrés extremo. Es aquí donde entra en juego la labor de los intérpretes, MILICS y de la TISP en general. Como bien señala Ruiz (2012:185) en el título de su artículo, estos profesionales en los centros sanitarios son “a veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete”.

A la luz de lo anterior, en el campo de la TISP siempre se ha definido la figura del intérprete como un “puente” entre culturas, un facilitador de la comunicación cuyos límites profesionales se entremezclan con los de los mediadores interculturales. No obstante, nunca antes que ahora se han visto estos límites más difusos. Ya Santana (2013) nos habló hace unos años de la necesidad, y quizás existencia, de una figura conocida como “mediador cultural en los servicios públicos”; figura que surge de la unión entre mediador intercultural e intérprete en los SSPP. Sin embargo, ¿es esta realmente una nueva profesión? ¿qué nivel de formación requiere? ¿cómo desempeña su papel? Y, lo que es realmente importante, ¿cómo afronta este profesional psicológicamente las situaciones de crisis?

La rápida aparición y evolución de la pandemia ha subrayado la falta, además de la gran necesidad, de un servicio de intérpretes profesionales en los hospitales y servicios de urgencia en un tiempo donde las vidas de los pacientes peligran al no existir la posibilidad de garantizar una comunicación de calidad. Así, siendo conscientes del contexto tan crítico en el que nos encontramos, resulta indispensable continuar avanzando hacia un modelo sociolingüístico que vele por el bienestar de todas las personas, y en particular de las más vulnerables. En este sentido, la humanidad y la cooperación se tornan clave para poder seguir tendiendo puentes en pro de un desarrollo social que contribuya a afrontar todos los retos existentes de forma cohesionada, responsable y, sobre todo, duradera.

1.2 Objetivos, justificación y motivación

El objetivo principal de esta investigación es conocer la situación y perspectiva de los intérpretes y MILICS profesionales y voluntarios que han prestado sus servicios durante la pandemia de la COVID-19 en los hospitales y centros de salud a nivel internacional. De esta manera, se analizarán las estrategias y papeles adoptados por los mismos para solventar situaciones comprometidas. Además, estos últimos se relacionarán con aspectos éticos, deontológicos y psicológicos relevantes, tanto para la figura del intérprete o MILICS como para el usuario y el profesional sanitario. Este proyecto es un estudio cualitativo que, utilizando y comparando estudios anteriores, pretende poner de manifiesto la necesidad de la profesionalización de la TISP, así como su gran relevancia en la situación de crisis sanitaria que nos ha tocado vivir.

La hipótesis que se plantea es que, debido a la falta de suficientes intérpretes sanitarios durante la pandemia, muchos pacientes y usuarios extranjeros no han podido recibir la atención de calidad a la que tienen derecho. Esto conlleva el que, en medio de una situación tan precaria y de rápida evolución donde las vidas de estos pacientes corren inminente peligro, los “intérpretes en primera línea”, en la mayoría de ocasiones voluntarios y sin formación especializada, hayan tenido que “salir del paso” utilizando todo tipo de estrategias y adoptando diversas posturas, adaptándose rápidamente a nuevas tecnologías y modalidades de interpretación – o incluso hayan tenido que ignorar su código deontológico – para garantizar una comunicación de calidad. Así pues, estas estrategias, perspectivas y papeles comportan ciertas consecuencias éticas y psicológicas relevantes, tanto para el intérprete como para el usuario, cuyo análisis consideramos esencial.

Por su parte, los resultados que se espera obtener abarcan la obtención de la perspectiva de los intérpretes sanitarios y MILICS (voluntarios vs. profesionales) sobre su papel durante la pandemia; la clasificación, comparación y análisis de las estrategias adoptadas por los intérpretes-mediadores profesionales y no profesionales; su relación con diversos aspectos éticos y psicológicos; las principales modalidades de interpretación utilizadas en el ámbito sanitario y los cambios tecnológicos que han experimentado debido a la situación actual, y las múltiples consecuencias que ha comportado esta crisis sanitaria para los intérpretes y mediadores. Todo ello se realizará con el fin de volver a poner de manifiesto la necesidad de la profesionalización de la TISP, las diversas repercusiones que conlleva la falta de un servicio de interpretación en hospitales y centros de salud en tiempos de crisis sanitaria y cómo esto ha afectado a la labor del intérprete.

2. Marco teórico

2.1 La realidad de la TISP: conceptualización, caracterización y contextualización

Desde hace años, España debe hacer frente a una realidad en constante crecimiento, realidad que define su esencia a día de hoy: la inmigración. Con ello, podemos afirmar que nuestro país es, desde hace ya varias décadas, un país caracterizado por su multilingüismo y su multiculturalidad. Además, este nuevo panorama obligó al Estado a instaurar iniciativas que promovieran la integración y la accesibilidad de estos individuos a los servicios públicos. Y es aquí, tal y como apunta Cedillo (2015:165), cuando “la gestión de esa nueva cohesión social dio lugar entonces al nacimiento y desarrollo de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, TISP.”

Con casi más de 20 años de investigación que la respaldan, la TISP surgió de la urgencia e inmediatez por facilitar la interacción entre personas que no hablaban español, pero que debían hacer uso de ciertos servicios públicos, y entre los proveedores de dichos servicios

públicos. Es por eso por lo que, a día de hoy, se continúe refiriendo a ella como una disciplina “relativamente reciente”, aunque hayan pasado casi más de dos décadas en España desde que se empezaran a promover estos servicios lingüísticos para facilitar, entre otros, el acceso a la justicia, la sanidad o la enseñanza.

Todas las publicaciones existentes que abordan el estado de la cuestión o realidad de la TISP de manera general (Valero, 2014; Corsellis, 2010) y en España en particular (Abril, 2006), parecen coincidir en lo mismo: la situación de la profesionalización de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos dista mucho de la ideal, situación que reivindican de manera continuada. Narran también las ventajas derivadas de la consolidación de la TISP como profesión, tratando, de esta forma, el fin deseado, pero no los medios por los que se haría factible.

La Interpretación en los Servicios Públicos o ISP, en su sentido más amplio y centrándonos así en el objeto de estudio de la presente investigación, podemos definirla tal y como lo hizo Abril (2006:5), siendo esta “aquella que facilita la comunicación entre los servicios públicos nacionales – policiales, judiciales, médicos, administrativos, sociales, educativos y religiosos – y aquellos usuarios que no hablan la lengua oficial del país”. Esta, a pesar de sus ya mencionadas dos décadas de estudio, se encuentra en una fase relativamente inicial en la gran mayoría de países. De ellos, solo en Australia, Canadá, Estados Unidos y, en menor medida, Reino Unido, se podría afirmar que ha logrado una consolidación eficaz en estos últimos años.

En España, la TISP cuenta con tres focos de estudio de la ISP desde finales de los 90 y, por tanto, tres denominaciones distintas para una misma actividad (Abril, 2006): la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, donde se adopta la denominación de “interpretación de enlace”; la Universidad de Alcalá de Henares, pionera en este ámbito de investigación, que la califica como “interpretación en los servicios públicos”; y la Universidad de Granada, donde se trata como “interpretación social”. Estas calificaciones diferentes reflejan la disparidad de concepciones contextuales de la realidad española en sus variantes demográficas, históricas y socio-culturales.

Cabe destacar que todas las denominaciones anteriores parecen hacer hincapié en el carácter social de la ISP, en cuanto a cuestiones de política social, contacto con trabajadores sociales y estrategias de intervención social se refiere. No obstante, en estos últimos años parece que la opción de “interpretación en los servicios públicos” ha sido la más utilizada y, por ende, la favorita. Además, como hablaremos más adelante, estas definiciones entrarían también de lleno en el debate sobre cuáles son los papeles del intérprete y de los mediadores interculturales u otros profesionales, cuestión que, a día de hoy, sigue siendo muy controvertida, especialmente en nuestro objeto de estudio: el ámbito sanitario.

Sin embargo, ¿dónde se engloba la ISP? Tal y como señala Abril (2006:33), “ninguna clasificación en compartimentos estancos reflejaría el panorama real de la interpretación, por lo que la catalogación de géneros no puede ignorar las áreas de intersección existentes entre todos ellos”. Esta afirmación nos muestra, una vez más, la realidad tan compleja de la ISP, una actividad configurada por diversos parámetros estrechamente relacionados y cuya interacción comunicativa es, cuanto menos, multidisciplinar.

Tomando como referencia el sistema multiparamétrico (adaptado por Abril, 2006) de Alexieva (1997), podemos caracterizar a la interpretación en los servicios públicos por medio de los siguientes parámetros establecidos en base a una situación comunicativa: participantes, formato, configuración contextual, tipo de texto y estrategias de creación del texto, objetivos, relaciones entre los participantes (poder y cultura) y papel de los participantes.

Esta breve caracterización de la ISP nos lleva a la siguiente cuestión: su contextualización. En todos los estudios donde se analiza la evolución de la ISP, tanto nacional como

internacionalmente, no se ha conseguido establecer límites que delimiten de manera uniforme su desarrollo y evolución. De hecho, esta evolución, como señala Abril (2006:87), “está sometida a cuestiones sociopolíticas estructurales y coyunturales. Depende de la política lingüística y de inmigración de cada Estado [...] y de los movimientos demográficos [...] que determinan cambios relativamente rápidos en la gama de lenguas para las que se necesita interpretación.” En base a esto último, cada país adopta un modelo distinto que viene determinado por el grado de sentimiento multicultural o de identidad nacional que absorbe la sociedad mayoritaria del país determinado.

Los modelos de respuesta a las necesidades de comunicación entre los SSPP y las minorías lingüísticas sirviéndose de la ISP más frecuentes en el escenario internacional (adaptados de Ozolins, 2000; cf. Abril, 2006) son los siguientes: la negación de la necesidad de ISP (adoptado por países con poblaciones inmigrantes/indígenas aisladas o a corto plazo); soluciones ad hoc (países que optan por soluciones puntuales que les sirva como ayuda para enfrentarse a una necesidad novedosa y urgente); servicios lingüísticos genéricos (cuyo objetivo es cubrir las necesidades del sector público); soluciones basadas en planteamientos legalistas (solución opcional adoptada, en mayor medida, por gran parte de los países *ad hoc* y que tiene como objetivo el cumplimiento del imperativo legal); y, finalmente, los servicios integrales (pretenden implementar estos servicios a largo plazo y cubrir las necesidades de manera global).

No obstante, no debemos olvidar que el rápido desarrollo, los estudios e investigaciones que se han producido en la ISP como actividad y objeto de estudio desde los inicios del siglo XXI conllevan una labor constante de actualización de datos. Todo ello subraya la importancia que esta “nueva” profesión, no tanto actividad, cobra en un mundo gobernado por la globalización.

2.1.1 Panorama de la ISP en España

En estas últimas dos décadas, el campo de la ISP parece haber sufrido apreciables cambios. No obstante, analizar al detalle la situación en España presenta no pocos obstáculos, puesto que la provisión de servicios de interpretación continúa ateniéndose a la norma de la precariedad: responde a necesidades de extrema urgencia o necesidad y, cuando estas desaparecen, también lo hace el servicio. De entre todos los modelos mencionados en el apartado anterior, podríamos enmarcar a España dentro de la casilla de “provisión de servicios *ad hoc*” y no tanto situarla a caballo entre esta y “la negación de las necesidades de ISP”, como menciona Abril en su tesis (2006).

Contrario a lo que señala Abril (*ibid.*), la sociedad española parece que, a lo largo de veinte años, ha asimilado un poco más (aunque no necesariamente mejor) el fenómeno de la inmigración. No se puede decir que hayamos adoptado el integracionismo por completo, pero es cierto que la Administración parece haber abierto un poco los ojos a la barrera que predomina en la interacción con estos individuos: la comunicativa. Por ello, cada vez más se recurre a los servicios lingüísticos *ad hoc* o a la subcontratación de empresas de Traducción e Interpretación, ONGs o personal voluntario para la provisión de servicios de ISP. Evidente sería, para todo aquel conocedor de la naturaleza de la TISP, enumerar las consecuencias desastrosas que lo anterior comporta para el objetivo de esta actividad: la comunicación eficaz y efectiva entre individuos que no comparten un mismo idioma.

No han sido pocos los esfuerzos realizados por miembros de asociaciones o grupos de investigación como los integrantes RED COMUNICA de la Universidad de Alcalá, cuya andadura comenzó a principios del 2006, para analizar y mejorar la situación de la TISP en el territorio nacional. La Red ha tenido siempre por objetivo el “estudiar y analizar la evolución

de la TISP en el conjunto del país, promover la profesionalización de la TISP y sensibilizar a los responsables de los servicios públicos sobre la necesidad de una TISP de calidad” (Valero y Lázaro, 2016). Y, tras más de una década de trabajo, casi todos los profesionales e investigadores miembros de la Red parecen haber llegado a las siguientes conclusiones generales, pero no menos evidentes, sobre la realidad española y su relación con la ISP (Valero y Lázaro, 2016:10):

La comunicación sigue sin ser fluida entre una parte de los que llegan y los que están, y si existiesen intérpretes y traductores profesionales así como proveedores de servicios (en mayor parte, personal de las administraciones públicas) que supiesen trabajar con intérpretes, la calidad de la comunicación aumentaría terriblemente así como el tiempo empleado y en consecuencia el dinero que ello supone, tema que siempre ha interesado a las instituciones.

Esta escasez de recursos se ha acentuado aún más tras la crisis económica que sufre España desde el año 2007 y, más recientemente, tras la crisis provocada por la pandemia durante el pasado 2020. Es por eso por lo que este breve resumen de la evolución de la TISP solo pretende recordar los motivos de su aparición como respuesta a una necesidad de comunicación urgente, así como su existencia como una actividad y disciplina integrada ineludiblemente en los mecanismos de actuación del Estado y la Administración. Por supuesto, aún queda un largo camino que recorrer y mucho que reivindicar para que el desarrollo y la práctica de esta disciplina cobre la importancia que se merece.

2.1.2 La profesionalización de la TISP

La autora del presente ha querido dotar a esta característica tan inherente y peculiar de esta actividad de su propio apartado, dado la importancia que cobra el estado de la cuestión en cuanto a nuestro ámbito de aplicación se refiere. Entonces, ¿cómo ha avanzado la profesionalización de la TISP, y, en concreto, de la ISP en España? ¿qué le hace falta para convertirse, finalmente, en una profesión respetada y reconocida?

No cabe duda de que, como sugiere Valero (2012, *cf.* Sevenser, 2014:12):

The attempt to institutionalise TIPS is contingent upon the acceptance and recognition of our societies’ progression towards multiculturalism and interculturalism and the new principles this involves. It is also dependent on society’s recognition of immigrants as members of the society and users of public institutions and services.

A día de hoy, a pesar de los avances hacia la consolidación del reconocimiento profesional de esta disciplina, especialmente en el ámbito de la traducción jurídica con asociaciones como APTIJ, España sigue, desafortunadamente, anclada en una etapa repleta de “carencias”: carece de estándares de prácticas profesionales y de formación, reina la desorganización y le falta unidad entre profesionales y mejores condiciones laborales. No podemos olvidar, además, la más importante: los usuarios y el público general siguen sin reconocerla como profesión.

Antes mencionábamos que la ISP nació como respuesta a una urgencia, a una necesidad. Pero, ¿por parte de quién? ¿del colectivo inmigrante o de los proveedores de servicios públicos e instituciones? Es en este contexto donde se puede apreciar con mayor claridad la situación de vulnerabilidad e indefensión de la población extranjera que desea acceder a ciertos servicios públicos, y, por otro lado, entre los profesionales de los mismos. Esta situación se ve acentuada, a su vez, por la existencia de una relación de poder extremadamente desigual. Esta, consecuentemente, “mina la confianza del usuario tanto en los participantes directos de la conversación (profesional de los servicios públicos e intérprete), como en las instituciones en sí y la TISP como servicio” (Sevenser, 2014:26).

Son múltiples las ventajas de la profesionalización de la disciplina que nos ocupa. En primer lugar, la definición y unificación de opiniones respecto a cuál es el papel del intérprete mejoraría la percepción de la profesión desde varios puntos de vista. Además, si se hace

hincapié en el intérprete como un elemento visible, que empatiza con el usuario y que participa en el intercambio comunicativo, conllevará un aumento de la confianza por parte de todos los interesados. Esto, al mismo tiempo, acabaría con el desconocimiento e incertidumbre acerca de la naturaleza, el acceso y la solicitud de servicios de interpretación, lo cual ofrecería a los usuarios e instituciones servicios de calidad asegurada. Y, lo que es más importante, “esta calidad sería el fruto de unos estándares de buenas prácticas, códigos deontológicos y, sobre todo, de un cambio en la formación para traductores e intérpretes en los servicios públicos” (Sevener, 2014:29; cf. Valero, 2012).

2.1.3 ¿Intérpretes, mediadores interculturales, o ambos?

El desconocimiento de la profesión del ISP conduce a confusión sobre las verdaderas funciones del intérprete. A menudo, la población general equivoca esta figura con la de mediador intercultural, e incluso demanda a los profesionales de la ISP que extiendan sus límites profesionales y realicen todo tipo de funciones que no les corresponden. Si bien es cierto que no existen límites más difusos que los de un mediador intercultural y un intérprete, conviene definir el concepto de mediación intercultural y aclarar realmente su significado.

¿Qué es la mediación intercultural? Al igual que la TISP, es un ámbito de reciente creación que aún se encuentra en su etapa de desarrollo. Y, también tal y como la TISP, aún no ha conseguido su reconocimiento profesional en el territorio nacional. Carlos Giménez Romero (1997, cf. Raine, 2013:17) aportó una de las definiciones de mediación intercultural más conocidas en España:

Entendemos la mediación intercultural como una modalidad de intervención de terceras partes en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, la comunicación o la comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferentes.

De esta definición deducimos cuáles son los rasgos que tienen en común la ISP y la mediación intercultural: en las dos interviene una tercera parte, el intérprete o el mediador, cuya función es facilitar la comunicación entre otras partes culturalmente diferentes. Sin embargo, muchos autores abogan por el papel del ISP como mero trasmisor de información lingüística y lo comparan al del mediador, que realmente interviene en la comunicación de manera más activa para resolver conflictos entre las partes. Dado que más adelante examinaremos en profundidad los papeles del intérprete, aquí nos limitaremos a puntualizar que, aunque en teoría parezca fácil distinguir claramente entre la interpretación y la mediación, la realidad es bastante más compleja y polémica.

En la práctica sabemos que el intérprete en los servicios públicos debe intervenir, cuando la ocasión lo requiera, en la comunicación para solventar malentendidos lingüísticos e incluso culturales. Consecuentemente, “mientras unas personas opinan que el mediador intercultural y el intérprete en los servicios públicos son uno y el mismo, otras personas creen que tienen papeles totalmente distintos” (Raine, 2013:18).

Otras personas, como Santana (2013), opinan que debería existir una nueva figura y profesión que combine ambas disciplinas: el mediador cultural en los servicios públicos. Sin embargo, ¿estamos realmente ante una nueva profesión? De hecho, es difícil “mantener la *unidad en la diversidad*” (Santana, 2013:36, cf. Pöchhacker, 2002) debido a la diversidad de panoramas dependiendo del país en el que nos encontremos y que comentamos en apartados anteriores, ya sea en cuanto a diferencias en la provisión, acreditación y formación de los traductores, intérpretes y mediadores que colaboran con los servicios públicos se refiere.

Lo que está claro es que, no importa el punto de vista, tanto la mediación intercultural como la ISP son indispensables para facilitar la comunicación entre las instituciones del país de

acogida y la población inmigrante. Y que, en definitiva, ambas figuras profesionales deben contar con un “alto grado de sensibilidad intercultural que permita negociar el significado entre ambas culturas y ser capaz de transmitirlo a los miembros de la otra comunidad en la otra lengua.” (Santana, 2013:41).

2.2 La interpretación en el ámbito sanitario

No hay mejor frase para definir la esencia de la interpretación sanitaria que la que propone Ruiz (2012) en el título de su artículo cuando comenta que el intérprete sanitario es “a veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete”.

En la actualidad, el campo biosanitario está cobrando más auge que nunca a raíz de la pandemia, lo cual se traduce en un mayor volumen de interpretación y, por tanto, una mayor demanda de intérpretes formados específicamente en esta rama del conocimiento, en particular aquellos que cuentan con combinaciones lingüísticas inusuales. Llegados a este punto cabe preguntarse, ¿cuál es realmente la función del intérprete sanitario? A lo cual respondemos, en palabras de Ruiz (2012:187), que “el intérprete actúa como enlace entre el personal del centro sanitario al que traduce o interpreta y el paciente o usuario, convirtiéndose, en cierto modo, en cada uno de ellos para poder *transmitir sus palabras*.” No obstante, esta figura “puente” tiene también sus propios sentimientos, de ahí el sentido de la frase citada en el párrafo anterior, que representa a la perfección la dualidad psicológica a la que debe hacer frente el intérprete.

2.2.1 Definición y características

Como sabemos, la interpretación sanitaria se enmarca dentro de la ISP. Pero, ¿sabemos a lo que nos referimos cuando hablamos de este término? En realidad, si conocemos el significado de ISP, entonces solo cabe delimitar el ámbito de actuación de la interpretación sanitaria. Por tanto, esta hace referencia a la interpretación que se lleva a cabo con el objetivo de facilitar la comunicación en materia de atención sanitaria de aquellas personas que no hablan el idioma o dialecto oficial del territorio donde se encuentran (Romero, 2020).

Por otro lado, las características inherentes de la interpretación en el contexto sanitario sitúan a la formación del/la intérprete en un lugar de suma importancia. En el contexto biosanitario, al igual que en la mayoría de los SSPP, existe un contexto de comunicación tripartita o triádica: por una parte, tenemos al intérprete, que asume el papel de personal sanitario al que interpreta, por otra tenemos el papel del paciente y, por último, su propio papel, su personalidad, debido a que no puede desprenderse de su esencia y creencias por muy neutral que intente ser (Ruiz, 2012). Entre otras cuestiones, estos profesionales necesitan prepararse lingüística, cultural y comunicativamente cuando actúa como profesional sanitario, así como necesitan prepararse emocional y psicológicamente para que no dejar que las experiencias del paciente le afecten personalmente.

La ilustración 1, extraída de Álvaro (2015), representa de manera esquemática estas características:

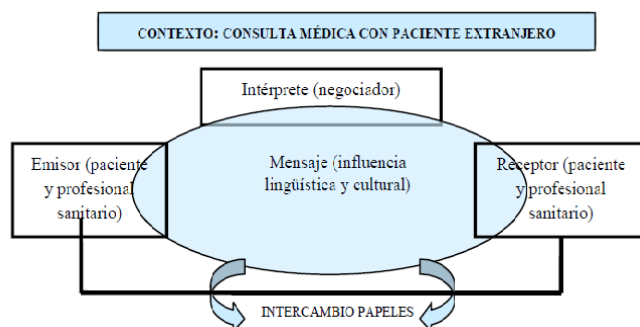


Ilustración 1. Esquema consulta médica entre profesional y paciente que no comparten lengua y cultura

Otras peculiaridades propias del ámbito sanitario, según plantea Putsch (1985, *cf.* Romero, 2020), podrían ser las siguientes:

- *Linguistic equivalency and training* o carencia de equivalencias lingüísticas. A veces, cuando existen grandes diferencias culturales entre lenguas, puede ocurrir que no encontremos correspondencias entre medicamentos o enfermedades. En estos casos, la persona que interpreta debe conocer qué estrategia utilizar y cuál es la más adecuada en cada momento, así como estar lo suficientemente formada para resolver con éxito la situación.
- *Special problems in mental health* o la normalización de problemas relacionados con la salud mental. La mayoría de intérpretes no están sensibilizados o formados adecuadamente en cuanto a temas de salud mental se refiere. Además, las creencias, prejuicios o estereotipos de la persona que ejerza como intérprete suponen barreras adicionales, ya que pueden dar lugar a interpretaciones erróneas.
- *Bad paraphrasing* o el parafrasear de forma incorrecta. Algunos de los errores más habituales que se comenten al interpretar son las omisiones y las adiciones, así como la utilización de un registro bajo o no emplear la terminología específica médica necesaria para transmitir el mensaje correctamente. Estos errores conllevan graves consecuencias, puesto que no hay ámbito más “peligroso” que el de la salud, donde las vidas de los pacientes están literalmente en las manos del/la intérprete.
- *Interpreter beliefs and patient interactions* o, en otras palabras, evitar tener prejuicios, estereotipos, creencias o sentimientos que puedan afectar a la labor del/la intérprete en ciertos contextos más delicados. La mayoría de los asuntos que se tratan en el ámbito sanitario requieren seriedad y conocimiento de ciertas peculiaridades culturales, especialmente por parte de la persona que interpreta.

En definitiva, la trascendencia de la interpretación sanitaria ha superado límites insospechables durante la pandemia. Ahora más que nunca, el intérprete Gabriel Cabrera está en lo cierto cuando pronunció en una entrevista en *La Vanguardia* (2020)¹ que “los intérpretes sanitarios somos la voz del médico para extranjeros.”

2.2.2 Situación actual en España

La interpretación sanitaria en el contexto español ha experimentado pocos cambios desde que comenzó a surgir esta necesidad en los centros sanitarios del territorio nacional. Lo que es paradójico, ya que el número de inmigrantes afiliados a la Seguridad Social ha crecido exponencialmente y, en los últimos dos años, ha alcanzado récords históricos. Afortunadamente, tal y como expone Romero (2020:29), ya desde hace unos años, “la misma comunidad de profesionales sanitarios viene exponiendo también la carencia de interpretación en este contexto”. Sin embargo, como en el resto de servicios públicos en general, las soluciones de provisión de intérpretes en el ámbito sanitario son también del tipo *ad hoc*. Y, como bien expone Abril (2006), las respuestas más habituales que se ofrecen para solventar estos problemas son las siguientes:

- Solucionar el problema a través de la comunicación no verbal, con gestos, o a través de una comunicación básica.
- Mediante la participación de voluntarios/as, ya sean de ONGs o sean familiares, amistades u otros inmigrantes, a los que posteriormente se recurre para desempeñar las labores de interpretación.

¹ <https://www.lavanguardia.com/vida/20200409/48397171676/interprete-de-linea-de-emergencias-somos-la-voz-del-medico-para-extranjeros.html>

- Utilizar al mismo personal sanitario o a personas bilingües como intérpretes. Esta es la opción más utilizada cuando al lidiar con lenguas como el inglés o el francés, consideradas, aunque erróneamente, *common knowledge*.
- Disponer de y elaborar material escrito en varios idiomas con información mínima sobre el funcionamiento del servicio en general, síntomas o tratamientos, etc.
- En los mejores casos, utilizar la figura del/la mediador/a intercultural o intérprete profesional.

Además de las respuestas anteriores, cabe destacar la importante (y creciente) presencia de la interpretación telefónica en el ámbito sanitario y su peso en nuestro contexto actual; una modalidad muy extendida en casi todas las comunidades autónomas y de la que hablaremos más adelante por la relevancia que comporta para nuestra investigación.

Cabe destacar que en los últimos años se ha intentado introducir la figura del/la mediador/a y del/la intérprete en el ámbito sanitario con más frecuencia gracias a ONGs, empresas privadas, ayuntamientos o los propios centros sanitarios. Navaza, Estévez y Serrano (2009, *cf.* Romero, 2020) proponen algunas iniciativas que han surgido en el contexto español durante estas últimas décadas, como son, por ejemplo, las ONGs de Cruz Roja, Médicos del Mundo, el Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en España (COMRADE), que, entre otras, cuentan con sus propios servicios de interpretación y mediación sanitaria. En cuanto a entidades privadas se refiere, la Red de Mediadores Interculturales de la Obra Social la Caixa es la más destacable, debido a que gracias a su asociación con el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya desarrollaron un proyecto de mediación intercultural en los centros sanitarios de esta comunidad autónoma. Por otra parte, varios centros hospitalarios como el Vall d'Hebron o el Hospital del Mar fueron pioneros, en los 2000, en servicios de mediación intercultural.

Fuera del ámbito nacional, también merece la pena describir los esfuerzos realizados por los hospitales y gobiernos regionales, como los del ámbito que principalmente nos ocupa: los de la Comunidad de Madrid. Gómez (2019:25) destaca proyectos como la *Guía de traducción para extranjeros con trastornos de coagulación*, que elaboró el servicio de hematología del Hospital Universitario La Paz, Salud Entre Culturas², InterMed, el Servicio de Mediación en la Comunidad de Madrid (SEMSI), o, en las líneas de la mediación, el Plan director de inmigración en el ámbito de salud, que forma a mediadores culturales para que puedan trabajar en centros hospitalarios.

Hay que tener en cuenta, y ahora más que nunca, que nos encontramos ante un nuevo escenario de atención médica en nuestro país, un escenario que requiere de la figura del intérprete para comunicarse con profesionales que se encuentren en otros países o pacientes que precisen de la ayuda de un médico/a ubicado en cualquier parte del mundo. Este panorama ha sido calificado como “telemedicina” o “telemédica” (Parrilla, 2019:27), y ha cobrado gran auge en nuestros días. Este avance se define, ni más ni menos, como “asistencia médica remota que utiliza las nuevas tecnologías para que médicos de un país ayuden en procedimientos que se están realizando en otro” (Parrilla, 2019:27). Esta “telemedicina” no está sucediendo solo entre países: a raíz de la pandemia, cada vez más centros sanitarios y hospitalarios acabarán, actualmente y en un futuro, implementando este modelo de asistencia sanitaria. Sin embargo, las barreras lingüísticas podrían continuar siendo un problema importante, por lo que habrá que plantearse la necesidad de que la teleinterpretación o interpretación por videoconferencias (que ya se practica en muchos centros), acompañe a esta nueva práctica de la medicina.

² <http://www.saludentreculturas.es/>

En resumidas cuentas, la interpretación en el ámbito sanitario en España todavía continúa en proceso de reconocimiento profesional, por lo que las soluciones aportadas por el Estado y los propios servicios públicos no suelen garantizar la calidad y la accesibilidad al sistema de sanidad nacional que realmente necesita la comunidad inmigrante.

2.3 Técnicas empleadas en la interpretación sanitaria

La interpretación en el contexto sanitario, a diferencia de otras modalidades de interpretación, cuenta con una audiencia reducida, por lo que la interacción se basa en la “comunicación directa de los interlocutores con intervenciones continuas en la conversación” (Rodrigo, 2018:12). Normalmente, tiene lugar en ambientes íntimos, como las consultas médicas, la habitación donde se encuentra ingresado el paciente o incluso en su propio domicilio.

Por ello, los dos tipos de interpretación que más se destacan son la consecutiva y la simultánea. A pesar de que, por regla general, la primera es la más usada, la interpretación simultánea suele emplear la técnica del *chuchotage*, es decir, la simultánea se susurra al oído a la parte que concierna. Por el contrario, en la interpretación consecutiva el/la intérprete se espera hasta que el interlocutor termine su intervención para trasladar ese mensaje a la lengua del receptor.

El ámbito sanitario requiere, además, que se practique la traducción a vista de infinidad de documentos médicos como informes, consentimientos informados, prescripciones de medicamentos o folletos informativos de diversos tipos, entre otros. Asimismo, como bien apunta Rodrigo (2018:13), existen ocasiones en las que parece que el paciente extranjero no comprende algún tema tratado en la consulta, por lo que se suele utilizar la *back interpretation*, “según la cual se le pida que diga lo que ha entendido después de la interpretación para encontrar posibles fallos de comunicación y aclarar así cualquier duda originada”.

Es en este marco de actuación donde las palabras de una integrante de un grupo especializado de intérpretes médicos internacionales de Facebook del que la autora del presente trabajo es miembro cobran más importancia que nunca. Así, a modo anónimo para preservar su identidad y confidencialidad, se procederá a parafrasear sus palabras acerca de la utilización de distintas estrategias de interpretación, en este caso telefónica, en situaciones complicadas al tiempo que nos mantenemos imparciales:

- (1) ¿Qué hacer si no se sabe cuál es la interpretación correcta de una palabra? Si durante la interpretación aparece, de repente, un término desconocido y no se conoce su equivalencia en la lengua de destino, la solución perfecta sería buscarlo cuanto antes. Una de las ventajas de la interpretación telefónica es que se puede hacer un uso rápido del teléfono móvil o glosario propio para buscar términos. En caso de que lo anterior no estuviera disponible o no funcionase, siempre se puede pedir al interlocutor que efectúe una aclaración o que utilice otro término distinto. Lo importante de la interpretación telefónica es, sin duda, el saber encontrar soluciones rápidas.
- (2) ¿Qué se debe hacer si el interlocutor habla demasiado y resulta complicado retener la información? En este caso, es conveniente interrumpirle y solicitarle que se atenga a los turnos de palabra o que pronuncie frases más cortas para así no olvidar ningún detalle. A pesar de que puede resultar un poco incómodo, los profesionales sanitarios y los pacientes para los que se prestan los servicios de interpretación quieren lo mismo que los intérpretes: transmitir la información necesaria y fiel a la otra persona que está al otro lado del teléfono.

(3) ¿Cuándo se pueden solicitar repeticiones, confirmaciones o aclaraciones? Cuando la información que se recibe no resulta del todo clara, el/la intérprete puede demandar que esta se repita, se verifique o se aclare. Cabe mencionar la importancia que supone este paso, ya que, antes de interpretar, nos debemos asegurar de que obtenemos la información exacta para transmitir a los usuarios el sentido original del mensaje. Lo ideal sería que no existiera ningún obstáculo en la transmisión de información, pero los intérpretes también somos humanos. Entonces, al solicitar dicha información, ya sea su aclaración, confirmación o repetición, se debe utilizar la tercera persona con alguna frase tipo, “This is the interpreter. May you please repeat what you said after ‘symptoms’?” o, “The interpreter would like to verify the phone number. Is it 653 490 721?” o, finalmente, “The interpreter would like you to clarify what you mean by ‘vital signs.’” A continuación, se explican detalladamente las estrategias comentadas con anterioridad:

- Repetición: al solicitar la repetición de información, se le pide al interlocutor que repita lo que ha dicho.
- Confirmación: esta estrategia consiste, en pocas palabras, en releer o volver decir lo que se ha entendido y esperar a que el interlocutor confirme que se ha obtenido la información correcta.
- Aclaración: la presente técnica se utiliza, en la mayoría de ocasiones, cuando se quiere solicitar la definición de un término en concreto. A veces, los intérpretes se enfrentan a términos que no cuentan con un equivalente en su lengua de trabajo o que, por el contrario, no consiguen recordar en ese determinado momento. Esta barrera lingüística puede solventarse de varias maneras. La primera de ellas consiste en averiguar el significado del término en cuestión a través del contexto en el que se ha utilizado. Una vez determinado, es posible verificar su significado con el interlocutor para asegurar que es el correcto. La segunda forma de lidiar con esta situación es pidiendo una explicación más extensa o definición de la palabra que está presentando problemas, para así interpretar la respuesta del interlocutor en su lugar. Además, al solicitar aclaración, también es aconsejable ser específico al preguntar acerca de la información que se necesita. Por ejemplo, si no se ha conseguido retener una enfermedad en concreto de un paciente, se debería preguntar por esa enfermedad en particular.

A su vez, la interpretación en el ámbito sanitario es característica por, en un gran número de ocasiones, su impacto psicológico negativo. En este respecto, con el énfasis de subrayar la importancia de las distintas técnicas de interpretación sanitaria, es importante destacar una cuestión que a menudo es pasada por alto: ¿cómo expresamos lingüísticamente el dolor?

En situaciones traumáticas como la vivida durante el estado de alarma, por ejemplo, es difícil encontrar las palabras adecuadas, incluso en nuestra lengua materna, que expresen verdaderamente lo mucho que estamos sufriendo o lo mal que lo estamos pasando. Entre otros de los factores que pueden afectar la capacidad de verbalización de sentimientos y emociones se encuentran la violencia o los trastornos psicológicos. Así, el papel desempeñado por los intérpretes se torna crucial a la hora de “traducir” la angustia, el trauma o el sufrimiento, así como a la hora de servir como apoyo cultural a los profesionales sanitarios.

Algunos académicos expertos en psicología, como Elaine Scarry, acuñaron un término para referirse a este fenómeno: *idioms of distress*. Podríamos describir a este término utilizando las respuestas a las siguientes preguntas: ¿cómo nos expresamos cuando nos sentimos angustiados o estamos atravesando momentos especialmente dolorosos? ¿cómo hablamos de

nuestros sentimientos y emociones en esos contextos? ¿cuántas veces nos hemos percatado de que meras palabras simplemente no eran suficientes?

En este sentido, Scarry, en su libro *The Body in Pain: the Making and Unmaking of the world* (1985), escribió que el dolor reduce significativamente la capacidad de verbalizar y articular lo que se está experimentando:

Intense pain is also language-destroying: as the content of one's world disintegrates, so the content of one's language disintegrates; as the self disintegrates, so that which would express and protect the self is robbed of its source and its subject. World, self, and voice are lost, or nearly lost [...]. (Scarry, 1985: 34)

A medida que se recupera la capacidad de habla y desaparece el dolor, algunas personas pueden hacer referencia a estas sensaciones utilizando metáforas o símiles. Varios psicólogos, académicos y profesionales de la salud mental han analizado las maneras en las que las personas expresamos el dolor, originando así el término *idioms of distress*. Mark Nichter, un médico antropólogo, desarrolló este término mientras realizaba diversas investigaciones en India, alrededor de principios de los 80. Así, se dio cuenta de que, mientras que algunas expresiones podrían ser consideradas como “comunes” o similares en varios países, es más frecuente que las personas expresen sufrimiento o angustia de maneras distintas acordes a su cultura empleando metáforas y referencias culturales únicas, siendo estas últimas difíciles de comprender a la perfección por alguien ajeno a esos actos verbales o formas de expresión.

La dificultad emerge al traducir o interpretar estos *idioms of distress*. Por ejemplo, en el artículo de Nasir et al. (2018) se menciona la palabra *hamm*, utilizada en Palestina, término estudiado por varios investigadores que llegaron a la conclusión de que encontrar una equivalencia o concepto existente a la misma que abordara todas las peculiaridades y matices resultó ser una tarea tremendamente compleja. A este respecto, estos autores encontraron que *hamm* se empleaba para referirse a tristeza, estrés, ansiedad, incomodidad, sentimientos y emociones a menudo derivados de factores políticos, económicos y sociales. Es en estos contextos tan particulares donde el papel que desempeñan los intérpretes cuando traducen, o trasladan el significado, de estas expresiones es, por tanto, sumamente importante, a la vez que extremadamente difícil.

2.3.1 La pandemia, la interpretación remota y la tecnología

Los avances de la tecnología en el campo de la interpretación son cada vez más necesarios al igual que innegables. La interpretación remota, tanto de enlace, como simultánea, como telefónica o por videoconferencia están ya hoy presentes, y continuarán estándolo mucho más en el futuro inmediato.

En realidad, los orígenes de esta modalidad de interpretación no son tan recientes como se cree. Estos se remontan a 1973, cuando en Australia ya se utilizaba este servicio como respuesta a la llegada masiva de inmigrantes. Más tarde, en 1981 se establecía en Estados Unidos *Language Line*, una empresa con fines no lucrativos que fue expandiéndose poco a poco hasta convertirse en una de las empresas de mayor renombre del mercado (Parrilla, 2019). Consecuentemente, “la reducción de tarifas telefónicas y el aumento de la necesidad de interpretación en países con grandes distancias kilométricas, hizo que esta modalidad fuera adquiriendo mayor importancia” (Parrilla, 2019:40).

La teleinterpretación o interpretación telefónica, y más recientemente la interpretación por videoconferencia, es una modalidad que abarca contextos variados de la vida cotidiana y empresarial, y que va desde servicios públicos hasta entidades privadas que cuentan con multitud de clientes extranjeros. Braun (2015, cf. Romero, 2020:40) la define como “la interpretación que usa las tecnologías (en concreto, el teléfono móvil) para que las personas

que participan en la conversación puedan comunicarse en tiempo real y desde cualquier lugar sin tener que estar necesariamente las tres en la misma sala.”

Parrilla (2019) comenta el funcionamiento de este sistema, el cual resumimos de manera esquemática a continuación:

- El servicio público o la entidad privada contratan los servicios de interpretación telefónica con un proveedor de esta modalidad.
- El usuario cuenta con una tarjeta con un código de idioma que le permite contactar directamente con el/la intérprete o con un aparato ya programado con cada tecla asignada a un idioma distinto.
- El/la intérprete del idioma deseado, a veces, contesta directamente, pero en otros casos la empresa de teleinterpretación, con una hoja que le ayuda a identificar el idioma que se desea, pasa la llamada al/la intérprete. Normalmente, estas empresas cuentan con intérpretes de los idiomas más solicitados durante las 24 horas, 365 días al año.
- Una vez que se conectan las tres partes, el/la intérprete se presenta (si dispone del tiempo necesario) en ambos idiomas (las empresas instruyen a sus intérpretes en el protocolo de presentación del servicio) y da comienzo la interpretación. Actualmente, la mayoría de intérpretes practican el teletrabajo, desde su propia casa, pero en ocasiones solían trabajar desde *call centers*.

El mercado de la interpretación telefónica comprende empresas a gran escala, como *Language Line*, e incluso empresas más pequeñas como *Dualia* o *Interpret Solutions*, que, a día de hoy están cobrando cierta popularidad en nuestro país. Sin ir más lejos, *Dualia* proporciona servicios de teleinterpretación en 51 idiomas a unos 250 hospitales y 500 centros de salud aquí en España a través de un “pack biauricular”. Este pack se compone de un móvil y un auricular (uno en el oído del profesional sanitario y otro en el del usuario), agilizando así el proceso de interpretación y, por ende, la calidad del mismo al mejorar la calidad del sonido. No obstante, no todo son ventajas: se ha llegado a mencionar que la utilización de esta modalidad genera desconfianza entre paciente y profesional sanitario, que no hay total disponibilidad horaria, que el sistema es muy complejo o la falta de profesionalidad de los intérpretes implicados (Díaz y Pérez, 2018, *cf.* Gómez, 2019).

Por su parte, en los últimos años y, sobre todo, a raíz de la situación en la que nos encontramos, la interpretación por videoconferencia o *video remote interpreting* ha llegado para quedarse. Esta nueva tecnología ha mejorado la calidad de las interpretaciones, aspecto que cobra suma importancia en esta modalidad. No obstante, como bien comenta Kelly (2008, *cf.* Parrilla, 2019), el uso de una cámara puede intimidar a los usuarios, especialmente en el contexto sanitario en el que se someten a exámenes médicos. Además, esta autora considera que es mucho más complicado convencer al paciente para que mire al médico, por ejemplo, y no a la cámara.

Ambas modalidades comparten ciertas características que conviene mencionar, puesto que esta es, como mencionamos, la tipología de interpretación más común en el ámbito sanitario actual y difieren en gran medida de las de la interpretación presencial. Para ello, se tomarán los testimonios de García Luque (2009, *cf.* Romero, 2020), quien las resume como se presenta a continuación:

1. Falta de visibilidad entre los interlocutores;
2. Más común utilizar la tercera persona en la interpretación telefónica o por videoconferencia;
3. Mayor confidencialidad y anonimato para los participantes en la conversación;
4. La velocidad de dicción cambia, debido a que la velocidad de la teleinterpretación suele ser inferior a la de la interpretación presencial (exceptuando situaciones de emergencia);

5. Diversidad de contextos y situaciones, y, en consecuencia, amplia variedad temática, de registros y mayores diferencias culturales.

Ya en 2017, la profesora María Perramon (2020) de la Universidad de Vic comenta en su artículo “Covid-19, interpretación remota y tecnología”³ en *Tradiling* que asistió a un congreso sobre interpretación remota y docencia online de la interpretación, donde varias empresas mostraron sus aplicaciones para la interpretación simultánea remota como si de una novedad se tratase. Ahora, en tan solo tres años, el espectacular salto tecnológico experimentado por el sector se ha visto acelerado por la epidemia de coronavirus.

La situación de emergencia sanitaria actual ha fomentado el teletrabajo, en general, así como ha acelerado el uso de las tecnologías en la interpretación remota por los intérpretes profesionales. Asimismo, las redes del sector, como asegura Perramon (2020), “bullen con noticias sobre nuevas (y no tan nuevas) plataformas y aplicaciones para interpretación remota, nuevos cursos de formación y, también, cierta nostalgia [...] de la emoción de poder hablar cara a cara y de estrechar la mano, etc.”. El profesor Barry Olsen ha dado un paso más y afirma que, en la historia de la interpretación, ya puede hablarse de una era pre-COVID y de una era post-COVID.

No obstante, no debe menospreciarse la carga cognitiva adicional (y variada) a la que se enfrenta el intérprete remoto. Es por eso por lo que una buena comunicación con el cliente se torna esencial en momentos como este, ya que es necesario que comprenda que también debe contar con ciertos requisitos técnicos mínimos para que el sistema funcione de forma fluida, o hacerles entender que, ante la posible falta de cierta información visual, esta debería reemplazarse con explicaciones más claras por parte del cliente (Perramon, 2020).

Por otro lado, Madeleine Cases apuntaba lo siguiente acerca de la tan utilizada modalidad de interpretación simultánea remota (ISR) en su artículo en la revista *La linterna del traductor*⁴ (2020):

La interpretación simultánea remota (ISR) ha irrumpido en tiempos de la covid-19 como la modalidad de interpretación que permite la comunicación multilingüe cuando no es posible la presencialidad. Aunque esta modalidad interpretativa ya llevaba algunos años de evolución, lo cierto es que su adopción generalizada a causa de la pandemia ha generado dudas y desconfianza entre diversos colectivos. El paradigma de la presencialidad al que tanto nos habíamos acostumbrado tiene que ampliarse para integrar una comunicación en la distancia. Las variables de la cercanía, que incluyen toda la riqueza de matices de la voz, la mirada, la gestualidad y la intención (es decir, la carga semántica), ceden ante una multiplicidad de especificaciones técnicas que en un principio parecen alejarse mucho de la comunicación.

Asimismo, Cases (ibid.) señala que esta desconfianza se vio aumentada por la gran cantidad de plataformas de interpretación y sistemas de videoconferencia que aparecieron de manera repentina: “Hubo empresas que desde el principio vieron la oportunidad de obtener un jugoso beneficio contando con la ingenuidad y desesperación de muchos intérpretes, y era posible navegar por Internet yendo de curso en curso y de una formación a otra, para obtener preciados y vistosos certificados digitales que nadie había validado.” A lo anterior le acompañó la situación de que un gran número de intérpretes habían invertido en equipo técnico (tales como micrófonos, auriculares, ordenadores, etc.) para después tener experiencias extremadamente nefastas en cuanto a la imposibilidad de gestionar los niveles de estrés y su consecuente carga cognitiva. En palabras de Case (ibid.), “la mayoría descubrimos que trabajar en solitario [...] conducía a situaciones de gran tensión, amén de descubrir con gran sorpresa que en realidad los problemas y fallos técnicos ocurren en el momento más

³ <https://www.tradiling.net/covid-19-interpretacion-remota-y-tecnologia/>

⁴ <http://www.lalinternadeltraductor.org/n21/interpretacion-simultanea-remota.html>

insospechado y con cualquier tipo de plataforma o solución técnica.” Sin embargo, la autora de este artículo insta al colectivo profesional de intérpretes a colaborar juntos para garantizar que esta modalidad interpretativa se convierta en una herramienta útil y sólida, comentando que “la ISR ha llegado para quedarse, más allá de una pandemia, un volcán o un conflicto. Demos la vuelta al contexto y así podremos aprovechar todo el potencial que nos brinda esta nueva manera de interpretar.”

De momento, en las líneas de lo anterior, no perdamos de vista las palabras de Bill Wood: “Interpreters will not be replaced by technology. They will be replaced by interpreters who use technology”, y tratemos de mirar a la tecnología como “amiga” y como fuente de apoyo.

2.3.2 El antes y el ahora de la “teletraducción” sanitaria en la Comunidad de Madrid

El Servicio Madrileño de Salud, como parte de sus servicios de atención al paciente, ofrece un servicio de mediación e interpretación de idiomas gratuito en varios centros asistenciales del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Según lo que declaran en su página web⁵, y como ya hemos reivindicado en apartados anteriores, la prestación de servicios sanitarios a personas geográfica y demográficamente distintas condiciona la necesidad de desarrollar herramientas de comunicación que posibiliten la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente o usuario extranjero.

Por ello, todos los hospitales, servicios de urgencias de atención primaria y de atención especializada, servicios de atención rural, servicios de salud mental y unidades móviles del servicio de urgencias médicas de Madrid (SUMMA 112) que pertenecen al Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid, cuentan con un Servicio de Mediación e Interpretación telefónica desde julio de 2009.

Además, explican el funcionamiento del sistema, comentando que solo basta con que el profesional sanitario realice una llamada para establecer la comunicación con el centro de llamadas o *call center*, como explicamos anteriormente. Después, se pondrá en contacto con un equipo de intérpretes profesionales, quienes efectuarán “la tele-traducción de la conversación entre el profesional y el paciente, en tiempo real”.

Este servicio, según se comenta en su web, ha supuesto una importante mejora en la calidad de la asistencia sanitaria que se presta a los ciudadanos de origen extranjero residentes en la Comunidad de Madrid, ayudando a eliminar las barreras lingüísticas y culturales. Asimismo, el servicio permite traducir en más de 50 idiomas, durante las 24 horas los 365 días del año.

Sin embargo, a día de hoy, en lo que respecta a la pandemia, parece ser que estos servicios se quedaron mucho más que cortos. Varios colectivos y organizaciones sociales, en su mayoría ONGs, denunciaron que la inexistencia de un servicio de interpretación eficaz en el ámbito sanitario (hospitalario, en especial) conllevó a poner en peligro la vida de personas inmigrantes ante la imposibilidad de comunicarse por medio de la teleinterpretación para consultas sobre el coronavirus.

La Red Interlavapiés, la Red Solidaria de Acogida (RSA) y la Asociación Valiente Bangla, todas pertenecientes a la Comunidad de Madrid, reclamaron en un comunicado al periódico digital *El Salto*⁶ que manifestaban su preocupación “por la inexistencia de servicios de intérpretes en el ámbito sanitario, que garanticen el derecho a la salud y a la vida, de centenares de personas”. Asimismo, apuntan que “la imposibilidad de comunicación con el personal que atiende las líneas telefónicas asignadas para diagnosticar posibles contagios e informar sobre las indicaciones y tratamiento a seguir es un grave obstáculo”, recordando que

⁵ <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/paciente-te-interesa-saber>

⁶ <https://www.elsaltodiario.com/coronavirus/colectivos-sociales-denuncian-la-falta-de-intérpretes-en-el-sistema-sanitario>

las autoridades tienen como obligación que nadie quede excluido de la resolución de esta emergencia sanitaria.

A pesar de que la web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar se pueden encontrar traducciones de diversos materiales en árabe, inglés o francés, no son suficientes para esta comunidad. Por ello, desde la Asociación Valiente Bangla, dirigida especialmente al conjunto bengalí, uno de los más afectados por la crisis, grabaron vídeos y podcasts para difundir con el objetivo de luchar contra este déficit que denuncian. Además, cabe subrayar la declaración que hicieron también en el artículo de *El Salto* sobre la comunicación con el personal sanitario, afirmando que “no puede recaer en los familiares o amigos, ni siquiera en las asociaciones de las comunidades migrantes, porque esto supone un sobrecargo de trabajo y una responsabilidad excesiva en estos momentos”.

En marzo del pasado año, ya decretado el estado de alarma, lanzaron la campaña “¿Cómo quieres que me cuide, si quien me cuida no me entiende?”. Su ámbito de actuación se centró en el distrito Centro, y proporcionaba un servicio de interpretación que podía ser demandado por cualquier persona que necesitase una interpretación en un centro sanitario o en cualquier otra gestión relevante. Además, según afirmaba un portavoz del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento en el periódico *El País*⁷, este servicio de intérpretes “se basa más que todo en hacer traducciones de documentos y cuestiones [...] para la relación con el Ayuntamiento de Madrid y actualmente sigue funcionando de manera telemática”. Así, criticaban que la pandemia, desafortunadamente, no ha detenido el avance de la exclusión, y que “la competencia cultural y la sensibilidad a la diversidad en la prestación de servicios de salud son imprescindibles”, destacando a su vez que “para ello es necesario disponer de fondos suficientes”.

Otros titulares, como el de *El Diario*⁸, resaltan que, pese a las quejas de la pasada primavera, estos voluntarios siguen parcheando la falta de intérpretes en la sanidad madrileña, afirmando que “llama gente desesperada porque el médico no entiende”. Por ello, se urge a la Consejería de Sanidad de Madrid que garantice un equipo de intérpretes y mediadores/as para intentar paliar la exclusión en la atención sanitaria. No obstante, coincidimos en que, tal y como se explicó en el artículo, “la fuerte demanda de la red de voluntarios evidencia una necesidad que el Ejecutivo autonómico sigue sin cubrir”. Estas redes y asociaciones sin ánimo de lucro continuarán su labor mientras sea necesario, pero, tras ya más de un año de trabajo desinteresado e intenso, se mantienen en sus requisitos y demandan a la Comunidad de Madrid que “muevan ficha”.

En resumidas cuentas, aunque en menor medida que durante el estado de alarma, estos grupos continúan teniendo: “Traducciones a todas horas. Pacientes cuya vida dependía de su mediación. Pusieron el cuerpo y la voz a la emergencia. No pidieron nada y lo están dando todo. Ahora es el momento de que las autoridades sean conscientes de las vidas que se han salvado por estas mediaciones y asuman su responsabilidad”.

2.4 Los papeles del intérprete sanitario

Todo profesional, estudiante o interesado del ámbito de estudio que nos ocupa sabe que los cambios de rol del intérprete han sido, y continúan siendo, analizados debido a la importancia que suponen a la hora de ejercer como tal. A lo largo de la historia de esta actividad, estos papeles han sido evaluados por varios autores, tales como Wadensjö (1998)

⁷ <https://elpais.com/espana/madrid/2020-04-16/la-falta-de-intérpretes-en-el-sistema-sanitario-pone-en-riesgo-a-los-migrantes-que-no-hablan-espanol.html>

⁸ https://www.eldiario.es/desalambre/red-voluntarios-parchea-falta-intérpretes-sanidad-madrilena-llama-gente-desesperada-medico-no-entiende_1_6317757.html

en el contexto policial, Bot (2005) en el ámbito de salud mental o Leanza (2005) en la consulta de pediatría, entre otros. Sin embargo, no solo es el intérprete quien debe adoptar un papel u otro, sino que el resto de participantes también lo hacen. Para evitar cualquier malentendido, el intérprete debe presentarse al inicio de la consulta y dejar claro quién es, qué hará en la consulta. Además, deberá delimitar los límites de su “esfera de acción”, insistiendo en que se interpretará todo lo que se diga, que todo será confidencial y que actuará con imparcialidad. Solo intervendrá cuando sea estrictamente necesario, ya sea para realizar alguna aclaración o alertar a las partes de algún concepto confuso o malentendido derivado de las diferencias culturales. Asimismo, podrá intervenir para regular los turnos de palabra y el proceso comunicativo, usará el estilo directo (hablará en primera persona, excepto para realizar alguna declaración en su propio nombre, donde utilizará el estilo indirecto) (Rodríguez, 2014).

No obstante, es importantísimo que el profesional sanitario sea quien esté a cargo de la consulta, que lleve las riendas y que organice y controle la comunicación entre las partes (ritmos, turnos de palabra, intervenciones, etc.). A su vez, debe informar al paciente de que se va a trabajar con intérprete, de lo que va a pasar, y ofrecerle la oportunidad de formular preguntas o aclaraciones. Es conveniente evitar, en todo caso, que el paciente se dirija directamente al intérprete y no al médico/a, cuestión mucho más complicada de “corregir” y mucho más frecuente de lo que se imagina (Rodríguez, 2014). Lo ideal sería que, además de lo anterior, los profesionales del ámbito sanitario estuvieran adecuadamente formados para trabajar con intérpretes, lo que se traduciría, a su vez, en una comunicación fluida, libre de malentendidos y con una calidad del más alto nivel.

De entre todos los roles que se han identificado, hemos escogido la taxonomía propuesta por Parrilla (2019) a modo de “unión” o “resumen”, la cual explicamos en los apartados señalados a continuación.

2.4.1 El intérprete como facilitador de la comunicación

Es un papel activo, puesto que en esta situación es la persona que interpreta el que realiza preguntas y aclaraciones para obtener información más clara y directa y así favorecer la comprensión del mensaje. En algunas ocasiones, el/la intérprete repite una pregunta ya formulada de la cual no había obtenido respuesta. El ejemplo que ofrece Parrilla (2019:63) ilustra de manera excelente este rol: el profesional sanitario realiza preguntas rutinarias del tipo “¿sufre alguna enfermedad?”, cuya información se traslada al usuario como “*do you suffer from any illness?*”, a lo que este último puede contestar con “*I have a strong headache*”. Cuando el intérprete observa que el usuario no ha respondido a la pregunta del médico, la repite, aunque también interpreta la respuesta del paciente: “tengo un dolor de cabeza fuerte”, y vuelve a preguntar: “*the doctor would like to know if you suffer from any illness*”. A través de esta estrategia, la persona que interpreta se percató de que la pregunta que ha realizado el médico no se ha respondido, por lo que la realiza de nuevo sin que el médico le pida que la repita.

2.4.2 El intérprete como propulsor de la comunicación

La preocupación por el equilibrio en la interacción durante la interpretación existe desde hace ya varias décadas. Prince (1986, *cf.* Parrilla, 2019) comprobó en un estudio que existían asimetrías en el número de preguntas por las que se buscaba información. Además, demostró que los intérpretes iniciaron solo un 1% de las preguntas, mientras que eran ellos mismos los que contestaban algunas en lugar del médico, no hacían una traducción fiel u omitían información. No obstante, cada vez más es el/la intérprete quien adopta el papel de “propulsor” de la comunicación. Aquí, la persona que interpreta, en palabras de Parrilla

(2019:64), “completa el discurso del médico realizando preguntas para obtener más información sobre el tema que se está tratando”. Se trata, también, de un papel activo, que podría ser considerado como una intromisión en el trabajo del profesional sanitario o servicio público específico, pero que no siempre lo es. De hecho, sucede todo lo contrario: “las preguntas realizadas sirven para completar el diagnóstico o para conocer cuál es el problema del usuario. Alguna de estas preguntas que el intérprete realiza por decisión propia se debe a su familiarización con la situación comunicativa” (Parrilla, 2019:64).

La formulación de este tipo de preguntas no supone ningún problema, y, además, puede ayudar a obtener información adicional, necesaria, y de manera rápida, ya que no se espera a que, en este caso, no se espera a que el profesional sanitario realice la pregunta siguiente, sino que es el/la intérprete quien la añade justo después de realizar la interpretación de lo que dice el usuario. Los siguientes ejemplos, propuestos por Parrilla (2019) en su libro, muestran este deseo por la obtención de más datos relevantes para garantizar una comunicación fluida y de calidad.

En este primer caso, como apunta la autora, el intérprete considera que si pregunta al paciente si está de vacaciones o no puede indicarle si tiene algún centro de salud asignado o necesita acudir a una clínica privada:

Servicio Público (SP) – A	Intérprete (SP/EN) – B	Usuario (EN) – C
Vale pues entonces viene el _____ se hace la la próxima el control del sintrom y ya la siguiente se normalmente se hacen en el centro de salud yo no sé si él al tenerlo privado.	Vale ahora le preguntaré si está de vacaciones o qué. Are you here on holidays?	No.
	You live here?	Yeah.

Ilustración 2. Ejemplo 1, el intérprete como propulsor de la comunicación

En otros casos, las conversaciones con un paciente parecen no dar frutos, ya sea por la situación de exclusión social del mismo o que por su condición no se vea capaz de elaborar respuestas coherentes. Ante esta situación, el/la intérprete realiza las preguntas de tal forma que obtenga respuestas claras y concisas. Aquí, la persona que interpreta se percata de que el paciente no es capaz de responder a la pregunta “¿vive solo?”, por lo que, en su lugar, realiza preguntas de “sí” o “no”, mucho más sencillas de contestar:

Intérprete (SP/EN) – B	Usuario (EN) – C
Can I just ask you if you are on your own? You live alone?	I don't know what you say.
Yes you do, sometimes you understand me sometimes you don't, are you on your own? Do you have a wife? You have a wife with you.	[...] Yes I have.
<u>You have. Is she with you?</u>	

Ilustración 3. Ejemplo 2, el intérprete como propulsor de la comunicación

En esta última muestra, el/la intérprete, guiándose por su familiarización con la información tratada, completa el discurso del servicio público, ilustrándose una vez más su faceta como propulsor de la comunicación. Entonces, el intérprete reconoce el medicamento que necesita el paciente y se lo comunica a la enfermera, completando las instrucciones que ella misma está ofreciendo:

Servicio Público (SP) – A	Intérprete (SP/EN) – B
Es muy importante que lo haga bien.	Ja.
Tiene que comprar esto.	Ah sí, el casenglicol sí.

Ilustración 4. Ejemplo 3, el intérprete como propulsor de la comunicación

2.4.3 El intérprete como portavoz del servicio público

En la mayoría de las ocasiones, el/la intérprete experimenta una situación bastante habitual en el contexto de las interpretaciones presenciales: la persona que interpreta, a solas con el paciente, transmite las palabras de los profesionales sanitarios, sin estar estos presentes o, estando presentes, pero habiéndole transmitido el discurso al/la intérprete con anterioridad. Es, entonces, cuando los intérpretes se convierten en “portavoces”. La adopción de este rol es bastante más habitual cuando se le va a dar el alta médica a un paciente, cuando, según la muestra proporcionada por Parrilla (2019), aparecen en el informe una serie de recomendaciones y los intérpretes comienzan a explicarle el informe de alta a los pacientes a través de una traducción a vista estando la enfermera presente. Sin embargo, lo correcto hubiera sido que cada indicación la hubiera dado la enfermera y, a continuación, se hubiera realizado la interpretación.

Esto se debe, una vez más, a la familiarización del/la intérprete con este tipo de situaciones debido a la recurrencia de las mismas:

Servicio Público (SP) – A	Intérprete (SP/EN) – B	Usuario (EN) – C
Eh aquí tengo el informe de alta ¿vale? aquí viene todo lo que le han hecho, el diagnóstico.	This is your medical report to go home with.	Aham.
	Your diagnosis everything else and this is your treatment.	Alright. So I take this to my doctor. Do I?
	You can take it you've got two here. One for you and one for your doctor. Eh his diet should be...	

Ilustración 5. Ejemplo 1, el intérprete como portavoz del servicio público

Por otro lado, existe la frecuente posibilidad de que el/la intérprete se encuentre solo/a con el paciente. En estos casos, desempeñar el papel de portavoz puede conllevar varias dificultades,

como que se queden preguntas sin contestar o que se tenga que localizar al médico o a la enfermera en cuestión para pedir aclaración. En el fragmento que se muestra a continuación se observa esta tendencia con claridad. Aquí, el paciente asegura de que tiene un problema en la pierna izquierda, pero la persona que interpreta está leyendo el informe de alta médica y afirma que ahí no se especifica nada, pero que la enfermera no estaba segura y que va a comprobarlo con ella cuando salga a través de la frase *“I will check with her on my way out”*. Después, le explica lo que es el sintrom y le comenta que, como la enfermera sigue sin estar en la habitación, tendrá que preguntárselo también después, comunicándoselo con la frase *“I will check on that with the nurse as well”* (también comprobaré esto con la enfermera). Finalmente, le da su opinión sobre cuándo se toman estas pastillas habitualmente y sobre lo que podría ocurrir al final del tratamiento, todo ello sin estar presentes ni médico ni enfermera (Parrilla, 2019):

Intérprete (SP/EN) - B	Usuario (EN) - C
You've got that in both legs?	
	Left leg.
It doesn't specify here but the nurse seems to think it is in both legs.	
	No.
No? I check with her on my way out. It doesn't say here.	
	Aham.
But she seems to think that. Anyway you are going to have sintrom which is an anticoagulant. The tablets you've got to buy them I don't know whether they have actually given it to you today already or not.	
	No.
Intérprete (SP/EN) - B	Usuario (EN) - C
I will check on that with the nurse as well.	
	Thank you.
Normally they give it in the afternoons but I will check with the nurse so anyway it's half today half tomorrow half on Thursday and then Friday you come for the control.	
	I see.
Ok so it could be that you continue on half of the tablets.	

Ilustración 6 y continuación. Ejemplo 2, el intérprete como portavoz del personal sanitario

2.4.4 El intérprete asume el papel del profesional sanitario

El/la intérprete, al adoptar un papel mucho más activo, puede compararse al del profesional sanitario, puesto que se realiza preguntas a sí mismo/a, cuestiona la información que se le proporciona y sugiere diversas medidas de actuación acorde a ella. Según Angelelli (2012, cf. Parrilla, 2019:71), “la complejidad de una interacción en el contexto médico se basa en que el intérprete tiene que unir las comunidades culturales con la del proveedor (y de la medicina) y el paciente, no solo interpretando, sino contestando preguntas que pueden surgir entre ambos”, por lo que no es inusual que se sienta “obligado” a ofrecer una respuesta.

Lo apreciamos en el siguiente ejemplo propuesto por Parrilla (2019:71), donde una enfermera y un intérprete intentan averiguar qué medicamento se estaba tomando el paciente antes de llegar al hospital. La conversación avanza, pero el usuario sigue sin recordar cuál era el nombre de las pastillas que tomaba, que las llama “adelgazante de sangre”, y el intérprete intenta pensar a qué se refiere realmente con la descripción que proporciona (acción que debería realizar el médico):

Servicio Público (SP) – A	Intérprete (SP/EN) – B	Usuario (EN) – C
	Pero él sigue insistiendo en que él toma algo, algún adelgazante de la sangre como dice él. Qué será...	
Sí es es tipo sintrom es que...	Do you... You don't remember the name do you?	
		I don't really don't know.

Ilustración 7. Ejemplo 1, el intérprete asume el papel del profesional sanitario

En esta otra situación, se observa cómo el intérprete le pregunta al médico si el paciente se ha sometido a una biopsia para, así, poder confirmar el mensaje que se le está transmitiendo (información que no había facilitado el médico previamente):

Servicio Público (SP) – A	Intérprete (SP/EN) – B
	The bladder alright, and this is alright, so what they're going to do now is to give you, you know medication. We need to help you with that and they will give you the results of what they did. They will phone you, alright? To tell you what the results are because they did take a biopsy ¿no? ¿Han hecho una biopsia o algo así?
Sí.	Yeah. They did a biopsy to see if everything is alright so the hospital will phone you with the results.

Ilustración 8. Ejemplo 2, el intérprete asume el papel de profesional sanitario

La seguridad del intérprete respecto al tema tratado en consulta, debido a recurrencia o experiencia en el sector, le lleva a veces a corregir incluso al propio usuario, que cuenta con un menor nivel de especialización lingüística y temática. Por otra parte, el desconocimiento de ciertos temas médicos, como apunta Parrilla (2019:77), “hace que el intérprete realice preguntas al paciente, pero en ocasiones no es necesario, pues el médico conoce el término en inglés y entiende lo que el paciente quiere decir.” O, en otras ocasiones, el profesional sanitario pertinente aclara esa duda médica del intérprete, como en el ejemplo que se muestra a continuación:

Servicio Público (SP) – A	Intérprete (SP/EN) – B
Y si aparece de nuevo el liquido entonces ya hay que hacer eh otra prueba.	Mmmm.
Que consiste en coger una biopsia desde dentro pero en quirófano.	Ya como una colonoscopia o algo.
Es una toracoscopia se llama.	

Ilustración 9. Ejemplo 3, el intérprete asume el papel del profesional sanitario

En definitiva, estas pequeñas muestras demuestran los riesgos que el adoptar un papel más activo o de “abogacía” suponen para los pacientes. Esto es así ya que se pueden realizar omisiones, no se transmite toda la información de manera exacta y fiel y, sobre todo, se desempeñan tareas que no son las propias de un intérprete. Coincidimos con Parrilla (2019) en que la adopción de este rol se observa en mayor medida entre el personal voluntario. Las decisiones del intérprete sanitario alcanzan, en dichas ocasiones, un calibre insospechable. En ocasiones, por ejemplo, las sugerencias del intérprete podrían influir en el cambio de planes del paciente (transmite su propia opinión). En otros casos, por el contrario, la persona que interpreta no contesta a preguntas formuladas por el paciente, aclarándole que la persona a la que se está dirigiendo es simplemente una trabajadora social y que es al médico a quien debe preguntarle sus dudas:

Servicio Público (SP) – A	Intérprete (SP/EN) – B	Usuario (EN) – C
		(Relative) Can she put weight on it?
	A ver ¿si puede poner peso sobre la pierna? Those are things you will have to ask the doctor. Eso tendria que preguntar al médico ¿verdad?	
Si sí.		(Relative) She has a physio and she wants to know...
	Those are questions that you have to ask the doctor. She is the social worker, she is the person that is worried about how you are going to go home once you leave the hospital.	

Ilustración 10. Ejemplo 4, el intérprete asume el papel del profesional sanitario

No obstante, es cierto que este papel activo por parte del intérprete puede ayudar a construir la conversación, como bien apunta Angelelli (2012, *cf.* Parrilla, 2019:84) cuando explica que “un intérprete es el encargado de explicar una escala de valor del dolor que puede ser distinta en la cultura del paciente.” Adoptar este rol conlleva una importancia significativa, por lo que se considera necesario mostrar con estos ejemplos, extraídos de situaciones reales del libro de Parrilla (2019), el papel que asume el intérprete como profesional cuando trabaja en el ámbito sanitario, ya que las posibles consecuencias que acarrearían sus acciones tendrían una importancia considerable.

2.4.5 El intérprete asume el papel de amigo del usuario

Como sabemos, nunca se aconseja que el/la intérprete se posicione del lado de cualquiera de las partes, ya sea del paciente o del profesional sanitario. Sin embargo, como bien apunta Parrilla (2019:84), “en algunas ocasiones, el ambiente distendido de la comunicación hace que el tono de la conversación sea más relajado y el intérprete realice comentarios para acercarse más al usuario.” No obstante, no debemos olvidar las consecuencias éticas y morales que conllevan estas decisiones, aspectos que comentaremos en apartados posteriores.

En los siguientes ejemplos se muestran algunas de estas situaciones, donde el/la intérprete abandona por unos momentos ese papel de profesional de la comunicación lingüística y cultural y se acerca a los pacientes:

Servicio Público (SP) - A	Intérprete (SP/EN) - B	Usuario (EN) - C
Que están evolucionando dentro de lo normal para un neonato.	Yes ¿Cuánto prematura eran?	
33 semanas tienen, han venido casi cuatro semanas antes de lo normal.	Este they are premature so it is completely normal.	Ahm.
	They are feeding well then.	I know, I feed them while I am here.

Ilustración 11. Ejemplo 1, el intérprete como amigo del usuario

Es importante mencionar que, en ciertas situaciones, el posicionarse al nivel del paciente, desempeñando el papel de “amigo”, es una estrategia que puede tranquilizarle pero que conlleva asumir ciertos riesgos, como la pérdida de su neutralidad o suponer un obstáculo para la comunicación. Además, este interés tranquilizador también se observa en la manera que tiene el intérprete de transmitir la información. Así, entre otras cuestiones, emite frases sencillas, hace partícipe al paciente y le realiza preguntas para asegurarse de que va siguiendo la conversación, añade palabras de ánimo y repite ese tono alentador en sus frases, terminando por mostrarle su preocupación por saber cómo va a ir evolucionando (Parrilla, 2019).

Nos enmarcamos entonces en un contexto alejado de la visión normalizada que se tiene de la medicina occidental, donde se asocia, en general, el discurso médico a un marco basado principalmente en la salud como fenómeno biológico donde el médico se interesa por el problema del paciente, le diagnostica y le prescribe un tratamiento. Nuestro contexto es, pues, más social: el paciente/usuario es visto realmente como una persona, “adoptando tanto el médico como el intérprete un papel de persona interesada por la salud del paciente, que escucha, que entabla empatía” (Parrilla, 2019:91). Esto no significa que todas las prácticas en las que el intérprete se muestra como “amigo” del paciente sean correctas. La mayoría de los intérpretes sin formación, por ejemplo, no tienen en cuenta la importancia de no excluir a alguna de las partes en la comunicación, por lo que cuando se producen conversaciones paralelas no transmite toda la información, no sabe cómo mantenerse neutral y a la vez correcto, o cuándo no emitir opiniones personales injustificadas.

2.4.6 El intérprete como mediador intercultural

En apartados anteriores explicamos la importancia de la fusión de estas dos figuras en el contexto sanitario. Por ello, ya sabemos que, en la mayoría de ocasiones, la labor de los intérpretes sanitarios no se reduce a una simple transmisión lingüística del mensaje, sino que

en muchas ocasiones tiene que ofrecer información adicional para facilitar el acceso a determinados trámites, debido al desconocimiento de algunos usuarios sobre el funcionamiento de algunos servicios. De entre estos últimos, la forma de concertar citas médicas es la que, según Parrilla (2019), suele causar más problemas. En este ejemplo vemos cómo en la misma conversación, el médico ya da por hecho que el intérprete va a ejercer como mediador y le va a explicar al paciente cómo conseguir una cita con su médico de cabecera:

Servicio Público (SP) – A	Intérprete (SP/EN) – B	Usuario (EN) – C
Pues le voy a comentar al enfermero que se traiga los preparativos para quitarle el tubo si tú quieres explicar lo del médico de cabecera que le ibas a explicar.	Eso voy a explicar porque es muy importante si viven aquí.	
Sí porque además cualquier derivación al médico y ahora para medicamentos o cualquier cosa aunque yo le haga la receta pero debe tenerlo.	Sí sí sí sí, ok. Now where do you live?	
	En _____ there is in _____ you know _____?	Yeah.
	There is a medical center.	I know where that is my neighbour goes there.
	Yeah, so you'll have to go there [...]	

Ilustración 12. El intérprete como mediador intercultural

Al fin y al cabo, los intérpretes somos actores sociales con percepciones distintas sobre cuál es nuestro papel, así como con distintos puntos de vista sobre cómo organizamos nuestra participación en un encuentro médico (Merlini, 2009, *cf.* Parrilla, 2019). Así, estas diferencias conllevan análisis y decisiones independientes e individualizadas sobre qué se debería transmitir o no a las partes involucradas (médico y paciente). Todos los roles anteriores son solo algunos entre muchos. Sin embargo, debemos recordar que cada intérprete es libre para adoptar un determinado papel y actuar acorde con su propio código deontológico, acorde a la situación específica en la que se encuentre y, finalmente, acorde a lo que se requiera de él o ella.

2.5 La pandemia y sus retos frente a intérpretes y MILICS

Como hemos podido observar anteriormente, el papel del intérprete sanitario es mucho más complejo de lo que, a primera vista, podría parecer. La gran variedad de roles que puede adoptar pone de manifiesto que, según apunta Rodríguez (2014:191), “esta actividad no se limita a movilizar tan solo competencias de índole lingüística, sino también interpersonal e interdisciplinar.” No es de extrañar que estos aspectos se hayan intensificado con la crisis sanitaria actual y que, ahora más que nunca, se necesite una preparación adecuada para poder llevar a cabo esta labor tan complicada. Sin embargo, como hemos señalado en apartados anteriores, en España (e incluso en otros países) se continúa haciendo uso de intérpretes *ad hoc*, sin ninguna formación. Esto, a su vez, deriva en numerosos errores, omisiones y “mina la credibilidad del paciente ante el médico y perjudica tanto el diagnóstico como el posterior tratamiento” (Anazawa, Ishikawa & Kiuchi, 2012, *cf.* Rodríguez, 2014:194), algo que sin duda ha ocurrido durante el transcurso de la pandemia.

2.5.1 Aspectos éticos y deontológicos

De entre todos los aspectos que influyen en la labor del intérprete sanitario o mediador intercultural, este podría considerarse como uno de los más significativos. Así, como declara Trabing (2007, *cf.* Pena, 2018:99), los intérpretes en los SSPP necesitan “much personal interaction with the client”, así como “knowledge of the client’s cultural background”. Además de lo anterior, este profesional también tiene que lidiar con su propio bagaje cultural, lingüístico, ideológico y moral, etc; aspectos que se intensifican en una situación de emergencia como la actual.

Dado que el lenguaje o el idioma de un país y su cultura están intrínsecamente relacionados, es preciso descubrir cuáles son los significados que se esconden tras la comunicación verbal y no verbal de los participantes en un intercambio comunicativo, para así poder transmitir estos mensajes a la otra lengua de la mejor manera posible (Navaza, 2014, *cf.* Pena, 2018). Ahora bien, como sabemos, no existe un código deontológico en España específico para los intérpretes sanitarios. Estos, aun pudiendo hacer uso de otros propuestos por países como Estados Unidos o Australia, donde esta profesión está mucho más regularizada, continúan apoyándose en su “sentido común” de intérpretes al enfrentarse a la mayoría de situaciones en su práctica profesional diaria. Este concepto es tremendamente subjetivo, puesto que cada persona es diferente y posee unos criterios específicos sobre cuándo debe o no debe omitir/añadir información.

Así, el conocimiento y aplicación de algún código ético o deontológico se torna esencial debido a la naturaleza “interactiva” de los intérpretes en los SSPP, naturaleza que, en la mayoría de ocasiones, les hace afrontar dilemas éticos *in situ*. Es en estas ocasiones cuando, como bien señalan Dragoje y Ellam (2012, *cf.* Pena, 2018:100), “the good use of their ethical code will help interpreters handle the many changes and dilemmas that arise during an interpreting event”. Por ello, mantenerse fiel y adherirse a un código deontológico es especialmente importante, en particular en el ámbito sanitario, un ámbito delicado donde se deposita una confianza enorme en los intérpretes. Coincidimos con Pena (2018:100) en que “the code of ethics is thus a management tool that establishes and articulates the responsibilities, values, obligations, rights and ethical ambitions of professionals, and also the way the system functions”. Protege, además, a los intérpretes, reduciendo la arbitrariedad de sus decisiones.

Sin embargo, existen diferencias bastante significativas entre la teoría y lo que sucede en la práctica profesional. En realidad, no se puede esperar que los intérpretes sanitarios consulten estos códigos éticos y deontológicos de manera completamente funcional y realista, ya que, como bien señala Pena (*ibid.*:101), “they face more cultural and ideological nuances in more interventionist and less formal settings [...], and thus many more different and unique situations may arise”. Además, las implicaciones éticas presentes en la interpretación en el contexto sanitario, por ejemplo, no se pueden comparar a las de los intérpretes judiciales. Los primeros se centran más en su obligación de velar por los cuidados de los pacientes, mientras que los últimos tienen como norma principal la imparcialidad y la fidelidad a la hora de realizar sus interpretaciones.

Ya en apartados anteriores tratamos el asunto de la delgada y difusa línea que separa las profesiones de intérprete en los servicios públicos y la de mediador intercultural. En el ámbito sanitario esta se convierte, si cabe, en casi inexistente. Aquí, los intérpretes sanitarios “often need to advocate for patients and to clarify cultural concepts and issues, as minorities need to understand institutional practices and institutions need to understand the cultural needs and differences of minorities that may affect their healthcare, thus sometimes they have to act as cultural clarifiers” (Pena, 2018:102).

El tema de la neutralidad e (in)visibilidad de los intérpretes sanitarios y su relación con la ética ha sido y continúa siendo un tema candente en los estudios de Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Aparte de los modelos de papeles que puede desempeñar el/la intérprete que comentamos previamente, Mason (1999) y Cambridge (2003) han definido y delimitado las características de dos más. El primero aboga por los peligros de tomar parte del lado del paciente, advirtiendo que, en ese caso, los intérpretes “should make sure s/he does not omit information or adds insignificant elements, lose impartiality or take on tasks which do not belong to the interpreter” (Cambridge, 2003, *cf.* Pena, 2018:102). Por su parte, el segundo apuesta por la imparcialidad y neutralidad, poniendo de manifiesto que “the interpreter transmits every single utterance and can only clarify aspects which s/he is asked to clarify” (Cambridge, 2002, *cf.* Pena, 2018:102).

Otros autores, como Pöllabauer (2004, *cf.* Pena, 2018), argumentan que los códigos éticos y deontológicos solo tienen validez en papel, o Rudvin (2007, *cf.* Pena, 2018), que sugiere que los intérpretes deberían adaptarse a las necesidades de cada institución a la que prestan sus servicios en lugar de seguir un estricto código deontológico universal. Además, coincidimos con este autor con que la teoría, en su sentido más estricto, es incapaz de predecir la enorme variedad de situaciones interpretativas en las que puede verse el/la intérprete debido a distintos factores ideológicos o culturales.

Aun así, todos los códigos éticos y de buenas prácticas parecen incidir en los mismos factores o los llamados “pilares fundamentales”: confidencialidad, conducta profesional, derechos de los intérpretes, solidaridad entre profesionales e imparcialidad. Este último concepto implica un cierto grado de subjetividad y adaptación a cada contexto particular, ya que, como apunta Pena (2018:103), “if the words of a healthcare professional are interpreted in isolation, without reference to their use in the context in which they are said, then in many cases a patient will not be able to fully understand the message and thus communication will not be established”.

A este respecto, la confidencialidad, uno de los tres pilares fundamentales de todo intérprete en los servicios públicos, hace referencia a la obligación del mismo de no revelar ningún tipo de información que haya sido comentada durante el encargo en cuestión. De primeras, parece un principio bastante claro y sencillo de seguir. Sin embargo, cuando se interpreta en contextos complicados, como el de nuestro objeto de estudio, el/la intérprete puede encontrarse en una posición difícil. Es en estos casos donde deberíamos preguntarnos: ¿Qué pasa si el/la intérprete está en posesión de cierta información que el cliente no quiere revelar al profesional sanitario, pero que es crucial para el bienestar del paciente?

En estos casos, se recomienda a los intérpretes que animen a los usuarios a transmitirle esta información al proveedor de servicios. No obstante, por otro lado, si el/la intérprete se encuentra en una situación en la que al ocultarle esa información al proveedor de servicios termina por perjudicar gravemente al cliente, entonces es cuando se podría, y debería, incumplir el principio de la confidencialidad. Antes de tomar la decisión de revelar cualquier tipo de información, en su caso, se debería tener en cuenta el contexto general de la situación, así como pensarse con cuidado y llevarla a cabo solo en casos muy extremos. Si no se está seguro de qué camino tomar, y si el tiempo lo permite, el/la intérprete debería consultar con sus supervisores, y estos son los que deberían realizar todo lo posible para animar a la parte concerniente a revelar por sí mismo/a la información requerida (Hale, 2007).

El lado oscuro de los códigos de buenas prácticas y, en última medida, de la confidencialidad, radica en los comportamientos poco profesionales de algunos/as intérpretes. El incumplimiento de los códigos éticos, al igual que estos mismos, no está regulado. La mayoría de las agencias de interpretación cuentan con guías de buenas prácticas o códigos deontológicos demasiado genéricos, vagos o, lo que es aún más fundamental, no establecen

las consecuencias para los intérpretes que los incumplan. En tal sentido, existen varios puntos de vista: aquellos profesionales que están a favor de implementar consecuencias legales, y graves, en los códigos de buenas prácticas y que estas se apliquen sin excepción a quienes las incumplan; y aquellos que las podrían considerar necesarias, pero no esenciales. No importa una postura u otra, en todo caso las consecuencias deberían detallarse concienzudamente. Al especificarlas, resultaría más sencillo aplicarlas consecuentemente y, además, es complicado establecer una serie de repercusiones adecuadas, ya que la existencia de una gran variedad de situaciones, encargos y contextos implica que lo que podría parecer mala práctica profesional e incumplimiento de los códigos de conducta en un encargo, podría no serlo en otros. Como ya se ha comentado, cada caso es único y debería tratarse individualmente. Al fin y al cabo, todos somos humanos y cometemos errores.

En lo que respecta a la pandemia, debido a su “novedad” e inmediatez, solo podemos especular sobre la actuación de los intérpretes sanitarios y mediadores interculturales que han prestado sus servicios durante este tiempo de incertidumbre, riesgos y tensión. Los dilemas a los que se han debido de enfrentar estos profesionales no han sido pocos: no solo han lidiado con situaciones de estrés extremo, sino también han tenido que hacer frente a una carga de trabajo enorme y a una falta de ayuda de iguales proporciones.

Incluso el Ministerio de Sanidad publicó, justo en abril del pasado año, un informe sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia con el objetivo de compilar varias conclusiones y recomendaciones que ayuden a la toma de decisiones en cuanto a la aplicación de medidas terapéuticas y de cuidados a pacientes afectados por COVID-19 se refiere. A pesar de no tener relación directa con el mundo de la TISP, reúne una serie de ideas importantes que pueden transferirse a esta actividad, especialmente en los tiempos que corren. Estas son algunas de las recomendaciones, adaptadas del Informe del Ministerio de Sanidad (2020), más significativas y con connotaciones más sociales:

1. La pandemia ha ocasionado una crisis sanitaria de gran envergadura que requiere de la adopción de medidas extraordinarias de todo tipo, proyectadas a la población general y en especial a aquellos afectados.
2. Las medidas extraordinarias que se adopten se regirán por los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia, entre otros. Esta conclusión afecta directamente al ámbito de la interpretación sanitaria, puesto que la población inmigrante ha sido una de las que más ha sufrido las consecuencias de una atención negligente durante el estado de alarma.
3. Es posible que la escasez de recursos exija el establecimiento de criterios de priorización de acceso a los mismos. En este caso, debe garantizarse el derecho constitucional a la protección de la salud (art. 43 de la Constitución Española).
4. Como criterios generales, exponemos algunos de los más relevantes que se consideraron para con nuestro objeto de estudio:
 - a. “No discriminación por ningún motivo ajeno a la situación clínica del paciente.”
 - b. “El principio de máximo beneficio en la recuperación de vidas humanas, que debe compatibilizarse con la continuación de la asistencia iniciada de forma individual de cada paciente.”
5. El equipo de profesionales sanitarios a cargo del paciente serán los que deberán asumir las implicaciones de las decisiones tomadas, por lo que “un tercero no es idóneo para imponerle su criterio, salvo que esté también involucrado en la asistencia de ese paciente”. De entre todas las recomendaciones, esta es una que, sin lugar a dudas, podría referirse de manera implícita a la labor prestada por los intérpretes sanitarios y mediadores culturales. Estos, aun cuando no poseen los mismos

conocimientos técnicos y especializados que un médico, sus habilidades lingüísticas les permiten descifrar los mensajes escondidos tras una frase hecha o concepción cultural, mensajes que podrían ser tomados como consejos para el futuro tratamiento del paciente.

6. “Debe garantizarse el adecuado apoyo psicológico a los profesionales sanitarios en el contexto presente con el fin de evitar o minimizar las consecuencias que sobre su salud mental puede tener una situación de estrés laboral como la actual a corto y medio plazo (*burn out*)”. No sabemos, pero podemos imaginar, si esta afirmación incluiría a los intérpretes y mediadores interculturales que prestan sus servicios en el ámbito sanitario. Sin embargo, como veremos en el apartado siguiente, este requisito también debería ser obligatorio para estos profesionales.

En definitiva, todas las recomendaciones anteriores parecen ir dirigidas a las implicaciones más problemáticas relacionadas con la salud, en especial con la prevención y asistencia clínica derivadas del contagio por COVID-19. No obstante, cabe mencionar que también se ocupan de organizar y garantizar la preservación de los derechos fundamentales, poniendo especial atención a los colectivos más vulnerables, entre los que sin duda se encuentra la comunidad inmigrante. El que estas recomendaciones se hayan cumplido o no, y en especial los preceptos de no discriminación y de atención sanitaria igualitaria, constituye una decisión moral individual sobre la que merece la pena reflexionar.

2.5.2 Aspectos psicológicos, estrés e impacto emocional

El estado de salud y psicológico del intérprete sanitario, más aún en las circunstancias actuales, es algo que afecta en gran medida al correcto desempeño de su labor. Es un factor que se debe tener muy en cuenta, ya que, según los expertos, existen una serie de variables que, si existieran, incrementarían el impacto psicológico del/la intérprete. Según Valero (2006), algunas de estas variables son:

- Antecedentes familiares o propios de alteración psicopatológica
- Característica destacada de inestabilidad en la personalidad del/la intérprete
- Costumbre o hábito inadecuado que se sabe que puede generarse frente a situaciones traumáticas o de estrés
- Estar atravesando algún acontecimiento personal que influye en el estado físico y mental en el momento de la intervención o interpretación
- Haber tenido con anterioridad experiencias de fracaso
- Falta de una red de apoyo social y familiar consistente.

A estas se le debe añadir la importancia que supone el contexto de la situación específica en la que nos encontremos. Sabemos que no es igual, por ejemplo, el trato en una consulta médica rutinaria que en Urgencias, al mismo tiempo que no siempre se habla solo con un paciente o una persona afectada, sino que a veces se trata con sus familiares, allegados o incluso con las propias víctimas. En el contexto que nos ocupa, cobra especial significado la variable de la duración de las intervenciones. La exigencia de trabajo durante la pandemia ha sido extremadamente alta debido a su “inmediatez”, por lo que mantenerla durante el largo periodo de tiempo que ha supuesto el estado de alarma ha provocado, generalmente, un mayor agotamiento físico y psíquico de los intérpretes y mediadores. Además, si le añadimos la carga dramática, desastrosa y emotiva que ha comportado esta situación, agravamos el impacto psicológico en medidas incalculables. Por ello, coincidimos con Morales (2015:16), en que “es muy importante que el intérprete esté preparado emocionalmente y sea psicológicamente fuerte”, especialmente para no verse sobrepasado por el trauma o la situación en cuestión y que así no le afecte en su vida personal y profesional. Si bien es cierto que no todas las situaciones y contextos comportan el mismo significado psicológico y

emocional para todos los intérpretes, sino que es un factor más individual, debemos admitir que es posible que la pandemia haya sido la excepción que confirma la regla.

La sensación de impotencia es, de entre todas las variables mencionadas, una de las que más ha podido condicionar y afectar a los intérpretes sanitarios durante esta crisis sanitaria. La sensación de impotencia por pensar que no se ayuda lo suficiente, que, en definitiva, no se hace lo suficiente. Muchas veces, debido a que la sociedad no valora la profesión del intérprete en los servicios públicos o mediador como se merece, estos profesionales tampoco lo hacen. Tal vez no son conscientes de la importancia de su labor, o sienten que no están ayudando tanto como deberían. Esto puede derivar en ansiedad y ambición “tóxica”, tanto que puede conllevar que los intérpretes se “salgan” conscientemente de los límites de su profesión y hagan más de lo que se puede y se les permite hacer.

Por otra parte, encontramos la carga de responsabilidad con la que, en la mayoría de ocasiones, cuentan los intérpretes sanitarios. Estos profesionales son realmente conscientes del gran peso que conlleva su labor y las decisiones que toman al desempeñar su trabajo, ya que, de hecho, está en juego la salud de una persona. Quizás los intérpretes sanitarios y mediadores que han trabajado durante la pandemia se han sentido de este modo, con un estrés intenso por no cometer errores y una sensación de impotencia constante por no sentir que se está haciendo lo suficiente por los pacientes.

Así, varios estudios realizados, como el de Shakespeare (2012), han revelado que la mayoría de intérpretes especializados en el ámbito de los servicios públicos sienten empatía hacia sus clientes, usuarios o pacientes. Por ejemplo, en el estudio mencionado anteriormente, varios intérpretes explicaron que cuando interpretan “se convierten en el interlocutor”. Al interpretar, se utiliza normalmente la primera persona, lo que afecta, inevitablemente, a los sentimientos y emociones de estos profesionales. Además, todos los términos y expresiones que deben utilizar al desempeñar su trabajo comprenden una fraseología que, en circunstancias normales, no emplearían. Esto, a su vez, puede ocasionar diversas consecuencias emocionales. Otros intérpretes, por el contrario, y acorde a la situación en la que nos encontramos, pueden haber vivido experiencias similares a sus clientes (como el fallecimiento de algún familiar debido al coronavirus, etc.). Todo lo anterior puede llegar a ser emocionalmente exigente, pudiendo resultar, paralelamente, en el desarrollo de un mecanismo de defensa denominado *emphatic distress*, que hace referencia al rechazo a empatizar con los pacientes y al llegar a considerar como insólitas todas las historias relatadas por los usuarios (Shakespeare, 2012).

Otras dificultades graves a las que pueden hacer frente los intérpretes sanitarios conciernen al trabajo con los proveedores de servicios, en nuestro caso, los profesionales sanitarios. Por ejemplo, Molle (2012) sugiere que estos profesionales no conciben la presión a la que se someten los intérpretes diariamente al desempeñar su labor, ocasionando que estos se sientan faltos de apoyo, respeto y, en definitiva, desvalorizados. Paralelamente, los intérpretes sanitarios suelen sentirse deshumanizados, ya que el concepto que se tiene de ellos es de “máquinas”, un simple “conducto” que no posee su propia voz. Además, varios intérpretes en el estudio citado argumentaron que, habitualmente, los profesionales sanitarios no les ofrecen la información suficiente o un protocolo claro que les permita desarrollar adecuadamente su labor, lo que comporta una prueba más del poco reconocimiento profesional de esta actividad. Morales (2015) enumera y define en su trabajo distintos tipos de estrés y fenómenos psicológicos y emocionales que puede experimentar un intérprete en los servicios públicos, como son la contratransferencia, el estrés y todas sus variantes (básico, acumulativo, agudo, crónico, postraumático), el trauma, la ansiedad, la depresión o el shock. Además, todos ellos, junto con diversos componentes psicológicos, están estrechamente relacionados con el cumplimiento o seguimiento de los códigos éticos.

Como apuntan Crezee et al. (2015:76):

interpreters occasionally breach the rules of ethical conduct for fear of missing out on work. Interpreters may book themselves in for difficult assignments that they know will be very stressful, for consecutive assignments without leaving time for travel, or for telephone interpreting calls without being in a solitary space, with background noise and movement impacting on their ability to focus. Stress can accumulate when the interpreter reflects on the errors that ensue.

No solo es necesario saber cuáles son los distintos tipos de estrés, sino, lo que es más importante aún: cómo identificar cuándo surge y cuál será su impacto psicológico. Para ello, distinguimos entre aspectos objetivos (aquellos referidos a los acontecimientos, estímulos y situaciones) y aspectos subjetivos (relacionados con las experiencias, reacciones y respuestas individuales). Como es lógico, cada persona reacciona de manera diferente al estrés. Morales (2015) enumera varios tipos de reacciones:

1. Reacciones físicas del propio individuo, que ocurren cuando el cuerpo reacciona al estrés a través de la energía, energía que utiliza para reaccionar a esa exigencia externa. Un ejemplo de esto es la aceleración de los latidos del corazón y una respiración entrecortada.
2. Reacciones apreciables por otros: el estar bajo estrés o tensión intensa puede provocar que la persona tenga una serie de comportamientos o adquiera diversos hábitos que, aunque ella no pueda apreciarlos, su entorno sí podrá. Ejemplos de estos comportamientos o hábitos podrían ser un consumo excesivo de alcohol, café u otras sustancias como calmantes y análogos. Este nerviosismo también puede apreciarse a través del lenguaje corporal de la persona.

La situación en la que nos encontramos, que sin lugar a dudas merece la denominación de “situación límite”, comporta muchas dificultades para el intérprete a la hora de controlar sus impulsos y emociones. En este punto es esencial tener en mente la importancia de controlar lo que se llama la “contratransferencia”, que no es otra cosa que los sentimientos que el intérprete sanitario o mediador experimenta hacia el paciente o usuario (Morales, 2015). Si no llega a controlarlos, se acabará implicando demasiado, lo cual solo le perjudicará psicológicamente. De forma general, la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 ha provocado que estos profesionales no sean capaces de controlar correctamente esta contratransferencia, terminando así por ver mermadas sus necesidades psicológicas básicas: la seguridad, la confianza, el control, la estima y el valor y la intimidad (adaptado de Morales, 2015:26). Estas pueden verse alteradas de la siguiente manera:

- Seguridad: estas situaciones traumáticas han podido distorsionar las suposiciones y creencias individuales sobre el concepto de seguridad en el mundo.
- Confianza: los orígenes tan inciertos de esta situación de crisis que estamos viviendo provoca que la confianza básica de una persona se debilite en gran medida.
- Control: la pandemia, una situación bastante traumática, ha podido afectar a los pensamientos o ideales que tenga la persona sobre hasta qué punto se puede tener el control sobre nuestra propia vida y elecciones personales.
- Estima y valor: este contexto tan inesperado y con una gran carga sentimental ha podido influir en la autoestima, el amor propio y en el concepto de valor que tiene la persona.
- Intimidad: esta situación de emergencia ha afectado, sin lugar a dudas, a la confianza e intimidad de las personas. Por tanto, es posible que en un futuro se nos haga difícil volver a intimar con otras personas de la manera en la que lo hacíamos antes.

Para finalizar, en cuanto a iniciativas individuales de apoyo a la salud mental se refiere, el NCIHC (*National Council on Interpreting in Health Care*) ha publicado una encuesta⁹ en su página de Facebook oficial para comprobar cuáles han sido realmente los efectos negativos de la pandemia en los intérpretes sanitarios que prestan sus servicios en Estados Unidos. Los resultados se publicarán tras la Asamblea Médica Mundial Anual.

Con iniciativas como la anterior evitamos la aparición de los conocidos “trauma vicario” o *burnout* en el mundo de la interpretación y, sobre todo, en el mundo de la interpretación sanitaria en particular. En realidad, estos suponen un verdadero riesgo profesional, además de darse con bastante frecuencia. El primero consiste en una interiorización por parte de los profesionales (intérpretes, en nuestro caso), del dolor de la víctima, paciente o usuario, combinándolo con sus propias experiencias traumáticas. Las causas de este tipo de síndrome, según apunta Carmen Valero (*cf.* Morales, 2015:29), son variadas: “Las interminables historias de violencia, crueldad, explotación y atrocidad; el impacto emocional de experimentar el terror del otro, el dolor y la angustia y la continua exposición a los aspectos oscuros de la condición humana pueden producir síntomas notablemente similares a los síntomas postraumáticos de los pacientes”. Por otro lado, el *burnout* en los intérpretes sanitarios lo desencadenan las situaciones límite. Como bien señala Morales (2015:29), “cuando se padece este síndrome, la persona afectada se siente saturada, agotada por la labor que ha realizado. Pero no se trata solamente de un agotamiento físico, sino también mental y emocional”. De esta descripción deducimos que, sin lugar a dudas, este ha sido el tipo de trastorno más común entre los intérpretes sanitarios de primera línea durante la pandemia. Además, debemos sumarle la sensación de no estar preparado o lo suficientemente formado para reaccionar, enfrentarse o sobrellevar a este tipo de situaciones límite, lo cual solo empeora todo el contexto en el que se ve inmerso el/la intérprete.

2.5.2.1 La importancia del autocuidado

Uno de los principios fundamentales para todo intérprete en los servicios públicos concierne el evitar involucrarse de manera personal en la vida del usuario. Sin embargo, en estos ámbitos, es común que se interprete de manera habitual para un mismo paciente, usuario o cliente; algo que debería ser bienvenido, puesto que permite desarrollar la confianza en la relación. De esta manera, es probable que los pacientes más vulnerables o aquellos que se encuentran en situaciones críticas dependan en la labor del/a intérprete incluso fuera de sus límites profesionales, pudiendo incluso no respetar su horario de trabajo. Dado que la mayoría de intérpretes intentan, por todos los medios, ayudar a este tipo de pacientes, es habitual que muchos luchen por mantenerse emocionalmente distanciados de sus clientes.

Es en este contexto donde el autocuidado representa un papel clave en lo referido a la salud mental de los intérpretes en los servicios públicos en general, y en particular de los sanitarios. Supone, entre otras cuestiones, una de las maneras más eficaces de afrontar el estrés y acabar con la tensión acumulada.

Por ello, Crezee et al. (2015), apuntan que algunos de los aspectos más importantes que se deberían practicar y enseñar del autocuidado son:

- Descanso y alimentación. Una buena alimentación, y sus beneficios, puede pasar desapercibida cuando estamos demasiado ocupados. Además, no dormir lo suficiente y alimentarse mal a la larga deriva en efectos tremendamente perjudiciales tanto para nuestra salud física como mental.

⁹ <https://www.surveymonkey.com/r/FCZ9WRF>

- Ejercicio. Practicar deporte de manera regular presenta grandes beneficios, en especial dado que la interpretación es una profesión generalmente sedentaria. Todos sabemos cuáles son las ventajas físicas de hacer ejercicio, pero no las psicológicas: “exposure to the natural environment, awareness of the physical body, and accompanying relaxation can help to offset mild to moderate levels of burnout and trauma.” (Crezee, et al., 2015:78).
- Mindfulness. Esta palabra no está de moda en vano. El *mindfulness* es, según Kabat-Zinn (2005, cf. Crezee et al., 2015:78), “a humanistic approach based on the Buddhist principle of mindfulness and commonly refers to a form of contemplative practice used throughout the world for personal wellness.” Así, se anima a que todos los intérpretes con experiencia y estudiantes lo ejerciten y lo conviertan en un buen hábito durante su desarrollo profesional. Con ello, podrán centrarse en el “aquí y ahora” y podrán reducir significativamente su estrés.
- Interpretación en tercera persona. Bancroft (2013, cf. Crezee et al., 2015) sugiere que, durante trabajos traumáticos, los intérpretes cambien de primera a tercera persona para distanciarse lingüística y psicológicamente del trauma y de la historia.
- Solicitar ayuda psicológica y “debriefing” a través de distintas asociaciones o instituciones. Alternativamente, poder desahogarnos y comunicarnos con compañeros de profesión también puede ser de gran apoyo y ayudarnos a liberar estrés. Algunas asociaciones profesionales pueden ofrecer a los intérpretes que lo necesiten la oportunidad de hablar sobre asuntos de sus encargos (dentro de unos límites de confidencialidad establecidos por el código ético o deontológico al que se adhieran) con otros compañeros (Crezee et al., 2015). Así, este *debriefing* informal podría reducir, e incluso prevenir, el que aparezca la fatiga y el estrés psicológico.

Además de lo propuesto anteriormente, la reflexividad emocional es otra técnica útil para practicar el autocuidado. Así, esta, como su nombre indica, conlleva efectuar una reflexión profunda sobre nuestras emociones, basándose en la noción de que estas contienen un componente relacional y desempeñan un papel crucial en nuestras vidas. Ian Burkitt escribió en su artículo que:

Feeling and emotion are central to reflexive processes, colouring the perception of self, others and social world, thus influencing our responses in social interaction as well as the way we reflexively monitor action and deliberate on the choices we face. Emotional reflexivity is therefore not simply about the way emotions are reflexively monitored or ordered, but about how emotion informs reflexivity itself” (Burkitt, 2012:458).

También conviene saber, como cuenta la psicóloga Anne Guionnet (Morales, 2015:32), que “el intérprete debe ser consciente de las situaciones que le son más difíciles de afrontar, cuáles son aquellas experiencias en las que le va a ser más difícil interpretar y superar”. Asimismo, es importante que, si el/la intérprete no se siente preparado para realizar su labor adecuadamente debido a cualquier circunstancia, debe ser igualmente consciente de que tiene el derecho a decir “no” a algún trabajo que, a la larga, le pueda suponer un problema tanto personal como laboral. Al fin y al cabo, la salud mental debería ser una prioridad para todo intérprete sanitario o que trabaje en los servicios públicos.

2.5.2.2. El trabajo vital, pero solitario, de los intérpretes sanitarios durante la pandemia

La crisis del coronavirus ha puesto de manifiesto la importancia de la interpretación médica, convirtiendo en “visible” un trabajo que, generalmente, tiende a ser lo

contrario. En un artículo reciente escrito por Clifford Marks en el *New York Times*¹⁰ (2021), donde se entrevista a Lourdes Cerna, una intérprete que ha prestado sus servicios como intérprete durante el transcurso de la pandemia, se discute el componente “solitario” de esta labor. Así, Cerna contó cómo desde los inicios de la misma, ha recibido muchas llamadas relacionadas con la COVID-19, y cómo llegó a acostumbrarse a tener conversaciones tan duras a través de un teléfono. Relató que “often, they involved end-of-life discussions with patients whose lungs were faltering. At other times, she spoke to relatives in faraway countries, delivering the worst possible news. Some conversations were leisurely and thoughtful; others were brusque and hurried, with the medical team rushing from item to item on an interminable list of tasks.” Todas las veces, al terminar la llamada, Lourdes Cerna asimilaba toda la experiencia sola y, como comenta, “I’d have one after the other after the other after the other, and I would feel just sad and drained. [...] Many times, I would cry by myself in my home alone, because there would be nobody to talk to.” Sabemos que, como profesionales, estamos entrenados a esconder nuestras emociones. Sin embargo, no importa cuánto lo intentemos, también somos humanos.

Por otro lado, es interesante mencionar cómo este artículo compara la interpretación sanitaria con los esfuerzos realizados hace unas décadas en todos los hospitales para implementar el lavado de manos obligatorio. Para ilustrar su significancia, se relata lo siguiente:

Poor hand hygiene among doctors made patients sick. Still, the practical and cultural barriers to making hand washing more widespread seemed strangely insurmountable. Eventually, health-care leaders focused on the problem, directing funding towards efforts to solve it. These efforts included the adoption of easier-to-use alcohol-based hand sanitizer, the installation of sinks in more convenient locations, and electronic sensors that track hand-washing compliance. The federal government also began assessing penalties for high numbers of hospital-acquired infections. Hand hygiene remains a challenge in health care, but organizations that implemented these changes have experienced dramatic improvements.

A lo anterior, Alexander Green, un médico internista en el hospital general de Massachusetts, añade: “We should treat this the same way we now treat hand washing”. Y se refiere a la interpretación médica como algo que “used to be optional, and our systems didn’t make it easy to do. Then we learned doctors weren’t washing their hands and it was killing people, so we changed course. This is no different.”

2.6 La interpretación en situaciones de emergencia: añadiendo más leña al fuego

La teoría expuesta en apartados anteriores aúna una característica común: todos los factores son características esenciales de la interpretación en situaciones de crisis. Durante los últimos 40 años, la utilización de soluciones *ad-hoc* ha sido la respuesta por excelencia a la aparición de estas situaciones inesperadas. De hecho, esta pandemia, sin duda una crisis de emergencia sanitaria que podría clasificarse como una situación de crisis, ha afectado a nivel mundial en tal medida que en tan solo un año ha logrado cambiar drásticamente nuestras vidas, hasta el punto de que a día de hoy no existen perspectivas sólidas de retornar a nuestra vida anterior, la vida “normal”, en un futuro cercano.

Así, la comunicación en tiempos de crisis se convierte en el punto de mira, de la que, según Federici (2016:4) estos tres asuntos son centrales: “there is a need to be ready; there are instruments to become readier; there are ways of supporting responses to crises in

¹⁰ <https://www-newyorker-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.newyorker.com/science/medical-dispatch/interpreting-during-a-pandemic/amp?fbclid=IwAR0uvQ5vJxQyixkxkBmCjxJklVYJNEveSZZWWZ4seiypaUNoDhLet497AxBM>

multilingual environments”. Un aspecto aún más grave es la falta de mediadores interculturales e intérpretes a la hora de planificar las respuestas a estas situaciones de emergencia, un aspecto de vital importancia para garantizar atención de calidad a todos los pacientes, usuarios o personas afectadas. Cabe destacar, pues, la mención de Federici (2016:8) hacia los esfuerzos que deberían realizar las autoridades nacionales e internacionales, comentando que “so that a positive discourse on considering linguistic differences and cultural distance can be adopted to further help to plan responses to emergencies (to both natural crises and those resulting from conflicts)”.

La naturaleza de las emergencias, según apunta Federici (2016:9), conlleva una relación intrínseca entre dos de sus componentes principales:

The ‘unexpected nature of the event and its derivative ‘urgency’. On the one hand, the situation necessitates an immediate response in the form of urgent action. On the other hand, events can arise which are unpredictable to different degrees. Some aspects of the urgent situation are predictable: one cannot know the details of every car accident, but an emergency and accident department of a hospital has clear and established procedures to deal with patients involved in car accidents; the procedures are predictable even if they apply to different car accidents.

Es vital subrayar que el término “emergencia” no hace referencia a un *status quo*, sino a aquella situación que supone el límite en el que se necesita la actuación de determinados agentes y autoridades para ayudar a aquellos afectados por un cambio drástico e inesperado al *status quo* (Federici, 2016). Por ello, la actividad de la traducción e interpretación en este tipo de contextos debe luchar contra la falta de preparación (ya sea en experiencia o en educación) o de planificación (inseguridad a la hora de establecer cuáles son sus papeles y límites profesionales cuando se enfrentan a encargos de esta naturaleza).

En el contexto en el que se enmarca el presente objeto de estudio, las emergencias sanitarias como la actual, Federici (2016:23) sugiere que la mediación y la interpretación suponen aspectos clave, pero frecuentemente olvidados. Afirma, también, que “the relatively predictable emergencies, with frenetic dynamics, of those in emergency and accident rooms in hospital demonstrate that it is feasible for personnel to be prepared to deal with any sort of emergency without knowing the specifics of what they are going to face”. Los profesionales sanitarios, de esta forma, utilizan su formación y experiencia para anticipar determinadas situaciones inesperadas derivadas de las crisis. Sin embargo, Federici (ibid.:23) apunta que “their language and culture mediators are not necessarily à la page with such procedures, and the result is another context in which additional emphasis on preparing and using the services of interpreters is required in both the study of the phenomenon and the implementation of different practices”.

Lo expuesto previamente, junto con lo presentado a continuación, comprenden el por qué los intérpretes profesionales continúan siendo infrutilizados en situaciones de emergencia (adaptado de Cox y Lázaro, 2016):

- (1) Una de las razones principales es, tal y como señalan estos autores, “an overestimation of the patient’s language skills”. A esta afirmación también se le debería añadir, en opinión de la autora del presente trabajo, “of the service providers’ language skills”. Este “falso dominio” del idioma de ambas partes es la raíz de multitud de problemas comunicativos, siendo uno de ellos la evidente carencia de bagaje cultural compartido entre el usuario y el profesional sanitario. En palabras de Cox y Lázaro (ibid.:40), en lo referido a los intercambios comunicativos, “it is this shared background knowledge that allows us to understand allusions and ways of speaking. It allows us to interpret what is being said in the way that it has been intended”.

- (2) Otro motivo recurrente en este contexto es “the complexity of identifying patients’ language”. En medio del caos, la urgencia de la situación, el poco tiempo del que se dispone y la incertidumbre de la situación en sí, resulta tremendamente complejo el identificar a primera vista qué lengua es la que está hablando el paciente y, por ello, solicitar los servicios de un intérprete profesional adecuado. Esto se complica aún más en casos de idiomas con multitud de dialectos, como el árabe.
- (3) Cox y Lázaro (2016:44) también mencionan las “practical barriers to the use of professional interpreters”, entre las que se encuentran “perceived time constraints”, “clinicians don’t have the direct internal phone numbers of the on-site interpreters, nor would there be an available list with their contact details” o “clinicians did not have a personal rapport with the on-site interpreters, which made it more difficult for them to locate the interpreters and engage them in direct communication”.
- (4) La utilización de intérpretes *ad-hoc* en estas situaciones deriva en una confusión sobre qué actividades o papeles deberían desempeñar. Por ejemplo, coincidimos con Cox y Lázaro (ibid.:47) en que “clinicians tend to see the *ad-hoc* interpreter, rather than a mere ‘translation machine’, as a full partner in the conversation and a potentially useful source as to the medical background of the patient”. La profesionalidad de este tipo de intérpretes continúa siendo cuestionada, ya que, en la gran mayoría de ocasiones, es algún miembro de la familia del paciente el que actúa en calidad de tal. Los riesgos que esto conlleva son innumerables. Sin embargo, también puede ser ventajoso en tanto que pueden ofrecer información muy valiosa sobre el estado de salud e historial médico del paciente. No obstante, esto se convierte en un riesgo cuando la persona que actúa como intérprete *ad-hoc* simplemente habla la lengua de origen del usuario, pero que, en medio de la confusión y caos de la situación, se confunde la relación del mismo con el paciente.

En suma, los casos anteriores parecen dejar clara una idea primordial: sin la presencia de un/a intérprete, la comunicación puede llegar a destruirse por completo.

3. Metodología

En primer lugar, se ha presentado el marco teórico en el que se encuadra nuestro objeto de estudio, con el fin de comprender en profundidad el contexto en el que nos encontramos. Para ello, se han examinado minuciosamente aspectos como la situación de la TISP a nivel nacional e internacional, haciendo mención específica a la Comunidad de Madrid, una de las comunidades autónomas más afectadas por la crisis de la COVID-19. Tras esta presentación, se trata de comentar la situación del panorama de la profesionalización de la TISP y se debate la definición de las figuras de intérprete en los servicios públicos y mediador intercultural, una definición que bordea límites frecuentemente difusos.

Más adelante se explora el ámbito de la interpretación en el ámbito sanitario, centrándonos en su definición y características, así como en su situación en España, las peculiaridades a las que se ha tenido que enfrentar durante esta pandemia – en concreto, las modalidades más en auge y su compaginación con la tecnología – cerrando el apartado con un breve comentario sobre la el antes y el ahora de la interpretación telefónica en la Comunidad de Madrid. A continuación, exponemos los distintos papeles adoptados por el intérprete sanitario dispuestos en estudios anteriores, categorizándolos según los puntos de vista y estrategias más utilizadas, e ilustrándolos con ejemplos extraídos del magnífico libro *La interpretación en el contexto sanitario: aspectos metodológicos y análisis de interacción del intérprete con el usuario*, de Laura Parrilla Gómez. Y, para finalizar con nuestro marco teórico, presentamos los principales aspectos éticos, deontológicos y psicológicos relevantes para los intérpretes, mediadores interculturales y usuarios en situaciones de crisis. Además, proporcionamos un

pequeño apartado con consejos de autocuidado para intérpretes y hablamos sobre cómo la interpretación en situaciones de emergencia es a menudo un asunto olvidado con una trascendencia fundamental.

Como apoyo a toda la información recabada y como muestra de experiencias reales, se ha optado por la obtención de datos cualitativos a través de la elaboración de encuestas con formato *multiple-choice* mediante Google Forms, cuyas copias se adjuntarán en los anexos al final del presente trabajo. El objetivo de estos formularios era recopilar de manera breve y concisa todos los aspectos teóricos comentados con anterioridad. Por ello, las preguntas de las que se componían trataban factores como:

- 1) Lugar de procedencia y si la persona en cuestión ha trabajado como intérprete o mediador intercultural en el ámbito sanitario durante el transcurso de la pandemia, con el fin de recopilar y contrastar resultados demográficos y la realidad de la situación.
- 2) Tipo de formación profesional o educación universitaria recibida (o no), con el objetivo de determinar el grado de preparación, experiencia o de educación superior de los participantes.
- 3) Conocimientos de los participantes sobre las figuras de “intérprete sanitario o en los servicios públicos” y “mediador intercultural”, así como sus creencias acerca de la confusión que parece existir entre ambas por parte de la población general.
- 4) Perspectivas sobre el grado de preparación y formación que, según los participantes, consideran que tienen los estudiantes o profesionales de la interpretación en los SSPP y la mediación con respecto a situaciones de emergencia sanitaria como la que estamos viviendo.
- 5) Información acerca de la modalidad de interpretación más utilizada durante la pandemia (telefónica, por videoconferencia o presencial), a fin de resaltar una vez más la importancia de las nuevas tecnologías en el campo de la TISP y cómo esta ha debido adaptarse rápidamente a un entorno, hasta entonces, casi desconocido.
- 6) Estatus laboral de los participantes que prestaron sus servicios como intérpretes/mediadores durante la pandemia (voluntarios, freelance, trabajadores para ONGs o en plantilla...), para contrastar las respuestas en cuanto a procedencia se refiere y subrayar, una vez más, la importancia del avance de la profesionalización de la TISP.
- 7) Perspectivas de los participantes sobre la necesidad de un servicio de intérpretes profesionales en plantilla en los hospitales. Después, se les preguntó acerca de los problemas que se podrían haber evitado si lo anterior fuera una realidad.
- 8) Estrategias de interpretación o mediación específicas que utilizan los participantes para hacer frente a los momentos de mayor estrés y tensión, especificadas por ellos mismos en la pregunta siguiente.
- 9) Aspectos que consideran que más afectan a los participantes, ante una situación límite o de emergencia, a la hora de realizar correctamente su trabajo.
- 10) Perspectiva de los participantes sobre si la figura del intérprete sanitario, en los SSPP o MILICS sufren un mayor impacto psicológico que otras especialidades.
- 11) Papeles o roles (imparcialidad, abogacía por alguna de las partes implicadas...) que han podido desempeñar como intérpretes sanitarios o mediadores durante la realización de su actividad profesional.
- 12) Información acerca de si recibieron o solicitaron durante ese tiempo (la pandemia) ayuda psicológica de algún tipo, si conocen a algún intérprete/mediador que lo haya hecho o si consideraban que la ayuda psicológica recibida fue la suficiente.
- 13) Conocimiento de los participantes de algún código deontológico o de buenas prácticas, así como si lo aplican durante su práctica profesional y comentarios sobre si

consideran que su aplicación es necesaria en situaciones de emergencia. Todo ello con el fin de descubrir si realmente los códigos deontológicos son tan válidos teóricamente como en la práctica real cotidiana.

- 14) *Comentarios breves sobre algunas experiencias particularmente negativas* que han sufrido los intérpretes o mediadores al ejercer como tal durante la actual pandemia, con el fin de mostrar la realidad profesional de estos “intérpretes en primera línea”.
- 15) *Consideraciones* de los participantes sobre si la *falta de intérpretes o mediadores interculturales ha afectado de manera negativa* a la provisión de una atención de calidad para la población inmigrante afectada por la COVID-19.
- 16) *Comentarios adicionales y sugerencias*: espacio reservado para aquellos participantes que quisieran compartir, sincerarse o proponer diversas experiencias o puntos de vista que les hayan resultado particularmente interesantes.

Una vez redactadas y revisadas, se distribuyeron al público objetivo—los intérpretes sanitarios y mediadores interculturales que prestaron sus servicios durante el transcurso de la pandemia—por varias redes sociales (grupos especializados de Facebook como “Medical Interpreters English/Spanish” o “Medical Translation and Interpreting Crew”, LinkedIn, Twitter y Whatsapp) que ilustran en sus respuestas sus perspectivas acerca de la situación actual en esta profesión. En un principio se iban a destinar solo a aquellos intérpretes que residían en España, pero, al comprobar que la recopilación de datos resultó tediosa y bastante lenta, se elaboró otra encuesta en inglés para expandir el público objetivo a nivel internacional. De todas las personas y grupos contactados, únicamente contestaron 10 personas en total (6 a la encuesta en español, y 4 a la versión en inglés). No obstante, se consiguieron muchas más respuestas y comentarios que, como se comprobará en el apartado siguiente, han resultado muy reveladores, relevantes e informativos en lo que al objeto de estudio de la presente investigación se refiere.

4. Análisis

4.1 Datos demográficos y laborales

Esta pregunta era puramente demográfica, cuya finalidad era tener una perspectiva general del compendio de datos en el que se enmarcaban los resultados de las encuestas. Los participantes, como ya se comentó previamente, provenían de países y ámbitos socio-culturales distintos, cuestión que se ve representada en la ilustración 13 (perteneciente a la versión en español de la encuesta, en adelante “ES”) y en la 14 (el de la versión en inglés, en lo sucesivo, “EN”):

¿De dónde es? o ¿Dónde vive?

4 respuestas

De España / Marruecos (bi nacional)

De España. En Inglaterra.

Soy de Ávila y vivo en Madrid

España

Where are you from?

4 respuestas

United States

Spain

Florida USA

Peru, living in USA

Ilustración 13. Respuestas en español a la pregunta 1.

Ilustración 14. Respuestas en inglés a la pregunta 1.

Sus datos laborales, es decir, si trabajaron como intérpretes o mediadores interculturales en el ámbito sanitario durante la pandemia se ven reflejados en los gráficos 1 y 2, ambos de la versión en español y en inglés, respectivamente:

¿Ha trabajado como intérprete o mediador intercultural en el ámbito sanitario en esta pandemia o durante el estado de alarma?

6 respuestas

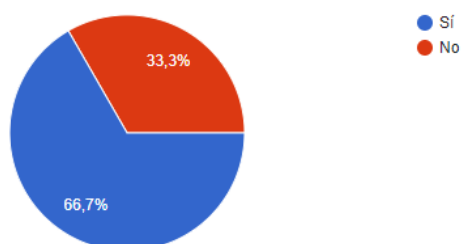


Gráfico 1. Respuestas en español a la pregunta 2.

Have you worked as a medical interpreter or intercultural mediator during the current pandemic?

4 respuestas

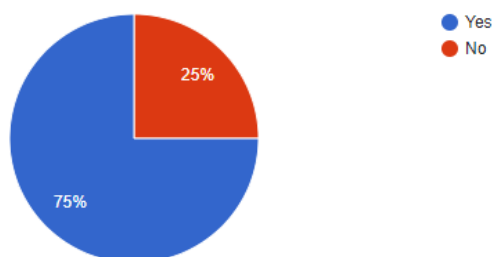


Gráfico 2. Respuestas en inglés a la pregunta 2.

De estos últimos dos gráficos podemos deducir que, a pesar de que un mínimo porcentaje (33,3% ES y 25% EN) contestaron que “no”, la gran mayoría de los participantes (66,7% ES y 75% EN) trabajaron como intérpretes sanitarios y/o mediadores interculturales durante el transcurso de la pandemia, por lo que su implicación en el estudio quedaba debidamente justificada.

4.2 Tipo de formación profesional y/o educación universitaria recibida

Ya en el marco teórico discutimos la importancia de las cualificaciones específicas que deben, o idealmente deberían, tener los intérpretes especializados en el ámbito sanitario en particular y en los servicios públicos en general. A pesar de que la teoría nos repetía continuamente la importancia de que aquellos intérpretes que fueran a ejercer en el contexto biomédico contaran con unos determinados estudios superiores o formación profesional especializada, la realidad nos demuestra que este hecho no siempre se cumple con rotundidad. Si bien es cierto que sería conveniente que todo intérprete poseyera competencias específicas acerca de la rama del conocimiento a la que se dedica, son a veces la práctica y la experiencia las que las reemplazan.

Últimamente, con el auge de los estudios en Traducción e Interpretación, esta práctica está pasando al olvido, dando paso a una nueva generación de intérpretes realmente preparados, aunque no con la experiencia necesaria, para adentrarse en el mundo de la Interpretación.

¿Ha recibido alguna formación profesional o educación universitaria que lo capacitara para ello?

6 respuestas

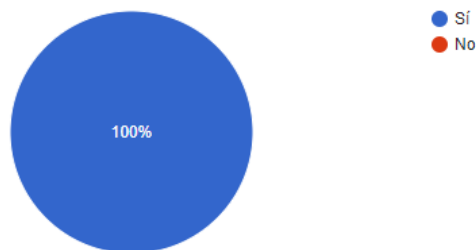


Gráfico 3. Respuestas en español a la pregunta 3.

Have you been professionally trained or received specialized education for it? (e.g. majored/got a bachelor's degree in Translation and Interpreting Studies, attended college/university...)

4 respuestas

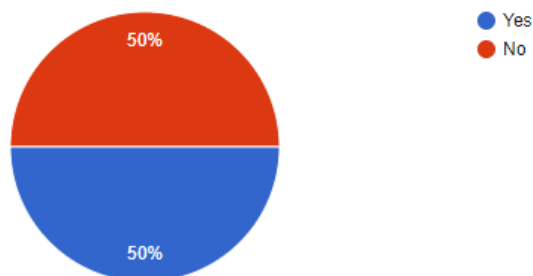


Gráfico 4. Respuestas en inglés a la pregunta 3.

En líneas generales, al observar las respuestas que nos muestran los gráficos 3 (ES) y 4 (EN), nos percatamos de algunos datos curiosos: (1) el 100% de intérpretes sanitarios que cumplían las condiciones establecidas en las preguntas anteriores y que residen o poseen la nacionalidad española contestaron que recibieron algún tipo de educación o formación específica que les capacitó para ejercer como tal; (2) por el contrario, de aquellos participantes que respondieron a la encuesta EN, la gran mayoría residentes en Estados Unidos, solo un 50% poseía formación específica. Esto significa que el 50% restante o bien no cuenta con estudios superiores en Traducción e Interpretación, ejerce como intérprete por circunstancias ajenas a la profesión en sí, o sus estudios universitarios pertenecen a otras ramas del conocimiento.

No obstante, estas respuestas resultan interesantes debido al hecho de que, para poder realmente ejercer como intérprete médico en Estados Unidos, se necesita obtener una acreditación profesional (como la de NBCMI o la de NCIHC), acreditación que solo se consigue a través de la realización de un examen. Todo ello, a su vez, nos conduce a una

pregunta: Realísticamente, ¿qué tiene más cabida a la hora de ejercer como intérprete sanitario a nivel profesional, la experiencia o la formación?

4.3 Perspectivas sobre las figuras de “intérprete” y “mediador intercultural”

Esta pregunta pretendía buscar la visión de los participantes, como profesionales, acerca de estas dos figuras, así como contrastarla con la perspectiva de la población en general. A pesar de estar dirigida a aquellos intérpretes residentes en España, las respuestas recibidas resultaron ser muy similares. Además de las opciones comunes de “Sí”, “No” o “NS/NC”, se añadió la de “Otro” para que pudieran comentar sus propias experiencias. Todo ello lo comprobamos en el gráfico 5, que se muestra a continuación:

Según su propia experiencia, ¿cree que la población general conoce la labor del intérprete?
¿Considera que existe confusión entre la figura del intérprete y la del mediador?
6 respuestas

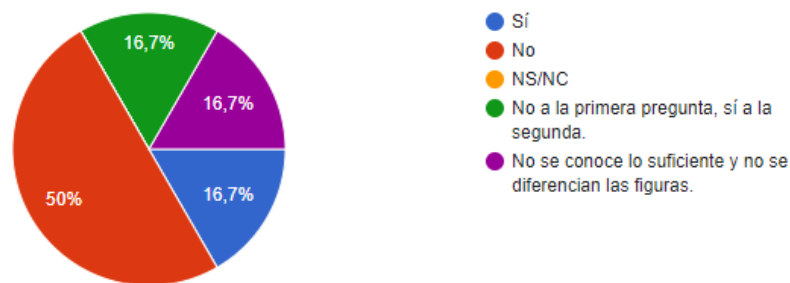


Gráfico 5. Respuestas en español a la pregunta 5

Al observar el gráfico anterior nos cercioramos de que la gran mayoría de respuestas coinciden en un aspecto esencial, el cual se supuso ya en el marco teórico: la población general, categoría que también podría albergar a los profesionales sanitarios, no conoce ni diferencia las figuras de “intérprete” y “mediador”.

Esto confirma que los límites entre ambas figuras continúan siendo difusos, superponiéndose y extendiendo sus límites profesionales debido a este desconocimiento general. Todavía se continúa demandando al intérprete realizar labores de mediador, cuando se supone que solo debería ser un “mero transmisor lingüístico”, y viceversa. Sin embargo, sabemos que, de hecho, es la situación o el contexto concreto el que dicta la adopción de una figura u otra. No existen reglas universales aplicables a todos los encargos a los que se enfrenta un intérprete o mediador en su vida diaria, sino más bien circunstancias específicas que requieren, como tal, de soluciones personalizadas.

Como ya comentábamos en el marco teórico, esta realidad no es reciente. Además, como afirman las respuestas anteriores, tampoco hemos logrado mejorar esta percepción. La necesidad de la profesionalización, y distinción clara, de la TISP se torna imprescindible al observar resultados como estos.

4.4 Grado de formación de estudiantes y/o profesionales y su capacidad para enfrentarse a situaciones de emergencia

No es de extrañar que casi todas las contestaciones a esta pregunta sean negativas. Si bien es cierto que los estudiantes de interpretación, ya sea especializada en los servicios públicos o en general, cuentan con la formación adecuada para poder realizar la labor que se

espera de ellos con solvencia, la realidad indica que probablemente no serían capaces de enfrentarse a situaciones de crisis como la actual:

¿Cree que los estudiantes o profesionales de la interpretación en los SSPP y la mediación están lo suficientemente formados como para enfrentarse a situaciones de emergencia sanitaria como la actual?

6 respuestas

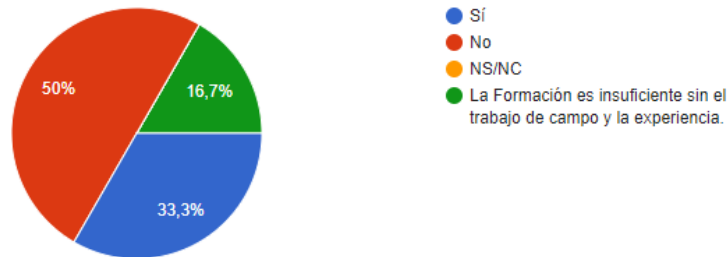


Gráfico 6. Respuestas en español a la pregunta 6

Do you believe that professional or students specialized in public service translation and interpreting are truly trained to be able to effectively face health emergency situations like the one we are living right now?

4 respuestas

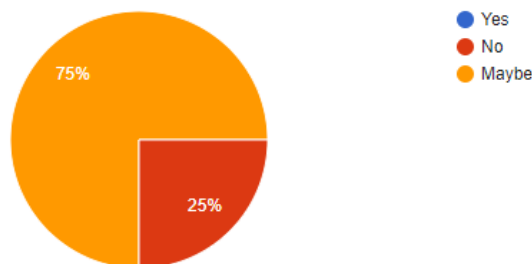


Gráfico 7. Respuestas en inglés a la pregunta 6

Al observar los gráficos 6 y 7 constatamos que la gran parte de los profesionales encuestados, aquellos que no respondieron “quizás”, consideran que como mucho los estudiantes reciben la teoría necesaria, pero que esta es insuficiente sin “el trabajo de campo y la experiencia”, como señala uno de los participantes en el gráfico 6 (ES). Los que se abstuvieron de ofrecer una respuesta concreta y respondieron “Quizás” (la mayoría del EN) es probable que hayan abordado esta pregunta en términos individualistas. Es decir, tal vez consideraron que todo depende de la formación y experiencia profesional o académica que haya recibido cada persona, por lo que estimaron no juzgar de manera tan superficial o estereotipada.

En definitiva, y a pesar de lo anterior, suponemos que existe una idea generalizada (y generalmente acertada) de que, profesional o estudiante, no es posible hacerle frente a una situación de crisis tan repentina como la actual sin tener una buena base en lo que a experiencia y trabajo de campo se refiere.

4.5 Modalidad de interpretación más utilizada durante la pandemia

Sabemos que la tipología de interpretación más común en el ámbito sanitario, especialmente en España, es la telefónica o, en menor proporción, la presencial. Sin embargo,

la rápida aparición de la pandemia se ha traducido en una transformación, igual de rápida, en las modalidades de la interpretación sanitaria con el fin de adaptarse lo mejor posible a la nueva realidad en la que nos encontramos. Así, la introducción de las nuevas tecnologías, como apuntamos, ha conducido a una nueva era en el campo de la TISP, cuyos cambios se evidencian en las respuestas siguientes:

¿Cuál diría que ha sido la modalidad de interpretación más utilizada durante la pandemia?

6 respuestas

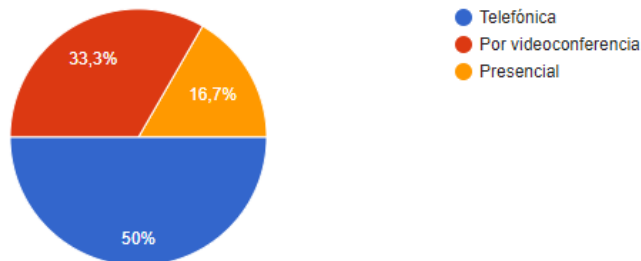


Gráfico 8. Respuestas en español a la pregunta 8

What was the most used mode of interpreting during this pandemic?

4 respuestas

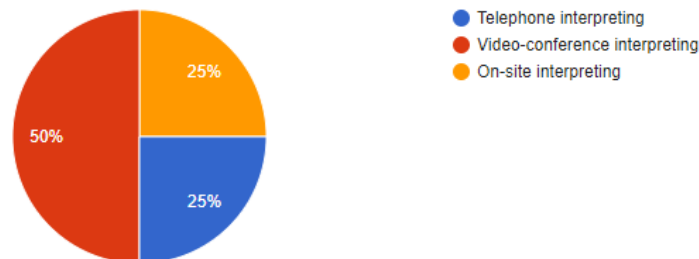


Gráfico 9. Respuestas en inglés a la pregunta 8

A pesar de la disparidad en las respuestas en las versiones ES y EN, sin duda debidas a una percepción distinta y a una mayor estima de la profesión de intérprete sanitario entre Estados Unidos y España, se aprecia una predominancia de la interpretación telefónica y por videoconferencia.

Sin embargo, en la versión en ES notamos la prevalencia de la interpretación telefónica (un 50%) a costa de las demás tipologías, un hecho que confirma la teoría vista anteriormente. Se observa también un ligero incremento de la interpretación por vídeo-conferencia, sin duda una consecuencia derivada de la crisis sanitaria que estamos viviendo.

En cuanto a la versión en EN se refiere, advertimos que la interpretación por vídeo-conferencia (un 50%) es la práctica más común en el ámbito sanitario en estos momentos. Cabe destacar que, a diferencia de España, es muy común que en Estados Unidos los hospitales integren en su propia plantilla un servicio de intérpretes, una cuestión que, después de transcurrir los meses más duros de la pandemia, puede justificar la presencia del 25% de participantes que prestaron sus servicios de forma presencial.

En resumen, la necesidad de incorporación de nuevas tecnologías a la interpretación sanitaria se ha visto incrementada por las circunstancias actuales. Esto, junto con los grandes y rápidos

cambios sufridos por los hospitales durante estos momentos, han obligado a los intérpretes sanitarios a adaptarse a un entorno desconocido e incluso, a llegar a masterizarlo.

4.6 Estatus laboral

Esta pregunta se confeccionó con el fin de arrojar luz a un tema candente y bastante controvertido: la cuestión del estatus laboral real (y formación) de las personas que ejercen como intérpretes sanitarios y/o mediadores interculturales. La teoría ya nos explicó que, en España, muchas de las personas que actúan en calidad de intérpretes sanitarios son voluntarios que no poseen la suficiente formación como para garantizar una comunicación imparcial, efectiva y de calidad. Esta noción cambia en otros lugares, como en Estados Unidos, donde la interpretación médica es una actividad profesional ampliamente reconocida:

¿Cuál es o fue su estatus laboral durante estos momentos?

6 respuestas

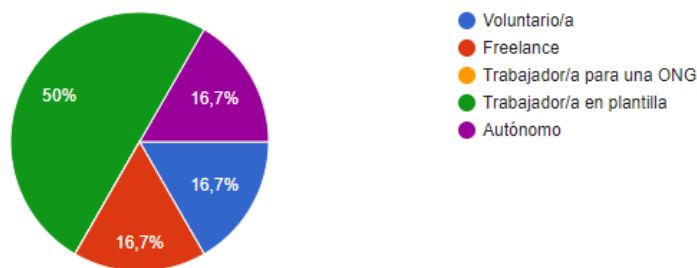


Gráfico 10. Respuestas en español a la pregunta 7

What was (or is) your work status during those times?

4 respuestas

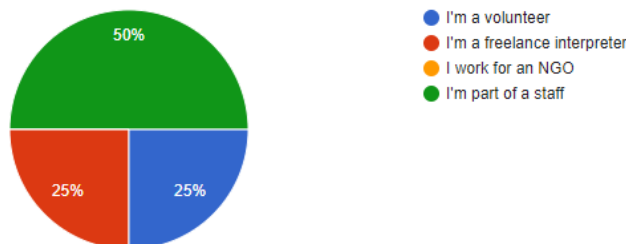


Gráfico 11. Respuestas en inglés a la pregunta 7

La práctica, una vez más, nos deja resultados inesperados. Comprobamos que, en España, la mayoría de los participantes (un 50%) pertenecen a un servicio de intérpretes en plantilla, pero que estos, probablemente, no pertenecen a la plantilla de intérpretes de un hospital en concreto. Curiosamente, en cuanto a las demás respuestas se refiere, no ha habido ningún participante que haya trabajado para alguna ONG, sino que todos han sido o intérpretes freelance (posiblemente subcontratados por alguna entidad particular) o voluntarios.

En cuanto a la versión en EN, la mitad de los participantes pertenecían a un servicio de intérpretes en plantilla, mientras que el resto eran, como en España, o freelance o voluntarios.

Así, estos datos revelan que existe casi una igualdad de condiciones en ambas versiones de la encuesta. Sin embargo, es importante mencionar que esta información dista de la realidad

generalizada que encontramos en nuestro país. Debido a las pocas respuestas recibidas, no se puede apreciar verdaderamente cómo es la situación existente entre la comunidad de intérpretes sanitarios. Según apreciamos en el marco teórico, estos son habitualmente subcontratados por los hospitales y centros de salud; práctica que continúa priorizándose a pesar de las consecuencias perjudiciales que ocasiona, a veces, a los usuarios.

4.7 Un servicio de intérpretes profesionales en plantilla en los hospitales: ¿una necesidad?

Esta cuestión surgió del interés de la autora del presente trabajo en conocer la visión de los intérpretes o mediadores en el ámbito sanitario sobre si consideraban necesario o conveniente el que los hospitales contaran con su propia plantilla de intérpretes profesionales. Para ello, se les presentaron varias opciones y se les solicitó que, tras responder, comentaran brevemente qué problemas se podrían haber evitado durante esta pandemia si el asunto que discutíamos fuera una realidad:

¿Cree que sería necesario que los hospitales dispusieran de un servicio de intérpretes profesionales en plantilla?

6 respuestas

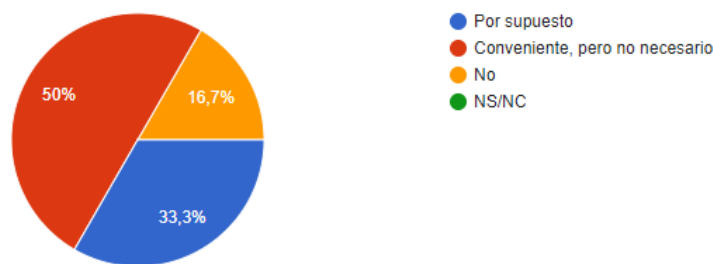


Gráfico 12. Respuestas en español a la pregunta 9

Do you think that hospitals/healthcare facilities should hire professional interpreters as part of its staff?

4 respuestas

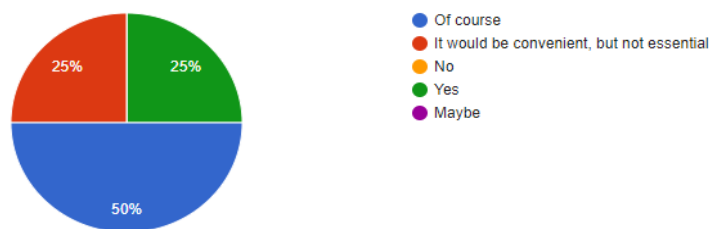


Gráfico 13. Respuestas en inglés a la pregunta 9

De acuerdo con los gráficos anteriores, aquellos que contestaron a la versión ES consideran, en su mayoría (50%), que esta plantilla de intérpretes sanitarios sería conveniente, pero no necesaria o esencial. Un 33,3% respondió “por supuesto”, y, curiosamente, un 16,7% no estimó este servicio como imprescindible.

En cuanto a los problemas que opinan que se podrían haber evitado si, en realidad, los hospitales o centros de salud contaran con un servicio de interpretación, un participante habló de “muchos problemas de comunicación, negligencias, etc.”, subrayando así el estado actual de esta cuestión. Otro sobre “malentendidos por terceros”, que deducimos que hace referencia tanto al personal sanitario como a los propios usuarios. Por otra parte, resultó peculiar que uno de ellos afirmara que en su “empresa hay intérpretes presenciales”, lo que nos lleva a preguntarnos si se trata de una empresa subcontratada por un hospital y que se encuentra a cargo de los servicios de interpretación del mismo, o si simplemente está integrada en la plantilla de trabajadores habituales del centro sanitario en cuestión.

La versión EN muestra un gráfico un poco diferente: de entre todas las respuestas ofrecidas, la mitad considera esencial el que exista un servicio de intérpretes profesionales, mientras que el resto solo piensa que sería conveniente. Ninguno de estos participantes contestó que no, lo que parece indicar la visión más “normalizada” que tienen estos profesionales sobre la interpretación sanitaria.

Aquí, los participantes mencionaron problemas realmente interesantes y relevantes, tales como:

- “Communication barriers. The main problem with staff who claims bilingualism is the communication barriers that happens when the language requires is higher level.” De hecho, aquí se pone de manifiesto la creencia generalizada existente entre la población sobre el bilingüismo. A día de hoy, miles de personas todavía consideran que ser bilingüe automáticamente significa ser traductor/intérprete, algo que, inexorablemente, se traslada al mundo profesional y deriva en una perpetuación de estas creencias.
- “Poor quality interpretation and frequent technical issues.” Sin lugar a dudas, este es una de las barreras más frecuentes encontradas a la hora de subcontratar a intérpretes, que, a pesar de estar titulados, no son especialistas en el mundo biosanitario. En consecuencia, la interpretación se torna pobre y estos pacientes no disfrutaban de su derecho a una atención sanitaria de calidad. Además, como bien apunta esta persona, los problemas técnicos se agravan (especialmente en estos momentos, donde la interpretación remota por video-conferencia está en auge), dificultando a su vez la labor de interpretación.
- “Miscommunication between providers and patients. Due to language barriers some patients don’t know 100% what was going on with their treatments/care.” La contestación anterior vuelve a subrayar la importancia de la labor de los intérpretes sanitarios, poniendo de manifiesto los riesgos derivados de la mala comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios. Por ejemplo, en la situación en la que nos encontramos, donde aún reina el COVID-19, los usuarios tienen el derecho y deberían saber a qué se están enfrentando, al igual que a conocer cuáles son los tratamientos que necesitan para sobrellevarlo. El incumplimiento de lo anterior comporta consecuencias nefastas e incluso peligrosas para la salud de los pacientes.

4.8 Utilización de estrategias de interpretación o mediación específicas

Ante los momentos de mayor estrés y tensión que, indudablemente, han tenido que sufrir los intérpretes sanitarios durante el transcurso de la pandemia, se vuelve un tanto imprescindible el contar con estrategias específicas que nos ayuden a controlar la amalgama de emociones y sentimientos en nuestro interior.

Por ello, se les preguntó a los participantes si utilizaban alguna táctica especial en estos momentos y, si era así, qué era lo que más le ayudaba:

¿Utiliza alguna estrategia de interpretación/mediación específica para hacer frente a los momentos de más estrés y tensión?

6 respuestas

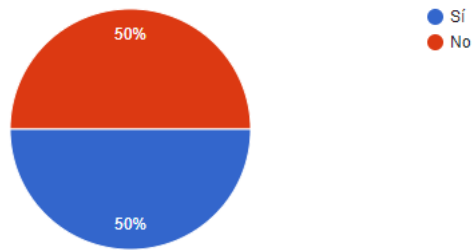


Gráfico 14. Respuestas en español a la pregunta 10

Do you make use of any specific interpreting/mediation strategies during times of crisis?

4 respuestas

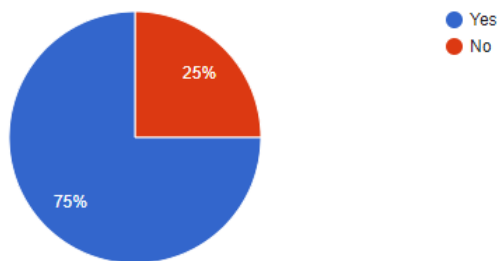


Gráfico 15. Respuestas en inglés a la pregunta 10

Examinando los gráficos nos percatamos de que, en la versión ES existe un 50% de los participantes que afirmaron que hacen uso de ciertas estrategias cuando se ven inmersos en momentos traumáticos, mientras que el otro 50% ha señalado que no. En la versión EN, por el contrario, la mayoría de respuestas son afirmativas, con tan solo un 25% que contestó que no. Al solicitarles que mencionaran de manera breve cuáles son sus estrategias favoritas o que más les ayudan, esto fue a lo que aludieron algunos de los participantes de la versión en ES:

- “Terapias alternativas contra el estrés”, entre las que podría incluirse la práctica del autocuidado o la respiración profunda, por ejemplo.
- “Precisión a la hora de hablar, usar palabras sencillas que ilustren bien lo que quiero decir y no redondear tanto”. Esta técnica es de gran utilidad en infinidad de situaciones interpretativas, no solo en aquellas que requieren prestar atención especial al control de los nervios, la tensión y el estrés. Sin embargo, es en estas últimas donde la precisión y la claridad en el lenguaje se convierte en esencial, puesto que puede ayudar también a calmar la mente y mantener una visión clara de la situación que tenemos de frente.
- “Comprender el contexto (la psicología del paciente y las explicaciones del personal sanitario)”. Sabemos que el contexto representa un aspecto primordial en la interpretación, tanto en la sanitaria como en el conjunto de las demás especialidades. Así pues, de esta técnica propuesta se infiere que el contexto es un elemento heterogéneo, compuesto por partes distintas que representan a un todo. De hecho, las acciones, voluntarias e involuntarias, que tomamos a la hora de interpretar se derivan de ese todo. Entonces, para poder asegurar que nos mantenemos sanos y centrados en

ocasiones traumáticas, debemos también asegurarnos de que comprendemos el contexto en el que nos situamos en su totalidad.

Por su parte, la versión EN presentó respuestas parecidas, aunque con algunos matices:

- “I had to practice a lot of patient advocacy and clarification. Most of the terms that were beginning to come out at the beginning were new to both the patients and the providers. So, there was a lot of clarification that had to occur in order for proper patient education to occur.” Esta afirmación habla, claramente, de lo que ocurría a principios de la pandemia. El participante en cuestión hace mención, también, a los papeles del intérprete, añadiendo así que apostó por el rol de abogacía por el paciente. Como se demuestra en la declaración anterior, los inicios de la pandemia fueron complicados para todos, tanto para los usuarios como para los profesionales sanitarios. Esto se trasladó al ámbito de la interpretación sanitaria, donde los intérpretes como nuestro participante tuvieron que pedir aclaraciones continuamente para conocer en profundidad de lo que estaban tratando, puesto que en muchas ocasiones se trataba de vida o muerte. Asimismo, no debemos olvidar el reto que supuso para los proveedores de servicios tratar a un paciente cuando ni siquiera ellos mismos estaban seguros de las consecuencias que iba a producir la COVID-19 o los efectos secundarios de los tratamientos que estaban administrando.
- “Different guided and non-guided sessions.” Las sesiones guiadas y no guiadas pueden hacer referencia a un amplio espectro de actividades y, puesto que este participante no comentó nada más acerca de esta cuestión, solo podemos suponer a lo que ha querido referirse. Por un lado, lo anterior puede hacer referencia a sesiones de meditación, que pueden ser guiadas o no, y que sin duda surten un potente efecto en lo que concierne a la relajación mental y física. Por otro lado, también ha podido aludir al hecho de sesiones de terapia psicológicas o encuentros profesionales en los que se requiere la presencia tanto de intérpretes como de los proveedores de servicios y de los propios pacientes.
- “Use of simultaneous interpreting for emergency encounters.” En el panorama en el que nos vemos inmersos, especialmente en los primeros meses de la pandemia, se ha debido recurrir a la interpretación simultánea para aquellas situaciones de más riesgo. A estas, además de las dificultades intrínsecas que conllevan, se les ha de añadir la falta de tiempo, un factor de gran importancia contra el que hay que luchar cuando las vidas de los pacientes corren grave peligro. Por ello, el cambio a la simultánea es una estrategia increíblemente eficaz para lidiar con usuarios afectados por COVID-19, ya que ahorra tiempo y permite agilizar todo el proceso de, si se requiere, el proceso de hospitalización.

Las estrategias anteriores, no obstante, no son universales. Cada intérprete cuenta con sus propios métodos de referencia que utiliza para sobrellevar lo mejor posible las situaciones problemáticas. Sin embargo, estas pueden servir como guía para todos aquellos que aún no cuenten con modelos de gestión de la tensión y el estrés, especialmente a la hora de tratar encargos relacionados con la COVID-19.

4.9 Aspectos que más afectan a la hora de interpretar

Ante una situación límite o de emergencia, lidiamos contra una multitud de factores que, a la hora de actuar en calidad de intérpretes, nos afectan en una amplia gama de grados, ya que dependen de aspectos tales como la personalidad del intérprete o su nivel de familiaridad con los encargos que debe realizar, entre otros.

Así, para averiguar cuáles eran los aspectos que más afectaban a los participantes a la hora de interpretar en la situación en la que nos encontramos, se les formuló la siguiente pregunta:

“Ante una situación límite o de emergencia, ¿qué aspecto considera que es el que más le afecta a la hora de realizar su labor como intérprete o mediador/a?”. Las personas que respondieron a la versión ES nombraron los siguientes:

- “Creo que el aspecto psicológico. Es algo que como intérpretes debemos saber controlar, pero es difícil.” Una vez más, observamos cómo lo psicológico comporta un arma de doble filo para los intérpretes: nos empeñamos en controlarlo, pero no sabemos bien cómo o acaba por sobrepasarnos. Además, el peso del aspecto psicológico aumenta aún más cuando se trata de situaciones traumáticas, donde es posible que nos veamos sobrecogidos por nuestras emociones y corramos el riesgo de realizar interpretaciones de poca calidad o, lo que es más grave, no poder realizarlas.
- “La falta de medidas de protección.” La escasez de medidas de protección era evidente durante los inicios de la pandemia. Ya sea mascarillas, EPIs para los profesionales sanitarios o el simple hecho de la enorme cantidad de casos contagiados, el riesgo de contraer el virus era extremo. Por ello, es entendible que, a día de hoy, siga existiendo este miedo en el colectivo de intérpretes. Esto, unido al desconocimiento generalizado de la profesión del intérprete sanitario y la escasa dignificación de su trabajo, empeora invariablemente la situación.
- “Continúo haciendo mi trabajo como siempre. Tengo claro cuál es mi trabajo.” Contrariamente a las demás respuestas, este/a participante ha dejado claro que conoce los límites profesionales de su profesión y que no se deja intimidar por ningún otro factor externo. De esta manera, nos muestra que saber decir “no” a un encargo de interpretación si no se está seguro de poseer los conocimientos, formación o fortaleza mental necesarios es una destreza que todo intérprete sanitario debería conseguir masterizar en el transcurso de su carrera profesional.
- “El miedo e inseguridad de pacientes y de los propios intérpretes, todos somos personas, al fin y al cabo.” Esta visión que nos proporciona otro/a participante va en línea con uno de los temas más presentes durante estos tiempos: el miedo, la inseguridad y, no menos importante, la impotencia. Es innegable que las tres emociones anteriores comportan toda una serie de consecuencias que afectan de manera negativa a la labor del intérprete. Si a estas tres se le añade la vulnerabilidad y el peligro al que se ven expuestos los pacientes, los profesionales sanitarios y hasta los propios intérpretes, contribuyen a darle un significado más intenso a ese calificativo de “todos somos personas, al fin y al cabo”.
- “El sufrimiento del paciente.” Al hilo de lo anterior, encontramos esta otra contestación. Sin duda, el sufrimiento del paciente desempeña uno de los roles más significativos que perjudican en gran medida el cumplimiento de las funciones de los intérpretes sanitarios. Las barreras lingüísticas y culturales solo empeoran ese sufrimiento. Como vimos en el marco teórico, muchos usuarios pertenecientes a la comunidad inmigrante no contaron con la atención de calidad a la que tenían derecho durante la pandemia, derivando incluso en la muerte de muchos de los mismos.

La versión EN presentó respuestas similares, que se comentan a continuación:

- “Lack of education/understanding as to how to work with interpreters. Challenges for video interpreters.” Aquí, podemos apreciar que se subraya la importancia de educar a los proveedores de servicios, en este caso a los profesionales sanitarios, sobre cómo trabajar con intérpretes. El no hacerlo origina infinidad de complicaciones que solo impiden realizar interpretaciones de calidad. Además, pueden surgir malentendidos por terceros o incluso generar desconfianza en el paciente. Los intérpretes remotos que trabajan por vídeo-conferencia, según apunta este/a participante, también plantean desafíos varios. Por una parte, tenemos la novedad, la falta de costumbre y la poca

formación recibida sobre nuevas tecnologías en el campo de la interpretación por gran parte de los intérpretes sanitarios. Por otra, tenemos las dificultades técnicas intrínsecas, y a menudo inesperadas, que se pueden producir en los momentos más inoportunos. Si a esto le sumamos la posible baja calidad de audio, la inexistencia de comunicación no verbal directa o la posible emergencia del encargo, es comprensible que la situación pueda sobrepasar a los intérpretes.

- “Lack of time to prepare. Most of the time in COVID cases you have to switch to simultaneous interpreting. This did not allow me to ask questions to the providers to better prepare myself. Most of the COVID pandemic led to baptism by fire.” Sin duda, coincidimos con todo lo mencionado en la respuesta anterior. La falta de preparación, ya sea psicológica, lingüística o emocional, ha sido uno de los factores que parece haber afectado a la mayoría de intérpretes sanitarios que han prestado sus servicios durante el transcurso de la pandemia. La inminente aparición de la misma, así como su rápida evolución (a menudo negativa), ha supuesto una verdadera prueba de fuego para todos.
- “The stress of the situation and during COVID times, the fear of getting exposed to the virus.” Una vez más, se hace referencia al estrés general que comportan las situaciones traumáticas, incorporando también el factor del miedo a exponerse al virus que, por su parte, comportan los encargos de casos de COVID.

En suma, a raíz de las contestaciones aportadas por todos los participantes, hemos observado una clara tendencia a la repetición de ciertos factores comunes como el miedo a contraer el virus, el componente emocional de estos encargos, la falta de preparación debido a la novedad de la situación o el sufrimiento del paciente. Ahora, transcurridos ya varios meses y “habituados” en mayor medida a esta realidad, convendría hacer un esfuerzo por tratar de mejorar estos aspectos y no dejar que la “fatiga pandémica” lleve las riendas de nuestras vidas profesionales.

4.10 El impacto psicológico en los intérpretes y mediadores en el ámbito sanitario, ¿mayor que en otras especialidades?

La presente pregunta se sugirió con motivo de conocer cuál era la visión de los participantes acerca de la huella psicológica en los intérpretes sanitarios y MILICS, y si consideraban que estos profesionales la sufrían más que en otras especialidades. El contexto biosanitario es, por excelencia y junto al jurídico-judicial, uno de los ámbitos de los servicios públicos con mayor carga emocional. Esta, en consecuencia, se traslada al aspecto psicológico y causa toda una amalgama de factores estresantes que, a menudo, derivan en enfermedades más graves como el “trauma vicario”, por ejemplo.

A continuación, se muestran las contestaciones recibidas:

¿Cree que la figura del intérprete en los servicios públicos o MILICS sufre un mayor impacto psicológico que otras especialidades?

6 respuestas

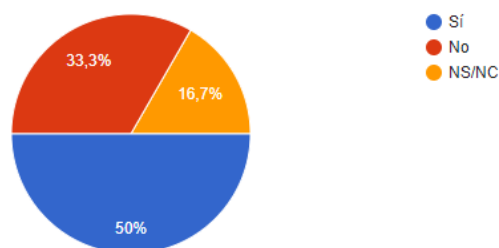


Gráfico 16. Respuestas en español a la pregunta 11

Do you believe that public service/community interpreters and mediators bear the biggest psychological brunt? (When compared to other interpreting specialties)

4 respuestas

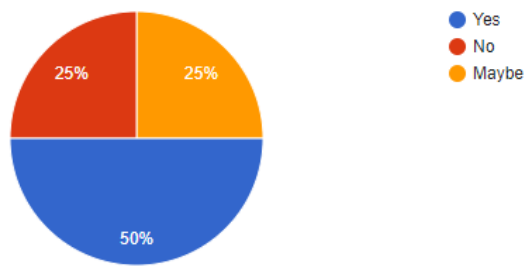


Gráfico 17. Respuestas en inglés a la pregunta 11

En ambos gráficos (16 y 17) observamos una clara mayoría de respuestas afirmativas (en ambas un 50%), lo que parece sugerir que un amplio conjunto de los participantes que contestaron, ellos mismos intérpretes o mediadores en el ámbito sanitario, consideran que sufren un mayor impacto psicológico que en otras especialidades. No es necesario describir las razones que conducen a esta percepción, puesto que ya se comentaron brevemente en el marco teórico. Sin embargo, coincidimos con los participantes en que, efectivamente, la especialidad biosanitaria es una de las que más se ve afectada por obstáculos psicológicos.

4.11 Papeles o roles desempeñados

Ya conocemos la teoría existente que gira en torno a los papeles o roles que adoptan los intérpretes sanitarios dependiendo de la situación, o de la adherencia o no a un estricto código ético, en la que se encuentran.

Así, se ha querido mostrar cuál era el escenario actual en cuanto al presente objeto de estudio se refiere, escenario que se muestra a través de los gráficos siguientes:

¿Ha adoptado algún "rol" concreto como intérprete/MILICS? Por rol nos referimos a los modelos de "papeles" del intérprete o mediador/a: imparcialidad, abogacía por alguna de las partes implicadas...

6 respuestas

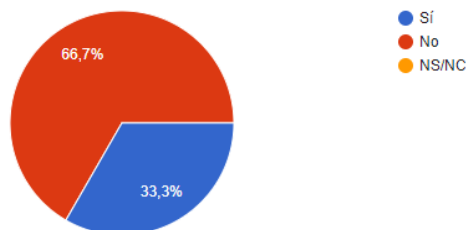


Gráfico 18. Respuestas en español a la pregunta 12

Have you adopted any specific "role" when working as an interpreter/mediator? By role we refer to: being neutral and impartial, siding with one of the interested parties...

4 respuestas

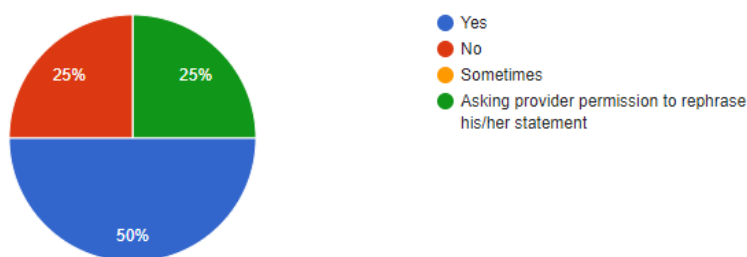


Gráfico 19. Respuestas en inglés a la pregunta 12

Examinando el gráfico 18, perteneciente a la versión en ES, nos percatamos de que casi la totalidad de participantes respondieron negativamente (un 66,7%), afirmando que no desempeñan ningún papel específico al actuar en calidad de intérpretes sanitarios. Solo un 33,3% contestó de manera afirmativa. Por su parte, el gráfico 19 muestra las respuestas de los participantes de la versión en EN. En él advertimos un contraste con el de ES. Aquí, un 50% de las personas que contestaron a la encuesta respondieron que sí, en el que podríamos incluir ese 25% que comentó que su rol desempeñado fue el de “asking provider permission to rephrase his/her statement”. Solo un 25% respondió de forma negativa.

Además de preguntarles por su opinión, se les pidió que, en caso afirmativo, comentaran explícitamente qué es lo que habían realizado para desempeñar ese papel. En el caso de la versión ES, estas fueron algunas de las respuestas recibidas:

- “Profesionalidad, discreción y guardar el secreto profesional”. Este/a participante aboga, mediante esta declaración, por la adherencia a un código de buenas prácticas, por lo que podemos deducir que apuesta por la imparcialidad y la neutralidad a la hora de realizar su trabajo.
- “He actuado solo como intérprete; para mí la mediación es un papel completamente diferente que no se debería mezclar mucho sin conocimiento de lo que se media”. Así pues, coincidimos con este testimonio al establecer que la mediación y la interpretación son, aunque a menudo sus límites resultan difusos, profesiones distintas que requieren de habilidades diferentes. Aunque sus competencias profesionales pueden entrelazarse, no es aconsejable, tal y como comenta este/a participante, actuar como mediador si no se tiene conocimiento de las funciones del mismo. El papel por el que se aboga aquí no es otro que el del mero trasvase lingüístico de información de la manera más fiel y adecuada posible.

Los participantes que contestaron a las encuestas en EN explicaron lo que se indica a continuación:

- “I had to often side with the patients. Most of the providers in my area are growing cold towards patients with COVID or COVID complaints. I, luckily, am a staff interpreter and have a great relationship with my providers. They sometimes dismiss what the patients say as the ‘Hispanic Panic’. I often have to explain cultural barriers to them that they otherwise would not understand.” Aquí podemos apreciar con claridad cómo este/a participante tuvo que adoptar el papel de “amigo del paciente” o alinearse con ellos para garantizar que recibían la atención sanitaria a la que tenían derecho por estar enfermos o presentar síntomas de COVID-19. Además, menciona el término “Hispanic Panic”, una palabra de la jerga estadounidense que se

refiere a una condición médica que, según el Urban Dictionary¹¹, es “a state of being typically seen in the (female) Hispanic community. Characterized by increased heart rate, rapid respirations, crying, wailing, fainting or fake fainting.” Desafortunadamente, algunos de los síntomas mencionados previamente parecen coincidir con los del COVID-19, razón por la que los profesionales sanitarios, al tratar con un paciente de la comunidad hispana que presente dichos síntomas, lo catalogan como tal.

- “Being neutral and impartial as much as possible”. Una vez más, advertimos el rol imparcial por el que aboga este/a participante. No obstante, nos percatamos de que esta imparcialidad y neutralidad no puede ser total. La adición de “as much as possible” al final de la frase verifica que existen situaciones que requieren, aunque mínima, de mediación.

En resumen, varios son los papeles que puede desempeñar un intérprete sanitario a la hora de llevar a cabo su actividad profesional. La elección de unos u otros es puramente personal, condicionada por factores externos tales como el escenario del encargo, la urgencia del mismo o la familiaridad del intérprete o proveedor de servicios con el trabajo del otro y viceversa. Está en mano de cada profesional respaldarse en un rol o en otro, así como estar al tanto de las diversas consecuencias éticas y morales que puede comportar su decisión.

4.12 Solicitud o recepción de ayuda psicológica durante la pandemia

Continuando con el análisis de los aspectos psicológicos, se les preguntó a los encuestados si recibieron o solicitaron ayuda psicológica de algún tipo durante los momentos más duros de la pandemia. Además, se les solicitó que contestaran si conocían a algún/a intérprete o mediador/a que lo hubiera hecho, y si esa ayuda psicológica recibida fue la suficiente o no.

En el marco teórico discutimos brevemente algunas maneras disponibles que ayudan a los intérpretes a gestionar el estrés y demás factores psicológicos que les afectan en su vida cotidiana. Entre otros, hablamos sobre el autocuidado y el *debriefing*. Por ello, el propósito de esta pregunta era el descubrir si, en efecto, la cantidad y calidad de ayuda psicológica recibida por aquellos intérpretes encuestados que contestaron afirmativamente fue la adecuada.

A continuación, se muestran sus respuestas en ES y EN:

¿Recibió o solicitó durante ese tiempo ayuda psicológica de algún tipo? ¿Conoce a algún intérprete o mediador/a que lo haya hecho? ¿Considera que la ayuda psicológica recibida fue suficiente?

6 respuestas

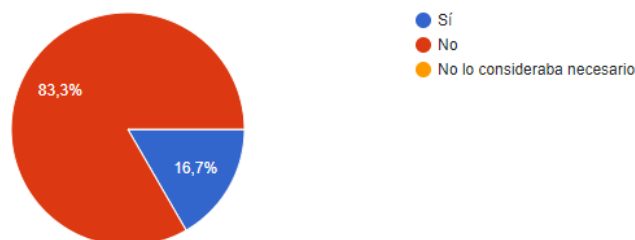


Gráfico 20. Respuestas en español a la pregunta 13

¹¹ <https://www.urbandictionary.com/define.php?term=Hispanic%20Panic>

Did you get or ask for any kind of psychological support during that period of time? Do you know any interpreter/mediator that has? If you did, do you think it was enough?

4 respuestas

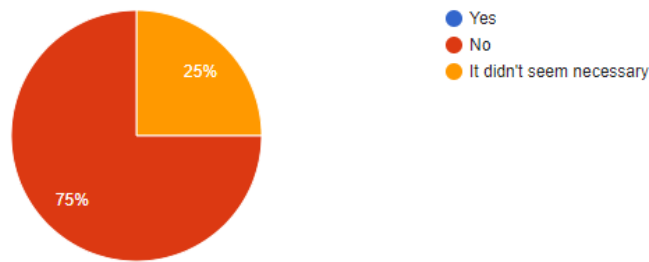


Gráfico 21. Respuestas en inglés a la pregunta 13

Contrario a lo esperado, la mayoría de respuestas en ambas encuestas fueron negativas, con tan solo un 16,7% en la versión ES que respondió afirmativamente, y un 25% en la versión en EN que comentó que “no le pareció necesario”. Sin embargo, esto no significa que no hayan contado con otro tipo de ayuda psicológica “no profesional” que les ayudara a desprenderse, desahogarse y catalogar todos los sentimientos que experimentaron durante estos momentos tan duros.

4.12 Conocimiento y aplicación de códigos deontológicos

La teoría nos enseña que, como intérpretes, debemos comprender y adherirnos a ciertos códigos deontológicos y de buenas prácticas con el fin de garantizar nuestra profesionalidad a la hora de desarrollar nuestra labor.

Sin embargo, sabemos la teoría difiere en cierta medida de la praxis en varios aspectos, así como que no todos los pilares señalados en los códigos deontológicos son aplicables a cualquier contexto. Por ello, con el propósito de conocer la realidad de la cuestión, se les formuló esta pregunta a los encuestados, a la que contestaron lo siguiente:

¿Conoce algún código deontológico o de buenas prácticas? ¿Lo aplica durante su práctica profesional?

6 respuestas

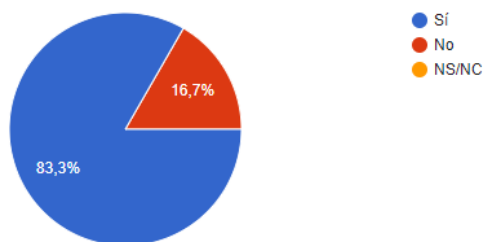


Gráfico 22. Respuestas en español a la pregunta 14

Do you know or follow any code of ethics when interpreting/mediating?

4 respuestas

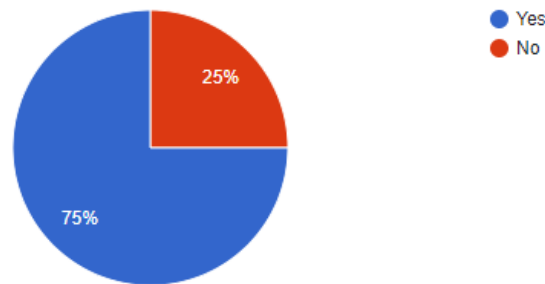


Gráfico 23. Respuestas en inglés a la pregunta 14

Al examinar los gráficos 22 y 23 verificamos la universalidad casi total de respuestas afirmativas proporcionadas por los encuestados. De la versión en ES, un 83,3% respondieron que tanto conocían como aplicaban durante su práctica profesional algún código ético o de buenas prácticas. Tan solo un 16,7% contestó de manera negativa. Por su parte, encontramos un 75% de respuestas afirmativas en la versión EN, con un 25% de respuestas negativas.

A aquellos que contestaron afirmativamente se les formuló, asimismo, la siguiente pregunta: “¿considera que su aplicación es necesaria en situaciones de emergencia?” En esta ocasión, volvemos a contar con un 83,3% de respuestas positivas en la versión ES, mientras que en la EN tenemos, una vez más, un 75% de afirmaciones.

Todo ello nos deriva a una conclusión: aquellos que contestaron que “no” o bien no los conoce y por ello, no los considera necesarios y no los aplica; o bien los conoce, pero prefiere adherirse a su propia moralidad a la hora de enfrentarse a algún encargo particularmente difícil, como aquellos derivados de situaciones de emergencia.

No obstante, una cosa es cierta: no todos los principios explicados teóricamente en los códigos deontológicos son igualmente válidos en la práctica. Al fin y al cabo, siempre habrá que hacer uso del sentido común para lidiar con aquellas situaciones “limbo”, esas que no pueden ubicarse ni entre la mediación ni entre la estricta adhesión a los tan avalados valores de confidencialidad, imparcialidad y neutralidad inherentes a la interpretación sanitaria.

4.13 Descripción de experiencias personales

Esta pregunta fue formulada con la finalidad de conocer la realidad de estos intérpretes en primera línea. La visión personal de la autora del presente trabajo le dicta que no hay mejor aprendizaje que la experiencia, y que el educarse a través del trabajo de campo de profesionales en la materia es una de las formas más eficaces de ilustrar todo lo aprendido en la teoría. De esta manera, se les preguntó a los encuestados si podrían comentar brevemente cuál fue su peor experiencia al ejercer como intérprete o mediador/a en el ámbito sanitario durante la pandemia. Esto fue lo que contestaron algunos en la versión ES:

- “El tener que decirle a alguien que va a perder la vida debido a alguna enfermedad”.
- “Lidiar con el miedo de todos”. Sin duda, uno de los factores prioritarios durante estos tiempos tan inciertos, que afecta en gran medida al componente emocional humano.
- En esta ocasión, la persona encuestada nos propone una divertida, y nos cuenta que tuvo que “avisar al cliente del siguiente resultado: ‘Prueba PCR indeterminada’”.

La versión en EN nos brindó las siguientes experiencias sumamente interesantes:

- “Participants often talking at the same time. Difficulty understanding people due to mask wearing.” Esta persona anota, acertadamente, una de las dificultades añadidas y novedosas originadas por el COVID-19 a la hora de interpretar: llevar mascarilla. Esta, dejando a un lado sus beneficios en cuanto a protección del virus se refiere, supone una barrera más durante la interpretación. No solo se tienen problemas al entender, en este caso, a los pacientes. Debido a ello, también tenemos que alzar la voz, un instrumento imprescindible para los intérpretes, llegando incluso a dañarla. Y, por último, y no menos importante, presentamos más dificultades respiratorias, lo que puede contribuir a esa sensación de ansiedad y estrés que experimentamos al interpretar.
- Otro/a encuestado/a mencionó que “there have been many times where a patient has had an appointment with us because they were told to have a hospital follow up with their PCP. At the beginning of the pandemic this would be a patient whose family member had recently died from COVID complications. In short, it led to counseling sessions along with physical checkups.” Observamos cómo aquí se mezcla el componente lingüístico con el psicológico, y cómo este/a intérprete ha tenido que extender sus límites profesionales, hasta el punto de ofrecer a los pacientes afectados por causas relacionadas con el COVID-19 sesiones de terapia o realizar exámenes físicos.
- “Some providers skipped our services due o the lack of PPE or not enough VRI equipment to meet the demand or technical difficulties. So many relatives didn’t know what was going on with their loved ones. As much as we wanted to help, we couldn’t. Also, the emotional side of the encounters: helping relatives/patients to say good bye to their loved ones, delivering bad news in the middle of the night, or rushing to get consent for experimental treatments.” Este/a participante habla, en la línea de la primera respuesta que se ha comentado, sobre las dificultades físicas impuestas por el COVID-19. Una de las más graves ha sido, sin duda, la falta de material sanitario, de equipos de protección o del equipo técnico necesario para hacer frente a la enorme demanda de interpretación que, sin lugar a dudas, ha tenido lugar en todo Estados Unidos. Como bien apunta este/a encuestado/a, y como ya señalamos previamente, el componente emocional de estos encargos no tuvo parangón.

La lectura de las experiencias anteriores nos subraya todos los aspectos problemáticos, barreras y dificultades impuestas a los intérpretes y mediadores sanitarios, especialmente al inicio de la pandemia. Asimismo, nos recuerda la importancia de esta actividad profesional, sin la que seguramente no se habrían podido salvar tantas vidas y sin la que, al igual, los pacientes de la comunidad inmigrante de todo el mundo no habrían tenido la oportunidad de acceder al sistema sanitario con garantías de comprender realmente a qué se están enfrentando.

4.14 La falta de intérpretes o mediadores interculturales vs. la provisión de una atención de calidad a la población inmigrante

Garantizar una atención sanitaria de calidad a la comunidad inmigrante cobra especial importancia cuando se trata de usuarios afectados por el COVID-19. Sin embargo, esta atención y, en consecuencia, la calidad con la que se presta, se ven mermadas por la gran demanda de servicios lingüísticos y la falta de intérpretes y mediadores culturales necesarios para proveerlos. A fin de conocer la percepción de los participantes sobre el asunto en cuestión, se les formuló la siguiente pregunta: “¿Considera que la falta de intérpretes o mediadores interculturales ha afectado negativamente a la provisión de una atención de

calidad para la población inmigrante afectada por la COVID-19?”. Sus respuestas las mostramos a continuación:

¿Considera que la falta de intérpretes o mediadores interculturales ha afectado negativamente a la provisión de una atención de calidad para la población inmigrante afectada por la COVID-19?

6 respuestas

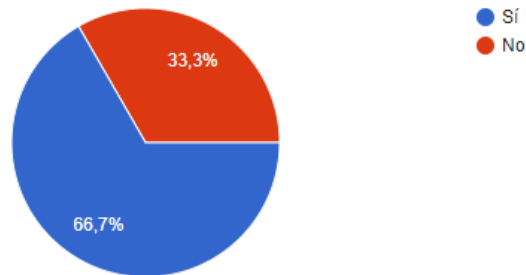


Gráfico 25. Respuestas en español a la pregunta 16

Do you believe that the lack of medical interpreters/mediators has negatively affected the provision of quality care for the immigrant population suffering from Covid-19?

4 respuestas

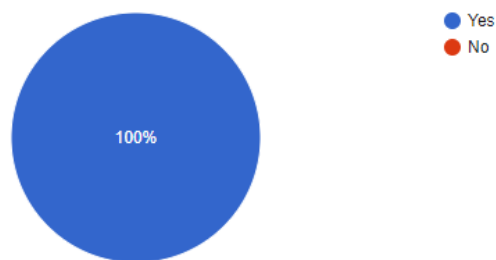


Gráfico 26. Respuestas en inglés a la pregunta 16

Estudiando ambos gráficos nos percatamos de la casi unanimidad de respuestas afirmativas, con un 66,7% en el ES y la totalidad (un 100%) en el ES. Solo un 33,3% se atrevió a contestar negativamente en la encuesta en ES. Con ello, concluimos que casi todos los intérpretes y mediadores en el ámbito biosanitario coinciden en que, según apuntamos anteriormente, esta atención de calidad no ha podido garantizarse como se debería. Como sabemos, las consecuencias derivadas de esto son nefastas. Por ello, se espera que los errores cometidos en el mundo de la provisión de servicios lingüísticos sirvan como aprendizaje, así como manifiesten la importancia de “darle voz” a aquellas comunidades que no cuentan con voz propia.

4.15 Comentarios adicionales, sugerencias y propuestas

Finalmente, la última pregunta estuvo reservada para todo aquel que quisiera aportar sugerencias, comentarios o propuestas adicionales o, si lo preferían, comentar su visión general acerca de nuestro objeto de estudio.

A continuación, se muestran sus respuestas:

- “Creo que es muy importante que se regularice la profesión del intérprete y del mediador intercultural. Pero sin voluntad política, que creo que es lo que falta, es imposible”.
- “Ser traductor es una vocación y una profesión con todas sus implicaciones”.
- Este/a encuestado/a, de la versión EN, propone: “Standard directives/education/protocols for patients, providers and interpreters”.
- “This pandemic has been hard. Patients were confused, society was confused. No one is coming out unscathed. I think this shows a mixture of things to people: most people do not understand medicine as it is, especially in the immigrant communities that have not had the same access to education as most Americans. The way we talk to patients has to change. When providers get responses they don’t understand, they think it’s because the patients are not educated or non-compliant. It’s never that simple. Culture affects care, language affects care. We have to be better if we want to make sure minority groups properly receive healthcare”.
- “In addition, I think it is time for Medical Professionals in these communities to educate their people so the intersection of western medicine and minority communities is seamless. We need more minority Medical Professionals in health care from minority communities. We need more diversity”.
- “We shifted many encounters from in person to remote to avoid direct contact. Unfortunately, some of the Spanish speaking patients are not computer-literate, they struggled with new technology (especialmente durante telemedicina follow up appointments) or they don’t have access to a smartphone or computer”.

Todas estas respuestas subrayan la raíz de la gran mayoría de problemas de comunicación que la interpretación sanitaria ha experimentado durante la pandemia: los problemas técnicos y tecnológicos (o la falta de los mismos en la población inmigrante más desfavorecida), el miedo a ser expuestos al virus y la falta de suficientes medidas de protección, el estrés y el componente emocional inherente a las situaciones de emergencia, y la escasa educación de tanto pacientes como proveedores de servicios en cuanto a este virus se refiere, sin duda debido a la novedad de la aparición de la situación en sí.

Además de las experiencias descritas con anterioridad, la pandemia y las barreras lingüísticas se han extrapolado a otro asunto más reciente y aún más peligroso: el acceso a las vacunas. Así, según un artículo publicado en *Medscape*¹² por Brenda Goodman el pasado 23 de abril de 2021, en Estados Unidos, el vacunarse comporta ciertos obstáculos para aquellas personas que no hablan inglés. En este país, ha sido el resultado de la administración del gobierno de Trump, que en 2020 eliminó todas las medidas relacionadas con el acceso al sistema sanitario por parte de la comunidad inmigrante relacionadas con el multilingüismo del *Affordable Care Act* (ACA). Entre estas medidas se encontraban, entre otras, el acceso a documentos importantes en las 15 lenguas más habladas del estado en el que esta población residía y, lo que es peor, el derecho a la asistencia de un intérprete en su propia lengua si así lo requerían. La iniciativa de *Medscape* de revisar todas las páginas webs relacionadas con la vacunación en Estados Unidos no ha ofrecido resultados muy positivos. Se ha descubierto que, de todas las revisadas, algunas ofrecían traducción y otras ni siquiera contaban con esa opción o la traducción ofrecida era defectuosa.

A pesar de ello, la mayoría de páginas web que ofrecen información sanitaria a nivel internacional, ya no solo en Estados Unidos, confían en Google Translate a la hora de realizar

¹²https://www.medscape.com/viewarticle/949901?fbclid=IwAR0dQTobM5vahD731UrStZBpoWg5MaJ0WWbz9fpCit_aMmAagN4MzuIKNiU

sus traducciones. Esto, según Goodman (2021), supone varios problemas: (1) las traducciones que ofrece son demasiado literales, ocasionando confusión y malas interpretaciones de frases; (2) solo sirve como ayuda a quienes cuentan con un grado de literalidad, y de lectura, alto; y (3) dificultades técnicas, ya que como Google Translate solo reconoce y traduce texto, no considera como elementos potenciales de traducción a los mapas y tablas diseñados para orientar a las personas a los centros de vacunación.

La escasa información traducida sobre las vacunas, así como la falta de acceso a los servicios lingüísticos por la población inmigrante no solo les impide obtener la vacuna, sino que también les siembra semillas de duda. Según apunta un artículo publicado por Andrea Y. Henderson (2021) en *St. Louis Public Radio*¹³, estas personas “have a lot of rumors that the vaccine is not good and that it’s a government control issue. So, we really need to target this population, dispel those myths and rumors and also give them the information so that they can be vaccinated.” Asimismo, la poca alfabetización, un problema común entre la comunidad extranjera, levanta otra barrera en lo que al suministro de vacunas se refiere. Christopher Prater, un médico que atiende a inmigrantes y refugiados en un hospital de St. Louis, Estados Unidos, le comentó al *St. Louis Public Radio* que, a pesar de que muchos de sus pacientes conocen la existencia de información sobre la vacuna, el mensaje que se quiere transmitir se pierde debido a que no pueden leer en inglés o son personas analfabetas. Así, el médico también menciona que:

Because of the lack of English proficiency, sometimes there are those extra steps. The extra steps would be that you may need to rely on a friend or family member, a trusted community member in an organization or your health care provider, and not all of those will be readily available, so the vaccine issue falls down the list and may or may not get addressed.

Por otra parte, una cuestión que merece la pena mencionar es el estatus que presentan estos inmigrantes. Algunos se encuentran de manera ilegal en el país, un hecho que les origina una preocupación mayor: el ser deportados. Así, se alega que “some unauthorized immigrants worry that if they show up to get the vaccine, the federal immigration officials will be waiting to detain or arrest them outside vaccination sites.” Esto les obliga a tomar decisiones de gran carga moral, y, tal y como señala Diego Abente, gerente de Casa de Salud en St. Louis, una clínica que atiende mayormente a inmigrantes Hispanos en el artículo del *St. Louis Public Radio*:

In the Hispanic community, getting on a list is the last thing you want to do, because it’s a sign of potentially somebody misusing that information to ask questions and make you feel uncomfortable, which may put you, and your family members, your loved ones at risk of deportation. [...] And that’s a huge hard decision to make. ‘Do I get this list and risk it, or do I just continue to fly under the radar and risk getting really sick and potentially die?’

Podemos aplicar lo anterior a casi la totalidad de países del mundo, y, sin lugar a dudas, también a la situación en la que se encuentra España. De esta manera, comprobamos cómo la lengua (o la falta de conocimientos sobre una en concreto) es un elemento primordial que, junto a la profesión de intérprete sanitario, a menudo pasa desapercibida en momentos de crisis.

¹³ <https://news.stpublicradio.org/coronavirus/2021-03-11/language-hinders-st-louis-immigrants-from-registering-for-covid-19-vaccine>

5. Conclusiones

5.1 Conclusiones, futuras investigaciones y limitaciones del estudio

Este trabajo de investigación comporta una aproximación teórico-práctica al campo de la interpretación sanitaria durante el transcurso de la pandemia en la que aún nos encontramos inmersos. De esta manera, se parte del planteamiento de una hipótesis inicial en la que se subraya cómo la falta de intérpretes con formación en el ámbito sanitario ha ocasionado múltiples riesgos a la comunidad inmigrante afectada por coronavirus, negándoles así la atención de calidad a la que tienen derecho. Es en esta situación en la que se apuesta por las perspectivas y experiencias de los “intérpretes en primera línea” como elemento clave para determinar cuáles han sido las estrategias y modalidades de interpretación más utilizadas a lo largo de la pandemia, cuáles han sido los elementos que más han afectado al interpretar a nivel ético y psicológico y cómo todo ello puede extrapolarse para generar propuestas de mejora de calidad.

Sin embargo, estas perspectivas y comentarios reflejan la confluencia de diversos perfiles profesionales con grados variables de formación, competencias, opiniones y experiencia profesional que deben aunarse y servir como testimonio para caminar, finalmente, hacia una profesionalización real y mejora general de la actividad. Como acercamiento al estudio se establecen una serie de objetivos: definir y determinar las características de la interpretación sanitaria y del estado de su profesionalización a nivel nacional e internacional, aclarar las limitaciones de las figuras de mediador intercultural e intérprete, describir los papeles más habituales adoptados por los intérpretes sanitarios, determinar cómo la pandemia ha supuesto multitud de retos en diversos campos para la mediación e interpretación, analizar encuestas ilustrativas de la realidad profesional actual, extraer ideas sobre cada una de ellas y, por último, ofrecer los testimonios y propuestas más interesantes que reflejen de manera fiel los cambios tan necesarios que se requieren.

Con el fin de desarrollar la investigación, se realiza una revisión bibliográfica previa que posibilita la extracción de nociones teóricas respecto a la situación, características y limitaciones de la interpretación y mediación sanitaria a nivel nacional e internacional. Además, se exploran diversos estudios existentes acerca de la profesionalización de la actividad, los roles del intérprete y la caracterización del mismo en cuanto a formación y habilidades se refiere. Asimismo, se efectúa un análisis profundo sobre la interpretación en situaciones de emergencia y sobre los principales factores éticos, deontológicos y psicológicos que más han afectado a la hora de interpretar, proponiendo soluciones para combatirlos. Para finalizar, se examina la necesidad indiscutible de la interpretación sanitaria, una ocupación normalmente invisible, en los hospitales durante un tiempo en el que las vidas de infinidad de pacientes corren grave peligro.

Más tarde, se diseña una metodología específica para el presente estudio mediante la elaboración de encuestas en inglés y español que aplican de forma práctica todos los componentes tratados en el marco teórico, y que permiten extraer asuntos recurrentes y relevantes para la investigación que nos ocupa. Tras analizar exhaustivamente la bibliografía consultada con el fin de determinar cuáles son los factores más relevantes que representan mejor la realidad actual de estos profesionales, se procede a distribuir las encuestas a través de diferentes redes sociales (grupos de Facebook, Twitter, LinkedIn, etc.) con el objetivo de alcanzar la mayor difusión posible a lo largo de los meses de marzo y abril de 2021. Para ello, las encuestas cuentan con una serie de preguntas específicas que, si bien cuentan con un enfoque más general, buscan conocer una serie de elementos comunes fijados respecto a factores como la formación, la opinión y visión acerca de factores psicológicos, éticos y

deontológicos, conocimiento y desempeño de determinados roles, descripción de experiencias personales, etc.

Como resultado, se produce un corpus de encuestas que constituye la base del análisis del objeto de estudio, en el que se reúnen un total de diez respuestas entre las que se incluyen las contribuciones de diversos profesionales de la interpretación sanitaria procedentes de España y de Estados Unidos. Así, se considera esencial destacar el carácter cualitativo, y no cuantitativo, sobre el que gira el eje del presente trabajo de investigación. Con ello se pretende desarrollar un análisis exhaustivo de un número reducido de respuestas con la finalidad de subrayar la importancia de la labor de los intérpretes y mediadores en el ámbito sanitario durante la crisis del coronavirus.

Después de examinar detalladamente la totalidad de las respuestas recibidas, a través de gráficos e ilustraciones varias, se efectúa una reflexión final sobre las experiencias personales aportadas por los participantes, así como cualesquiera propuestas y sugerencias que crean convenientes según su visión personal, finalizando con una pequeña consideración final acerca del impacto de la interpretación (o la falta de ella) en las campañas de vacunación del COVID-19.

A continuación, listamos a modo de resumen los principales resultados de las encuestas:

- 1) Formación profesional: casi la totalidad de los encuestados/as contaban con formación profesional y experiencia en el campo de la interpretación sanitaria, además de haber prestado sus servicios como tales durante el transcurso de la pandemia tanto en nuestro país como en Estados Unidos.
- 2) Estatus laboral y necesidad de servicio de interpretación sanitaria en plantilla: la gran mayoría de los participantes pertenecían a un servicio de intérpretes en plantilla. A su vez, casi todos consideraron fundamental el que los hospitales dispusieran de un servicio de intérpretes incorporado y permanente. Asimismo, al preguntarles qué problemas se podrían haber evitado si lo anterior fuera realidad en vez de casi ficción, las respuestas parecían coincidir. Entre estas se situaban los problemas de comunicación entre terceros, concepciones erróneas sobre las capacidades interpretativas de una persona bilingüe, asuntos técnicos varios derivados de la interpretación por videoconferencia, etc. En general, dificultades en la interacción entre los proveedores de servicios y los usuarios, las cuales derivan, consecuentemente, en el desconocimiento de la realidad de la enfermedad contra la que se está luchando o el tratamiento necesario para combatirla.
- 3) Distinción entre las figuras de intérprete y mediador y preparación de los estudiantes para enfrentarse a situaciones de crisis: los/as encuestados, a la primera parte de la cuestión, respondieron que la población general no conoce ni logra diferenciar a la perfección los límites profesionales de estas dos actividades, llegando a confundirlos en más de una ocasión. Para la segunda parte, en general, no se obtuvo una respuesta concreta. Algunos participantes contestaron que los estudiantes de interpretación en los servicios públicos realmente no contaban con la preparación necesaria para hacer frente a una emergencia sanitaria como la actual, mientras que otros contestaron que “quizás”, tal vez absteniéndose a efectuar generalizaciones a una pregunta con un enfoque un tanto individualista.
- 4) Utilización de estrategias de interpretación o mediación específicas ante momentos de tensión: al formularles esta pregunta, la mitad de participantes de ambos bandos (ES y EN) contestaron afirmativamente, especificando, más adelante, cuáles eran las que más le resultaban efectivas. Entre estas encontramos la simplificación del mensaje y las palabras utilizadas para transmitirlo, la comprensión del contexto en el que se enmarca el encargo y de la psicología del paciente, el desempeñar el rol de

“abogado” del paciente utilizando todas las aclaraciones que sean necesarias o la utilización de la modalidad de interpretación simultánea para las situaciones de emergencia.

- 5) Aspectos que más afectan a la hora de interpretar e impacto psicológico: según los encuestados/as, algunos de los factores más influyentes en la realización de una buena interpretación durante la pandemia fueron, sin duda, aquellos relacionados con el miedo a la exposición al virus, la falta de medidas de protección, la poca experiencia y conocimientos relacionados con la enfermedad, preparación insuficiente, etc. Las consecuencias de todos los anteriores recaen innegablemente en uno de los aspectos más afectados: el psicológico. De él surgen toda una variedad de componentes diferentes, como el sufrimiento por el paciente, la carga emocional de los encuentros o, en un ámbito distinto aunque también relacionado, las dificultades técnicas experimentadas como consecuencia de las interpretaciones remotas. En las líneas de la pregunta anterior, se les cuestionó acerca de su perspectiva sobre el impacto psicológico en los intérpretes sanitarios en comparación con otras especialidades, a la que casi la totalidad de los participantes contestó de manera afirmativa. Más adelante, también se les preguntó si recibieron o solicitaron durante estos tiempos ayuda psicológica de algún tipo, pregunta a la que la mayoría respondieron, curiosamente, de manera negativa.
- 6) Papeles del intérprete: al formular esta cuestión, la mayoría de participantes del bando ES respondió de manera negativa, alegando que se abstuvieron de abogar por cualquier papel determinado, ya que intentaban mantenerse lo más neutrales e imparciales posibles a la hora de realizar su labor. Algunos incluso sostuvieron que las profesiones de intérprete sanitario y mediador pertenecen a ámbitos distintos y a las que no se debe adentrar sin tener conocimiento de lo que se media. Por su parte, varios de los/as encuestados/as del bando EN manifestaron que sí habían desempeñado determinados roles en concreto, favoreciendo al de abogado o amigo del paciente para intentar lograr una comunicación más fluida en un tiempo en el que, más aún al inicio de la pandemia, nadie tenía exactamente claro qué era lo que estaba ocurriendo.
- 7) Conocimiento y aplicación de códigos deontológicos en situaciones de emergencia sanitaria: no es de esperar que casi la totalidad de las respuestas a esta pregunta resultaran positivas. La mayoría de los participantes consideraron la aplicación estricta de los pilares fundamentales de los códigos de buenas prácticas (destacando la confidencialidad, la neutralidad y la imparcialidad) como un elemento clave a la hora de garantizar la calidad en la interpretación y combatir el estrés y tensión que estas situaciones tan traumáticas comportan. Asimismo, se les cuestionó acerca de si esta atención calidad se ha visto significativamente mermada debido a la falta de intérpretes profesionales durante el transcurso de la pandemia, pregunta a la que casi todos contestaron de forma afirmativa.
- 8) Descripción de experiencias personales especialmente traumáticas, comentarios, propuestas y sugerencias adicionales: de todos los apartados de los que se componía la encuesta, estos, sin duda, fueron los que más reflejaron la realidad profesional cotidiana. En ellas se puede apreciar la verdadera perspectiva de los participantes acerca de su trabajo de campo en unos momentos especialmente duros, tanto para usuarios, como para profesionales sanitarios, como sin duda, para los mismos intérpretes.

Todas estas ideas, que arrojan luz a un período histórico en la vida de la interpretación sanitaria sujeto a diversas características específicas, no solo sirven para confirmar la hipótesis planteada al inicio, sino que, a su vez, permiten perfeccionarla a través de pequeños

matices. En un primer momento, se consideraba la presencia de intérpretes sanitarios profesionales en plantilla en los hospitales y centros de salud como un factor básico para paliar los riesgos inherentes a situaciones de emergencia y a una atención sanitaria de calidad pobre a aquellas comunidades con escaso dominio de la lengua del país donde residen. Sin embargo, nuestro análisis confirma que también cabe contemplar la experiencia profesional de los mismos, su formación y acreditación académica, sus posibles miedos y factores psicológicos que les impidan realizar una labor de calidad, cuáles son las técnicas de interpretación más eficaces en estos contextos y, lo que es más importante, la importancia de incorporar servicios lingüísticos en la planificación de la gestión de situaciones de crisis.

Por estas razones, se plantea describir brevemente algunos de los efectos perjudiciales que la inaccesibilidad mundial a los servicios de los intérpretes sanitarios en tiempos de emergencia supone a la población extranjera. Esta, recientemente, ha visto cómo su falta de conocimientos lingüísticos de la lengua mayoritaria del país en el que residen les ha impedido obtener la vacuna contra el coronavirus. Se propone, por tanto, mostrar la realidad profesional de estos profesionales, en la que cuentan su interacción con pacientes y profesionales sanitarios, a través de las respuestas que proporcionaron en las encuestas y, a su vez, fomentar la voluntad política para avanzar en el camino hacia la profesionalidad y el reconocimiento del trabajo digno de esta actividad.

Llegados a este punto, debemos señalar las limitaciones que presenta este trabajo de investigación, un trabajo que solo pretende ser un estudio inicial de las perspectivas laborales y profesionales de los intérpretes y mediadores interculturales en el ámbito sanitario en un escenario gobernado por la presencia del coronavirus, y que sin duda cuenta con perspectivas de ampliación y profundización. Así, resulta bastante evidente que las dimensiones del corpus de análisis con el que hemos contado son muy restringidas, por lo que sería recomendable ampliar las redes de difusión de las encuestas y los métodos empleados para hacerlo, ya sea a través de distintas cuentas en varias redes sociales, promover su distribución por medio de contacto directo con los profesionales o solicitar la difusión de las mismas, etc., con el fin de obtener un mayor número de respuestas. A su vez, cabe apuntarse que la tarea acometida conlleva un elevado grado de complejidad característico, debido, por un lado, a la tediosa labor que resulta el desarrollar y difundir adecuadamente las encuestas y, por otro, la dificultad de contacto y obtención de respuesta por parte del público objetivo, ya sea por falta de tiempo, desinterés u otros factores. Además, sabemos que el estado de la cuestión de la traducción e interpretación en el ámbito de los servicios públicos aún no es estable, por lo que se continúan produciendo avances y modificaciones al implementarse nuevos cambios sociales. Esto, junto con el alto grado de individualidad intrínseco a determinadas preguntas presentes en las encuestas, la rápida evolución de las leyes sanitarias respecto al coronavirus y los grandes cambios experimentados en el campo de la interpretación biosanitaria como consecuencia de su adaptación vital a los tiempos en los que nos encontramos, afectan al marco de actuación de nuestro objeto de estudio. Es por ello por lo que se requiera de una actualización, en un período de tiempo relativamente breve, de la presente investigación.

No obstante, se abren varios frentes de futuras investigaciones. El primero de ellos es, tal vez, el más obvio, pues simplemente consiste en ampliar el número de encuestas analizadas y establecer preguntas más generales que engloben los datos que se quieren obtener. Sin embargo, este no es el único: existen más puntos que deben abordarse. Tras conocer los resultados de la investigación, sería interesante profundizar en la voluntad política necesaria que hiciera factible la necesidad imperativa de que un paciente no conocedor de la lengua mayoritaria disponga de un intérprete sanitario cuando así se requiera. A pesar de que no es el tema central de este trabajo de investigación, se ha puesto de manifiesto, a través de las perspectivas ofrecidas referentes a varios campos del conocimiento, el gran peso que

comportan las autoridades políticas en la planificación de la prestación de servicios lingüísticos durante los estados de emergencia. En este proceso, se requiere el contacto directo con los órganos de la administración competentes, el estudio de las leyes existentes y la voluntad para querer cambiarlas. Asimismo, existe otra línea de investigación productiva, consistente en, a través de las propuestas ofrecidas por los/as encuestados/as, desarrollar toda una serie de materiales relacionados con el aprendizaje de terminología sobre el coronavirus, la educación de pacientes y de proveedores de servicios sobre cómo trabajar con intérpretes en situaciones de emergencia o la enseñanza avanzada de conceptos de medicina a futuros profesionales de la interpretación para su aplicación posterior en la práctica a la hora de tratar con usuarios.

A modo de apunte final, el presente trabajo de investigación no podría concluir sin mencionar y agradecer a todos aquellos compañeros de profesión que, diaria y constantemente, se han visto involucrados durante la pandemia en la llamada “primera línea”. El trabajo de esos intérpretes de primera línea, escondido entre las sonadas—aunque merecidas—aclamaciones a los sanitarios ha acometido los mismos resultados que la labor de estos últimos: el salvar vidas. A menudo, las barreras lingüísticas pasan desapercibidas en un entorno gobernado por una enfermedad tan desastrosa e inesperada. Sin embargo, son estas mismas barreras lingüísticas las que, como se ha apuntado a lo largo de este estudio, han ofrecido la posibilidad a miles de usuarios de todo el mundo a ejercer su derecho a una atención sanitaria de calidad, ya sea mediante las consultas telefónicas y explicación de los síntomas y tratamiento del coronavirus o la solicitud y obtención de la vacuna contra el mismo.

Es en este panorama de incertidumbre, soledad, miedo y tensión donde las palabras no solo son eso, palabras, sino que se convierten en un puente tendido entre personas por el que la comunicación fluye sin tapujos. Así, a lo largo de estas páginas se ha ilustrado cómo la labor de los intérpretes médico-sanitarios ha supuesto un pilar fundamental en la sociedad post-COVID. Además, son estos mismos profesionales los que han denunciado una situación muy real, ofreciendo perspectivas sobre sus propias experiencias y acentuando, una vez más, cómo esta necesidad solo se convertirá en más tangible a medida que la globalización, los movimientos migratorios y la multiculturalidad aumenten.

La traducción e interpretación en los servicios públicos, y en especial en el contexto biosanitario, es una actividad que requiere de profesionalización y que no deben frenar los habituales obstáculos tales como la ausencia de recursos económicos, el frecuente intrusismo laboral o la intervención de otros sectores. A día de hoy resulta imprescindible garantizar la calidad, la provisión y la efectividad de forjar un vínculo entre lenguas y culturas y usuarios y proveedores. Y, lo que es más importante, la pandemia del COVID-19 nos ha mostrado la necesidad imperativa de contar con intérpretes profesionales en medio de una coyuntura estresante en la que la comunicación eficaz ha resultado ser un pilar fundamental. De esta forma, debemos trabajar mano a mano como comunidad de intérpretes sanitarios para concienciar a la población general de que, si realmente se quiere frenar la situación y evolución del COVID-19, se debe acabar, a su vez, con todas las barreras idiomáticas existentes.

6. Referencias bibliográficas y webgrafía

- Alexieva, B. (1997). "A typology of interpreter-mediated events". *The Translator* 3(2). 153-174.
- Álvaro, C. (2015). 'Quality is in the eye of the beholder'. *El impacto de la formación en la calidad de la interpretación sanitaria: panorama actual y propuestas de mejora*. Trabajo de fin de máster, Universidad de Alcalá de Henares.
- Bot, H. (2005). *Dialogue Interpreting in Mental Health*. Amsterdam: Rodopi.
- Burkitt I. (2012). "Emotional reflexivity: feelings, emotion, and imagination in reflexive dialogues". En: *Sociology*, Vol. 46(3). 458-472.
- Cambridge, J. (2003). "Unas ideas sobre la interpretación en los Centros de Salud." En: Valero, C. (ed.), *Traducción e interpretación en los servicios públicos. Contextualización, actualidad y futuro*. Granada: Comares. 51-69.
- Cedillo, C. (2016). "Análisis de la Presencia Mediática de la TISP en España y de su Posible Profesionalización". En: *FITISPos International Journal*, Vol. 3 (2016). 164-173.
- Corsellis, A. (2010). *Traducción e interpretación en los servicios públicos: primeros pasos*. Granada: Editorial Comares.
- Crezee, I. et al. (2015). "Teaching Interpreters About Self-Care". En: *International Journal of Interpreter Education* 7(1), 2015 Conference of Interpreter Trainers. 74-83.
- Federici, F.M. (ed.) (2016). *Mediating Emergencies and Conflicts. Frontline Translating and Interpreting*. Palgrave Macmillan:UK.
- Franco, L. (2020). "La falta de intérpretes en el sistema sanitario pone en riesgo a los migrantes que no hablan español". En: *El País*. Recuperado el 18 de abril de 2021: <https://elpais.com/espana/madrid/2020-04-16/la-falta-de-intérpretes-en-el-sistema-sanitario-pone-en-riesgo-a-los-migrantes-que-no-hablan-espanol.html>
- Gómez, L. (2019.) *La interpretación en el contexto sanitario: aspectos metodológicos y análisis de interacción del intérprete con el usuario*. (Studien Zur Romanischen Sprachwissenschaft Und Interkulturel). Peter Lang D: Nueva edición.
- Goodman, B. (2021). "Lost in Translation: Language Barriers Hinder Vaccine Access for Millions". En: *Medscape*. Recuperado el 6 de mayo de 2021: https://www.medscape.com/viewarticle/949901?fbclid=IwAR0dQTobM5vahD731UrStZBpoWg5MaJ0WWbz9fpCIt_aMmAagN4MzuIKNiU
- Hale S. (2007). *Community interpreting*. London: Palgrave Macmillan.
- Henderson, A. (2021). "Language Hinders St. Louis Immigrants From Registering For COVID-19 Vaccine". En: *St. Louis Public Radio*. Recuperado el 7 de mayo de 2021: <https://news.stlpublicradio.org/coronavirus/2021-03-11/language-hinders-st-louis-immigrants-from-registering-for-covid-19-vaccine>
- Lázaro, R. y Cox, A. (2016). "Interpreting in the Emergency Department: How Context Matters for Practice". En: Federici, F.M. (ed.) (2016). *Mediating Emergencies and Conflicts. Frontline Translating and Interpreting*. 33-58.
- Leanza, Y. (2005). "Role of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers". En: *Interpreting* Vol. 7(2) (2005). 167-192.
- Marks, C. (2021). "The lonely, vital work of medical interpretation". En: *The New Yorker*. Recuperado el 5 de mayo de 2021: <https://www-newyorker-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.newyorker.com/science/medical-dispatch/interpreting-during-a-pandemic/amp?fbclid=IwAR0uvQ5vJxQyJxxkBmCjxJkIVYJNEveSZZWWZ4seiypaUNoDhLet497AxBM>
- Mason, I. (1999). "Introduction" En: *The Translator* 5:5. 147-160.

- Molle, E. L. (2012). *The experiences of interpreters working in a medium secure forensic mental health unit: and Interpretative Phenomenological Analysis*. Tesis doctoral, University of East London School of Psychology, Londres, Reino Unido.
- Morales, A. (2015). *El impacto psicológico en el intérprete*. Trabajo de fin de máster, Universidad de Alcalá de Henares.
- Nasir AA, Salah R, Ahmad AA, Abu Hijleh S, Abu Kattab S, Al-Kurd A. (2018). "Definition, causes and consequences of Hamm (idioms of distress in Arabic) in the Palestinian context: qualitative study". En: *The Lancet*. Vol. 391, S1.
- Nichter, M., (2010). "Idioms of distress revisited". En: *Cult. Med. Psychiatry* 34. 401-416.
- Ozolins, U. (2000). "Communication needs and interpreting in multilingual settings: The international spectrum of response". En: Roberts, R., Carr, S. E., Abraham, D. y Dufour, A. (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings* (Vancouver, BC, Canadá, 19-23 mayo, 1998). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 21-33.
- Pena, C. (2018). "Ethics in theory and practice in Spanish healthcare community interpreting." En: Montalt, V.; Zethsen, K. y Karwacka, W. (eds.) *Retos actuales y tendencias emergentes en traducción médica / Current challenges and emerging trends in medical translation*. *MonTI* 10 (2018), 93-115.
- Perramon, M. 2020. "COVID-19, interpretación remota y tecnología". En: *Tradiling*. Recuperado el 22 de marzo de 2021. <https://www.tradiling.net/covid-19-interpretacion-remota-y-tecnologia/>
- Raine, D. (2013). *Los servicios de traducción e interpretación proporcionados por las ONG: un estudio comparativo entre la situación actual en España y el Reino Unido*. Trabajo de fin de máster, Universidad de Alcalá de Henares.
- Rodrigo, A. (2020). "Intérprete de línea de emergencias: somos la voz del médico para extranjeros". En: *La Vanguardia*, 09 de abril. Recuperado el 18 de marzo de 2021. <https://www.lavanguardia.com/vida/20200409/48397171676/inteprete-de-linea-de-emergencias-somos-la-voz-del-medico-para-extranjeros.html>
- Rodrigo, E. L. (2018). *La interpretación en el ámbito sanitario: un análisis desde el punto de vista de intérpretes profesionales y del personal sanitario*. Trabajo de fin de grado, Universitat Jaume I.
- Rodríguez, M.D. (2014). "El triángulo comunicativo en la consulta médica: la interpretación en el ámbito sanitario en España". En: Rodríguez, M. D., Ventura, P. (coord.) *Traducción e interpretación: lectura y comprensión de textos especializados en ciencias de la salud*. 187-198.
- Romeo, C. y Urruela, A. (2020). *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-Cov-2*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
- Romero, A. (2020). *Llamada de emergencia de una profesión infravalorada. El servicio de interpretación telefónica en el Hospital Virgen de Valme de Sevilla: un estudio de caso*. Trabajo de Fin de Máster, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Ruiz, A. (2012). "La interpretación en los centros sanitarios: 'A veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete'". En: *Skopos* Vol. 2 (2013). 185-199.
- Sabadell, D. (2020). "Colectivos sociales denuncian la falta de intérpretes en el sistema sanitario". En: *El Salto*. Recuperado el 18 de abril de 2021: <https://www.elsaltodiario.com/coronavirus/colectivos-sociales-denuncian-la-falta-de-intepretes-en-el-sistema-sanitario>
- Sabadell, D. 2020. "Colectivos sociales denuncia la falta de intérpretes en el sistema sanitario". En: *El salto*. Recuperado el 24 de marzo de 2021.

<https://www.elsaltodiario.com/coronavirus/colectivos-sociales-denuncian-la-falta-de-interpretres-en-el-sistema-sanitario>

Sánchez, G. (2020). “Una red de voluntarios parchea la falta de intérpretes de la sanidad madrileña: ‘Llama gente desesperada porque el médico no entiende’”. En: *elDiario.es*. Recuperado el 19 de abril de 2021: https://www.eldiario.es/desalambre/red-voluntarios-parchea-falta-interpretres-sanidad-madrilena-llama-gente-desesperada-medico-no-entiende_1_6317757.html

Sánchez, G. 2020. “Una red de voluntarios parchea la falta de intérpretes de la sanidad madrileña: ‘Llama gente desesperada porque el médico no entiende’”. En: *El Diario*. Recuperado el 29 de marzo de 2021. https://www.eldiario.es/desalambre/red-voluntarios-parchea-falta-interpretres-sanidad-madrilena-llama-gente-desesperada-medico-no-entiende_1_6317757.html

Santana, R. (2013). “El mediador cultural en los servicios públicos: una nueva profesión”. En: *Estudios de Traducción*, Vol. 3, 33-43.

Scarry, E. (1985). *The Body in pain: the making and unmaking of the world*. Oxford: Oxford University Press.

Sevener, M. (2014). *Pasos hacia la profesionalización: el papel de los profesionales de la lengua*. Trabajo de fin de máster, Universidad de Alcalá de Henares.

Shakespeare, C. L. (2012). *Community interpreters speaking for themselves: The psychological impact of working in mental health settings*. Tesis doctoral, University of Hertfordshire, Hertfordshire, Reino Unido.

Silverstone, M. (2020). “La interpretación simultánea remota: comunicación no presencial en tiempos revueltos”. En: *La Linterna del Traductor*, Nº 21. Recuperado el 7 de mayo de 2021: <http://www.lalinternadeltraductor.org/n21/interpretacion-simultanea-remota.html>

Valero, C. (2006). “El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores en los servicios públicos”. En: *Quaderns. Revista de traducció*, Vol. 13. 141-154. Abril, M. (2006). *La Interpretación en los Servicios Públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. Tesis doctoral, Universidad de Granada.

- (2014). *Communicating across cultures: a course book on interpreting and translating in public services and institutions*. Lanham: UP of America.
- Y Lázaro, R. (eds.) (2016). “Una visión retrospectiva sobre la traducción e interpretación en los servicios públicos en la última década. Avances y retos para el futuro.” En: *FITISPos International Journal*, Vol. 3 (2016). 1-7.

Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. London & New York: Longman.

Anexo I. Modelos de entrevistas en inglés y en español

Versión ES

1. ¿De dónde es? o ¿Dónde vive?
2. ¿Ha trabajado como intérprete o mediador intercultural en el ámbito sanitario en esta pandemia o durante el estado de alarma?
 - a. Sí
 - b. No
3. ¿Ha recibido alguna formación profesional o educación universitaria que lo capacitara para ello?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Otra...
4. Según su propia experiencia, ¿cree que la población general conoce la labor del intérprete? ¿Considera que existe confusión entre la figura del intérprete y la del mediador?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
 - d. Otra...
5. ¿Cree que los estudiantes o profesionales de la interpretación en los SSPP y la mediación están lo suficientemente formados como para enfrentarse a situaciones de emergencia sanitaria como la actual?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
 - d. Otra...
6. ¿Cuál diría que ha sido la modalidad de interpretación más utilizada durante la pandemia?
 - a. Telefónica
 - b. Por videoconferencia
 - c. Presencial
 - d. Otra...
7. ¿Cuál es o fue su estatus laboral durante estos momentos?
 - a. Voluntario/a
 - b. Freelance
 - c. Trabajador/a para una ONG
 - d. Trabajador/a en plantilla
 - e. Otra...
8. ¿Cree que sería necesario que los hospitales dispusieran de un servicio de intérpretes profesionales en plantilla?
 - a. Por supuesto
 - b. Conveniente, pero no necesario
 - c. No
 - d. NS/NC
9. Si la respuesta anterior fue “sí”, ¿qué problemas cree que se podrían haber evitado? Por favor, especifique:

10. ¿Utiliza alguna estrategia de interpretación/mediación específica para hacer frente a los momentos de más estrés y tensión?
 - a. Sí
 - b. No
11. Si la respuesta anterior fue “sí”, por favor, especifique:
12. Ante una situación límite o de emergencia, ¿qué aspecto considera que es el que más le afecta a la hora de realizar su labor como intérprete o mediador/a?
13. ¿Cree que la figura del intérprete en los servicios públicos o MILICS sufre un mayor impacto psicológico que otras especialidades?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
14. ¿Ha adoptado algún “rol” concreto como intérprete/MILICS? Por rol nos referimos a los modelos de papeles del intérprete o mediador/a: imparcialidad, abogacía por alguna de las partes implicadas...
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
15. Si la respuesta anterior fue “sí”, por favor, desarrolle su respuesta:
16. ¿Recibió o solicitó durante ese tiempo ayuda psicológica de algún tipo? ¿Conoce a algún intérprete o mediador que lo haya hecho? ¿Considera que la ayuda psicológica recibida fue suficiente?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No lo consideraba necesario
17. ¿Conoce algún código deontológico o de buenas prácticas? ¿Lo aplica durante su práctica profesional?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
18. Si la respuesta anterior fue “sí”, ¿considera que su aplicación es necesaria en situaciones de emergencia?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Otra...
19. ¿Podría comentar brevemente cuál ha sido su peor experiencia al ejercer de intérprete/mediador en el ámbito sanitario durante la actual pandemia?
20. ¿Considera que la falta de intérpretes o mediadores interculturales ha afectado negativamente a la provisión de una atención de calidad a la población inmigrante afectada por la COVID-19?
 - a. Sí
 - b. No
21. Finalmente: comentarios adicionales o sugerencias. ¡Muchísimas gracias por su participación!

Versión EN

1. Where are you from?
2. Have you worked as a medical interpreter or intercultural mediator during the current pandemic?
 - a. Yes
 - b. No
3. Have you been professionally trained or received specialized education for it? (e.g. majored/got a bachelor's degree in Translation and Interpreting Studies, attended college/university...)
 - a. Yes
 - b. No
4. Do you believe that professionals or students specialized in public service translation and interpreting are truly trained to be able to effectively face health emergency situations like the one we are living right now?
 - a. Yes
 - b. No
 - c. Maybe
5. What was the most used mode of interpreting during this pandemic?
 - a. Telephone interpreting
 - b. Video-conference interpreting
 - c. On-site interpreting
 - d. Other...
6. What was (or is) your work status during those times?
 - a. I'm a volunteer
 - b. I'm a freelance interpreter
 - c. I work for an NGO
 - d. I'm part of a staff
7. Do you think that hospitals/healthcare facilities should hire professional interpreters as part of their staff?
 - a. Of course
 - b. It would be convenient, but not essential
 - c. No
 - d. Yes
 - e. Maybe
8. If your previous answer was "Yes", what kind of problems do you think could have been avoided? Please, specify:
9. Do you make use of any specific interpreting/mediation strategies during times of crisis?
 - a. Yes
 - b. No
10. If your previous answer was "Yes", please, specify:
11. When faced with an unexpected/emergency situation, what affects you the most when interpreting/mediating?
12. Do you believe that public service/community interpreters and mediators bear the biggest psychological brunt? (When compared to other interpreting specialties)
 - a. Yes
 - b. No
 - c. Maybe

13. Have you adopted any specific “role” when working as an interpreting/mediator? By role we refer to: being neutral and impartial, siding with one of the interested parties...
 - a. Yes
 - b. No
 - c. Sometimes
 - d. Other...
14. If your previous answer was “Yes”, please, explain:
15. Did you get or ask for any kind of psychological support during that period of time? Do you know of any interpreters/mediators that have? If you did, do you think it was enough?
 - a. Yes
 - b. No
 - c. It didn’t seem necessary
16. Do you know or follow any code of ethics when interpreting/mediating?
 - a. Yes
 - b. No
17. If your previous answer was “Yes”, do you believe it’s necessary when facing an emergency situation?
 - a. Yes
 - b. No
 - c. Other...
18. Would you be so kind as to briefly recount your worse experience when interpreting/mediating in the healthcare context during the current pandemic?
19. Do you believe that the lack of medical interpreters/mediators has negatively affected the provision of quality healthcare for the immigrant population suffering from COVID-19?
 - a. Yes
 - b. No
20. And, finally: additional comments or suggestions. Many thanks for participating!

Anexo II. Traducción

1. Introduction

It is undeniable that, over the last few decades, increasing globalization has brought an endless flow of migrants that “han forjado un mosaico interlingüístico e intercultural” (Álvaro, 2015:7), which has unquestionably portrayed the reality of today’s Spanish society. In 2020, we observe that the INE (the National Institute of Statistics of Spain) placed the immigrant community residing in Spain at the enlightening figure of 5 million people. Of those, more than a million alone is living in the Autonomous Community of Madrid. While this melting pot has enriched our culture and has demolished various geographical horizons, it has also created further linguistic, social and cultural barriers which have been largely exacerbated by the COVID-19 pandemic.

These immigrants interact with our country’s users, and, just like them, they need to make use of all types of public services (hospitals, health care facilities, schools, courts, etc.). From those mentioned, “la salud pública es uno de los bienes más preciados de los que puede disponer un país” (Romero, 2020:13). This notion has been remarkably reinforced in view of our current health crisis situation. However, as for the rest of the population, it can only be accessed through the necessary communications with the Administration and the different institutional entities.

That is why, due to a large number of communication challenges, this service often becomes “inaccessible” for these communities. Among those challenges, the various language and cultural disparities or the power asymmetries between service providers and users concerning their general knowledge about the institution, the interaction during an appointment or the accessibility to public services are the most significant to our research. In light of the above, we must highlight the importance of maintaining the quality in understanding, communication and, thereby, in interpreting, whenever those are subject to extremely stressful situations. This is where the work of interpreters, mediators and, generally, of PSIT, comes into play. As Ruiz (2012:185) correctly points out in the title of her article, in health care facilities, these professionals are “a veces medico, a veces paciente... pero siempre intérprete”.

Considering the foregoing, in the field of PSIT the interpreter has always been defined as a figure who “bridges” cultures, as someone who makes communication possible but whose professional boundaries blend with those of intercultural mediators. However, those boundaries appear, now more than ever, to be even more blurred. A few years ago, Santana (2013) already addressed the need, and maybe existence, of a figure known as “mediador cultural en los servicios públicos”; a figure that stemmed from joining both intercultural mediators and PSIT interpreters. However, is this actually a new profession? What type of training does it require? What exactly is its role? And, what is most important, how does this professional psychologically cope with emergency situations?

The sudden appearance and fast evolution of the COVID-19 pandemic has stressed the lack, as well as the great need, of having a staff of professional interpreters both in hospitals and emergency services. We are living in an age where patient’s lives are at great risk due to the impossibility of guaranteeing access to quality communication. Being aware of the criticality of the context in which we currently find ourselves, it is therefore imperative that we continue progressing towards a sociolinguistic model that ensures everyone’s general welfare, especially that of the most vulnerable people. In this respect, humanity and mutual cooperation are essential to continue building bridges for the sake of a social development that contributes to face every existing challenge in a cohesive, liable and, most of all, lasting way.

1.2 Objectives, purpose and justification of the study

This study's objective is getting to know the circumstances and perspectives of both professional and voluntary interpreters, as well as intercultural mediators, who have provided their services during the COVID-19 pandemic in hospitals and healthcare facilities internationally. Thus, we will examine the strategies and roles used by these professionals when dealing with difficult situations. Moreover, we will tie together their adopted roles with the relevant ethical, deontological and psychological aspects for interpreters and/or intercultural mediators, as well as for users and service providers. This project is essentially a qualitative survey that, by using and comparing previous studies, intends to highlight the necessity of professionalizing PSIT and its utmost importance in the health crisis situation that we are currently living in.

The hypothesis raised is that, due to a great lack of medical interpreters during the pandemic, many immigrant patients and users were not able to exercise their right of receiving quality health care. This entails that, in the middle of an incredibly precarious and rapidly evolving situation where patient's lives are at great risk, "frontline interpreters", mostly volunteers and with no specialized training, have had to muddle through by using all sorts of strategies and adopting various roles. Sometimes, that meant quickly adapting to newer technologies and modes of interpreting—or even ignoring their codes of conduct—to ensure quality communication. Therefore, analyzing these strategies, perspectives and roles is critical since they result in several relevant ethical and psychological consequences, both for interpreters and for patients.

On another note, the expected results of this research cover gathering the perspectives of those (volunteers vs. professional) medical interpreters and intercultural mediators about their role during COVID times; classifying, comparing and examining the strategies used by professional and non-professional interpreters-mediators; relating those strategies with various ethical and psychological factors; learning what were the main modes of interpreting used in the healthcare context and their technological advances owing to our present situation, and discovering the multiple consequences this health crisis has had for interpreters and mediators. The main goal of this research is to underline yet again the need of professionalizing PSIT, the wide-ranging effects of the inexistence of quality interpreting services in hospitals and healthcare facilities in times of crisis and to show how this all has affected the performance of interpreters.

2. Theoretical framework

2.1 PSIT's reality: conceptualization, characterization and contextualization

Spain must, for many years now, face an ever-growing reality, one that today defines its essence: immigration. That fact states that our country is, and has been for several decades now, a country marked by its multilingualism and its multiculturalism. In addition, this new scenario compelled the Government to establish a set of measures that fostered both the integration and accessibility of these communities to Spain's public services. This is where, as Cedillo notes (2015:165), "la gestión de esa nueva cohesión social dio lugar entonces al nacimiento y desarrollo de la Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos, TISP." Supported by more than 20 years of research, PSIT stemmed from the urgency and immediacy on facilitating the interaction between non-Spanish speakers, that had to make use of certain public services, and such service providers. Nowadays, for that reason, we still refer

to it as a "relatively recent" field even though more than two decades have transpired in Spain from the moment those language services were promoted to enable, among other things, access to justice, healthcare or education.

All existing research and publications address either PSIT's state of affairs or its reality in a general way (Valero, 2014; Corsellis, 2010) or focus only on Spain's situation in particular (Abril, 2006). However, they all seem to agree in one thing: the professionalization of Public Service Translation and Interpreting is far from being ideal, a claim made on a continuing basis. They also recount the benefits that would flow from consolidating PSIT as a profession, addressing, in this way, the desired goal, but not the means that would make it feasible.

Public Service Interpreting, or PSI, in its broadest sense and thus focusing on this study's subject matter, can be defined just as Abril (2006:5) suggested, this being "aquella que facilita la comunicación entre los servicios públicos nacionales – policiales, judiciales, médicos, administrativos, sociales, educativos y religiosos – y aquellos usuarios que no hablan la lengua oficial del país". This occupation, though supported by its more than two decades of research, is still at a relatively early stage in most countries. Only in Australia, Canada, the United States and, to a lesser extent, the United Kingdom, could be said that an efficient consolidation of this profession has been accomplished over these last few years.

PSIT in Spain has three different avenues of research since the late 90s and, therefore, also has three different names for the same activity (Abril, 2006): the Rovira i Virgili University from Tarragona, where "liaison interpreting" is favored; the University of Alcalá de Henares, a pioneer in this research area, which describes it as "public service interpreting"; and the University of Granada, where it is addressed as "social interpreting". All these different names show a genuine ideational gap in Spanish society when it comes to its demographic, historical and socio-cultural variants.

It is worth mentioning that every aforementioned designation seems to focus on PSI's social nature in terms of social policy matters, communication with social workers and social intervention strategies. However, it seems that during these last few years "public service interpreting" was the most used option, and, thus, the favorite one. Besides, as discussed later in this section, these definitions would also plunge into the discussion on which exactly are the roles of interpreters, intercultural mediators or other professionals. At present, it remains a controversial issue, particularly within our subject matter: healthcare.

However, where does PSI fall within it all? As Abril points out (2006:33), "ninguna clasificación en compartimentos estancos reflejaría el panorama real de la interpretación, por lo que la catalogación de géneros no puede ignorar las áreas de intersección existentes entre todos ellos". This statement shows us, once more, the complex reality of PSI, an occupation made up by several closely-related parameters whose communicative interaction is, to say the least, multidisciplinary.

Using Alexieva's (1997) multi-parameter system (adapted by Abril, 2006) as a reference, we can describe public service interpreting through the following parameters, set on the basis of a communicative situation: participants, format, contextual settings, text type and text-creation strategies, objectives, (power and culture) relationship between participants and participant's roles.

This brief portrait of PSI takes us to the next issue: its contextualization. All studies in which the national and international evolution of PSI is examined have failed to set a uniform, clear set of boundaries that explain its development and evolution. In fact, this evolution, as Abril observes (2006:87), "está sometida a cuestiones sociopolíticas estructurales y coyunturales. Depende de la política lingüística y de inmigración de cada Estado [...] y de los movimientos demográficos [...] que determinan cambios relativamente rápidos en la gama de lenguas para las que se necesita interpretación." As a result of the latter, each country adopts a different

model, determined by the greater or lesser feeling of multiculturalism or national identity of their majority societies.

The following are the most frequent response models used on the international scene that address communication needs between Public Services and linguistic minorities by using PSI (adapted from Ozolins, 2000; *cf.* Abril, 2006): denial of the importance and necessity of PSI (adopted by countries with isolated or short-term immigrant/indigenous communities); *ad hoc* solutions (countries opting for specific solutions, aimed to help them face new and urgent necessities); generic language services (whose goal is to meet the needs of the public sector); legalist-based solutions (optional solution mostly adopted by *ad hoc* countries, whose main purpose is complying with the law); and, lastly, comprehensive services (which are intent on implementing these services for the long-term and thus globally meeting such needs on a holistic way).

However, we must not forget that the fast development, studies and research made in PSI as an occupation and as a subject matter since the start of the twenty-first century require sustained data updating. It all stresses the importance of this "new" profession, not so much an activity, in our globalized world.

2.1.1 PSI's scenario in Spain

Over the last two decades, the field of PSI seems to have undergone visible changes. Nevertheless, analyzing in detail Spain's state of affairs has proven complicated, since the provision of interpreting services continues to abide by a precariousness rule: it answers extremely urgent needs and, when these disappear, the service also does. Among all the models mentioned in the previous section, Spain could fall within the "provision of *ad hoc* services" field, rather than placing it between that and "denying PSI's necessities", as Abril suggests in her doctoral dissertation (2006).

Contrary to what Abril points out (*ibid.*), it seems that over the last twenty years Spanish society is more (though not necessarily better) accepting of immigration. It cannot be said that our society has completely adopted an integrationist perspective. However, it is true that the Government seems to have acknowledged the prevailing barrier when it comes to interacting with these communities: communication. That is why we increasingly resort to *ad hoc* language services or to subcontracting from Translation and Interpreting agencies, NGOs or volunteers in order to provide PSI services. It would appear obvious, for any expert in PSIT's nature, to list the devastating consequences that the above entails for this occupation's main objective: an effective, efficient communication between people who do not share the same language.

There has been no shortage of efforts made by members of associations or research groups, such as the members of the RED COMUNICA (Comunica Network) from the University of Alcalá. Its journey began in 2006 with the purpose of analyzing and improving PSIT's state of affairs in Spain. This Network has always aimed at "estudiar y analizar la evolución de la TISP en el conjunto del país, promover la profesionalización de la TISP y sensibilizar a los responsables de los servicios públicos sobre la necesidad de una TISP de calidad" (Valero y Lázaro, 2016). And, after over a decade of work, almost all professionals and researchers that are part of the Network seem to have reached the following general, but not less obvious, conclusions about Spain's reality and its relationship with PSI (Valero y Lázaro, 2016:10):

La comunicación sigue sin ser fluida entre una parte de los que llegan y los que están, y si existiesen intérpretes y traductores profesionales así como proveedores de servicios (en mayor parte, personal de las administraciones públicas) que supiesen trabajar con intérpretes, la calidad de la comunicación aumentaría terriblemente así como el tiempo empleado y en consecuencia el dinero que ello supone, tema que siempre ha interesado a las instituciones.

This lack of resources has been further accentuated by the economic crisis in Spain, ongoing since 2007, and more recently, by the crisis stemmed from the pandemic during 2020. That is the reason why the only intention of this brief summary of PSIT's evolution is to recall the reasons for its emergence as a response to urgent communication needs, as well as to recall its existence as an activity and discipline that has been inevitable integrated into the Government's action mechanisms. Naturally, there is still a long way to go and many claims to make so that this discipline's development and practice becomes as important as it deserves.

2.1.2 PSIT's professionalization

The author of this study wished to address this peculiar, inherent feature of PSI in its own section due to the importance that this state of affairs has when it comes to our scope of application. Then, how is the process of PSIT's professionalization evolving, both internationally and concerning PSI in Spain? What does it need to finally become a respected, regulated and valued profession?

Certainly, as Valero suggests (2012, *cf.* Sevenser, 2014:12):

The attempt to institutionalise TIPS is contingent upon the acceptance and recognition of our societies' progression towards multiculturalism and interculturalism and the new principles this involves. It is also dependent on society's recognition of immigrants as members of the society and users of public institutions and services.

At present, despite progress made towards consolidating this discipline's professional recognition, particularly in the field of legal translation with associations such as APTIJ, Spain remains unfortunately mired in a stage full of "lacks": it lacks professional standards of practice and training, disorganization runs rampant and is lacking unity between professionals as well as better working conditions. Moreover, we must not forget the most important one: it is still not recognized as a profession per se both by users and the general public.

Previously, we mentioned how PSI was born as an answer to an emergency, to a necessity. But, by whom? By immigrant communities, public service providers or by institutions? It is against this background where we can clearly appreciate how vulnerable and helpless immigrant communities must feel when trying to access certain public services and, incidentally, among those service providers. This situation is aggravated, at the same time, by an extremely unbalanced power relationship. Consequently, this “mina la confianza del usuario tanto en los participantes directos de la conversación (profesional de los servicios públicos e intérprete), como en las instituciones en sí y la TISP como servicio” (Sevenser, 2014:26).

Professionalizing PSIT entails many benefits. Firstly, defining and standardizing all opinions about what is the interpreter's role would improve the public perception of this profession from several points of view. Besides, if we emphasize the interpreter's visibility as someone who empathizes with the user and that engages in the communication exchange, we will also build confidence in all those interested. Simultaneously, this would dispel the misconceptions and doubts about the nature, access and process of requesting interpreting services, which in turn would grant both users and institutions quality assured services. And, what is more, “esta calidad sería el fruto de unos estándares de buenas prácticas, códigos deontológicos y, sobre todo, de un cambio en la formación para traductores e intérpretes en los servicios públicos” (Sevenser, 2014:29; *cf.* Valero, 2012).

2.1.3 Interpreters, intercultural mediators, or both?

Unawareness about the PSI's profession leads to some confusion about the actual interpreter's duties. The general public often mistakes it with intercultural mediators, going so far as to even demand that PSI experts expand their professional boundaries to do all sorts of duties that they should not be responsible of. While it is true that there are no boundaries more blurred than those of intercultural mediators and interpreters, defining the concept of intercultural mediation is essential to truly clarify its meaning.

What is intercultural mediation? Like PSIT, it is a newly created field that is still at an early development stage. And again, as PSIT, it has still not obtained professional recognition in Spain. Carlos Giménez Romero (1997, *cf.* Raine, 2013:17) provided one of the best-known definitions of intercultural mediation in Spain:

Entendemos la mediación intercultural como una modalidad de intervención de terceras partes en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, la comunicación o la comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferentes.

We can infer, from the above definition, some features shared by PSI and intercultural mediation: there is a third party in both of them, the interpreter or mediator, whose duty is simply to allow communication flow freely between culturally different parties. However, various authors advocate for the PSI's role as a mere language "sender", comparing its figure to that of the mediator-- who truly, actively engages in communication in order to settle disputes between parties. Since we will later examine the interpreter's roles in depth, here we will only point out that though it may seem theoretically easier distinguishing between interpreting and mediation, it is actually a complex and controversial issue.

In practice, we know that public service interpreters must intervene, whenever needed, at the level of communication with the purpose of settling linguistic or even cultural misunderstandings. Consequently, “mientras unas personas opinan que el mediador intercultural y el intérprete en los servicios públicos son uno y el mismo, otras personas creen que tienen papeles totalmente distintos” (Raine, 2013:18).

Other authors, such as Santana (2013), believe that there should be both a new figure and a new profession that combines both disciplines: the public service intercultural mediator. However, are we actually dealing with a new profession? In fact, “mantener la *unidad en la diversidad*” (Santana, 2013:36, *cf.* Pöchhacker, 2002) is difficult due to each country's wide diversity of scenarios, whether this be with regards to differences in the provision, accreditation or training of public service translators, interpreters and/or mediators.

What is clear is that, never mind which point of view, both intercultural mediation and PSI are essential for making communication possible between the institutions of the host country and immigrant communities. And that, ultimately, both professionals must have an “alto grado de sensibilidad intercultural que permita negociar el significado entre ambas culturas y ser capaz de transmitirlo a los miembros de la otra comunidad en la otra lengua.” (Santana, 2013:41).

2.2 Medical interpreting

There is no phrase that defines the essence of medical interpreter better than that suggested by Ruiz (2012) in the title of her article, when she points out that a medical interpreter is “a veces médico, a veces paciente... pero siempre intérprete”.

Nowadays, the biomedical field is booming in the wake of the pandemic. This has translated into an increase in interpreting, and, therefore, a greater demand of professionally trained interpreters in this knowledge field, particularly of those with unusual working language pairs. At this point we must ask ourselves, what are the actual duties of medical interpreters?

To which we answer, according to Ruiz (2012:187), that “el intérprete actúa como enlace entre el personal del centro sanitario al que traduce o interpreta y el paciente o usuario, convirtiéndose, en cierto modo, en cada uno de ellos para poder *transmitir sus palabras*.” However, this "bridging" figure has his/her own feelings. That is why we used that quote in the previous paragraph, because it is a perfect representation of the psychological duality that interpreters must face.

2.2.1 Definition and features

As we already know, medical interpreting falls within the PSI field. But, do we know what we mean when we speak of this term? Actually, if we know what PSI means, then we only have to define the scope of action of medical interpreting. In that way, it refers to the kind of interpreting whose primary goal is enabling communication in terms of healthcare for those communities that do not speak the official language or dialect of the country they are residing in (Romero, 2020).

Furthermore, the inherent nature of interpreting in a healthcare context believes interpreters' training to be of utmost importance. Within the biomedical context, as in most Public Services, there is a tripartite or triadic communication environment: on the one hand, we have the interpreter that takes on the role of the service provider, on the other hand we have the patient's role, and, lastly, the interpreter's own role, their personality, since they cannot get rid of their beliefs however neutral they try to be (Ruiz, 2012). Among other issues, these professionals need to be linguistically, culturally and communication-wise trained whenever they act on behalf of health professionals. They also need to be both emotionally and psychologically ready so that they are not personally affected by the patient's experiences.

Illustration 1, drawn from Álvaro (2015), shows a schematic depiction of these features:

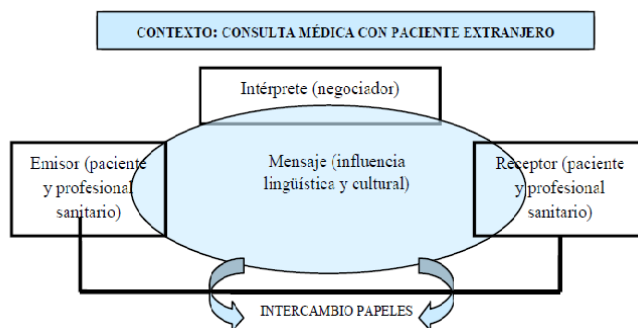


Illustration 1 13. Diagram of a doctor's appointment between a service provider and a patient who do not share the same language and culture

Other specific features of the healthcare field, according to Putsch (1985, *cf.* Romero, 2020), might be the following:

- *Linguistic equivalency and training* or lack of linguistic equivalences. Sometimes, whenever there are huge cultural differences between languages, we may not be able to find correlations between medicinal products and/or diseases. In those cases, interpreters must know which strategy to use and which is the most appropriate at any given moment. They also must be adequately trained to successfully tackle such unnerving circumstances.
- *Special problems in mental health* or normalizing mental health illnesses. Most interpreters are neither aware nor suitable trained in mental health issues. Moreover,

the beliefs, prejudices or stereotypes the parties have about interpreters create further barriers since they might lead to misconceptions.

- *Bad paraphrasing.* Some of the most common mistakes made when interpreting are: omissions and additions, using a low register or avoiding using the necessary medical terminology to effectively convey the intended message. These errors have severe implications. There is no field more "dangerous" than the healthcare field, where patient's lives are literally in the hands of interpreters.
- *Interpreter beliefs and patient interactions* or, in other words, avoiding biases, stereotypes, beliefs or feelings that might affect the interpreter's job in sensitive contexts. Most issues addressed in healthcare require a certain amount of seriousness and knowledge of cultural peculiarities, especially on the part of the interpreter.

Ultimately, the importance of medical interpreting has exceeded unsuspected limits during the pandemic. Now more than ever, Gabriel Cabrera, an interpreter, was right when he stated in an interview for *La Vanguardia* (2020)¹⁴ that "los intérpretes sanitarios somos la voz del médico para extranjeros."

2.2.2 Medical interpreting's current state of affairs in Spain

Medical interpreting in Spain has changed little since its emergence as a necessity throughout the country's healthcare facilities. Which is ironic, because the number of immigrants affiliated to the Social Security system has grown exponentially and, for the past two years, has hit historic highs. Fortunately, as Romero states (2020:29), for some years now, "la misma comunidad de profesionales sanitarios viene exponiendo también la carencia de interpretación en este contexto". However, as generally in the rest of public services, the undertaken solutions for providing medical interpreters are also of the *ad hoc* kind. And, as Abril (2006) eloquently described, the responses that are most frequently used to deal with these problems are the following:

- Solving the problem by non-verbal communication, using gestures or by simple communication.
- Through volunteers, whether they be from NGOs or the patient's family members, friends or part of their community. In that way, they are subsequently called upon to interpret.
- Using the health professionals or service providers themselves, and/or any bilingual person, as interpreters. This is the most widely used option whenever dealing with languages such as English or French, considered, though mistakenly, common knowledge.
- Having available and developing multilingual written material containing basic information about the general functioning of said service, symptoms or treatments, etc.
- At best, making use of professional interpreters or intercultural mediators.

Besides these previous answers, we must mention how important (and growing) telephone interpreting has become within the healthcare context, as well as stating its weight in our current situation. This is a common mode of interpreting in almost every autonomous community, and we will discuss it further in later sections due to its significance for our research.

¹⁴ <https://www.lavanguardia.com/vida/20200409/48397171676/interprete-de-linea-de-emergencias-somos-la-voz-del-medico-para-extranjeros.html>

We must note that, over the last few years, efforts have been made to introduce medical interpreters and intercultural mediators more often thanks to NGOs, private businesses, city councils or the healthcare facilities themselves. Navaza, Estévez y Serrano (2009, *cf.* Romero, 2020) suggest several initiatives that have been developed in Spain in recent decades, such as: the NGOs of the Red Cross, Médecins du Monde (Doctors of the World) or the Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en España (COMRADE). Among other things, these organizations and NGOs have their own medical interpreting and mediation services. Concerning private entities, the Red de Mediadores Interculturales de la Obra Social la Caixa (La Caixa's Intercultural Mediators Network) is the most noteworthy of them all. Thanks to its partnership with the Department of Health of the Generalitat de Catalunya, it has developed an intercultural mediation project within the healthcare facilities of said autonomous community. On another note, several hospitals such as the Vall d'Hebron or the Hospital del Mar were pioneers in the 2000s in providing intercultural mediation services. Outside our national scope, we must also describe the efforts made by provincial governments and local hospitals such as the ones within our current territorial scope: Madrid. Gómez (2019:25) highlights projects such as the *Guía de traducción para extranjeros con trastornos de coagulación*, developed by the haematological service of La Paz University Hospital, Salud Entre Culturas¹⁵, InterMed, the Servicio de Mediación en la Comunidad de Madrid (SEMSI), or, regarding mediation, the Plan director de inmigración en el ámbito de salud, which trains cultural mediators to work in hospitals.

We must, now more than ever, take into account that Spain is dealing with a new healthcare scenario. This scenario demands the presence of interpreters in order to communicate with professionals from abroad or with patients requiring medical assistance anywhere in the world. This background has been qualified as "telemedicine" or "telemédica" (Parrilla, 2019:27), and has notably peaked these days. We can define this progress as none other than "asistencia médica remota que utiliza las nuevas tecnologías para que médicos de un país ayuden en procedimientos que se están realizando en otro" (Parrilla, 2019:27). Said "telemedicine" is not only happening among countries: in the wake of the COVID-19 pandemic, more hospitals and healthcare facilities will end up, and actually are, implementing this health care model. However, linguistic barriers might still pose a significant problem. Therefore, it will certainly be necessary to consider how video-conference interpreting (already practiced in many healthcare facilities) is able to complement this new type of practicing medicine.

On balance, medical interpreting in Spain is still undergoing its professional recognition process. In that sense, the Government's -- together with the public services themselves-- suggested solutions do not often ensure quality accessibility to the national health system that immigrant communities truly need.

2.3 Medical interpreting techniques

La interpretación en el contexto sanitario, a diferencia de otras modalidades de interpretación, cuenta con una audiencia reducida, por lo que la interacción se basa en la "comunicación directa de los interlocutores con intervenciones continuas en la conversación" (Rodrigo, 2018:12). It generally takes place in private environments, such as doctor's appointments, the room where the patient is hospitalized or even in their own homes. That is why the most used modes of interpreting are both simultaneous and consecutive interpreting. Although the first mode is generally the most practiced, when simultaneous

¹⁵ <http://www.saludentreculturas.es/>

interpreting, the *chuchotage* technique is often used; that is to say, the interpreter whispers in the concerned party's ear when interpreting. During consecutive interpreting, by contrast, the interpreter waits until the speaker finishes his/her intervention to convey that message into the other party's language.

Moreover, the health sector requires interpreters to sight translate multiple medical documents, such as records, informed consents, prescriptions or all kinds of patient information sheets, among other things. Likewise, as Rodrigo (2018:13) duly noted, existen ocasiones en las que parece que el paciente extranjero no comprende algún tema tratado en la consulta, por lo que se suele utilizar la *back interpretation*, “según la cual se le pida que diga lo que ha entendido después de la interpretación para encontrar posibles fallos de comunicación y aclarar así cualquier duda originada”.

It is within this framework where the words of a member of an international medical interpreters Facebook group, of which the author of this study is also a part of, have never been more important. In that way, we will anonymously paraphrase her words to preserve her identity and observe complete confidentiality. Here, we will address different telephone interpreting strategies used when dealing with complex encounters while remaining impartial:

- (4) What do we do if we do not know how to interpret a word? If, when interpreting, an unfamiliar term comes up and you are unable to interpret it in the target language, the ideal solution would be looking it up as soon as possible. One benefit of telephone interpreting is that you can quickly have your phone, the internet or your own glossary handy. If that is not available to you, or simply does not work, you can always ask the speaker for clarification or for an alternative term. The important thing to remember when telephone interpreting is, without a doubt, being able to think fast.
- (5) What if the speaker talks too much and retaining the information proves to be extremely difficult? In this case, interrupting the speaker would be appropriate. Then, you may ask them to break the information into smaller segments so that no details are missed, or to stick to their speaking times. Even though it can seem awkward, service providers and patients want the same thing as interpreters want, which is to pass on the necessary information to the person on the other end of the phone.
- (6) When to ask for repetitions, verifications and/or clarifications? When the information received is unclear, interpreters can ask for repetition, verification or clarification of the information. This is extremely important. Before interpreting, we must always ensure accurate information so the users receive the intended information or message. Of course, the ideal situation would be that the information is received clearly at all times, but interpreters are also human. Then, when asking for such information, whether it is a clarification, verification or repetition, we must make sure we are using the third person, for example in, “This is the interpreter. May you please repeat what you said after ‘symptoms?’” or, “The interpreter would like to verify the phone number. Is it 653 490 721?” or, lastly, “The interpreter would like you to clarify what you mean by ‘vital signs.’” We will now carefully explain the aforementioned strategies:

- Repetition: asking for repetition means we are asking the speaker to repeat what was said.
- Verification: briefly, here the interpreter will read or say back what they think they heard and wait for the speaker's affirmation that they got the correct information.
- Clarification: this technique is mostly used when asking for the definition of a particular term. Interpreters are often confronted with words for

which there is no equivalent in their target language or it is not off the tip of their tongue at that moment. There are many ways to deal with this linguistic barrier. The first one is by figuring out from the context what the term actually means. Once figured it out, you can verify with the speaker if that is the correct word. The second way of dealing with this is by asking the speaker for further explanation or a definition of the problematic word, so that you are able to interpret their response instead. Moreover, when asking for clarification, we should be specific about the information we need again. For example, if we missed a patient's particular illness, we should ask for that concrete illness.

At the same time, medical interpreting is mostly well known for its negative psychological impact. Accordingly, in order to stress the importance of all the different medical interpreting techniques, we must point out an often-overlooked issue: how do we express distress?

During traumatic events such as, for example, last year's state of alarm, finding adequate words to express distress or difficult circumstances may prove truly complicated. Other factors that may affect the capacity of verbalizing feelings and emotions include violence or psychological disorders. The interpreters' role is therefore crucial to "translate" distress, trauma or suffering, as well as to support the work of service providers cross-culturally.

Several psychology scholars, such as Elaine Scarry, coined a term that they use when referring to this notion: *idioms of distress*. To describe this notion, we will use the answers to the following questions: how do we express ourselves when we are feeling distressed or when we are experiencing something painful? How do we talk about our feelings and emotions in those circumstances? How many times have we felt that words could not fully express our feelings?

To that respect, Scarry, in her book *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the world* (1985), wrote that extreme pain reduces the capacity of verbalizing and articulating what is going on:

Intense pain is also language-destroying: as the content of one's world disintegrates, so the content of one's language disintegrates; as the self disintegrates, so that which would express and protect the self is robbed of its source and its subject. World, self, and voice are lost, or nearly lost [...]. (Scarry, 1985: 34)

As language is regained and the pain subsides, some people may refer to the pain they feel through the use of metaphors or similes. Various therapists, scholars and mental health professionals have studied the ways in which people express distress and have come up with the notion *idioms of distress*. Mark Nichter, a medical anthropologist, developed this term during his research in India in the early 1980s. He realized that, while some idioms are "common" or similar across different countries, often people express distress or trauma in a culturally specific way, using unique metaphors and cultural references. These may be difficult to understand for someone who is external to those expressions or way of speaking.

Translating *idioms of distress* is never easy. For example, in the article written by Nasir et al. (2018), the word *hamm* is mentioned. When studying this term, used in Palestine, researchers observed that it was difficult to find an existing equivalence or construct that would cover all the nuanced and peculiar meanings of that word, a task that proved to be extremely complex. In this regard, these authors found that *hamm* was used to refer to sadness, stress, anxiety, discomfort; feelings and emotions caused often by social, economic and political factors. It is against these peculiar backgrounds where the role of interpreters in translating idioms of distress becomes extremely important, as well as being extremely complicated.

2.5.2.2. The lonely but vital work of medical interpreters during the pandemic

The COVID crisis has highlighted the importance of medical interpreting, shedding a light on this generally "invisible" job. In a recent article by Clifford Marks published in the *New York Times*¹⁶ (2021), where they interview Lourdes Cerna, a medical interpreter that has acted as such during the pandemic, the "lonely" aspect of this work is also discussed. In that way, Cerna recounted how since the beginning of the pandemic she received many COVID-19 related calls and how she grew used to having difficult conversations through the phone. Saying that "often, they involved end-of-life discussions with patients whose lungs were faltering. At other times, she spoke to relatives in faraway countries, delivering the worst possible news. Some conversations were leisurely and thoughtful; others were brusque and hurried, with the medical team rushing from item to item on an interminable list of tasks." Every time, when the call ended, Lourdes Cerna was left to take it all in alone, and, as she states, "I'd have one after the other after the other after the other, and I would feel just sad and drained. [...] Many times, I would cry by myself in my home alone, because there would be nobody to talk to." We know that, as professionals, we are trained to hide our emotions and feelings. However, no matter how hard we try, we are also human.

On another note, it is worth mentioning how this article compares medical interpreting to the efforts made several decades ago in U.S. hospitals to implement basic hygiene measures, such as compulsory hand washing. To illustrate its significance, the following example was offered:

Poor hand hygiene among doctors made patients sick. Still, the practical and cultural barriers to making hand washing more widespread seemed strangely insurmountable. Eventually, health-care leaders focused on the problem, directing funding towards efforts to solve it. These efforts included the adoption of easier-to-use alcohol-based hand sanitizer, the installation of sinks in more convenient locations, and electronic sensors that track hand-washing compliance. The federal government also began assessing penalties for high numbers of hospital-acquired infections. Hand hygiene remains a challenge in health care, but organizations that implemented these changes have experienced dramatic improvements.

Alexander Green, an internist in Massachusetts General Hospital, adds that: "We should treat this the same way we now treat hand washing". He also addresses medical interpreting as something that "used to be optional, and our systems didn't make it easy to do. Then we learned doctors weren't washing their hands and it was killing people, so we changed course. This is no different."

2.5.2.1 The importance of self-care for interpreters

One of the core principles for every PSIT interpreter is avoiding getting personally engaged in patients' lives. However, in these contexts, working for the same patient, user or client is common. This should be welcomed, since it allows to build and develop a trust-based relationship. It is possible, to this respect, that the most vulnerable patients or those in critical conditions depend on the interpreter's work even outside their professional boundaries and working hours. Since most interpreters try their best to help these patients, some frequently struggle with keeping an emotional distance from their clients.

¹⁶ <https://www-newyorker-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.newyorker.com/science/medical-dispatch/interpreting-during-a-pandemic/amp?fbclid=IwAR0uvQ5vJxQyjjxkBmCjxJklVYJNEveSZZWWZ4seiypaUNoDhLet497AxBM>

It is against this background where self-care plays a pivotal role when it comes to preserving PSIT interpreters', especially medical's, mental health. Among other things, this one of the most efficient ways of dealing with stress and releasing tension.

Therefore, Crezee et al. (2015) suggest that some essential self-care aspects that should be taught and practiced are:

- *Rest and diet.* A healthy diet, and its benefits, might appear superfluous for busy people. Besides, not getting enough sleep and cutting back on meals has long-term negative effects on our physical and mental health.
- *Exercise.* Regular exercise has great benefits. It is particularly important given that interpreting tends to be a generally sedentary job. The benefits of regular exercise hardly need to be mentioned, but the psychological benefits of exercise are not often discussed: “exposure to the natural environment, awareness of the physical body, and accompanying relaxation can help to offset mild to moderate levels of burnout and trauma.” (Crezee, et al., 2015:78).
- *Mindfulness.* This word is popular for a reason. Mindfulness is, according to Kabat-Zinn (2005, cf. Crezee et al., 2015:78), “a humanistic approach based on the Buddhist principle of mindfulness and commonly refers to a form of contemplative practice used throughout the world for personal wellness.” In this way, we encourage all interpreters -- whether they be professional or students -- to practice and make it a routine during their professional development. By practicing mindfulness, they can focus on the "here and now" and will be able to lower significantly their stress levels.
- *Third-person interpreting.* Bancroft (2013, cf. Crezee et al., 2015) recommends that, during traumatic interpreting assignments, interpreters switch from first-person to third-person interpreting, to allow them to linguistically and psychologically distance themselves from the story and the trauma.
- *Counselling and debriefing.* Alternately, being able to vent and talk to colleagues can also be of tremendous support and help interpreters release stress. Several professional associations provide debriefing to interpreters when required, offering them the opportunity to "talk shop" with fellow professionals (within the limits of the confidentiality clauses of their code of ethics or code of conduct) (Crezee et al., 2015). This informal debriefing can reduce or even prevent the onset of psychological distress and fatigue.

Apart from what has been set out above, "emotional reflexivity" is another useful self-care technique. As its name implies, by practicing emotional reflexivity we deeply reflect on our emotions. This notion is grounded on the basis that emotions are relational and play a crucial role in everyone's role. Ian Burkitt wrote that:

Feeling and emotion are central to reflexive processes, colouring the perception of self, others and social world, thus influencing our responses in social interaction as well as the way we reflexively monitor action and deliberate on the choices we face. Emotional reflexivity is therefore not simply about the way emotions are reflexively monitored or ordered, but about how emotion informs reflexivity itself” (Burkitt, 2012:458).

It is also important to know, as Anne Guionnet (Morales, 2015:32) states, that “el intérprete debe ser consciente de las situaciones que le son más difíciles de afrontar, cuáles son aquellas experiencias en las que le va a ser más difícil interpretar y superar”. Likewise, we must mention that if the interpreter does not feel ready to properly carry out their duties for whichever reason, they should also be aware that they have the right to say "no" to any assignment that, in the long-term, could pose personal or professional problems. After all, mental health should be every medical or PSIT interpreter's priority.

2.6 Interpreting in emergency contexts: adding more fuel to the fire

The theory described in previous sections has one thing in common: every feature discussed is essential when interpreting in crisis situations. Over the last 40 years, *ad-hoc* solutions have been the response par excellence when dealing with unexpected circumstances. In fact, the current pandemic, which is without a doubt a health crisis that could be classed as an emergency context, has affected millions of people globally to the extent of drastically changing our lives. Besides, at present, there are no solid prospects of returning to our "old, normal" lives in the near future.

In that way, communication in crisis situations becomes the spotlight, from which, according to Federici (2016:4) these three are its core issues: "there is a need to be ready; there are instruments to become readier; there are ways of supporting responses to crises in multilingual environments". On a more serious note, we must address the great lack of intercultural mediators and interpreters when planning the responses to these emergency situations, a vital aspect to ensure quality healthcare for all the patients, users or the people affected. It is worth mentioning, then, how Federici (2016:8) discussed the efforts that the national and international authorities should make, arguing that "so that a positive discourse on considering linguistic differences and cultural distance can be adopted to further help to plan responses to emergencies (to both natural crises and those resulting from conflicts)".

The nature of emergencies, according to Federici (2016:9), involves an intrinsic relationship between two of its main features:

The 'unexpected nature of the event and its derivative 'urgency'. On the one hand, the situation necessitates an immediate response in the form of urgent action. On the other hand, events can arise which are unpredictable to different degrees. Some aspects of the urgent situation are predictable: one cannot know the details of every car accident, but an emergency and accident department of a hospital has clear and established procedures to deal with patients involved in car accidents; the procedures are predictable even if they apply to different car accidents.

It is crucial to underline that "emergency" is not a term to describe the *status quo*, but rather for referring the tipping point, for that moment when the urgent response of certain agents and authorities is needed in coming to the aid of those afflicted by a drastic, unpredictable change to the *status quo* (Federici, 2016). That is why translators and interpreters in these contexts must deal with a consistent level of preparation (be it in training, education or experience) and planning (uncertainty about establishing their role and professional boundaries when facing this type of encounters).

In the context of our subject matter, health emergencies such as the one we are living in, Federici (2016:23) suggests that both interpreting and mediation are vital but often overlooked elements. He also states that "the relatively predictable emergencies, with frenetic dynamics, of those in emergency and accident rooms in hospital demonstrate that it is feasible for personnel to be prepared to deal with any sort of emergency without knowing the specifics of what they are going to face". To this respect, health professionals make use of their training, education and experience to anticipate some of the unexpected situations that crises and emergencies throw at them. However, Federici (ibid.:23) suggests that "their language and culture mediators are not necessarily à la page with such procedures, and the result is another context in which additional emphasis on preparing and using the services of interpreters is required in both the study of the phenomenon and the implementation of different practices".

The reasons set out above, together with the following, comprise why professional interpreters remain largely underutilized in emergency situations (adapted from Cox and Lázaro, 2016):

- (5) One of the main reasons, according to these authors, is due to “an overestimation of the patient’s language skills”. In this author's opinion, we might also point out another reason, concerning an overestimation “of the service providers’ language skills”. From this “false fluency” of both parties stem a wide variety of communication problems. One of them is the evident lack of shared background knowledge between users and service providers. As Cox and Lázaro stated (ibid.:40) when discussing communicative exchanges, “it is this shared background knowledge that allows us to understand allusions and ways of speaking. It allows us to interpret what is being said in the way that it has been intended”.
- (6) Another recurring theme here is “the complexity of identifying patients’ language”. Amid the chaos, urgency of the circumstances, uncertainty and time pressure characteristic of emergency encounters, it is often difficult to find out up-front what language the patient speaks. This makes it extremely difficult to call in the adequate language interpreting services. This situation is further complicated when dealing with languages that have lots of dialects, such as Arabic.
- (7) Cox and Lázaro (2016:44) mention as well the “practical barriers to the use of professional interpreters”, which include: “perceived time constraints”, “clinicians don’t have the direct internal phone numbers of the on-site interpreters, nor would there be an available list with their contact details” or “clinicians did not have a personal rapport with the on-site interpreters, which made it more difficult for them to locate the interpreters and engage them in direct communication”.
- (8) Using *ad-hoc* interpreters in these circumstances results in confusion about their duties or roles. For example, we agree with Cox and Lázaro (ibid.:47) regarding “clinicians tend to see the *ad-hoc* interpreter, rather than a mere ‘translation machine’, as a full partner in the conversation and a potentially useful source as to the medical background of the patient”. These interpreter's professionalism remains questioned due to the continued use of the patients' family members whenever interpreting services are needed. There are countless risks associated to the aforementioned statement. However, it might also be beneficial in terms of offering valuable information about the patient's wellbeing and medical records. This, though, becomes a risk when the person acting as an *ad-hoc* interpreter only speaks the user's mother tongue but, amid the confusion and chaos of the moment, his/her relationship with the patient is confused.

Summing up, all and each of the cases above seem to make one basic idea clear: without the presence of an interpreter, communication could be completely destroyed.

3. Methodology

Firstly, we introduced the theoretical framework corresponding to our subject matter in order to develop a deep understanding of its context. For that purpose, we have carefully considered some aspects, such as the situation of the PSIT both national and internationally, mentioning, in particular, the Autonomous Community of Madrid—one of the most affected Spanish autonomous communities by the COVID crisis. After this presentation, we intend to discuss the state of the professionalization of PSIT, as well as to debate the definition of public service interpreters and intercultural mediators, a definition whose boundaries are often blurred.

Later on, we explore the field of medical interpreting, focusing on: its definition and features, its perception in Spain, the particularities which has had to face during the pandemic—namely which were the most popular modes of interpreting and how they incorporated technological advances—closing this section with a brief comment on the before and after of telephone

interpreting in the Community of Madrid. Then, referring to previous studies, we set forth the various roles undertaken by medical interpreters, categorizing them according to their viewpoints and most used strategies, as well as illustrating them with examples from the wonderful book *La interpretación en el context sanitario: aspectos metodológicos y análisis de interacción del intérprete con el usuario*, by Lana Parrilla Gómez. Lastly, to round up our theoretical framework, we introduce some of the main, most relevant ethical, deontological and psychological aspects for interpreters, intercultural mediators and users in times of crisis. Moreover, we include a small section that includes self-care tips for interpreters, discussing also how interpreting in emergency contexts is, more often than not, an overlooked matter with paramount transcendence.

Supporting the gathered information and serving as a means of showing real-life experiences, we decided on collecting qualitative data by developing surveys with a multiple-choice format in Google Forms. A copy of both surveys shall be annexed at the end of this study. With these forms, we intended to summarize in a brief and concise manner all the theoretical aspects that were previously discussed. Hence, the questions posed in the surveys addressed elements such as:

- 1) Country of origin and if the person concerned had worked as a medical interpreter or intercultural mediator during the COVID-19 pandemic, for the purpose of compiling and contrasting demographic findings as well as the reality of the situation.
- 2) If the participants received (or not) any kind of professional training or higher education in interpreting, in order to determine their level of training, how experienced were they or if they attended college/university.
- 3) Testing the participants' knowledge about the notion of "medical PSIT interpreter" and "intercultural mediator", as well as their beliefs about how the general public seems to confuse both roles.
- 4) Perspectives about the level of training and preparedness that, according to the participants, students or professionals in PSIT interpreting and/or mediation seem to have when it comes to health emergencies such as the one we are currently living in.
- 5) Information about the most used mode of interpreting during the COVID-19 pandemic (telephone, videoconference or on-site interpreting), to highlight, once more, how important new technologies are in the field of PSIT and how quickly it has adapted to a practically unknown environment.
- 6) The work status of those participants that provided their services as interpreters/mediators during the pandemic (as in volunteers, freelancers, staff members or workers for NGOs...), in order to compare and contrast their answers in terms of places of origin and to emphasize, yet again, that it is of utmost importance to make progress in the PSIT professionalization process.
- 7) The participant's viewpoints about the need of a staff of professional interpreters in hospitals. Afterwards, they were asked to recount the problems they thought could have been avoided if that was a reality.
- 8) Specific interpreting or mediation strategies that the participant's use when faced with an extremely stressful situation, which they themselves described in the follow-up question.
- 9) Which aspects the participants consider affect them the most when interpreting or mediating in emergency encounters/situations.
- 10) The participant's view opinion on how medical, PSIT interpreters or mediators bear a bigger psychological brunt than in other interpreting specialties.
- 11) Roles (such as impartiality, patient/service provider advocacy...) played by the participants, acting as medical interpreters or mediators, when working.

- 12) *Information regarding any kind of psychological support* that the participants may have needed or asked for during those times (the pandemic), or, in other cases, if they know of interpreters/mediators that have done so and if they considered that such support was enough.
- 13) *Codes of conduct:* if the participants know of any, if they apply them when working and if they hold any opinions about their necessary application in emergency situations. The purpose of this question was finding out if codes of conduct are truly as useful in real-life, practical encounters as they are in theory.
- 14) *Brief recounting of some particularly bad experiences* that the participants, acting as interpreters or mediators during the current pandemic, have experienced in order to show the professional environment of these “frontline interpreters”.
- 15) The participants’ *reflections* on how *the lack of medical interpreters or intercultural mediators has adversely affected* the provision of quality healthcare to those immigrant communities affected by COVID.
- 16) *Additional comments and suggestions.* A safe space for those participants that wished to share other COVID-related experiences, open up about difficult moments or offer their viewpoint on whichever subjects they found especially interesting.

Once the surveys were written and then reviewed, they were distributed to the specific target group—medical interpreters and intercultural mediators that acted as such during the COVID-19 pandemic—across multiple social networks at the same time (specialized Facebook groups like “Medical Interpreters English/Spanish” or “Medical Translation and Interpreting Crew”, LinkedIn, Twitter or Whatsapp). In those answers, the participants show their perspectives about the current state of this profession. At first, these surveys were only tailored to interpreters residing in Spain. However, when the data collection proved to be an extremely tedious and slow task, we decided to draft another in English in order to expand the scope of the target audience to an international level. Of all the people and groups contacted, only 10 people in total answered both surveys (6 responses for the Spanish version, and 4 for the English one). However, as the next section shows, all the answers and comments collected have proven to be truly insightful, relevant and informative insofar as our subject matter of this study is concerned.

5. Conclusions

5.1 Conclusions, possible future research and limitations of the study

This study involves a theoretical/practical approach to the medical interpreting field during the evolution of the COVID-19 pandemic. In that way, we begin by hypothesizing about an initial scenario in which we stress how the lack of trained and skilled medical interpreters has caused various risks to those immigrant communities affected by COVID, thus denying their right to quality health care. It is in such circumstances where we believe the perspectives and experiences of “frontline interpreters” to be a key element to determine which have been the most used strategies and modes of interpreting during the pandemic, which ethical and psychological factors affected those professionals the most when interpreting and how all of the above can be translated into developing quality improvement proposals.

However, these perspectives and comments reflect how various professional profiles converge, each with their own varying degrees of training, skills, opinions and experience. In order to finally move towards a real professionalization and general improvement of PSIT, those profiles must be brought together and serve as its witness. As an introduction to this study, we set out several objectives: defining and determining the features of medical interpreting as well as of its national and international degree of professionalization;

clarifying the professional boundaries of both intercultural mediators and interpreters; describing the most frequent roles played by medical interpreters; explaining how the pandemic has caused multiple, wide-ranging challenges in the fields of mediation and interpreting; examining informative surveys that show the current state of this professional reality; drawing up ideas from each of them and, lastly, presenting some of the most interesting testimonials and proposals that accurately reflect the various much-needed changes in the PSIT field.

For the purpose of developing our research, we conduct a bibliographic review that offers us the possibility of obtaining various theoretical concepts regarding the state, features and limitations of both medical interpreting and mediation on a national and international scale. Furthermore, we explore several existing studies concerning PSIT professionalization, the interpreter's roles and its characterization in terms of training and skills needed. In the same way, we carry out an in-depth analysis about interpreting in emergency contexts and about the main ethical, deontological and psychological factors that have affected interpreters the most when performing their duties, proposing solutions to counter them. Finally, we examine how medical interpreting, where invisibility is key, is an unquestionable need in hospitals during an age where the lives of a myriad of patients are at serious risk.

Later, we design a specific methodology for this study by developing surveys in English and Spanish. These effectively apply in practice all the elements addressed in our theoretical framework, allowing us to obtain relevant and recurrent issues for our research. After thoroughly analyzing the literature consulted in order to determine which are the most vital factors that better reflect the current state of affairs of these professionals, we start distributing the surveys across various different social media platforms at the same time (Facebook groups, Twitter, LinkedIn, etc.) over March and April of 2021, intending to maximize their dissemination. For that purpose, those surveys contain specific questions that, while having a more general approach, seek to learn various fixed common features concerning several aspects such as the interpreter's training/education, opinions and view of psychological, ethical and deontological factors; knowledge and performance of certain roles; description of personal experiences, etc.

As a result, we generated a corpus of surveys that constitutes the foundation of our research. This corpus consists of a total of ten answers that include contributions from different professional medical interpreters living in Spain and the U.S. Thus, highlighting the qualitative, not quantitative, nature of the axis that revolves around the subject matter of this study is something we consider essential. Our aim is to make a full and comprehensive analysis of a limited number of responses in order to emphasize the significance of the work of medical interpreters and mediators during the COVID crisis.

After carefully examining all of the received replies through various graphs and illustrations, we offer some final brief thoughts on the personal experiences that the participants provided, as well as on any proposals or suggestions that they deemed convenient according to their point of view. Lastly, we round up our research with a final consideration about how interpreting (or its lack) has affected the COVID-19 vaccination campaigns.

Below, we summarize the surveys' key findings:

- 1) Professional training: nearly all respondents were professionally trained and had experience in the medical interpreting field. They also had acted as such during the pandemic both in Spain and in the U.S.
- 2) Work status and opinions on having a staff of professional medical interpreters in hospitals: the vast majority of participants were part of a staff. Likewise, nearly all of them considered essential that hospitals had an incorporated, permanent interpreting service among its staff. Similarly, when asked which type of problems could have

been avoided if the above was a reality instead of mere fiction, their answers seemed identical. These included: communication problems between third parties, misconceptions about how skilled bilingual people are in interpreting, various technical issues stemming from videoconference interpreting, etc. Generally, those were interaction difficulties between users and service providers, which give rise, in turn, to a widespread lack of knowledge of the reality of this disease or the necessary treatments to fight it.

- 3) Distinguishing between interpreters and/or mediators and level of preparedness of students to face emergency contexts: to the first question, the respondents answered that the general public does not know nor properly differentiates the professional boundaries of those two occupations, confusing them time and again. There was no overall, concrete answer for the second part of the question. Some participants responded that PSIT students are not adequately prepared nor trained to face a health crisis such as the one we are currently living in. Others, however, answered that they "maybe" were, perhaps refraining from giving a generalizing answer to a somewhat individualistic question.
- 4) Use of specific interpreting or mediating strategies at times of tension and stress: when posed with this question, half of the participants in both the EN and the ES versions of the survey answered in the affirmative, clarifying, later, which were the most effective strategies for them. These included: simplifying the message and the words used to convey it, understanding the context of the job and the patient's psychology, practicing patient advocacy by using any and all necessary clarifications or switching to simultaneous interpreting for emergency encounters.
- 5) Most influential factors when interpreting and psychological impact: according to the respondents, some of the most influential elements when trying to perform their duties to the best of their abilities during the pandemic were, surely, those related to the fear of being exposed to the virus, the almost complete lack of protective measures, the limited experience and knowledge of the disease, poor preparation, etc. The consequences of those matters above undoubtedly revert into the psychological aspect, the most affected of them all. A wide variety of different features stem from it, such as suffering for the patient, the emotional toll of the encounters or, in a different but related context, the technical difficulties caused by remote interpreting. In this connection, the participants were asked about their perspective about the psychological impact on medical interpreters and how it differs from other specialties. Nearly all survey respondents answered in the affirmative. Later on, they were also asked if they received or requested any kind of psychological support during those times. Interestingly enough, the vast majority of the participants answered in the negative.
- 6) The interpreter's role: most participants in the ES version of the survey responded negatively to this question, pleading that they refrained from advocating for a certain role because they tried to be as neutral and impartial as possible when interpreting. Some even held that medical interpreters and mediators belong to two separate fields whose competencies should not be exercised without proper knowledge of what truly is mediating. On another note, several of the EN survey respondents declared that they had played certain roles, such as patient advocacy, to try to achieve a better, seamless communication in an age where, ever more at the beginning of this pandemic, nobody was really sure about what was happening.
- 7) Knowledge and application of codes of conduct in healthcare emergency situations: it should not come as a surprise that nearly all the answers to this question were in the

affirmative. The vast majority of participants believed that a strict application of the so-called "fundamental pillars" of codes of conduct (namely confidentiality, neutrality and impartiality) was a key element to ensure quality in interpreting and to overcome the stress and tension caused by these traumatic experiences. Furthermore, they were asked to provide their opinion on the matter of how the quality in healthcare has been substantially impaired due to the lack of professional interpreters during the pandemic. Almost all participants answered this question in the affirmative.

- 8) Description of particularly traumatizing personal experiences and further comments, proposals and/or suggestions: of all of the sections composing the survey, this undoubtedly showed best the reality of these professionals' daily working environment. In those responses we can appreciate the participants' genuine perspective about their fieldwork at a particularly trying time for users, health professionals and, certainly, for the interpreters themselves.

Every one of these ideas-- which shed light on a historic period in medical interpreting, subject to various specific characteristics-- do not only confirm our original hypothesis, but, at the same time, allow us to improve it by adding small nuances. At first, a staff of professional medical interpreters in both hospitals and healthcare facilities was considered as a key factor to reduce the risks associated with emergency contexts. It also was essential to put an end to the poor-quality healthcare given to those migrant communities with little proficiency in the language of the country where they regularly reside. However, our analysis acknowledges that the interpreter's professional experience is an aspect worth considering, as well as: their training and accreditation, how they can overcome their possible fears and psychological factors that prevent them from adequately performing their duties, which are the most effective interpreting techniques in these working environments and, what is more, how integrating language services in planning emergency management protocols is crucial.

For these reasons, we plan to describe briefly some detrimental effects that the global inaccessibility to medical interpreters during times of crisis has on the immigrant population. Recently, these people have seen how their lack of language skills in their country of residence's mother tongue has prevented them from getting the COVID vaccine. Therefore, we opted for showing the professional reality of interpreters and mediators, in which they relate their encounters with patients and service providers through their survey replies. Likewise, we are also intent on encouraging the political will needed to progress in the road to professionalization and acknowledgement of this occupation.

At this point, we must point out the limitations of this study. The primary aim of our research is to be an initial study of both the career and professional perspectives of medical interpreters and intercultural mediators in COVID settings, and that, without doubt, can be further developed and deepened. In this way, it is quite clear that the size of our analyzed corpus is very limited. We would recommend widening the survey distribution networks and the methods used to do so, whether via different social media accounts, by promoting their distribution through direct contact with the professionals themselves or by asking them to share their content, etc., in order to get more answers. At the same time, it is worth mentioning that the task undertaken entails its own high level of complexity. This is due, on the one hand, to the tedious work of correctly elaborating and distributing the surveys and, on the other, to the difficulties of contacting and getting answers from our target groups, whether by lack of time, indifference or other aspects. In addition, we know that the state of affairs in the context of public service translation and interpreting is not yet stable, so, when new social changes are implemented, further progress keeps being made. This, together with the high degree of individuality intrinsic to certain survey questions, the fast evolution of COVID health laws and the major changes in the medical interpreting field resulting from its crucial

adaptation to times like these, affect the framework for action of our subject matter. That is why this study will probably need to be updated in a relatively short time.

However, there are several useful open fronts for future research. The first of those is, perhaps, the most obvious of them all, since it simply revolves around increasing the number of analyzed surveys as well as posing more general questions, thus encompassing the desired or expected data. However, this is not the only avenue of investigation: there are other issues that need to be addressed. After learning of our research findings, it would be desirable to give further consideration to the necessary political will. It would make acknowledging the pressing need of providing medical interpreters to foreign patients whenever needed possible. Despite this not being the main topic of this study, we have brought to light, by offering several perspectives concerning different areas of knowledge, the enormous weight that the political authorities have when planning the provision of language services in emergency action protocols. In this process, we definitely need a direct contact with the relevant administrative governing bodies, studying the existing legislation and having the determination to change it. Likewise, there is another productive research line that consists of developing a variety of training materials using the proposals made by the survey respondents. These would address issues such as teaching COVID terminology, educating patients and service providers in how to work with interpreters during emergency contexts or advanced medical training for future interpreters so that they are able to apply it later in practice when dealing with users.

On a final note, this study could not finish without the opportunity to mention and thank all those professional colleagues that have been working first-hand during the pandemic in the so-called "frontlines". The work of those frontline interpreters, hidden amid the constant--though deserved-- cheers to the health professionals has had the same effect as the latter's job: saving lives. Linguistic barriers are often overlooked in an environment ruled by such a disastrous, sudden disease. However, those same linguistic barriers have, as pointed out throughout this study, provided thousands of users across the world with the opportunity to exercise their right to quality healthcare, whether via telephone doctor's appointments, via explaining their symptoms and receiving the appropriate COVID treatment or via applying and then getting the vaccine.

It is in this uncertain, lonely, frightful and stressful scenario where words are not simply just words: they also become a bridge flung by people, in which communication flows seamlessly. We have shown over these pages how medical interpreters have played a pivotal role in post-COVID society. Moreover, those professionals themselves have also complained about a very real situation, gifting us with their own experiences and stressing, yet again, how this need will only translate into something more tangible with the increasing globalization, migration and multiculturalism.

Public service translation and interpreting, particularly in healthcare, is an occupation that demands professionalization. It shall not be delayed by the all-too-common obstacles such as the lack of financial means, the frequent labor infiltration or the intervention of other sectors. As of today, ensuring quality and effectiveness proves indispensable when trying to forge a strong bond between languages, cultures, users and service providers. And, more importantly, the COVID-19 pandemic has shown us how imperative are professional medical interpreters amidst a stressful backdrop where efficient communication has proved to be a cornerstone. Thus, we must work hand in hand as a community of medical interpreters to raise awareness that, if we truly want to put an end to this situation and curb the progression of the virus, we must, in turn, put an end to all and every existing linguistic barrier.